

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGIA Y SALUD

**ADAPTACIÓN DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN
PARA FAMILIARES DE USUARIOS DE ALCOHOL EN
UNA COMUNIDAD INDIGENA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARCELA ALEJANDRA TIBURCIO SAINZ**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

Directora: Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Comité: Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Ma. Asunción Lara Cantú
Dra. Lucy Reidl Martínez
Dr. Ariel Vite Sierra



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.

A mis padres, los extrañaré siempre.
A mis hijos Tarik y Nabila, el amor y la esperanza.

Agradecimientos

Agradezco al Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz por permitirme emplear parte de los datos del proyecto “*Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol en población rural*” coordinado por la Mtra. Guillermina Natera Rey y por todas las facilidades prestadas durante la conducción del estudio.

La realización de esta investigación fue posible gracias a la generosidad de los habitantes de San Andrés Daboxtha, para todos ellos, mi más profundo agradecimiento por compartir conmigo una parte de su vida.

A la Dra. Ma. Elena Medina-Mora, por haber accedido a dirigir este trabajo, su interés y sus valiosos comentarios fueron una gran motivación durante el proceso.

A los miembros del Comité, Dr. Samuel Jurado, Dra. Ma. Asunción Lara, Dra. Lucy Reidl y Dr. Ariel Vite, gracias por enriquecer las versiones preliminares del documento con sus observaciones.

A la Mtra. Guillermina Natera, coordinadora del proyecto, con mucho cariño y gratitud por haberme aceptado en su equipo de trabajo hace ya varios años y abrirme la puerta a un mundo fascinante, por permitirme aprender de su experiencia, por su confianza y apoyo constante, en fin, por todo, mil gracias.

A la Dra. Shoshana Berenzon, Dra. Catalina González y Dra. Emily Ito, agradezco que se hayan tomado el tiempo de revisar el documento con tanto detalle y sus sugerencias para mejorarlo.

A Gaby y Héctor, mis hermanos, por su cariño incondicional, por su mano siempre extendida.

A ti Tarik, gracias por saber esperar, por quererme, aguantarme y rescatarme cuando ha sido necesario, *nhabek bezaf bezaf et hamlerk atas atas*.

La participación de Elsa García, Maricruz Mejía, Pilar Bernal y Yesica Valeriano fue fundamental para la recolección de datos y permanecer despierta en la carretera, gracias a todas ellas por acompañarme en esta experiencia, por los momentos de risa y de reflexión.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	3
Introducción	5
1. El consumo de alcohol y la cultura en México.....	11
1.1 ¿Qué debemos entender por cultura?	12
1.2 ¿Cuál es la relación entre la cultura y el consumo de alcohol?	18
1.3 Epidemiología del consumo de alcohol en población rural e indígena de México	21
2. Aproximaciones al estudio de la familia frente a las adicciones	27
2.1. La personalidad perturbada	28
2.2. El concepto de codependencia	30
2.3. La perspectiva feminista	36
2.4. Modelo estrés-enfrentamiento-salud	38
3. Modalidades de intervención basadas en la familia	45
3.1. La familia como coadyuvante en el tratamiento del usuario	46
3.2. Intervenciones centradas en la familia	54
3.3. Modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol o drogas	60
4. Planteamiento del problema	65
5. Descripción de la zona y población de estudio	67
6. Objetivo general	70
7. Objetivos específicos.....	71
8. Método	71
8.1 Sub-estudio 1. Inserción en la comunidad y evaluación del contexto	71
8.1.1. Observación y elaboración de diarios de campo.....	72
8.1.2. Entrevistas semi-estructuradas grupales	72
Participantes.....	72
Instrumentos.....	72
Procedimiento	72
8.1.3. Entrevistas semi-estructuradas individuales	74
Participantes	74
Instrumentos.....	74
Procedimiento	74
8.2. Sub-estudio 2. Adaptación de instrumentos y materiales	76
8.2.1. Laboratorios cognitivos para la adaptación de instrumentos.....	77
Participantes.....	78
Instrumentos.....	78
Procedimiento	79
8.2.2. Validación de la versión modificada de instrumentos	80
Participantes.....	80

Instrumentos.....	81
Procedimiento	81
8.2.3. Laboratorios cognitivos para la adaptación de material psico-didáctico .	82
Participantes.....	82
Instrumentos.....	82
Procedimiento	83
8.3. Consideraciones éticas.....	84
9. Resultados	87
9.1. Estudio etnográfico de San Andrés Daboxtha.....	87
9.2. Proceso de inserción en la comunidad	95
9.3. Evaluación del contexto de consumo en San Andrés Daboxtha.....	99
9.3.1. Prácticas de consumo y problemas asociados.....	99
9.3.2. ¿Cómo afecta el consumo a los familiares?.....	103
9.3.3. ¿Qué se debe hacer cuando alguien bebe mucho?.....	104
9.3.4. ¿Qué se puede hacer para prevenir el problema?.....	108
9.4. Las familias de San Andrés Daboxtha frente al consumo de alcohol.....	111
9.4.1. Sobre la historia y la estructura familiar	112
9.4.2. Características y efectos del consumo en el usuario.....	118
9.4.3. Impacto del consumo de alcohol en la familia.....	121
9.4.4. ¿Cómo enfrentan las mujeres el consumo de alcohol?.....	131
9.4.5. Apoyo social	141
9.4.6. ¿Qué factores limitan el apoyo social?	146
9.5. Adaptación de instrumentos	150
9.6. Validación de instrumentos	151
9.7. Adaptación del material psicodidáctico.....	160
10. Discusión y conclusiones	179
10.1. Dificultades en la realización del trabajo de campo	179
10.2. Sobre el uso de diferentes técnicas	181
10.3. Instrumentos de evaluación	182
10.4. Material psico-didáctico	184
10.5. Vivir con un consumidor en San Andrés	186
10.6. Limitaciones	192
10.7. Recomendaciones para la instrumentación del programa de intervención	193
11. Referencias	197

Anexos: 1. Instrumentos a evaluar y adaptar

2. Ejemplo de los laboratorios cognitivos de los instrumentos
3. Versión final de los instrumentos
4. Imágenes del material psico-didáctico
5. Guía del laboratorio cognitivo para la evaluación del material psico-didáctico
6. Segunda versión de las imágenes del material psico-didáctico
7. Texto para la obtención del consentimiento informado individual
8. Comparación entre las versiones originales y la versión modificada de los instrumentos
9. Ejemplo de los laboratorios cognitivos de imágenes

10. Nueva versión del material psico-didáctico

RESUMEN

El impacto de la convivencia cercana con una persona que abusa del alcohol está ampliamente documentado, sin embargo, las opciones para atender la problemática de los familiares son muy escasas. En respuesta a ello, en México se desarrolló un modelo de intervención breve para apoyar a quienes se encuentran esta situación por medio del análisis de las ventajas y desventajas de diferentes formas de enfrentar. El objetivo general de la investigación que se presenta es evaluar la factibilidad de instrumentar este modelo de intervención en una comunidad indígena. La localidad elegida para este propósito se ubica en el Municipio del Cardonal en el estado de Hidalgo cuya población es de origen ñahñú.

La investigación consta de dos sub-estudios, el primero tuvo como propósito acceder a la comunidad, explorar el contexto del consumo de alcohol y los problemas que origina en las familias a través entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales. En el segundo subestudio se empleó la técnica de los laboratorios cognitivos para adaptar el material psico-didáctico e instrumentos de evaluación psicológica.

Se encontró que tal como se ha reportado en diferentes regiones del país, existe gran aceptación del consumo de alcohol por parte de los hombres. En congruencia con la literatura internacional, la mayoría de las personas afectadas por el consumo de alcohol de un familiar cercano son mujeres, en general es una situación que genera confusión, malestar, temor, preocupación y que rebasa la capacidad de respuesta.

La semejanza entre la vivencia de las mujeres indígenas y urbanas aporta evidencia de que el enfrentamiento del consumo de sustancias es una variación universal, las experiencias estresantes son consistentes de un grupo a otro, pero existen elementos culturales, materiales y afectivos que la modifican. Una aportación de esta investigación es el desarrollo de instrumentos adaptados que permiten evaluar el malestar psicológico y las formas cómo se enfrenta el consumo de alcohol, además de una versión mejorada del material psico-didáctico cuyo desarrollo estuvo basado en el empleo de una técnica de investigación novedosa. Para finalizar se incluye una serie de recomendaciones para la instrumentación del programa de intervención en la población indígena.

ABSTRACT

The impact of living with an excessive drinker has been extensively documented; however, attention options to treat the problems of the family are very scarce. In view of the latter, a brief intervention model was developed in Mexico in order to support people dealing with such problems through the analysis of the advantages and disadvantages of different ways of coping. The main objective of the intervention was to assess the feasibility of implementing the intervention model in one indigenous community. The site, inhabited by ñahñú people is located in the Municipality of el Cardonal in the state of Hidalgo,

The research comprises two sub-studies, the first one aimed at gaining access to the community, exploring the drinking context and alcohol-related problems faced by the families; information was gathered through semi-structured individual as well as group interviews. The second sub-study used cognitive laboratories to adapt psycho-didactic materials and evaluation instruments.

As it has been reported regarding many areas of Mexico, there is great acceptance of male alcohol use. According to international literature most people affected by the alcohol abuse of a close relative are women; in general excessive drinking is a problem that generates confusion, distress, fear, concern and in general it exceeds the family's response capacity.

The similarities between the experiences of indigenous and the reports of what has been found among urban women provide evidence of coping as a universal variform, while the stressful situation appear to be consistent from one group to another, there are cultural, material and affective elements that modify the experience. An important outcome of this research is the development of adapted instruments to assess psychological distress and coping with alcohol abuse, as well as an improved version of the psycho-didactic material based on the use of an innovative technique. Finally, a series of recommendations are outlined to implement the intervention among indigenous population.

INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de alcohol ha sido por muchos años el centro de interés de un gran número de investigadores de diversas disciplinas, cuyas aportaciones han contribuido a la identificación de los factores que se relacionan con la aparición y mantenimiento de la conducta de consumo, así como de sus efectos negativos a nivel individual y social.

Los estudios epidemiológicos han sido también de gran utilidad para conocer la extensión del problema a nivel local e internacional. Las estimaciones actuales indican que entre el 5 y el 10% de la población mundial está afectada por enfermedades relacionadas con el alcohol (OPS, 1995) y se calcula que la contribución del alcohol en la carga total de enfermedad en Latinoamérica es del 10% (Alarcón, Aguilar-Gaxiola, 2000).

Otro grupo de investigaciones han dado lugar al desarrollo de múltiples propuestas para la intervención y el tratamiento que buscan mejorar el estado de salud y la calidad de vida de quienes beben en exceso o han desarrollado dependencia del alcohol.

A pesar de los avances tan significativos que se han logrado en este terreno, el consumo de alcohol continúa siendo una conducta aceptada en muchos contextos culturales pero sobre todo, sigue siendo un problema de salud pública. La normalización es uno de los factores que favorecen el hecho de que muchas de las consecuencias de beber en exceso pasen inadvertidas, particularmente, aquellas que afectan directamente a la familia de los bebedores.

Los enfoques tradicionales han otorgado a la familia la responsabilidad en la génesis de los problemas de consumo y poco se ha hecho por profundizar en las repercusiones que éste tiene en la salud familiar. Esta visión, que culpa a la familia, se refleja no sólo en elaboraciones teóricas, también ha tenido un impacto importante en la prácticamente nula disponibilidad de propuestas de intervención que se ocupen de minimizar los estragos emocionales de vivir día a día con un bebedor excesivo.

Las secuelas de la convivencia cercana con una persona que abusa del alcohol están ampliamente documentadas, incluyen una amplia gama de trastornos psicológicos y psiquiátricos como el estrés, la depresión, la ansiedad, y otros malestares emocionales que no necesariamente

se consideran problemas psiquiátricos que ameriten tratamiento; es decir, muchos de los trastornos que sufren los familiares de los consumidores suelen pasar inadvertidos para los profesionales de la salud, e incluso para quienes los padecen.

El panorama en las comunidades rurales e indígenas es aún menos halagüeño ya que como es bien sabido, constituyen el sector de la población con más rezagos en lo que a atención de la salud mental se refiere; nuestro país no es la excepción. Los centros de tratamiento son muy escasos, poco accesibles y con frecuencia, son mal aceptados por los grupos sociales que pretenden atender (Booth, McLaughlin, 2000).

La Organización Panamericana de la Salud considera que salud mental es una de las fronteras que deben franquearse para elevar la condición humana. Para contribuir al mejoramiento de la salud mental de las comunidades rurales e indígenas ha hecho una serie de recomendaciones, entre ellas, sobresale el uso de estrategias de movilización y educación de las comunidades y profesionales que las atienden como medios efectivos para incrementar la calidad de vida en localidades carentes de recursos (OPS, 1995).

En México, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) desde hace tiempo ha reconocido la necesidad de que las instituciones dedicadas a la atención del consumo de alcohol y sus consecuencias, desarrollen programas especialmente creados para atender esta problemática en la población indígena. De igual forma, considera el respeto por la especificidad cultural como un imperativo (Ruiz Gaytán, 2005). En este contexto, el desarrollo de programas de intervención culturalmente sensibles resulta particularmente relevante.

En la literatura producida en nuestro país es posible encontrar algunos reportes sobre la aplicación de programas de prevención primaria y secundaria en diferentes grupos étnicos. Es verdad que esto representa un avance notable en la atención de los problemas de consumo, pero aún hay huecos en la información ya que no se ha documentado sistemáticamente cómo ha ocurrido el proceso y las adaptaciones que ha sido necesario realizar para instrumentar los programas. Parece ser que la mayoría de estas experiencias consisten en traducir a las lenguas autóctonas los materiales creados para apoyar campañas de sensibilización y detección oportuna. Otra característica común es que se enfocan en la atención de los consumidores dejando de lado a otras personas afectadas.

Atender la problemática de los familiares en un contexto social en donde el abuso en el

consumo de alcohol es una práctica cotidiana resulta relevante por las razones antes expuestas. La instrumentación de cualquier programa de intervención en un grupo diferente de aquel para el cual fue creado, requiere un conocimiento profundo de las características socioculturales del grupo receptor, y a partir de ello realizar las modificaciones necesarias para incrementar la aceptación y las probabilidades de éxito, respetando los valores y normas locales. En palabras de Babor (2008), es necesario proporcionar soluciones culturalmente apropiadas para problemas definidos socialmente.

Es indispensable tomar en consideración el contexto sociocultural, pues la cultura dicta los términos en que se define un síntoma, ya sea como enfermedad, evento metafísico o bien como un evento más de la vida cotidiana (Beiser, 2003). Es por ello que en esta investigación se exploró la forma en que las familias de una comunidad Otomí definen sus experiencias en torno al consumo de alcohol, y cómo explican la existencia de este problema de salud en la localidad.

Con base en sus relatos se intentó explorar el sentido que cobran conceptos como “enfrentar”, “ventaja”, “desventaja”, entre otros términos que son centrales para la operación de un programa de intervención diseñado para apoyar a familias que lidian con el consumo de una persona cercana. La estrategia clave de la intervención consiste en analizar los beneficios y inconvenientes de las diferentes acciones y actitudes que las personas llevan a cabo frente al consumo de alcohol.

El propósito central del estudio consiste en examinar en qué medida el programa de intervención puede ser útil o no en el contexto indígena, busca determinar qué modificaciones se requieren para adecuarlo a los usos y costumbres de una cultura particular. No se trata de una evaluación de eficacia o efectividad, por lo tanto, no se presentan datos sobre la aplicación de la intervención *per se*; en todo caso, es un paso previo e indispensable para corroborar la pertinencia de la intervención e incrementar así la posibilidad de generar posteriormente cambios positivos en las formas de reaccionar ante un problema específico.

En el primer capítulo se presenta la definición del concepto “cultura” en la que se sustenta la investigación y analiza la relación entre ésta y el consumo de alcohol. Ofrece también un panorama general de la situación del consumo de alcohol en las comunidades rurales e indígenas de nuestro país, la revisión incluye datos epidemiológicos que permiten tener una mejor comprensión de las razones por las que la población rural tiene más problemas asociados

al consumo en comparación con la población urbana.

El capítulo dos corresponde a una revisión de las diferentes posturas teóricas que han contribuido al estudio de las características psicosociales de quienes viven cercanamente a un usuario de sustancias. Incluye las primeras observaciones clínicas de este grupo, la controversia alrededor del concepto de codependencia, la mirada feminista a la situación de las mujeres que viven con un bebedor excesivo, y finalmente, el modelo estrés-enfrentamiento-salud que sustenta el trabajo ulterior.

El tercer capítulo presenta una amplia revisión de trabajos que describen y/o evalúan diversos modelos y programas de intervención que incluyen a los familiares de usuarios como parte importante del tratamiento, y otros más en los que el énfasis está puesto en dar respuesta a las necesidades de atención a la salud de los propios familiares. El apartado final de este capítulo comprende la descripción de la intervención para familiares de usuarios de sustancias, cuya adaptación al contexto rural-indígena dio lugar a esta investigación.

A continuación se formula la justificación de la investigación y se plantean el objetivo general y los objetivos específicos de la misma para después describir en detalle las diferentes vertientes metodológicas que se emplearon para cumplirlos; éstas incluyen la observación y elaboración de notas de campo, entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales así como laboratorios cognitivos también en las modalidades grupal e individual.

Los pormenores de los hallazgos se presentan en el capítulo nueve, donde se describe el proceso que se siguió para ingresar en la comunidad y establecer contacto con los habitantes. A continuación se presenta información sobre las prácticas de consumo de la población de interés, con lo que se da respuesta a la necesidad de comprender el contexto social en el que tiene lugar el consumo de bebidas alcohólicas y las normas que aplican. De gran importancia resulta el apartado dedicado a explorar cómo afecta el consumo excesivo de alcohol a las familias que tomaron parte en el estudio y dar cuenta de las formas en las que tratan de hacer frente a las dificultades que esta circunstancia de vida plantea en un contexto adverso, marcado por la inequidad de género, la violencia doméstica y la ausencia institucional.

Dos apartados más están dedicados a describir el cómo se logró la adaptación de lenguaje de los instrumentos de evaluación psicológica y la validación de los mismos en población ñahñú. La sección concluye con el análisis sistemático de las imágenes que integran el material psico-

didáctico, la retroalimentación que las mujeres participantes proporcionaron sobre las mismas para elaborar una nueva versión de los dibujos que representan las diferentes formas de enfrentar.

La sección dedicada a la discusión presenta las reflexiones alrededor de las técnicas que se emplearon para la recolección de datos, se destacan las contribuciones del estudio en el conocimiento sobre los efectos de los problemas de consumo en la salud mental de las familias indígenas, y en el proceso de enfrentamiento. Para concluir se enlista una serie de recomendaciones para la elaboración de un manual de intervención específico para la población ñahñú.

1. EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA CULTURA EN MÉXICO

El análisis y descripción del consumo de alcohol en México ha sido materia de interés para diversas áreas científicas. En una revisión de literatura, Menéndez (1988b) analizó las aportaciones de la antropología, la sociología, la historia y las ciencias biomédicas a la comprensión de este fenómeno. De acuerdo con este autor la mirada de estas disciplinas, con excepción de la historia y en algunos casos de la antropología, está permeada por la noción de “desviación” o “patología”, aún cuando el concepto de “enfermedad” no se aluda explícitamente.

Esta medicalización del consumo de alcohol ha dificultado comprender e interpretar correctamente el fenómeno ya que soslaya la funcionalidad del alcohol en los diferentes grupos sociales, y por otra parte, ha contribuido a reforzar un estereotipo del “indígena alcoholizado” que perpetua las diferencias de clase, en palabras del autor:

“Reconocer en principio que son los estratos medios y altos los que más consumen alcohol, y que paradójicamente los estratos subalternos son los que evidencian la mayor frecuencia de consecuencias negativas, constituye una constatación que no puede agotarse en el señalamiento de esta aparente paradoja, sino en profundizarla y plantear el problema del alcohol y la alcoholización como parte de las relaciones que operan en los procesos de dominación y subordinación, entre sectores hegemónicos y subalternos en los diferentes niveles grupales, clasistas y étnicos en los que se manifiestan” (Menéndez, 1988a, pág. 57).

En oposición al enfoque dominante en las ciencias sociales que patologiza toda forma de consumo e implica ciertos prejuicios racistas, Menéndez (1988b) propone la utilización del concepto “proceso de alcoholización” para referirse a “*las funciones y consecuencias negativas y positivas que cumple la ingesta de alcohol para los conjuntos sociales estratificados*”. Este concepto evita considerar el consumo únicamente en términos de salud-enfermedad mental o física, pero a pesar de ello, reconoce que algunos usos del alcohol pueden poner en peligro la vida. La aportación más notable de esta propuesta es que permite aproximarse también a la función del alcohol como medio o instrumento para regular la vida social (Ravelo, 1988).

Esta definición resulta particularmente importante para el presente estudio que, si bien no tiene por objetivo central dar cuenta de los usos, costumbres y consecuencias de la ingesta de

alcohol en la comunidad otomí, sí pretende explorar algunos de los procesos psicosociales que acontecen en los grupos familiares en estrecha relación con las prácticas de consumo. Por lo tanto, es indispensable adoptar una postura que permita aproximarse a estos fenómenos rescatando las diferentes funciones del alcohol en la vida cotidiana.

Son muy numerosas las investigaciones realizadas en México que dan cuenta de los diferentes aspectos relacionados con el consumo de alcohol partiendo de vertientes muy diversas entre las que se encuentra la antropología, la psicología y la epidemiología. El presente capítulo intenta construir un panorama general del papel del alcohol en la cultura mexicana y en las subculturas indígenas de nuestro país recuperando datos generados de diferentes áreas de conocimiento. En la segunda sección del capítulo se presenta una revisión de literatura cuyo eje de análisis es la extensión del problema de consumo de alcohol en el México rural y sus consecuencias más notorias.

1.1. ¿QUÉ DEBEMOS ENTENDER POR CULTURA?

Uno de los conceptos más importantes para entender los hábitos de consumo de alcohol y la forma en que estos afectan a los miembros de una población es justamente el concepto de cultura. En la actualidad es prácticamente imposible ofrecer una definición única y consensuada de qué es la cultura ya que existen tantas definiciones como estudiosos del tema (González, 1994).

Conforme a la explicación de Williams (1976) el significado moderno de la palabra cultura ha atravesado una larga historia en la que se pueden reconocer al menos tres amplias categorías activas de uso, la primera de ellas se emplea desde el siglo XVIII y describe procesos generales de desarrollo intelectual, espiritual y estético. El segundo uso indica una forma particular de vida, de gente, de un período o de un grupo. Fue introducido en 1870 por el investigador inglés Tylor en su obra *Primitive culture*. Una tercera forma describe trabajos y prácticas de actividades intelectuales y especialmente artísticas, posiblemente es el uso más tardío y difundido, de acuerdo a éste, *cultura* es la música, la literatura, la pintura, la escultura, el teatro y el cine.

Tomando como referencia la segunda acepción del concepto que hace referencia a una forma particular de vida, Norton (2004) considera que la cultura incluye un conjunto de

creencias, reglas y significados compartidos que nos dicen cómo debemos ver el mundo y cómo debemos actuar, por lo tanto determina el patrón mediante el cual adquirimos roles y responsabilidades relacionadas con la familia, los amigos y el lugar de trabajo.

La cultura se representa externa e internamente. En lo externo se manifiesta como instituciones, artefactos, materiales y las estructuras y procesos de rol y estatus, mientras que internamente la cultura se representa como valores, creencias, actitudes, estilos cognitivos, epistemologías, y niveles de conciencia. Otra característica importante es que la cultura se adquiere desde el nacimiento a través de los procesos de socialización y adquisición del lenguaje, además de ser un proceso dinámico siempre cambiante (Marsella, Dash-Scheuer, 1988).

La definición de González (1994) si bien es extensa, ofrece un marco de referencia muy amplio para comprender la cultura como la omnipresencia de los significados compartidos en la vida cotidiana. El autor escribe:

“Nos parece que ante todo la cultura es un modo de organizar el movimiento constante de la vida concreta, mundana y cotidianamente. La cultura es el principio organizador de la experiencia; mediante ella ordenamos y estructuramos nuestro presente a partir del sitio que ocupamos en las redes de las relaciones sociales. Es, en rigor, nuestro sentido práctico de la vida.

Pero la cultura no solo permite domesticar nuestra situación presente, ella es también constitutivamente sueño y fantasía que transgrede los cercos del sentido práctico: fantasía y proyecto que sobrepasa los duros y estrechos límites de la pesada y seriesísima realidad; nos permite –al “soñar”, al jugar, al reír- abrir las compuertas de la utopía y a partir de ésta, nos deja proyectar otras formas de organización distintas a lo vivido y –a veces-, por el momento irrealizables. Es, en exceso, la fábrica de todos nuestros sueños y el principio de todas nuestras esperanzas.

Sin embargo, aunada al presente y al futuro, la cultura es simultáneamente raíz y ligadura con la que hemos sido, hecho, gozado, deseado. Es recuerdo –siempre selectivo y reconstruido desde las constricciones particulares de un ahora volátil- de los pasos anteriores, de nuestro origen, de nuestros muertos, de nuestros fracasos, de nuestros espacios, acciones y objetos; de nuestro tiempo y relaciones, que han conformado las líneas de expresión del rostro nuestro presente.

La cultura es, pues, memoria de lo que hemos sido; igualmente constituye el registro imaginario y sedimentado de lo que alguna vez pudimos ser y hacer. Es, en perspectiva, lo que da

espesor al presente y factibilidad al porvenir. Asimismo la cultura es lo que nos permite definir nuestras situación dentro de la vida social y colectiva (pp. 57-58).

De acuerdo con este autor, la cultura es una dimensión omnipresente de las relaciones sociales, por lo tanto, es una propiedad consustancial a toda sociedad concreta e histórica que tiene materialidad y aportes sociales objetivos (González, 1994).

Estas propiedades distinguen la “cultura” de otros conceptos como “raza” y “etnicidad”, los cuales con frecuencia se emplean como sinónimos. Mientras que la cultura debe entenderse como un conjunto de significados compartidos, la etnicidad hace referencia a la forma en que los miembros de un grupo específico se definen a sí mismos, puede tratarse de un grupo minoritario como la población indígena, o un grupo mayoritario como la población mestiza en México o la población anglosajona en Estados Unidos. Por otra parte, el concepto de “raza” alude a características de tipo biológico y físico que son compartidas por un grupo de personas tales como la estructura ósea y el color de la piel. Actualmente este concepto se emplea equivocadamente como constructo social y político para dar cuenta de las diferencias entre la gente, lo que ha dado origen a prejuicios y discriminación de ciertos grupos (Norton, 2004).

Un importante número de pensadores¹ en nuestro país han estudiado la red de significados que constituyen la cultura mexicana con el fin de delinear lo que algunos han denominado identidad y/o carácter nacional. Cabe destacar que estas elaboraciones tienden a resaltar los aspectos más negativos de la cultura mexicana. La mayoría de estos autores presumen que los elementos centrales del carácter nacional mexicano se gestaron durante la Conquista y la Colonización. La idea central de esta tesis es que la unión forzada entre españoles conquistadores y las mujeres indígenas violentadas, es la fuente original de la ambivalencia admiración/odio hacia el padre español, y devoción/desprecio hacia la madre indígena. En palabras de Ramírez (1961) los mestizos nacieron en el desamparo y el abandono paterno y su supervivencia se debió no a vínculos de afecto sino al sentimiento de culpa infundido por la religión católica. El mestizo vive un conflicto interno al ser hijo de un padre que admira pero odia por haberlo abandonado y por la violencia infligida a su madre india, a quien por otro lado ama profundamente pero al mismo tiempo desprecia por su debilidad.

¹ En la antología titulada “Anatomía del mexicano”, Bartra (2005) presenta una selección de ensayos que versan sobre el carácter y la identidad nacional y fueron escritos por Ezequiel A. Chávez, Julio Guerrero, José Vasconcelos, Samuel Ramos, Octavio Paz, Luis Villoro, Santiago Ramírez, Rogelio Díaz Guerrero, Carlos Monsiváis, entre otros autores.

Aparentemente es en esta historia y en esta ambivalencia que se fincan los elementos centrales de la cultura mexicana: la predominancia masculina o machismo, la subordinación femenina, el conflicto entre ambos sexos y la centralidad de la familia sobre el individuo. Ramírez (1961) apunta asimismo, que probablemente la organización familiar prehispánica también estaba marcada por la supremacía masculina pero que este rasgo tomó características dramáticas en las familias interculturales.

Desde el punto de vista de Ramos (1951), la historia ha generado en los mexicanos un fuerte sentimiento de inferioridad, entendido como un sentimiento que surge cuando existe una desproporción entre lo que un hombre quiere hacer y lo que puede hacer. Esta situación conduce al fracaso, al pesimismo y la desconfianza en sí mismo. Algunas expresiones del carácter mexicano son maneras de compensar el sentimiento inconsciente de inferioridad, por eso son vanidosos, despreciativos, altaneros, retraídos, celosos y desconfiados, aunque en el fondo se busca la afirmación de la propia voluntad a costa de los demás.

El análisis que Díaz-Guerrero (1994) hizo de las premisas socioculturales desde la óptica de la etnopsicología también ha contribuido a entender el porqué de la preeminencia de la familia en la vida cotidiana de los mexicanos. En primer término, Díaz-Guerrero expone que en México existen al menos cuatro estilos de personalidad, el más prevalente es el pasivo y obediente-afiliativo, que se caracteriza por la obediencia a las figuras de autoridad, baja necesidad de autonomía, conformes y complacientes durante los primeros años de la adolescencia, pero conforme van creciendo incrementa el riesgo de padecer trastornos mentales al perder la protección de la familia.

El segundo tipo de mexicano es el rebelde activamente autoafirmativo que tiende a oponerse a la autoridad, es dominante y agresivo, necesita tomar sus propias decisiones, es irritable, vengativo y poco sensible a las necesidades de los otros. En tercer lugar se encuentra el mexicano con control interno activo, el cual, desde el punto de vista del autor, tiene los mejores rasgos de la cultura mexicana ya que son personas responsables y sistemáticas, menos impulsivas que los mexicanos en general, optimistas y con orientación al logro. El cuarto tipo es el mexicano con control externo pasivo, que considera como virtudes los aspectos negativos de la cultura mexicana, son desobedientes, irascibles, impulsivos y pesimistas que se desarrollan en el medio machista, violento y corrupto.

Entre los valores que se reconocen como centrales en la familia mexicana se encuentran la abnegación de la madre, la virginidad de las mujeres como centro del honor familiar, la virilidad del hombre entendida como temeridad, agresividad y sexualidad activa; obediencia, humildad y respeto hacia las personas de mayor edad, de ahí que los mexicanos construyan su sentido de seguridad en torno a la familia y se superpongan las necesidades del grupo a las necesidades individuales (Díaz-Guerrero, 1994).

Los mexicanos tienden a creer que hay fuerzas externas, entendidas como “suerte” o “destino”, que controlan el resultado de una situación problemática. A esta característica se le llama locus de control externo y se asume que es especialmente importante para la salud mental ya que tiene que ver con un sentido más bien pobre de competencia y la efectividad personal para lidiar con los problemas de la vida cotidiana. De acuerdo con esta afirmación se esperaría que los mexicanos experimenten mayor malestar que las culturas en las que predomina el locus de control interno, no obstante, se ha encontrado que no hay diferencias en el estado de salud de ambos grupos. El sentido de responsabilidad hacia el grupo familiar plantea una presión sobre los individuos pues deben tomar en cuenta las expectativas y bienestar de la familia antes que los propios deseos. Esto limita su capacidad de controlar su propio destino contribuyendo así a la creencia en el control externo y esto conduce a desarrollar el sentido de desesperanza característico de la depresión. Pero el grupo familiar también es responsable hacia el individuo y la presencia de una sólida red de apoyo puede aliviar el malestar (Mirowsky, Ross, 1984).

Las propuestas revisadas hasta ahora ofrecen un panorama de las principales características de la cultura mexicana, pero no reconocen cabalmente la diversidad de la población y sugieren que las premisas que las sustentan se mantienen invariables en el tiempo, la geografía y los niveles socioeconómicos. Al respecto, Béjar (1988) comenta que si bien es factible que exista una cultura hegemónica, la distribución inequitativa de los beneficios de la sociedad se traducen en una gradación de las formas de vida y en consecuencia, hay manifestaciones culturales propias del proletariado, de la burguesía, de la clase media, de los campesinos que también pueden llamarse subculturas y que González (1994) denomina “frentes culturales”.

En cuanto al México rural, el estudio de Fromm y Maccoby (1973) en el estado de Morelos reveló que el conflicto entre hombres y mujeres también está presente entre la población

campesina y que el machismo se relaciona con la dependencia de la madre y el “síndrome autoritario-explotador” pero no es una característica dominante ya que se trata de una población muy productiva y responsable. De manera similar a lo que ocurre en la sociedad mexicana urbana, los roles de género dictan la abnegación, la modestia y la sumisión para las mujeres, quienes están confinadas a las labores domésticas y son económicamente dependientes del hombre. Las niñas son menos valoradas que los niños, estos tienen más libertades por el simple hecho de ser hombres. Las demostraciones de afecto no son comunes entre hombres y mujeres, la infidelidad es común pero no se considera traición si los hombres cumplen adecuadamente con las responsabilidades económicas.

Lara (1992) considera que estos roles de género se presentan de manera similar en las comunidades indígenas y en las zonas rurales de México, otros autores han tratado de identificar con más detalle cuales son las peculiaridades de las subculturas indígenas en comparación con la cultura hegemónica. Barrera (1996) por ejemplo, realizó un estudio en la comunidad Santo Tomás Atzingo, ubicada en la zona oriente del Estado de México con el propósito de actualizar la comprensión de la psicología del mexicano. Entre los hallazgos más notables destaca que lo sobrenatural, el pensamiento mágico, la creencia en milagros orienta en gran parte la vida cotidiana de los mexicanos la cual está anclada a una cosmogonía ancestral que orienta sus creencias y su fe; los adultos indígenas profesan cultos religiosos y en la deidad proyectan valores, sentimientos de generosidad, solidaridad y altruismo. Por otro lado, un aspecto compartido con la cultura hegemónica es la intensidad con la que se viven las relaciones familiares, anteponiendo el afecto hacia la madre y el deseo de procrear.

1.2. ¿CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE LA CULTURA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL?

Al entender a la cultura como un conjunto de significados compartidos que nos dicen cómo debemos ver el mundo y cómo debemos actuar, es razonable considerar que ésta moldea la interacción con el medioambiente creando usos y costumbres particulares entre los que se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol.

Uno de los aspectos sobresalientes de la cultura mexicana es que el alcohol está presente en todas las áreas de la vida y en todos los momentos importantes, desde el nacimiento hasta la muerte (Natera 1995). La integración del alcohol a la cultura es tan intensa que influye en la

configuración de actitudes y conductas dictando las reglas sobre quiénes pueden beber, cuándo y cómo pueden hacerlo y en este aspecto el género se configura como un elemento clave (Sánchez-Pardo, Navarro, Valderrama, 2004).

Medina-Mora (1993) refiere que en México se considera adecuado que los hombres beban en exceso mientras que las mujeres deben abstenerse de hacerlo, y que hombres y mujeres sin distinción por edades apoyan estas normas. Se considera que el alcohol cumple una función importante en las interacciones sociales ya que favorece la integración grupal.

Para los varones mexicanos “saber beber” es una fuente de admiración y respeto, “aguantar mucho” es un rasgo de virilidad y el consumo inicia a edades tempranas. Este tiene lugar en el ámbito privado y en el público, pero no ocurre lo mismo con las mujeres pues ellas beben principalmente en el seno familiar y en ocasiones especiales (Natera, 1995).

Room y Mäkelä (2000) apuntan que siempre se han reconocido las diferencias entre sociedades respecto a la “*posición cultural del consumo de alcohol*”, la cual se entiende como el conjunto de normas sobre el uso de alcohol en una sociedad y la relación entre el beber y otros aspectos de la cultura. Se han realizado diferentes esfuerzos por crear tipologías que permitan entender con facilidad las diferencias en la posición cultural del consumo de alcohol. La primera aproximación que se empleó era de naturaleza holocultural y pretendía explicar las variaciones interculturales en el uso de alcohol en términos de las funciones generales del consumo a nivel individual, por ejemplo, la reducción de la ansiedad.

Una segunda tradición en la clasificación de la posición cultural del consumo es la llamada aproximación sociocultural, en la que se buscaba explicar las variaciones en las tasas de alcoholismo o de problemas relacionados con el alcohol, por lo tanto, el concepto de permisividad vs. abstinencia cobró gran relevancia.

De ella se derivó la dicotomía que distingue las culturas *húmedas* de las *secas*, siendo las primeras aquellas en las que el consumo de alcohol está totalmente integrado a la vida cotidiana y hay pocos problemas sociales asociados, en tanto que las culturas secas normalmente tienen una fuerte tradición temperante, mayor proporción de abstemios, patrón de consumo poco frecuente y en altas cantidades, mayor número de muertes por intoxicación, baja tasa de mortalidad por cirrosis, más violencia y disrupción social (Room, Mitchell, 1972). Esta clasificación ha perdido su vigencia debido a que se están registrando cambios en el patrón de

consumo de algunas sociedades y los niveles de consumo *per capita* cada vez convergen más (Room, Mäkelä, 2000).

Una de las propuestas más influyentes en la discusión sobre la posición cultural del consumo es la de MacAndrew y Edgerton (1969) quienes argumentan que las culturas difieren grandemente en la extensión en la que la embriaguez da como resultado cambios negativos como la conducta violenta u otros tipos de conducta desviada. En esta discusión hay implícito un continuo, en un extremo se encuentran las sociedades donde la conducta durante la intoxicación no difiere en lo absoluto de la conducta en sobriedad (sociedades apolíneas), y en el otro extremo están las sociedades en las que se espera una seria conducta violenta (sociedades dionisiacas). Se asume que en este último tipo de sociedades las normas que regulan la conducta durante la intoxicación son diferentes de las que regulan la conducta en sobriedad.

Algunos estudios antropológicos sugieren que la posición cultural del consumo en México tiende a ser dionisiaca. Las tradicionales fiestas religiosas aparecen como espacios físicos y conceptuales en los que se construye el consumo excesivo y la conducta que se relaciona a la ebriedad, específicamente, la violencia contra las mujeres. El comportamiento violento aparece en este contexto dado que en estas ocasiones ni los individuos ni el grupo social más amplio funcionan bajo las normas que operan normalmente en la vida cotidiana, por ende, no se considera que un hombre agresivo sea responsable de sus actos en estas circunstancias (Pérez, 2000).

Esta forma de consumo caracterizada por la ingesta de grandes cantidades de alcohol durante periodos de varios días se ha observado en otros grupos étnicos de Norte y Sudamérica donde la intoxicación también está acompañada de violencia, sin embargo, en ciertas comunidades se empiezan a tomar medidas para controlar la disponibilidad del alcohol debido a los serios conflictos que se suscitan y el sufrimiento que estos generan entre sus habitantes (Seale, Shellenberger, Rodríguez, Seale, Alvarado, 2002).

Cuando se ha estudiado el contexto social del consumo de alcohol en diferentes grupos étnicos de México se ha encontrado que éste se considera “normal” y se promueve por mecanismos como la presión social, la segregación de los abstemios, la disponibilidad de las bebidas. El contexto social incluye asimismo la percepción de las consecuencias negativas del consumo, entre las que se reconocen la enfermedad, la muerte, el costo económico de las bebidas

y los problemas con la familia (Módena, 1999).

Las formas en las que se interpretan las prácticas de consumo indígenas han estado permeadas de prejuicios desde la época de la Colonia, periodo en el que los cronistas describieron cómo los indios de la Nueva España hacían uso de diferentes sustancias para “emborracharse” ya que eran presas del dominio de Satanás creando así la figura del “indio borracho”, representante de lo bárbaro, la degradación y la inferioridad de la población indígena (Earle, 2008).

Ese desencuentro intercultural persiste hasta nuestros días y se refleja no sólo en términos de identificación y diagnóstico de los problemas relacionados al alcohol sino también en la existencia de prejuicios del personal de salud hacia la población indígena, la presencia de conflictos en la relación médico-paciente y usuarios-servicios de salud en comunidades indígenas así como en la baja asistencia de los indígenas a las unidades médicas (Lerín, 2006).

1.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN RURAL E INDÍGENA DE MÉXICO

A pesar de la escasez de investigaciones epidemiológicas sobre el consumo de alcohol en la población rural de México, es innegable la contribución de las ciencias biomédicas en el estudio de características específicas del consumo de alcohol en diferentes regiones y comunidades del país, el método de la encuesta ha servido como base para la realización de algunas de estas investigaciones.

Al comparar las características psicológicas de las personas que reportaron episodios de embriaguez al menos una vez al año en una comunidad rural y una urbana del estado de Michoacán, Rascón, Medina Mora y Otero (1988) encontraron que la embriaguez episódica es una práctica aceptada por hombres y mujeres de ambos tipos de población; sin embargo, son los hombres rurales quienes presentan un mayor índice de embriaguez a pesar de que beben con menor frecuencia. De igual forma, refieren más problemas asociados a la embriaguez en

comparación con la población urbana, especialmente en cuanto a la economía, las relaciones con amigos y la salud.

En estas comunidades, la mayoría de los entrevistados manifestó ingerir más de un tipo de bebida, el 94% de la población bebedora consume cerveza, 56% destilados, 44% pulque y 21% reportó consumir alcohol de 96°. Este último grupo es de mayor edad que los que consumen otras bebidas (40% tiene entre 35 y 55 años) y está constituido principalmente por hombres. El 18% bebe 12 o más copas de alcohol de 96° de una a tres veces al mes, por lo que el uso de esta bebida está fuertemente asociado a la embriaguez (García, Rascón y Medina Mora, 1986).

Medina Mora (1988) contrastó la información sobre los patrones de consumo observados en la población del estado de Michoacán con datos similares provenientes de una localidad semi-rural cercana a la Ciudad de México. En ambos escenarios se detectó que la ingesta de alcohol, y en específico la embriaguez, son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres. Tanto las personas que beben con gran frecuencia como aquéllas que lo hacen menos de una vez a la semana, reportaron ingerir grandes cantidades de alcohol en cada ocasión. La tasa de abstinencia fue más alta en las zonas urbanas que en las poblaciones rurales, mientras que los hombres rurales refieren más problemas asociados al consumo en comparación con los hombres urbanos. Por otro lado, el consumo por parte de las mujeres es más frecuente en las comunidades urbanas que en las rurales.

En una zona rural de la Ciudad de México también se encontró que los hombres beben con mayor frecuencia que las mujeres, 27% de los varones y 9% de las mujeres declararon consumir alcohol de una a tres veces por semana mientras que el consumo de una a tres veces al mes fue reportado por 29% de los hombres y 3% de las mujeres (Calderón y Suárez, 1980).

Berruecos y Velasco (1977) encontraron que entre los indígenas nahuas de la Sierra Norte de Puebla, la bebida de mayor consumo es el aguardiente el cual se produce tanto de manera lícita como clandestina. El volumen de venta de esta bebida se estimó en 405 litros, pero esta cifra puede llegar a 1,215 litros durante las fiestas patronales, de tal forma que el consumo *per capita* se calcula en 24 litros al año.

Para los mazahuas de San Felipe del Progreso, Edo. de México, el consumo de pulque forma parte de la vida diaria incluso para los niños. La ingesta diaria *per capita* de esta bebida

tradicional se estimó en 14.5 litros entre los adultos y 0.5 litros entre los menores, además, la cerveza también se consume en grandes cantidades (Martínez, Tenorio, 1979).

Se sabe también que en esta localidad es muy común el uso combinado de alcohol y éter, el cual se cree potencializa los efectos del alcohol. La ingestión de esta mezcla es más usual entre las mujeres y las personas analfabetas, y se asocia con un grado de deterioro neurológico y daño orgánico más grave que el que se encontró entre quienes consumen únicamente alcohol (Moreno, Puente, 1984).

Más recientemente, la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 (CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI, 2002) incluyó por primera vez a la población rural de México en el diseño muestral. Se determinó que el consumo *per capita* en este sector de la población es de 2.72 litros mientras que para la población urbana es de 3.48 litros. Tanto en las comunidades rurales como en las zonas urbanas hay predominancia de los patrones de consumo moderado alto y consuetudinario entre los hombres, y en las mujeres destaca el patrón de baja frecuencia y baja cantidad entre las mujeres.

Respecto al síndrome de dependencia al alcohol, se estima que el 10.5% de la población masculina de origen rural cumple con los criterios del DSM-IV; este porcentaje es superior al estimado para los hombres urbanos (9.3%). En cuanto a su contraparte femenina, la proporción de mujeres rurales que cumplen los criterios de dependencia es menor (0.4%) que la proporción de mujeres urbanas en esta situación (0.7%).

El método del informante es otra estrategia metodológica que se ha empleado para examinar algunas características el proceso de alcoholización. Esta metodología fue desarrollada originalmente por Jellinek (Popham, 1976), se trata de un método exploratorio, por lo tanto no pretende poner a prueba hipótesis sino crearlas a partir de los resultados.

Natera (1981b) señala que el método del informante constituye una opción valiosa frente a los estudios transversales por encuesta ya que al no indagar directamente los hábitos de consumo de los respondientes, puede contribuir a reducir la tasa de no respuesta; además, puede emplearse en comunidades abiertas y cautivas. Por otra parte, favorece también la reducción de costos operativos pues (a) no requiere un marco censal rígido (difícil de obtener en zonas rurales) (b) no requiere un gran número de encuestadores, (c) el procesamiento de la información

es relativamente sencillo. Destaca también la posibilidad de sensibilizar a la comunidad ante la problemática relacionada con el consumo de alcohol, lo que abre la posibilidad de desarrollar posteriormente estrategias de intervención preventiva o promoción de la salud.

Durante la década de los años 70, se adaptó y validó exitosamente en diferentes países de Europa y América, siendo México uno de ellos. En esta experiencia, el método del informante resultó particularmente útil en la generación de información sobre la dinámica de la comunidad alrededor del consumo de alcohol sin tomar como base indicadores de mortalidad o morbilidad; por el contrario, se dio prioridad a los efectos sociales del consumo, los valores, actitudes y costumbres, y sobre todo, se indagó si para la comunidad en cuestión el consumo de alcohol representaba un problema y cómo se manifestaba (Natera, 1981a).

La aplicación del método del informante en la comunidad de Topilejo (en las afueras de la Ciudad de México) reveló que, como sucede en el resto del país, el mayor consumo de alcohol se registra entre la población masculina. Más del 50% de los grupos participantes opinaron que son pocos los hombres que diariamente beben hasta la ebriedad, pero el 57% cree que más de la mitad de los hombres de este poblado se emborracha los fines de semana. Los informantes suponen que la edad de inicio en el consumo de alcohol se encuentra alrededor de los 15 años en el caso de los varones en tanto que el pulque es la bebida más consumida, el uso de otras bebidas, como los destilados es más raro. Otra diferencia interesante entre hombres y mujeres es que estas últimas aparentemente beben únicamente en casa y los hombres lo hacen en lugares públicos. Por otra parte, se considera que una fiesta en la que no hay alcohol es un fracaso; los eventos deportivos representan otra situación fuertemente asociada a la ingesta de alcohol (Natera, Orozco, 1981).

Milpa Alta es otra localidad en donde el método del informante permitió conocer la percepción de los adolescentes respecto al consumo de bebidas alcohólicas (Guerrero, Natera, Díaz, Casco, 1990). Esta población considera que la edad de primer consumo es a los 17 años en los hombres y a los 18 para las mujeres, siendo el brandy y el ron las bebidas preferidas. En este sector se encontró también que las mujeres beben en su casa y los hombres lo hacen en otros escenarios, incluso durante la realización de actividades deportivas y nunca se reúnen hombres y mujeres para beber. El 67% de los participantes cree que los jóvenes beben de una a dos veces por semana y solo 1.75% reporta consumo diario. Llama la atención que el 24% de los jóvenes

estudiantes opinó que beber grandes cantidades de alcohol es admirable y sólo el 7% lo censuran. En contraste, 63% de los adolescentes que trabajan piensan que el consumo excesivo no algo digno de ser admirado o respetado. La proporción de mujeres y hombres adolescentes que reportaron haber presentado algún problema familiar como consecuencia del consumo es muy similar (27% y 24% respectivamente).

Se ha documentado que la migración de México hacia Estados Unidos es un factor que se asocia significativamente con un incremento en el uso de sustancias (Farabee, Wallisch, Maxwell, 1995). Dado que los migrantes mexicanos provienen principalmente de áreas rurales, resulta relevante mencionar algunos de los estudios que han evaluado el efecto de este fenómeno en los patrones de ingesta de alcohol de estas comunidades.

Al comparar el consumo de la población mexicana (rural y urbana) con el consumo de población de origen mexicano que habita en Estados Unidos se observa que los migrantes, específicamente los varones, mantienen el patrón de consumo de altas cantidades y adoptan más rápidamente que las mujeres la frecuencia de ingesta de la cultura receptora (Caetano, Medina Mora, 1988b). Este cambio puede deberse en parte a que las normas sociales que regulan el consumo en la cultura norteamericana son más liberales que las presentes en sus comunidades de origen; por otra parte, dado que los hombres desempeñan el papel de proveedores están en mayor contacto con la cultura receptora que las mujeres, quienes mantienen el rol de amas de casa (Caetano, Medina Mora, 1988a)

Para el estado de Jalisco, Salgado, Díaz y Maldonado (1995) informan que el consumo de alcohol en mujeres de origen rural es una práctica poco frecuente, incluso entre aquellas que han emigrado hacia los Estados Unidos, no obstante, tienden a reportar un consumo elevado de alcohol por parte de sus cónyuges así como uso de sustancias psicoactivas como la marihuana y la cocaína.

En una encuesta realizada en una región de alta emigración y una de baja emigración del estado de Jalisco, Díaz (2003) encontró que 13.5% de los hombres con experiencia migratoria tienen un patrón de consumo consuetudinario y tienen también más problemas asociados al consumo de bebidas alcohólicas. La proporción de hombres migrantes que cumple los criterios de dependencia al alcohol es de 13.5%. El riesgo de desarrollar patrones de consumo peligroso también es elevado en los varones que a pesar de no haber salido de sus comunidades tienen

algún familiar que ha emigrado, en este grupo la proporción de personas con dependencia fue de 4.5%. Sin embargo, vivir en una región de alta emigración parece disminuir el riesgo de consumo de alcohol.

Finalmente, es pertinente mencionar que la migración del campo a la ciudad puede tener un efecto similar al de la migración internacional. Un estudio cualitativo realizado por Tenorio y Natera (1995) da cuenta de que el consumo excesivo de alcohol es una práctica muy común entre los estibadores del mercado de la Merced, quienes con frecuencia han migrado del campo a la ciudad en busca de mejorar su nivel de vida. De acuerdo con los relatos presentados por las autoras, la ingesta de bebidas alcohólicas en algunos casos comienza a edades muy tempranas - incluso durante la lactancia- en las comunidades rurales de origen, pero alcanza características dramáticas durante los años de vida en el ámbito urbano.

A partir de esta información son claras las diferencias entre los patrones de consumo característicos de la población de las ciudades y áreas rurales de México, las cuales, como se ha visto, obedecen a razones diversas entre las que destacan los usos y costumbres, los valores y creencias, las normas sociales así como el contacto con otras culturas como es el caso de la población migrante. Otros factores pueden contribuir a que las consecuencias del consumo sean más graves entre la población rural e indígena, por ejemplo, la escasa educación sobre los temas relacionados al consumo y la ausencia de centros de tratamiento.

Probablemente otra área en la que se presentan diferencias es la forma en que el consumo afecta a quienes rodean al usuario, el cual es justamente el centro de interés de este trabajo. Con el objeto de poder entender mejor las posibles similitudes y/o diferencias entre la forma en que las familias urbanas y rurales viven y enfrentan el consumo de alcohol, es indispensable conocer en primer término, las diversas formas en que se ha tratado de abordar este tema.

2. APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA FAMILIA FRENTE A LAS ADICCIONES

El consumo excesivo de alcohol y otras drogas es sin duda uno de los problemas más graves en México y el resto del mundo. En la actualidad, existe literatura que advierte sobre las diferentes consecuencias sociales y de salud que se derivan de las prácticas de abuso en el consumo de sustancias, haciendo evidente que vivir con un usuario de alcohol o drogas es una experiencia cada vez más común dada la prevalencia de este problema. Es así que la familia se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (Natera, Mora y Tiburcio, 1999).

Desde la década de los años 50 se llevan a cabo diversas investigaciones que tratan de valorar el impacto que la ingesta excesiva de alcohol tiene sobre los miembros no bebedores de la familia (Hurcom, Copello, Orford, 2000). En estos estudios, la relación entre el consumo y la familia se ha explorado a partir de diferentes modelos explicativos que incluyen las perspectivas psicodinámica, sistémica, feminista, así como la psicología comunitaria y la codependencia entre otras (Velleman, Copello y Maslin, 1998).

Otra aproximación sobresaliente es el modelo estrés-enfrentamiento-salud. Este modelo plantea que el consumo de alcohol o drogas constituye un importante estresor para los familiares que viven con el usuario, quienes por otra parte, no están preparados para hacer frente a esta situación. Por ende, vivir con el usuario implica un esfuerzo mental constante para entender qué es lo que está ocurriendo y plantea un dilema sobre cuál es la mejor manera de responder a esta situación (Orford, 1998).

En la siguiente sección se llevará a cabo una revisión de los diferentes enfoques interesados en el estudio de la familia destacando las aportaciones y limitaciones de cada una de ellas. Incluye una revisión de los primeros trabajos que describían a las mujeres, madres y esposas de alcohólicos, como poseedoras de personalidades capaces de generar patología en los hombres que les rodean. Inmediatamente se presenta el concepto de codependencia para seguir con la perspectiva feminista y su fuerte crítica hacia la patologización de la feminidad. Al final se discute el modelo estrés-enfrentamiento-salud, el cuál ofrece una visión más integral de la problemática familiar en torno a las adicciones.

2.1. LA PERSONALIDAD PERTURBADA

Esta aproximación representa probablemente los primeros esfuerzos por explicar la relación entre el alcohólico y su entorno familiar, las primeras publicaciones al respecto se remontan a la década de los años 30. White y Savage (2003), refieren que fue en esa época cuando aparecieron los trabajos del psicoterapeuta Richard Peabody donde señalaba tres causas básicas para el alcoholismo: haber heredado un sistema nervioso vulnerable al alcohol, el efecto del ambiente familiar temprano y la influencia de experiencias tardías en el matrimonio, la universidad o el trabajo. Peabody enfatizó el rol parental como un agente causal del alcoholismo, en este orden de ideas, la presencia de una madre dominante y de un padre tímido y apático genera sentimientos de inferioridad y nerviosismo que a su vez, inducen el alcoholismo.

Otros autores de ese periodo coinciden en ver a la familia del alcohólico como una molestia o amenaza, Moore y Gray (1937, citados en White y Savage, 2003) por ejemplo, consideraban que el cónyuge no alcohólico era quien necesitaba tratamiento psiquiátrico con más urgencia. Por otro lado, Strecker y Chambers (1938, citados en White y Savage, 2003), notaron que las mujeres tienden a sabotear el tratamiento de sus esposos alcohólicos en un esfuerzo por reafirmar su poder y control, por lo que sugerían establecer un acuerdo con la familia no para involucrarlos en el tratamiento del alcohólico, sino para que no lo obstaculizaran.

Este paradigma fue apoyado también por Futterman (1953) quien afirmaba que las mujeres casadas con individuos alcohólicos contribuyen de diferentes formas a mantener la adicción del cónyuge debido a una exigencia interna de satisfacer las necesidades impuestas por una estructura de personalidad “perturbada”.

Otro trabajo clásico en esta área es el de Whalen (1953), donde plantea que las esposas de sujetos alcohólicos poseen, al igual que sus cónyuges, una personalidad pobremente integrada que las hace corresponsables de crear “una sórdida secuencia de miseria familiar”. Más aún, la autora distinguió cuatro estilos de personalidad propios de mujeres casadas con alcohólicos: “Susan la sufrida” cuya lealtad con el alcohólico se relaciona con su necesidad de auto-mortificación; “Catherine la controladora” que elige a un alcohólico como compañero

debido a la debilidad de éste y su propia necesidad de dominar la relación; “Winnifred la titubeante” se mantiene en la relación con el alcohólico para satisfacer su necesidad de ser necesitada, y finalmente, “Polly la castigadora” necesita castigar y controlar.

Durante la década de los años 60, Rae y Forbes (1966) reforzaron la idea de que las esposas de alcohólicos no podían ser consideradas como un grupo con características uniformes, ya que de acuerdo a los perfiles del MMPI que obtuvieron de 26 mujeres casadas con alcohólicos, podían distinguirse al menos dos tipologías: Las mujeres con personalidad alterada, es decir, con actitudes antisociales y egocéntricas, y las mujeres esencialmente normales, que sufren ansiedad y depresión como consecuencia del estrés que experimentan en la vida cotidiana.

El perfil general de la esposa de un alcohólico que se esbozó en estos primeros trabajos es el de una mujer neurótica, sexualmente reprimida, dependiente, dominante, maternal, masoquista y hostil (Day, 1961) en tanto que la opinión de los terapeutas hacia ellas estaba cargada de animosidad que podría resumirse en la frase *“yo también tomaría si estuviera casado con ella”* (White y Savage, 2003).

Como se ha visto, los estudios y observaciones antes citados coinciden en atribuir la etiología del alcoholismo y su mantenimiento a las características de personalidad de las mujeres con quienes conviven los hombres, destaca la ausencia de referencias a estudios realizados con mujeres alcohólicas. Es cierto que la patologización de la mujer contribuyó a consolidar el estigma asociado a la presencia de un alcohólico en la familia, poco se habló de las dificultades intrínsecas a la experiencia de vivir con un consumidor, pero también es cierto que estos trabajos fueron de utilidad para atraer la atención de los profesionales de la salud hacia las personas que conviven con bebedores excesivos, dando lugar a su reconocimiento como un grupo con características particulares que merecían ser estudiadas con mayor profundidad.

2.2. EL CONCEPTO DE CODEPENDENCIA

Una de las aproximaciones más controversiales a la problemática familiar frente a las adicciones es, sin duda, el modelo de enfermedad que propone el término “codependencia” como concepto explicativo. A partir de una revisión de la literatura, Noriega (2002) comenta que esta noción tiene su origen en el seno de los grupos de Alcohólicos Anónimos que se crearon en los Estados Unidos durante la década de los años 50. Poco después de que se desarrolló el modelo de doce pasos para la recuperación de los pacientes alcohólicos, los familiares de éstos se dieron cuenta de que también sufrían un trastorno emocional que debía ser tratado, fue entonces cuando se formaron los primeros grupos de Al-Anón con el objetivo de atender las necesidades de este grupo de familiares.

Inicialmente fueron las esposas de los alcohólicos quienes se reunieron y se auto-denominaron como *coalcohólicas*; en la década de los años sesenta cuando se empezó a hacer referencia a la dependencia química el término se transformó en *codependiente* y en ocasiones se emplea la palabra *coadicto* o *coadicta* como sinónimo (Cantú, 1995).

Sin embargo, autores como Bejos (1995) establecen que *codependencia* y *coadicción* son conceptos diferentes y que es necesario distinguir las particularidades de cada uno de ellos a pesar de que comparten ciertos rasgos comunes. El autor identifica como codependiente a la persona afectada por estar involucrada con un individuo que no es necesariamente usuario de sustancias pero es altamente estresante, en tanto que un coadicto es una persona afectada por un bebedor problema, incapaz de ajustarse como cónyuge, o hijo de un individuo químico-dependiente. En el cuadro I se presentan los rasgos característicos de ambos trastornos con el objeto de contrastarlos.

Pese a esta distinción aún predomina el uso de la palabra “codependencia” entendida como una tendencia excesiva a satisfacer las necesidades del familiar alcohólico. De tal forma, el término “codependiente” se emplea para referirse a una persona que sostiene una relación con un usuario de sustancias, que favorece el consumo y no puede terminar con esa relación aún cuando ésta sea dañina. Los codependientes aparentemente necesitan estar con alguien cuyo funcionamiento está por debajo de lo esperado o que es incapaz de satisfacer las

necesidades del codependiente. En términos más coloquiales, un codependiente es una persona “adicta” a un individuo que sufre una adicción (Cutland, 1998; Frank y Kadison, 1992).

Cuadro I. Diferencias entre Codependencia y Coadicción

CODEPENDIENTE	COADICTO
• Vivir o haber vivido con una persona altamente estresante	• Vivir o haber vivido con un adicto
• Tratar de hacer todo por los demás	• Trastornos en el sueño o la alimentación y en los estados de ánimo
• Tendencias a mentir	• Asumir responsabilidades por el adicto
• Reaccionar exageradamente ante los cambios no planeados	• Encubrir y proteger al adicto
• Dificultad para ser perseverante	• Controlar y esconder el dinero, tarjetas o chequeras
• Buscar aprobación y confirmación de los demás para sentirse bien	• Rechazar tener vida sexual con el adicto
• Tendencia a ser impulsivo más que racional	• Controlar esconder o tirar las bebidas alcohólicas y/o la droga
• Dificultad para identificar los sentimientos propios y expresarlos	• Realizar constantes demandas y exigencias al adicto para que disminuya o detenga sus actuaciones destructivas, a pesar de las claras evidencias de que fracasa y no puede hacer lo que se le reclama
• Sentimientos de culpa por lo que pasa a otros	• Sentirse herido, deprimidos, con sentimientos de soledad, enojados, frustrados y hasta culpables
• Actitudes y conductas rígidas	• Presentar exacerbados problemas físicos y/o psicosomáticos que ya tenían como: dolores de cabeza, tensiones musculares, trastornos gástricos o ginecológicos, hipertensión arterial, artritis, neurodermatitis, etc.
• Titubeo, dificultad para tomar decisiones	• Alejarse de sus amistades y, en general, de su ambiente social por temor o vergüenza
• Sentimientos de vergüenza y baja autoestima	• Haber pasado por estas situaciones durante la infancia o adolescencia a causa de alguno de los padres, parientes o amigos
• Pensar en exceso llegando a la confusión	• Presentar excesiva tolerancia ante abusos físicos y emocionales por parte del adicto
• Pueden ser muy responsables y muy irresponsables	

Fuente: Bejos, 1995

La noción de codependencia ha estado rodeada de polémica, esto tiene que ver con la dificultad de concretar una definición válida y con suficiente poder discriminativo; no son pocos los libros y artículos científicos que dedican un espacio a hacer un recuento de las múltiples formas en que se ha tratado de definir sin que hasta la fecha se halla logrado consenso. En la actualidad la codependencia es vista como una adicción, como un trastorno de la personalidad o rasgo inherente a la estructura de carácter también llamada codependencia

primaria (Cermak, 1991), como una respuesta transitoria a la experiencia de vivir con un adicto que puede remitir una vez que el estresor se ha eliminado, también conocida como codependencia secundaria (Whitfield, 1997), o bien como un estilo de establecer relaciones interpersonales (O'Brien, Gaborit, 1992; Prest, Benson, Protinsky, 1998; Wright, Wright, 1999).

Quienes consideran que la codependencia tiene su origen en la infancia plantean que la conducta del codependiente constituye una forma adaptativa de sobrevivir en un ambiente familiar adictivo o disfuncional, esta conducta se torna disfuncional *per se* cuando el mismo patrón de comportamiento se mantiene en la edad adulta. Este es el caso de las mujeres casadas con usuarios de sustancias y que además crecieron en familias donde también había abuso de alcohol o drogas; estas mujeres desarrollaron conductas que favorecen el consumo y por lo tanto, resultan atractivas para los consumidores (Favorini, 1995).

Por otra parte, Wright y Wright (1999) estudian a la codependencia como un patrón de relación y no como patología individual. Afirman que las investigaciones deben centrarse en identificar las actitudes y conductas codependientes que surgen en una relación en lugar de determinar hasta qué punto los individuos son codependientes. Para estos autores un codependiente es una persona que se relaciona con una pareja explotadora, irresponsable o destructiva ante la que responde con sobreprotección, pudiendo llegar al extremo de organizar todas sus actividades alrededor de las necesidades de la pareja.

Noriega (2002) adoptó una visión similar para plantear que la codependencia es un estilo abusivo de relación de pareja que se asocia con percepciones y conductas que denotan preocupación excesiva por el compañero y anulación de las demandas de la mujer. En su estudio la presencia de guiones de sumisión en la mujer fue un factor de riesgo para la codependencia, este hallazgo sugiere que no es el hecho de ser mujer lo que incrementa el riesgo de ser codependiente sino la forma de relacionarse con el sexo opuesto.

Existe otra postura que sostiene que la codependencia tiene un origen cultural y social. Wilson-Schaefer (1995) estima que las sociedades actuales están construidas sobre la base de ciertas características típicas del proceso adictivo tales como la represión de los sentimientos, el perfeccionismo y la deshonestidad. Más aún, estas características son alimentadas por la

familia, la escuela y la iglesia, que empujan a los individuos a tratar de ser “correctos”, “buenos” “educados” a costa de su integridad emocional.

No obstante la discusión sobre la etiología de la codependencia, muchos consideran que se trata de una entidad diagnóstica legítima, una enfermedad primaria susceptible de ser tratada, con un inicio y curso definible y un resultado predecible (Anderson, 1994). En la década de los años 80, Cermak (1986) propuso la inclusión del Trastorno Codependiente de la Personalidad como una nueva categoría diagnóstica en la tercera versión del DSM y definió los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Continua inversión de la autoestima en tratar de controlarse a uno mismo y a los demás ante serias consecuencias adversas
- B. Sentirse responsable de satisfacer las necesidades de otros, excluyendo el conocimiento de las propias
- C. Ansiedad y distorsión de las fronteras entre la intimidad y la separación
- D. Involucramiento en relaciones con individuos que padecen trastornos de la personalidad, dependencias químicas, codependencia y/o trastornos impulsivos
- E. Tres o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Negación
 - 2. Represión de emociones (con o sin explosiones emocionales)
 - 3. Depresión
 - 4. Hipervigilancia
 - 5. Compulsiones
 - 6. Ansiedad
 - 7. Abuso de sustancias
 - 8. Haber sido o ser víctima de abuso físico o sexual recurrente
 - 9. Enfermedades relacionadas con el estrés
 - 10. Mantener en una relación primaria con un abusador de sustancias activo por lo menos durante dos años sin buscar ayuda

El término codependencia surgió inicialmente para describir y tratar a las esposas de alcohólicos, sin embargo, en las definiciones más recientes como la de Cermak destaca la generalización del padecimiento a personas que mantienen relaciones con sujetos afectados con trastornos impulsivos o de la personalidad, dejando de ser un fenómeno privativo de los compañeros de consumidores de sustancias. De hecho, existe cierta evidencia que apoya la idea de que el alcoholismo en la familia no es un prerequisite para la codependencia, ya que

ésta se presenta también en personas que crecen en familias donde uno de los padres tiene enfermedades físicas o mentales (Fuller y Warner, 2000).

De acuerdo con los autores que respaldan la utilidad del término, la codependencia no sólo conforma una enfermedad, también puede ser factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos tales como abuso de sustancias, depresión, trastornos de la conducta alimentaria (Stafford, 2001), cáncer, padecimientos cardiovasculares y SIDA. Por lo tanto, es indispensable que el individuo codependiente busque su recuperación con el fin de establecer relaciones “sanas” y en general tener una vida saludable, de no hacerlo puede llegar a la enfermedad física e incluso a la muerte (Schaefer, 1987; Whitfield, 1989).

Es importante recordar que el término se desarrolló inicialmente para describir la conducta de las esposas de alcohólicos pero rápidamente se generalizó a otras áreas, incluyendo a las mujeres víctimas de violencia aún en ausencia del consumo de sustancias. Es así que el uso del concepto se ha sobre-generalizado de forma preocupante ya que una etiqueta o categoría diagnóstica que puede comprender a más de la mitad de la población despierta importantes cuestionamientos clínicos y sociales (Anderson, 1994; Frank y Kadison-Golden, 1992).

Collins (1993) opina que el rápido crecimiento de la literatura y la gran cantidad de programas de tratamiento que se basan en el concepto de codependencia dejan claro que éste *“es más que una categoría diagnóstica; es un movimiento social y un gran negocio”* pues con la creación de esta categoría se asegura un mercado potencial ilimitado para la industria del tratamiento de las adicciones.

La autora argumenta también que a pesar de que el término “codependiente” tiene una aparente neutralidad respecto al género, la gran mayoría de personas que reciben el diagnóstico o se auto-etiquetan son mujeres; los principales compradores de literatura de auto-ayuda centrada en la codependencia y una gran proporción de personas que asisten a grupos de apoyo también son mujeres. En síntesis, la crítica feminista afirma que el concepto de codependencia patologiza la femineidad al construir una enfermedad a partir de una serie de conductas asociadas al rol tradicional de la mujer como cuidadora, y oscurece la realidad de

muchas mujeres que son víctimas de un sistema opresivo contra el cual luchan en búsqueda de respuestas (Frank y Kadison-Golden, 1992)

Al respecto, Favorini (1995) y Bejos (1995) discuten que el hecho de que la gran mayoría de personas codependientes sean mujeres poco tiene que ver con prescripciones sociales; por el contrario, es una consecuencia de la forma en que se distribuyen los problemas de consumo de sustancias, ya que la prevalencia de abuso de alcohol y drogas es mayor entre la población masculina. Fuller y Warner (2000) agregan que para distinguir la codependencia de las conductas más saludables del rol estereotípico de cuidadora, es necesario desarrollar una definición operacional que destaque como rasgo característico la ausencia de atención en sí mismo en estricta relación con un ambiente familiar estresante.

Otras críticas fuertes apuntan que la noción de codependencia es una forma de “victimizar y culpar a la víctima” (Frank y Kadison-Golden, 1992), otras más precisan que aplicar el modelo de enfermedad a los problemas de relación trivializa la conducta adictiva relacionada con la dependencia química, cuando esta última que debería considerarse el problema fundamental a resolver (Stafford, 2001).

La controversia no hace más que evidenciar la necesidad de continuar estudiando este fenómeno y generar evidencia más sólida a favor o en contra, pero que en todo caso permita tener una visión más precisa y abarcativa de los problemas que enfrentan las familias de los consumidores, como señala Noriega (2002):

“La codependencia parece ser uno de los tantos problemas de salud mental que afectan más a las mujeres que a los hombres. Sin embargo, debido a su complejidad y a los debates que han ocurrido alrededor del constructo, no se le ha llegado a considerar objeto de estudio “legítimo” dentro del campo de la salud mental. A esto se le agrega el hecho de que por sus características, fuertemente relacionadas con normas y patrones de género culturalmente aceptados, este problema permanece invisible, siendo negado por la sociedad y por las propias mujeres en la medida en que es “normalizado”. Es importante enfatizar que, paradójicamente, una de las características más importantes de la codependencia es precisamente su minimización y negación como problema” (p. 39)

Es cierto que la noción de codependencia goza de gran popularidad y que algunos clínicos refieren su utilidad en el terreno del tratamiento, sin embargo, no ha sido posible comprobar empíricamente la validez del constructo. Esta dificultad tiene que ver principalmente con la falta de una definición operacional aceptada en la comunidad científica, amén de muchas otras limitaciones metodológicas como el tamaño de las muestras empleadas en los estudios y la selección de los participantes (Stafford, 2001). Por estas razones, se considera que esta aproximación no resulta adecuada para cumplir los objetivos de la presente investigación.

2.3. LA PERSPECTIVA FEMINISTA

Como se vio en el apartado anterior, el movimiento feminista critica abiertamente el concepto de codependencia y argumenta que la mayoría de las características patológicas que definen al codependiente son equiparables a las características del rol de género femenino tradicional, por lo tanto, un mensaje implícito en la literatura sobre codependencia es que la feminidad es patológica (Collins, 1993).

En contraste, la visión feminista enfatiza cómo las mujeres sobreviven en situaciones adversas con un número limitado de respuestas impuestas por un sistema de socialización basado en los roles de género, la subordinación y las opciones que ellas mismas perciben viviendo en una familia y en una cultura sexista y opresiva hacia las mujeres.

Las elaboraciones feministas consideran que el comportamiento de hombres y mujeres, y por ende las relaciones entre ellos, están edificados en representaciones sociales de la masculinidad y la feminidad derivadas del patriarcado. Usher (1998) afirma que la auto-culpabilización forma parte del *script* tradicional de la feminidad, y es esta cualidad, que se introyecta desde edades tempranas, una de las razones por las cuales las mujeres casadas con sujetos adictos tienen grandes dificultades para terminar con la relación.

El auto-sacrificio es otra característica altamente deseable en las mujeres y es posiblemente uno de los elementos que subyace a la necesidad, socialmente impuesta, de responsabilizarse de la conducta de otros y soportar la adversidad a cualquier costo (incluso en términos de salud). Es así que la representación de la mujer “respetable” determina que ésta

debe vivir a través de un hombre, incluso si se trata de un hombre violento, irresponsable, bebedor y dominante ya que es mejor un hombre así que pasar la vida sola. Del mismo modo, las mujeres aprenden que es responsabilidad suya transformar al varón con quien comparten su vida para hacerlo “el hombre ideal”, y que si este cambio no es posible, se debe a alguna falla en su propio comportamiento.

A partir de la teoría del yo-en-relación, Collins (1993) afirma que las mujeres que viven con un sujeto adicto están en una relación “desconectada”, es decir, una relación en la que la responsividad y engrandecimiento mutuo no son posibles. En este contexto, las mujeres necesitan afirmarse en sus deseos de establecer una relación “conectada”. Sin embargo, debido a la asimetría de poder, el riesgo de sufrir algún daño es mayor para quien es menos poderoso puesto que enfrenta mayores dificultades para afectar el curso de la interacción. Así, las mujeres son más proclives a sufrir los resultados negativos -victimización- de tales experiencias. El problema que se encuentra al tratar de establecer una relación conectada no es la necesidad de las mujeres sino la incapacidad o la falta de disposición de la pareja para relacionarse de manera empática en un contexto de equidad.

En oposición a los modelos de auto-ayuda para la recuperación del paciente codependiente, donde se destacan los rasgos negativos de la personalidad y el déficit conductual, ciertas vertientes feministas proponen el empoderamiento como concepto clave para la atención de las personas que viven con un consumidor de sustancias, especialmente de las mujeres (Anderson, 1994). Esta aproximación destaca el origen social del problema, pretende desafiar y reestructurar los arreglos de poder en la sociedad. Propone también que los y las terapeutas de mujeres deben:

1. Evitar devaluar las características tales como la sensibilidad
2. Evitar el uso de etiquetas diagnósticas
3. Enfatizar la importancia de la fuerza interior y del poder espiritual
4. Disminuir la asimetría en la relación cliente-terapeuta
5. Ayudar a la mujer a comprender el peso de los factores culturales y la socialización de género en sus vidas y problemas personales para que puedan reconocer la opresión y empiecen a cambiar su ambiente social.

6. Centrarse en las necesidades individuales de la mujer independientemente de las expectativas sociales que pesan sobre ella
7. Entrenar a la mujer en habilidades específicas como la búsqueda de trabajo, crianza de los hijos, autodefensa, asertividad, cambio comunitario y organizacional entre otras.
8. Alentar a las mujeres a trabajar en grupo
9. Reconocer el conflicto como una parte importante de la dificultad para desarrollar la intimidad

De acuerdo con la perspectiva feminista, las mujeres necesitan ayuda para cambiar y no para aceptar su situación actual o aprender a lidiar con ella, para ello es indispensable reestructurar los sistemas económicos y políticos que enmarcan la definición de los roles familiares y de género (Berardo, 1990).

Lograr la equidad en las relaciones entre hombres y mujeres requiere transformaciones en al menos tres niveles. Primero, a nivel discursivo, es indispensable cambiar las representaciones dominantes respecto a la masculinidad y la feminidad, por ejemplo, la noción de que una mujer no puede vivir sin un hombre. Segundo, a nivel material, se requiere impulsar la autonomía económica de las mujeres o al menos, su capacidad para terminar con relaciones abusivas y proporcionar apoyo sin buscar culpables. Finalmente, a nivel intrapsíquico, las mujeres deben aprender a encontrar satisfacción y un sentido de sí mismas en factores diferentes al apego por un hombre (Usher, 1998).

2.4. MODELO ESTRÉS-ENFRENTAMIENTO-SALUD

Antes de profundizar en la aplicación de este modelo al estudio de la familia frente a las adicciones, es importante mencionar que el concepto de “enfrentamiento” ha tenido un gran impacto en la psicología médica y de la salud durante los últimos 30 o 40 años y ha dado lugar a diversas elaboraciones teóricas sobre la respuesta humana a las situaciones estresantes (Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone, Strauss, 2002).

Lazarus (1993) relata que el estudio del enfrentamiento comenzó en la década de los años sesenta paralelamente a las investigaciones sobre el estrés. Inicialmente se abordó desde el punto de vista psicodinámico y le consideraba como un mecanismo de defensa para manejar las amenazas a la integridad. Posteriormente, se reconoció la importancia de los procesos cognitivos y motivacionales en el proceso de enfrentamiento, se diferenció entonces de otros estilos defensivos y se ponderó como el proceso de adaptación más avanzado y saludable en comparación con otros estilos de naturaleza neurótica o psicótica.

Finalmente, el propio Lazarus planteó la conveniencia de estudiar al enfrentamiento como un proceso que varía con el tiempo y de un contexto a otro. Resaltó también la necesidad de estudiar el proceso y el resultado por separado para poder evaluar qué tan adaptativa es una forma particular de enfrentar en un contexto específico.

Visto como un proceso, el enfrentamiento es un esfuerzo cognitivo o conductual para manejar el estrés psicológico. Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés psicológico como una *“relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar”* (p. 43).

La evaluación cognitiva es el proceso que permite al individuo estimar cuándo un evento es estresante o no y determina las consecuencias que éste puede provocar. La percepción de la magnitud e intensidad del estresor varía de un individuo a otro, e incluso de una situación a otra. Por ello, no es posible definir el estrés considerando exclusivamente las características del ambiente sin tomar en cuenta las características individuales, además, el nivel de estrés que sufre un individuo depende de lo que se pone en juego al interactuar con el medio así como de las ventajas y desventajas de esa interacción específica. Por lo tanto, el estrés puede considerarse como un elemento que organiza diferentes fenómenos que son importantes para la adaptación humana, entre ellos, los procesos cognitivos, acciones específicas y los estilos de vida (Lazarus, 1966).

Thoits (1995) apunta que en el ámbito de la psicología se han estudiado tres tipos diferentes de estresores. La primera categoría incluye a los eventos de vida, que son cambios agudos que exigen reajustes conductuales en un periodo de tiempo muy corto. Las tensiones crónicas constituyen el segundo grupo, éstas se definen como demandas persistentes o

recurrentes que requieren reajustes durante periodos prolongados, tales como enfermedades discapacitantes, la pobreza o los problemas conyugales. Finalmente, el tercer grupo comprende las complicaciones o ajetreos de la vida cotidiana, entendidas como mini-eventos que requieren ajustes conductuales menores en el curso de un solo día. En general, se ha prestado mayor atención a los efectos de los eventos de vida y de la tensión crónica sobre la salud física y psicológica.

Como se mencionó antes, las respuestas del individuo a las situaciones estresantes se conocen como enfrentamiento. Una de las definiciones más aceptadas en la actualidad es justamente la de Lazarus y Folkman (1984.), ellos definieron al enfrentamiento como el *“conjunto de 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”* (p. 164).

De acuerdo con estos autores, el enfrentamiento tiene dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de la perturbación (enfrentamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (enfrentamiento dirigido a la emoción).

La forma en que un individuo enfrenta está determinada por los recursos sociales y psicológicos de que dispone; Peralin y Schooler (1978) señalan que los recursos sociales incluyen las redes de apoyo social (familia, amigos, instituciones, etc.) mientras que los recursos psicológicos se refieren a las características personales que permiten resistir la amenaza que representan ciertos eventos presentes en el medio social.

Lazarus y Folkman (1984) consideran que las respuestas de enfrentamiento dependen de elementos tales como la salud y la energía física, las creencias existenciales (fe en Dios), las creencias generales sobre el control de la situación estresante, motivación para enfrentar, recursos para la solución de problemas, habilidades sociales y las fuentes disponibles de apoyo social así como los recursos materiales. Suponen además que los esfuerzos de enfrentamiento son exitosos cuando logran reducir el malestar físico y psicológico y cuando las personas pueden reintegrarse rápidamente a sus actividades cotidianas. Por lo tanto, ninguna estrategia

de enfrentamiento *per se* es mejor que otra, su eficacia se establece a partir de sus efectos en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo.

Aplicado al estudio de la familia frente a las adicciones, este modelo plantea que el consumo de alcohol o drogas constituye un importante estresor para los familiares que viven con el usuario, quienes no están preparados para hacer frente a esta situación por lo tanto, vivir con el usuario implica un esfuerzo mental constante para entender qué es lo que está ocurriendo y plantea un dilema sobre cuál es la mejor manera de responder a esta situación (Orford, 1998).

En este ámbito, el concepto de enfrentamiento se ha definido como el conjunto de acciones y reacciones emocionales y cognitivas que los familiares reportan haber usado como consecuencia del consumo de sustancias (Natera, 1993). En Inglaterra, Orford, Rigby, Miller, Todd, Bennet y Velleman (1992) identificaron 8 formas de enfrentar esta problemática a partir de los relatos de 50 familiares y que se describen en el cuadro II.

Cuadro II. Formas de enfrentar los problemas de alcohol y drogas en la familia

ACCIÓN	EMOCIÓN	ACTITUD
Control	Preocupado, responsable, desesperado, exhausto.	Debe haber algo que pueda hacer.
Emocional	Enojado, herido, aturdido.	Esto no es justo. El se está aprovechando de mí. El tiene la culpa.
Evitación	Herido, amargado, triste.	Es mejor que nos separemos. Entre menos tiempo estemos juntos será mejor para mí/él/ambos.
Inacción	Aturdido, temeroso, desesperanzado, indiferente.	No sé que hacer. No sé qué pensar. Es su vida/cuerpo. No es importante.
Tolerancia	Preocupado, falta de poder, culpa.	Los demás no lo entienden. Estará en peligro si no lo ayudo. Tal vez es mi culpa que él sea así. Es mejor tenerlo aunque sea un adicto.
Apoyo hacia el Usuario	Amor hacia el usuario, optimismo.	No he perdido la esperanza. Quiero estar con él.
Confrontación, asertividad	Fuerza, calma.	Debo ser fuerte para poder ayudarlo. Es mejor ser tenaz. El debe saber cómo me siento.
Independencia	Confianza en sí mismo.	Debo hacerme cargo de mi vida. No puedo ayudarlo si también me hundo.

Fuente: Orford, Rigby, Miller, *et al.* (1992)

Se ha observado que los familiares no emplean una sola forma de enfrentar de manera exclusiva, por el contrario, es común que una misma persona reporte distintas formas de enfrentar en diferentes momentos o bien, combinaciones de ellas. El enfrentamiento puede considerarse también como una forma de apoyo social ya que al influir en las experiencias estresantes, puede tener un efecto en el curso y la severidad del problema de consumo, por lo tanto, algunas formas de enfrentar pueden ser benéficas tanto para el familiar como para el usuario (Natera, Tiburcio, Mora y Orford 1999).

Con base en datos recopilados en México e Inglaterra, Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, *et al.* (1998), analizaron la estructura del enfrentamiento en un intento por confirmar la existencia de las ocho formas previamente identificadas. Los resultados de este nuevo análisis sugieren tres “posiciones de enfrentamiento” que podrían representar formas universales de responder al consumo de un familiar: (a) **Involucramiento**, incluye los intentos de los familiares por cambiar el consumo excesivo e inaceptable; algunas formas de involucramiento son emocionales y controladoras, otras pueden ser apoyadoras y otras más asertivas; (b) **Tolerancia**, que puede presentarse como inacción, aceptación, sacrificio o apoyo, y (c) **Retiro**, acciones que conducen a la independencia del familiar.

Los hallazgos de esta investigación sugieren también que ciertos grupos de familiares están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental, por ejemplo, las esposas de usuarios de alcohol y drogas mostraron patrones de enfrentamiento altos en tolerancia e involucramiento, mismos que correlacionan significativamente con el nivel de síntomas. Este fue el caso de las esposas de usuarios de alcohol en México y las esposas de usuarios de drogas en Inglaterra. Los resultados también reflejan una gran tolerancia hacia el consumo de alcohol en México y mayor tolerancia hacia el consumo de drogas en Inglaterra, donde se encontró que en muchos casos las esposas entrevistadas también consumían drogas ilícitas (Orford, Natera et al, 1998).

Las formas de enfrentar empleadas por las familias mexicanas con frecuencia se asociaron con altos niveles de malestar físico y psicológico, esto fue más común en el caso de las mujeres en comparación con los hombres. Por otra parte, se observó que la calificación en la escala de retiro tiene una correlación negativa y estadísticamente significativa con la sintomatología, esto sugiere que una relativa preponderancia de retiro en el perfil de

enfrentamiento de un familiar o en su repertorio de enfrentamientos es un signo saludable (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, *et al.*, 2001).

En este capítulo se hizo una revisión de las principales aproximaciones al estudio de la familia frente a las adicciones y se analizaron algunos de los conceptos centrales de cada una de ellas así como sus aportaciones, las controversias creadas a su alrededor y algunas de las directrices que proponen como líneas de acción. En el siguiente capítulo se presentan diversas propuestas de intervención con mayor nivel de detalle, siendo la característica común la participación de la familia en el proceso, ya sea como coadyuvante en el tratamiento del usuario o bien como centro mismo de la intervención.

3. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN BASADAS EN LA FAMILIA

En este capítulo se hará una revisión de diferentes modelos de intervención que existen actualmente para el tratamiento de problemas de consumo, haciendo particular énfasis en aquellas que incluyen a la familia como parte del proceso y aquellas que tienen a la familia como foco de atención.

Las intervenciones basadas en la familia emplean una gran variedad de aproximaciones que incluyen la perspectiva sistémica (Crnkovic, DelCampo, 1998) terapia conductual de pareja (Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, 2001), la terapia de red (Galanter, Dermatis, Keller, Trujillo, 2002), entrenamiento en habilidades de enfrentamiento (McGillicuddy, Rychtarik, Duquette, Morsheimer, 2001), y reforzamiento comunitario (Smith, Meyers, Miller, 2001) por mencionar algunos ejemplos.

De acuerdo con una revisión de Copello y Orford (2002), la literatura a nivel internacional demuestra que la participación de la familia y la red social más amplia puede: 1) ayudar a los usuarios a llegar a tratamiento y promover que se mantengan en él; 2) mejorar los resultados del tratamiento y el funcionamiento familiar; y 3) favorecer la reducción del impacto y el daño provocado a los miembros de la familia y otras personas afectadas incluyendo a los niños.

Este último aspecto, que reviste gran importancia, ha sido poco explorado. Por lo tanto, es necesario desarrollar opciones de intervención dirigidas específicamente a atender las necesidades de la familia, independientemente de que los usuarios acepten acudir o no a tratamiento. La investigación que aquí se propone busca justamente atender a este sector de la población y ofrecerle una opción que le permita mejorar el nivel de bienestar en medio de una situación tan compleja.

En los apartados siguientes se analizará la literatura que informa sobre aproximaciones donde se considera a la familia como una fuente de apoyo para mejorar los resultados de tratamiento del usuario, en segundo lugar, la literatura donde se reportan formas de intervención dirigidas específicamente a mejorar las condiciones de salud de los familiares de

usuarios de sustancias. Finalmente, se describe un modelo de intervención desarrollado en México con base en el aproximación estrés-enfrentamiento-salud, enfocado a apoyar a quienes viven cercanamente con usuario de alcohol o drogas que se pretende adaptar a una comunidad indígena del Valle del Mezquital.

3.1. LA FAMILIA COMO COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL USUARIO

El interés por abordar los fenómenos psicológicos y sociales que rodean a la familia en relación con las adicciones no es algo reciente. Gran parte de los estudios e intervenciones se han centrado en explorar el papel de la familia como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos adictivos, o bien como un elemento indispensable en la recuperación de los pacientes adictos.

Uno de los supuestos que subyace a la participación de la familia en el proceso de tratamiento tiene que ver con la dificultad de los adictos en la regulación del afecto y el establecimiento de relaciones significativas y estables incluso con los padres y la familia de origen en general; es por ello que algunas de las innovaciones que se han desarrollado en el campo del tratamiento consideran que la construcción de vínculos sólidos tiene un gran valor clínico (Galanter y Brooks, 2001).

Por otra parte, la opinión de los propios usuarios también revela la relevancia del papel de la familia al tomar la decisión de ingresar a tratamiento; en un estudio con mujeres usuarias de drogas (n=100) que habían cometido algún delito y estaban internas en comunidades terapéuticas por disposición de la corte, Strauss y Falkin (2001) encontraron que para la mitad de las participantes la red de apoyo está constituida principalmente por miembros de la familia además de amigos y parejas. Más de dos terceras partes de las entrevistadas señaló que la madre representa una fuente importante de apoyo y que intentaron todo lo que pudieron para hacer que sus hijas dejaran de consumir, llegando en algunas ocasiones a proporcionar una ayuda que no había sido solicitada.

Koski-Jännes y Turner (1999) pidieron a grupo de personas que habían logrado mantenerse abstemios durante tres años que enlistaran cuáles habían sido los elementos que los habían ayudado a abandonar el consumo, ellos encontraron que dichos elementos se

agrupan en siete factores que incluyen: 1) estar cansado de la situación (tocar fondo, preocupación por la salud, etc.), 2) la familia, 3) el amor (contar con el apoyo de la pareja o enamorarse), 4) los grupos de autoayuda, 5) las consecuencias sociales (divorcios, enfrentar juicios, economía), 6) cambio de grupo de pares y 7) Dios y el despertar espiritual.

Otros trabajos describen procedimientos específicos para favorecer el ingreso a tratamiento donde la familia y la red social representan los pilares de la intervención. Este modelo de pre-tratamiento denominado ARISE (siglas en inglés de: A Relational Intervention Sequence for Engagement¹) asume que la red social de los usuarios de sustancias incluye personas no consumidoras que están disponibles y dispuestas a ayudar al usuario, y que es posible sensibilizar y preparar a estas personas para que identifiquen sus fortalezas y recursos para ayudar al usuario a iniciar un proceso de tratamiento. Además de amar al usuario, los familiares conocen mejor y pasan más tiempo con ellos que los profesionales, por lo que es muy posible que estén dispuestos a poner en práctica un modelo que respete su deseo de mantener la relación con el usuario en el largo plazo (Landau, Garrett, Shea, Stanton, Brinkman-Sull, Baciewicz, 2000).

La intervención se inicia a partir de que un familiar u otro significativo entra en contacto con el orientador en busca de ayuda. Este contacto muchas veces es telefónico (Garrett, Stanton, Landau, Baciewicz, Brinkman y Shea, 1999). En ese primer contacto el familiar es motivado a invitar a otras personas de la red social, e incluso al propio usuario a participar en una sesión en donde se establece la naturaleza del problema y se planean los pasos necesarios para involucrar al usuario en un tratamiento. Las diferentes fases del proceso se describen a continuación, pero cabe señalar que no necesariamente se instrumentan en orden secuencial:

1. Presentación e incorporación de cada uno de los miembros a la red para establecer un ambiente de confianza y evitar los secretos y coaliciones,
2. Identificación de las fortalezas familiares, es decir, ayudar a los miembros de la red a entender que no son responsables y disminuir la vergüenza y reconocer las características de que pueden servirse para ayudar al usuario.

¹ En español: Secuencia de intervención relacional para el compromiso.

3. Construcción de un genograma para facilitar la identificación y movilización de otros posibles integrantes de la red.
4. Revisión de esfuerzos previos para involucrar al usuario en tratamiento y aprender qué funcionó y qué no funcionó en esas experiencias
5. Expresión de la preocupación por el usuario, cada miembro de la red debe manifestar verbalmente cuales son sus inquietudes y temores en un ambiente de confianza y respeto
6. Determinación de patrones de alianza, el orientador asiste a la red en la identificación de líderes naturales y posibles opositores con la intención de construir alianzas útiles.
7. Desarrollo de estrategias para lograr la participación del usuario
8. Negociación entre el usuario y la red para establecer un contrato
9. Seguimiento del proceso

Otra forma en la que es posible aprovechar el potencial familiar es a partir de su inclusión en el proceso terapéutico del usuario. A partir de esta estrategia se ha generado alguna evidencia, que si bien no es contundente, sugiere que existe una relación positiva entre la participación de los familiares en el proceso terapéutico y la obtención de resultados positivos en el tratamiento de usuarios de drogas (O'Farrell y Cowles, 1995).

En esta línea, son diferentes los estudios que señalan que los tratamientos con base en la familia mejoran significativamente la eficacia de la terapia de mantenimiento con metadona. En un ensayo efectuado por Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler (2001), 36 hombres usuarios de drogas intravenosas se asignaron aleatoriamente a un grupo de tratamiento individual (metadona y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento) y a un grupo que recibió terapia conductual de pareja además del medicamento y la intervención cognitivo conductual para el desarrollo de habilidades. La terapia conductual de pareja consiste en el establecimiento de un acuerdo verbal entre la pareja para discutir diariamente el estatus de sobriedad del cónyuge usuario; en esta discusión, el hombre se compromete a permanecer sobrio durante las próximas 24 horas y la mujer debe reforzar positivamente este compromiso. Otros aspectos importantes de la terapia conductual de pareja son: a) la exploración de estrategias para hacer frente al *craving*, b) proporcionar intervención en crisis después de alguna recaída, c) ampliar

las habilidades de comunicación en la pareja y d) incrementar los intercambios conductuales positivos entre los cónyuges. Al final del tratamiento, las diadas que participaron en la modalidad de terapia de pareja refirieron mayor satisfacción con su relación conyugal en comparación con quienes sólo recibieron el tratamiento individual. De igual forma, en ese grupo se detectó una reducción importante en el consumo de sustancias a través del análisis de muestras de orina, menor severidad del uso de drogas y menor conflicto familiar.

Se obtuvieron resultados similares en cuanto a la satisfacción con la relación conyugal con dos grupos de mujeres usuarias de drogas (n=75); aquellas que recibieron intervención individual y terapia conductual de pareja se mostraron más satisfechas que quienes recibieron únicamente la intervención individual. Estos cambios se mantuvieron doce meses después de concluida la intervención. Es interesante notar que ninguna de las condiciones involucró la medicación, ambos procedimientos terapéuticos fueron efectivos en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, Kelley, 2002).

Otra investigación realizada en Seattle, Washington (Catalano, Gaaney, Fleming, Haggerty y Johnson, 1999), también documenta los beneficios de incluir al grupo familiar en la prevención de recaídas en pacientes bajo tratamiento con metadona. Los autores compararon un grupo control contra un grupo experimental que participó en un programa de entrenamiento en habilidades cognitivas-afectivas-conductuales. El programa FOF (Focus on Families) consta de 53 horas de entrenamiento a través de técnicas de motivación, discusión, modelamiento, prácticas guiadas, prácticas independientes y generalización. En el seguimiento a doce meses se observó que las personas del grupo experimental mejoraron sus habilidades para evitar el consumo de drogas frente a situaciones problemáticas, habían instrumentado reglas familiares, reportaban menor conflicto familiar, y sobre todo, su consumo de heroína y cocaína era significativamente menor que lo reportado por las personas en el grupo control. Sin embargo, no se observaron cambios notables en la conducta de los menores y tampoco se detectó un efecto protector de la intervención que pudiera contribuir a reducir el riesgo de consumo de drogas en el futuro.

Los beneficios de involucrar a un familiar para lograr la adherencia al tratamiento farmacológico con naltrexona en pacientes dependientes a opioides también han sido

documentados por Fals-Stewart y O'Farrell (2003), quienes compararon dos modalidades de tratamiento. Ambos grupos de participantes recibieron tratamiento médico con naltrexona y entrenamiento para desarrollar habilidades para enfrentar situaciones de riesgo para el consumo, el grupo experimental recibió adicionalmente una intervención denominada consejo familiar conductual en las que tomaron parte los usuarios de drogas y un familiar (cónyuge, padre o hermanos). Esta forma de intervención se llevó a cabo en 16 sesiones semanales, el objetivo de estas reuniones fue establecer y monitorear un "contrato de recuperación", mediante el cual el paciente se comprometía a ingerir el medicamento, en tanto que el familiar tenía la labor de observar y reforzar verbalmente la ingesta de naltrexona. La intervención familiar incluyó también la realización de tareas en casa para mejorar la comunicación entre el familiar y el usuario y reducir el conflicto.

En el seguimiento a un año se observó que los pacientes que recibieron la intervención familiar desarrollaron una mejor adherencia al tratamiento, tomaron más dosis de medicamento, y se mantuvieron abstemios durante más días que los pacientes en el grupo de intervención individual. A pesar de que la intervención familiar incluyó algunas estrategias para mejorar la calidad de las interacciones con el usuario, no se evaluó el efecto de la intervención sobre la esfera de funcionamiento familiar, tampoco fue posible evaluar la contribución individual de cada uno de los componentes de esta intervención (vigilancia de la ingesta, reforzamiento de la ingesta y modificación de la relación paciente-familiar) en el resultado global del tratamiento.

Si bien los hallazgos de los estudios antes citados sugieren que la participación familiar favorece que los usuarios ingresen a tratamiento y mejoran los resultados del mismo, también existen algunos datos que no apoyan estas conclusiones. Este es el caso de una investigación en la que se compararon los resultados de tres condiciones experimentales con una duración de 12 semanas, en una de ellas, un grupo de sujetos dependientes a opioides recibió únicamente tratamiento con naltrexona, un segundo grupo recibió naltrexona y se sometió a un programa de manejo de contingencias (a través de vales intercambiables por diferentes productos) para reforzar la adherencia al tratamiento farmacológico, en tanto que el paquete de intervención para el tercer grupo incluyó además la participación de un otro significativo en un programa de seis sesiones de orientación familiar donde recibieron información sobre el proceso adictivo y

diferentes estrategias para mejorar la relación con el usuario. Al final del periodo de intervención, se observó que el manejo de contingencias se relacionó con la permanencia en el programa y con la reducción del consumo de opioides, en tanto que la participación de un otro significativo no tuvo efectos sobre la permanencia, la adherencia al tratamiento ni sobre el consumo pero si se relaciono con mejoras en el funcionamiento familiar (Carroll, Ball, Nich, O'Connor, Eagan, Frankforter, Triffleman, Shi, Rounsaville, 2001).

En el caso de pacientes con trastorno dual (esquizofrenia y abuso de sustancias), también se ha reportado que la participación de la familia contribuye a lograr reducciones significativas en el consumo de alcohol y drogas, aún cuando su aportación se reduzca exclusivamente a proporcionar apoyo económico (Clark, 2001). Se ha reportado asimismo, que los pacientes con comorbilidad experimentan mejoras significativas en su funcionamiento general y refieren un incremento en el número de días de abstinencia después de participar en un programa multimodal que incluye procedimientos de entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual y una intervención familiar para reforzar los otros dos componentes. A pesar de que los resultados de tratamiento observados en este grupo fueron en general mejores que los obtenidos en el grupo de comparación, que sólo recibió tratamiento psiquiátrico tradicional, el diseño del estudio no permitió evaluar la aportación de cada uno de los componentes, por lo que la contribución de la familia no es del todo clara (Barrowclough, Haddock, Tarrier, Lewis, Moring, O'Brien, Schofield, McGovern, 2001).

La llamada terapia de red es otra alternativa promisoría en este ámbito y actualmente se están realizando diferentes estudios para evaluar su eficacia. Esta es una modalidad de psicoterapia ambulatoria en la que los familiares y amigos de los usuarios integran un grupo que actúa como agente de cambio. La terapia de red integra una variedad de técnicas de aproximaciones grupales y familiares, se basa en la interacción entre los diferentes integrantes de la red y emplea también técnicas cognitivo-conductuales. De acuerdo con Galanter y Brooks (2001), la participación activa de familiares, amigos y colegas fortalece la cohesión grupal que más adelante sirve para combatir la negación, las racionalizaciones y las proyecciones que interfieren con el auto-conocimiento y el desarrollo de relaciones con personas para reemplazar la relación con la sustancia adictiva. Sin embargo, el énfasis del trabajo con la red no está puesto en el mejoramiento de las relaciones de pareja o familiares, ni

en ayudar a los integrantes de la red a resolver sus problemas, el foco de la intervención es ayudar al usuario a mantener y estabilizar la abstinencia así como ayudarlo a adaptarse a una nueva vida libre de sustancias.

La terapia familiar multidimensional (MDFT por sus siglas en inglés) es otra estrategia de intervención que ha demostrado ser efectiva para reducir el consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Esta forma de intervención rescata algunos elementos de la terapia familiar tradicional, de la psicología del desarrollo y del modelo ecológico. El procedimiento pone especial atención en las características cognitivas de los adolescentes, las prácticas parentales, la presencia de adultos consumidores de sustancias en el seno familiar y los patrones de interacción familiar que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de la conducta de consumo. Consta de un total de 16 sesiones que pueden ser individuales y/o familiares, donde establece una serie de alianzas terapéuticas y objetivos individuales y familiares que se van combinando para lograr el objetivo común de la abstinencia o la reducción del consumo y la construcción de un estilo de vida caracterizado por actividades prosociales.

En un ensayo clínico aleatorizado, Liddle, Bakof Parker, Diamond Barrett y Tejeda (2001), compararon los logros de la MDFT con los resultados obtenidos con una intervención psico-educativa multifamiliar (donde miembros de 3 o 4 familias diferentes recibieron entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, establecimiento de normas familiares y mejoramiento de la organización familiar), y con la terapia de grupo para adolescentes (los temas centrales de la terapia fueron el desarrollo de habilidades sociales y la creación de una red de apoyo social entre los miembros del grupo). Al cabo de 16 semanas de tratamiento, 42% de los adolescentes que recibieron MDFT, 25% de quienes recibieron terapia grupal y 32% de los que participaron en el programa de psico-educación presentaron una reducción significativa del consumo de drogas. Estos cambios se mantuvieron después de un año la proporción de adolescentes que reportó un consumo de drogas menor que el referido antes del tratamiento fue de 45% para los del grupo MDFT, 32% para la terapia grupal y 26% para el grupo de psicoeducación. La participación en la MDFT también se relacionó con cambios positivos en el funcionamiento familiar que no se observaron en los otros dos grupos.

La literatura referente a intervenciones familiares para tratar el abuso de drogas o la que considera el consumo combinado de alcohol y drogas parece ser más abundante que la

concerniente al tratamiento del abuso de alcohol exclusivamente. En esta última categoría se encuentra el trabajo de Zweben, Pearlman y Li (1988). Estos autores compararon la efectividad de una terapia breve de base sistémica (terapia conjunta de ocho sesiones, n=70) y de una sesión de consejo breve (n=46). Los dos grupos estaban integrados por bebedores excesivos y sus cónyuges.

En la terapia conjunta se considera que el abuso de alcohol tiene consecuencias adaptativas o funcionales para la pareja, por lo que a lo largo del proceso se alentó a los participantes a ver el problema de consumo desde el punto de vista interaccional para identificar qué aspectos de la relación de pareja estaban asociados con el inicio, la continuación y las consecuencias del consumo a fin de resolver esas dificultades. El consejo breve tuvo una duración promedio de hora y media, en este proceso se hizo énfasis en el contexto interpersonal en el que ocurre el consumo y la necesidad de que ambos cónyuges trabajaran juntos para solucionar el problema de consumo y otras dificultades de la vida diaria. Tanto en la terapia conjunta como en el consejo breve, los participantes podían elegir como meta de tratamiento la abstinencia o el consumo moderado y se les instruyó para identificar situaciones de alto riesgo y estrategias para enfrentarlas. Todos los participantes mostraron cambios positivos y significativos en cuanto al consumo de alcohol y el ajuste marital; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto al número de días de consumo.

Copello, Orford, Hodgson, Tober y Barrett (2002) desarrollaron una aproximación terapéutica conocida como terapia de conducta social y de red que será evaluada en un ensayo clínico aleatorizado de tratamientos para el abuso de alcohol en Inglaterra. Su propuesta retoma los elementos de la terapia de red de Galanter y cols. (2001), así como los aspectos sociales de la aproximación de reforzamiento comunitario, prevención de recaídas y el interés por apoyar a las personas que se encuentran preocupadas por el consumo de un familiar.

El principio que subyace a esta iniciativa es que la disponibilidad del apoyo social es un factor crítico para lograr una intervención exitosa. La estructura de la intervención consiste en tres fases divididas en ocho sesiones. Durante la primera fase se identifica y contacta a los miembros de la red, en esta fase también se establece un compromiso para participar en el tratamiento. En la fase 2, se abordan diferentes temas que revisten gran importancia para la

recuperación del consumidor, por ejemplo, la comunicación entre los miembros de la red, las formas en que cada integrante de la red responde al consumo de alcohol del usuario, reforzamiento del apoyo social y manejo en red de las recaídas. Finalmente en la fase 3 se establecen lineamientos en preparación para el futuro, es decir, se elabora un plan para el mantenimiento de los logros y prever posibles situaciones problemáticas.

Las modalidades de intervención mencionadas en esta sección rescatan a la familia y a la red social más amplia como punto focal de una estrategia para persuadir al usuario de iniciar un proceso terapéutico contra el consumo de sustancias, o bien, como una parte integral del tratamiento para usuarios de alcohol y drogas. La efectividad de estas intervenciones se ha evaluado principalmente a través de indicadores de consumo, como el número de días de ingesta o bien, a través de marcadores biológicos, por esta razón, la evaluación del impacto en la salud familiar no ha sido una prioridad y por lo tanto no se han realizado mediciones directas de su alcance en esta área. No obstante, existen algunos datos que muestran cómo la participación de los cónyuges puede contribuir a mejorar la calidad de las relaciones familiares.

En el apartado siguiente se revisa la literatura que describe y/o reporta resultados de intervenciones dirigidas específicamente a atender las necesidades de los familiares de usuarios de alcohol o drogas.

3.2. INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA FAMILIA

Hasta fechas recientes, se ha puesto gran énfasis en desarrollar procedimientos para el tratamiento y rehabilitación de los bebedores excesivos, en estas intervenciones la participación de los familiares (particularmente de los cónyuges) es un solamente un factor que puede contribuir a la recuperación del consumidor o bien, para disminuir la resistencia del bebedor a iniciar el tratamiento.

Sin embargo, muchos familiares se encuentran muy agobiados para tomar aún más responsabilidades respecto a la conducta del usuario. Principalmente están preocupados por su propia supervivencia y la de sus hijos y probablemente no desean invertir más esfuerzos en la relación marital hasta que el bebedor haya logrado un periodo de abstinencia largo. Además,

necesitan tiempo para sobreponerse de la aflicción que les produce la conducta del usuario y recuperar la confianza (O'Farrell y Bayog, 1986).

Probablemente el primer programa que rescató como foco de atención el bienestar de los familiares de bebedores excesivos empezó en Hazelden, Minnesota en 1972. Se trata de un programa basado en el concepto de enfermedad y la teoría sistémica que se presentó dentro del marco de la psico-educación, con énfasis en el aprendizaje activo y la ayuda mutua dentro del contexto del programa Al-Anón. El programa estaba dirigido a mejorar el conocimiento sobre los efectos de la dependencia química sobre la familia, reforzar la auto-conciencia y la autoestima, así como a mejorar la confianza en la posibilidad de modificar la dinámica familiar. De acuerdo con Laudergeran y Williams (1993) esta experiencia de tratamiento sirvió como un catalizador para iniciar el proceso de cambio de los bebedores.

En 1979, el Instituto Australiano sobre Alcohol y Adicciones inició un programa de intervención dirigido primordialmente a atender las necesidades de los familiares de bebedores excesivos (Binns, Dear, Knowles y Hall, 1989). Inicialmente, estaba basado en el modelo Hazelden para la atención de familiares, pero sufrió modificación en corto tiempo debido a las necesidades de investigación y sobre todo, debido a las necesidades de la comunidad. Este modelo tenía su sustento teórico en la teoría sistémica y enfatizaba la relevancia de la responsabilidad personal de acuerdo a los principios de la terapia racional emotiva. Los autores señalan que esta forma de intervención produjo mejoras significativas en el estado de salud física y mental de los participantes así como mejorías en la relación entre los participantes y sus familiares consumidores. Sin embargo, no obtuvieron datos respecto al impacto de estos cambios en la conducta de consumo del usuario o en las formas de enfrentamiento empleadas por los familiares.

Burnett (1984) desarrolló otro de los modelos de intervención pioneros en la atención de las necesidades de los familiares a partir de la perspectiva feminista; su aportación conlleva una fuerte crítica a la literatura que culpabiliza a las esposas de los bebedores de ser neuróticas y causantes de la enfermedad de sus esposos, criticaba también la literatura que utiliza a las mujeres como auxiliares en el proceso de tratamiento a pesar del efecto negativo del consumo sobre la familia. La intervención propuesta por Burnett consta de ocho pasos:

1. Proporcionar información respecto al alcoholismo entendido como enfermedad a través de metáforas, ejemplos y anécdotas para alentar al familiar a entender y aceptar el problema sin resistencias.
2. Contribuir a que las esposas se abstengan de luchar para controlar el consumo de sus esposos
3. Reducir la frustración y enojo de las esposas, al tiempo que se incrementa su autoestima al abandonar los “remedios caseros” que emplean para rescatar a sus esposos y disculparlos frente a otras personas.
4. Resaltar la necesidad de prestar más atención a sus propios sentimientos, necesidades y metas.
5. Asistirles en el proceso de emancipación al ganar independencia económica
6. Ayudar a las esposas a incrementar el apoyo que reciben de amigos, Al-Anón y grupos de padres de familia, y ayudarlas a emancipar a sus hijos al asegurarse de que no adquieran responsabilidades que no les corresponden en relación con el padre consumidor
7. Apoyar a las esposas si el cónyuge consumidor se resiste a recibir tratamiento a pesar de los cambios que la esposa ha realizado
8. Ayudar a las mujeres que desean terminar con relaciones que ya no les proveen el amor, intimidad, confianza, dependencia y estabilidad emocional que merecen.

Honig y Spinner (1986) también reconocieron la importancia de ofrecer tratamiento a los familiares y diseñaron un programa de grupo de cuatro fases para ayudar a los familiares a tener “vidas independientes, productivas y gratificantes”. La primera fase de la intervención tenía como propósito vencer la negación asociada al estigma del alcoholismo, proporcionar información y sobre el alcoholismo y sensibilizar al familiar respecto a la necesidad de realizar algunos cambios en el propio comportamiento; alentar a los familiares a expresar sus sentimientos respecto a los efectos del alcoholismo en sus vidas y asistirles en la fijación de metas para el futuro.

A partir de una aproximación psico-educativa y los principios de Al-Anón, Dittrich (1993) desarrolló una intervención centrada en la atención de los familiares pero incluyó

también algunas estrategias para alentar al usuario a iniciar un proceso de tratamiento. El modelo plantea la necesidad de reducir las conductas favorecedoras del consumo mediante la educación respecto del alcoholismo, el co-alcoholismo y la dinámica familiar; el manejo de las emociones y la comunicación asertiva y el establecimiento de metas y planes para el futuro incluyendo la separación si el usuario no iniciaba un tratamiento. La intervención se realizó en ocho sesiones con un grupo de 10 esposas de usuarios resistentes al tratamiento que se comparó con un grupo en lista de espera; la asignación a ambas condiciones fue aleatoria, los instrumentos se administraron antes y después de la intervención y se realizó un seguimiento 12 meses después de concluirla. Durante el seguimiento se observaron cambios positivos y significativos en el estado de salud mental de las participantes, además 48% de ellas reportó que sus esposos usuarios habían ingresado a tratamiento. Sin embargo, el diseño de la investigación no permite identificar qué componente o combinación de componentes de la intervención se relacionan con el ingreso a tratamiento.

En una línea similar, Fairbairn (2002) puso a prueba un modelo de intervención para familiares de usuarios resistentes al tratamiento. La muestra estuvo integrada por 43 participantes que completaron un total de 10 sesiones, este programa de intervención se centró exclusivamente en las necesidades de los familiares para minimizar el daño experimentado como consecuencia del consumo, mejorar el bienestar emocional y el enfrentamiento y reconocer aquellas conductas que pudieran favorecer involuntariamente el consumo del usuario. En esta intervención no se proporcionó ningún tipo de instrucción sobre estrategias para alentar a los usuarios a entrar a tratamiento, pero se proporcionó información general sobre el proceso de dependencia, la codependencia, establecimiento de límites, negación, auto responsabilidad, comunicación efectiva entre otros. Los participantes se asignaron a un grupo experimental y a un grupo en espera y se evaluaron algunos aspectos de salud mental (ansiedad y depresión), estrategias de enfrentamiento, calidad de la interacción de pareja, desacuerdo y satisfacción marital, así como el patrón de consumo del usuario, la evaluación de estas áreas se realizó antes, durante y después de la intervención con seguimientos a los 3 y 6 meses.

La intervención produjo mejoras significativas en la salud mental de los participantes, las formas de enfrentar el consumo y la relación de pareja, estos cambios se sostuvieron a lo

largo de seis meses, se observó así mismo un efecto positivo adicional sobre la conducta de consumo del usuario ya que se reportó una disminución en la cantidad de alcohol ingerida en por ocasión de consumo. Fairbairn (2002) reporta que una vez concluida la intervención, los familiares reportaron un uso más frecuente de estrategias de enfrentamiento asertivas que implicaban mayor control emocional, 67% de los participantes mencionó la auto responsabilidad y la auto eficacia como los factores más importantes que les permitieron enfrentar la situación de manera más efectiva.

En Inglaterra, Copello, Orford, Velleman, Templeton y Krishnan (2000) desarrollaron un paquete de intervención con base en el modelo salud-estrés-enfrentamiento. El paquete incluye diferentes folletos informativos y un manual para entrenar a los profesionales en la aplicación de un procedimiento de 5 pasos para ayudar al familiar:

1. Identificación del problema
2. Ofrecimiento de información relevante
3. Consejo sobre las formas de enfrentar
4. Reforzamiento de la red de apoyo social
5. Cierre y detección de otras formas de apoyo

La intervención puede realizarse en un máximo de 5 sesiones pero se hace énfasis en la efectividad de una sola sesión. Para la evaluación de este modelo de intervención se solicitó a un grupo de profesionales ya entrenados (n=36) que pusieran en práctica la intervención con al menos un familiar (n=38) empleando el material que fuera necesario dadas las circunstancias específicas de cada familiar, quienes por otro lado, debían completar cuestionarios sobre enfrentamiento y estrés antes y después de la intervención. Los resultados muestran cambios significativos respecto a la salud y las formas de enfrentar, antes de la intervención los familiares experimentaban altos niveles de estrés los cuales se redujeron después de la intervención, también se redujeron las conductas de tolerancia e involucramiento (Copello, Templeton, Krishnan, Orford y Velleman, 2000).

Otras aproximaciones se han concentrado exclusivamente en el trabajo con esposas de bebedores, por ejemplo, en el ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo por Halford, Price,

Kelly, Bouma y Young (2001), se compararon tres formas diferentes de intervención dirigidas a reducir el estrés experimentado por un grupo de mujeres (n=61) que mantenían una relación de pareja con hombres que bebían en exceso. La primera condición de tratamiento fue una modalidad de *consejería de apoyo* en la que se proporcionó información sobre niveles seguros de consumo de alcohol, además, las participantes podían discutir con el terapeuta las dificultades que enfrentaban en su relación. El entrenamiento en el manejo del estrés fue otra forma de intervención, ésta consiste en la reestructuración cognitiva y el reforzamiento de actividades placenteras, además, incluyó una serie de componentes dirigidos a influenciar el consumo del hombre, por ejemplo: a) evaluación de los antecedentes y consecuencias del consumo de alcohol, b) evaluación del impacto del consumo en la mujer y el resto de la familia, c) reforzamiento positivo del no consumo, d) programación de actividades incompatibles con el consumo, e) promover conductas que reducen el consumo y f) permitir que ocurran las consecuencias negativas de la ingesta de alcohol.

La tercera modalidad que se comparó fue la *terapia de pareja centrada en el alcohol*, la cual requirió la participación del bebedor. Mientras que las mujeres en esta condición recibieron entrenamiento para alentar y reforzar positivamente los esfuerzos de sus esposos por controlar el consumo; los hombres fueron instruidos en la identificación de situaciones de alto riesgo, enfrentamiento de la urgencia por beber, habilidades para rechazar invitaciones a beber y prevención de recaídas. Además, la pareja en conjunto se entrenó en el desarrollo de habilidades de comunicación y solución de problemas. Cada una de las formas de intervención tuvo una duración aproximada de 12 sesiones semanales. Hacia el final de la intervención, las mujeres en las tres condiciones reportaron una reducción importante del estrés, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre cada condición se detectó una tendencia hacia una mayor reducción del estrés en las mujeres que estuvieron en el grupo de manejo del estrés y la terapia de pareja. Ninguna de las condiciones de tratamiento se asoció con reducciones clínicamente significativas en el consumo de alcohol del hombre.

El número de trabajos que describen intervenciones centradas en la familia es aún limitado, más escasos aún son los trabajos que reportan resultados y además, muchos de ellos presentan limitaciones metodológicas debido principalmente a un tamaño muestral reducido. No fue posible encontrar reportes de investigaciones similares realizadas en México.

En cuanto a los estudios puntualizados en esta sección, llama la atención que si bien la población de interés la constituyen los familiares de usuarios y las intervenciones fueron diseñadas específicamente para atender sus necesidades o mejorar alguna área de funcionamiento, persiste la preocupación por el consumo del usuario y su eventual ingreso a tratamiento.

3.3. MODELO DE INTERVENCIÓN BREVE PARA FAMILIARES DE USUARIOS DE ALCOHOL O DROGAS

Con base en los hallazgos de la investigación transcultural sobre formas de enfrentar el consumo en la familia en México e Inglaterra, en nuestro país se desarrolló un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol y drogas, basado en los conceptos propuestos por Orford *et al.* (1998, 2001) y asume que la adopción de estrategias de enfrentamiento tendientes a la independencia redundará en la reducción de los niveles de tensión y malestar experimentados por los familiares. A través de un proceso de orientación psicológica, esta intervención pretende reducir los efectos negativos del consumo y ayudar a los familiares a lograr un mejor estado de salud física y psicológica, así como a encontrar nuevas formas de relacionarse con el resto de la familia (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998).

Este modelo de intervención se sustenta en la teoría del estrés-enfrentamiento y en la aproximación psicoterapéutica cognitivo-conductual. La teoría del estrés-enfrentamiento-salud contribuye en la comprensión del malestar experimentado por los familiares frente a una situación inusual, en tanto que la aproximación cognitivo-conductual aporta elementos que explican por qué es posible modificar las formas de enfrentar y la conducta. De esta forma, busca lograr cambios en las formas de enfrentar el consumo a través del análisis de las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

El procedimiento de la intervención se describió en el documento titulado “*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*” (Natera y Orford, 1993). Uno de los principales propósitos del Manual consiste en

formar *Orientadores* dotándolos con las herramientas elementales que les permita propiciar la reflexión y ayudar a los familiares a tomar conciencia de que existe la posibilidad de hacer algo en el propio beneficio, a pesar de que el usuario no acepte acudir a tratamiento o niegue tener un problema. A través de la intervención del Orientador, las familias aprenden a identificar y llevar a cabo respuestas más efectivas para disminuir la tensión que sufren.

El Manual está dirigido a profesionales o paraprofesionales que trabajan en atención primaria a la salud: médicos, enfermeras sanitarias, trabajadores sociales, psicólogos, maestros y voluntarios, entre otros. Se planeó para que pueda ser empleado en forma autodidacta, sin embargo, una capacitación previa puede optimizar el desarrollo de las habilidades requeridas para la aplicación de la intervención.

A continuación se señalan las fases que el orientador debe cubrir para realizar una intervención exitosa con los familiares (Natera, Tiburcio, Mora y Orford, 1999):

Paso 1. Escuchar y explorar las principales percepciones y circunstancias de cómo afecta el consumo a la familia. El Orientador debe reconocer la importancia de trabajar con los familiares aunque el usuario no esté presente. Lo importante en esta aproximación es atender el estrés del familiar, dándole confianza para que exprese sus sentimientos e identificar las principales tensiones ocasionadas por el abuso de alcohol o drogas. Un aspecto que se debe evitar es dar consejos o descalificar las acciones que el familiar ha realizado. Generalmente el familiar ha respondido de acuerdo con lo que pensaba que era oportuno hacer, por consiguiente, no es ni bueno ni malo, sino que fue la mejor forma que encontró para hacer frente al problema.

En suma en esta fase el orientador debe estar capacitado para favorecer que el familiar exprese sus sentimientos, los problemas en la familia, su incertidumbre y sus expectativas.

Paso 2. Proporcionar información objetiva y relevante. El conocimiento ayuda a comprender y a disminuir el estrés y es muy posible que el familiar no tenga muchos conocimientos sobre drogas o estos sean incompletos o erróneos y esto sea parte del incremento de la tensión, el Orientador podrá dar la información suficiente que le permita ubicar la severidad de la situación pero debe evitar expresarlo como si fuera una conferencia o clase. Si solicita mayor información se le puede proporcionar bibliografía.

Paso 3. Identificar los ocho mecanismos naturales de enfrentar y analizar sus ventajas y desventajas. Mostrar que hay opciones de respuesta más eficientes. Esta es la fase más importante de la intervención, el orientador junto con el familiar evaluarán la forma en que han enfrentado la situación los diferentes miembros de la familia. Es necesario analizar en conjunto los beneficios que estas acciones han tenido para ellos o por el contrario si han tenido consecuencias negativas en la salud física y psicológica. Ambos pueden identificar las ventajas y desventajas como consecuencia de su experiencia. Si se ha hecho un buen análisis, el mismo familiar selecciona una mejor forma de enfrentar evaluando las ventajas y desventajas y eligiendo lo que más le conviene para disminuir su estrés, mejorar su salud física y psicológica e incluso influir positivamente en el usuario.

Paso 4. Explorar los apoyos recibidos y sugerir otros nuevos. En esta etapa el orientador habrá explorado las principales fuentes de apoyo social que el familiar ha tenido ante esta problemática, estos pueden ser de otros familiares o de instituciones, amigos, la iglesia, etc. Se explora la posibilidad de buscar nuevos apoyos en los que no se habían pensado antes. Un apoyo puede ser desde una persona que lo escuche y lo entienda hasta que le ofrezca ayuda para asistir a tratamiento, o incluso ofrecer un cambio de domicilio para el usuario. Muchas veces los familiares no han pedido ayuda por miedo a violar un secreto familiar, es muy importante analizar el grado de tensión que esto les produce, las ventajas y desventajas que tendrían al hablar abiertamente de esta problemática como un problema de salud y no como un problema moral.

Paso 5. Canalizar a fuentes de ayuda especializadas. Desde el principio de la intervención, el orientador debe aclarar al familiar que esta será una intervención enfocada al las consecuencias del consumo de sustancias, de requerir de una intervención mayor se le canalizará al lugar más idóneo, a no ser que el orientador sea un profesional entrenado en psicoterapia.

La intervención puede considerarse exitosa si se logró definir una estrategia más benéfica para el familiar que disminuya su tensión y fortalezca las formas de enfrentar la situación. Para cerrar el proceso, es útil insistir en que las puertas están abiertas por si otros miembros de la familia quieren asistir a la entrevista e incluso el usuario. Es importante hacer sentir al familiar la conveniencia de regresar periódicamente para evaluar su proceso.

Este procedimiento es un modelo de intervención breve dado que además de ser de corta duración, cumple con los criterios que de acuerdo con Heather (1995), caracterizan a este tipo de intervenciones:

1. Consisten en estrategias de modificación de conducta derivadas de la teoría del aprendizaje social.
2. Puede ser tratada como un proceso educativo, de esta manera se evita la etiquetación y estigmatización de los usuarios y sus familiares.
3. Incluye la canalización a otros servicios o a tratamientos más intensivos cuando esto es necesario.
4. Es posible obtener evidencia sobre su efectividad en comparación con otras formas de tratamiento.
5. Favorece la desprofesionalización del tratamiento y la prestación de servicios en escenarios diferentes al ámbito clínico
6. En comparación con otras opciones de intervención son más económicas y requieren menos tiempo.

Además de estas características, Heather (1995) considera dos elementos más que se aplican específicamente a las intervenciones breves para el tratamiento de problemas de consumo de alcohol:

7. El desarrollo de las intervenciones breves está relacionado directamente con el reconocimiento de que el consumo excesivo de alcohol no necesariamente conduce a la manifestación de síntomas de dependencia severa.
8. Están dirigidas a personas que se encuentran en las fases iniciales del consumo problemático, por ello no son indicadas para personas con problemas de dependencia severa excepto cuando no pueden ser atendidas por otras instancias o bien, cuando no han solicitado otro tipo de apoyo.

Estos dos últimos supuestos pueden aplicarse al campo de la atención de la familia de los consumidores excesivos ya que en este caso, también es necesario reconocer que los problemas de salud física y mental que experimentan los familiares se manifiestan en un

amplio rango de severidad, por lo que el abordaje inicial requiere un cierto nivel de personalización de la intervención. Por otra parte, la orientación puede considerarse en algunos casos como un primer paso cuando la familia pide ayuda por primera vez y es necesario canalizar a opciones de intervención más específicas y más intensivas. En este sentido, de acuerdo con la definición de Heather (1995) la orientación puede ser una intervención “*oportunist*a” entregada tanto en agencias especializadas como en agencias comunitarias.

Se han evaluado diferentes aspectos del manual (Natera y Casco, 1993; Natera y Tiburcio, 1998), en estas experiencias se ha observado que la información concentrada en esa publicación es de gran utilidad para los orientadores pues proporciona los elementos indispensables para ayudar a las familias a aclarar las formas en que habían respondido al problema de consumo y elegir otras opciones.

Actualmente se cuenta con datos preliminares sobre la efectividad de la intervención para lograr cambios en las formas en que los familiares hacen frente al consumo y sus consecuencias. La evaluación arrojó datos alentadores ya que se observó una reducción en el número y frecuencia de los síntomas reportados por una muestra de 11 participantes que completaron la intervención, así como cambios en las formas de responder ante el consumo con una tendencia al uso de estrategias de independencia (Tiburcio y Natera, 2003).

Con estos datos como antecedente, se propuso la utilización este modelo de intervención con población rural, pero dado que el modelo estrés-enfrentamiento-salud asume que la cultura influye en la forma en que cada familia experimenta los problemas de consumo así como en las formas de enfrentar, fue necesario realizar un estudio para determinar la factibilidad de emplear el modelo en un ambiente diferente a aquel en el cual fue creado e identificar las modificaciones necesarias para adaptarlo a un nuevo contexto cultural. El proceso de esta investigación se describe en las páginas siguientes.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La experiencia en el estudio de los conflictos que se presentan en la familia como resultado del consumo de sustancias revela que ésta situación genera altos niveles de estrés en los miembros de la familia, que puede manifestarse en múltiples formas, entre ellas, confusión, preocupaciones constantes, sentimientos negativos y/o cambiantes hacia el usuario, suspicacias, violencia y diferentes síntomas de malestar físico y psicológico (Orford, Natera *et al.*, 1998). No obstante, la severidad e impacto de estos problemas no se ha reconocido cabalmente en el campo clínico, en consecuencia, las opciones de tratamiento que incorporan a la familia lo hacen buscando optimizar los resultados del tratamiento del usuario, es decir, centrándose en las necesidades del consumidor y no en las de la familia.

Ante este panorama, se desarrolló un modelo de intervención breve para atender el malestar que sufren los familiares de los usuarios de sustancias, que cubre tres aspectos relevantes: 1) se centra en las necesidades de apoyo de los familiares y 2) se basa en una teoría psicológica y 3) puede ser empleado por personas que participan en programas de atención primaria a la salud y no necesariamente por expertos en adicciones.

El modelo cuenta con alguna evidencia que sugiere que puede ser una opción conveniente para las familias que atraviesan esta situación ya que se observó una reducción en los síntomas reportados por una muestra de familiares residentes en la ciudad de México además de cambios en las formas de enfrentar el consumo (Tiburcio y Natera, 2003).

Se ha sugerido que existen algunos elementos universales en la experiencia de vivir con usuario de sustancias; sin embargo, también se sabe que ciertos factores sociales, tales como las condiciones económicas, el acceso a servicios de atención y la cultura pueden matizar esta vivencia e influir la forma en que se enfrenta (Orford, Natera *et al.*, 1998). De ahí la importancia de profundizar en el conocimiento de la forma en que el consumo excesivo de sustancias afecta a las familias en un contexto diferente del urbano, con la finalidad de proponer una estrategia de atención que se adecue a sus necesidades específicas.

Al respecto, Lazarus (1991) señala que los significados compartidos y divergentes representan la clave para entender la influencia social sobre las emociones y por ende, el enfrentamiento. Ambos tipos de significado se adquieren en el curso del desarrollo psicológico

y gracias a ellos los individuos pueden entender qué está sucediendo en cada encuentro con el ambiente y cómo responder aún cuando no saben qué elemento es el que guía su conducta.

Lazarus (1991) comenta que la forma más obvia en que los significados culturales influyen la experiencia y expresión emocional es determinando la forma en que una persona percibe, entiende y valora lo que está ocurriendo socialmente, que a su vez depende de las metas y creencias adquiridas. De esta forma, lo que una persona valora como una meta relevante depende de la jerarquía y del contexto social de un encuentro específico entre el individuo y el ambiente, además, la cultura enfatiza un tipo de involucramiento del ego y desfavorece otros. Es decir, experimentamos y entendemos nuestras emociones y las emociones de otros con las mismas bases, por lo tanto, la experiencia emocional es substancialmente cultural y en muchos aspectos se basa en significados públicos y privados.

La presente investigación forma parte de un estudio más amplio denominado *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas en población rural*¹. La propuesta general tiene como objetivo evaluar la aplicabilidad del modelo de intervención en comunidades rurales y/o indígenas así como ampliar la base de evidencia sobre la efectividad del mismo.

Debido a que el ámbito indígena difiere sustancialmente del ámbito urbano en cuanto a las prácticas de consumo, valores, creencias, usos y costumbres, y desde luego el lenguaje, es indispensable contar con instrumentos y materiales de apoyo que se adecuen a la cultura local. Al respecto, Poortinga y Van de Vijver (1999) comentan que transferir instrumentos del grupo cultural para el cual han sido diseñadas a otra población sin realizar modificaciones es una práctica frecuente, que a pesar de ser económica puede llevar a conclusiones inválidas. Por ello, es indispensable realizar un proceso de adaptación a fin de lograr que el modelo de intervención sea sensible a la cultura.

Los hallazgos de una investigación de esta naturaleza son potencialmente útiles en varios sentidos. Primero, se tendría una mejor comprensión de las prácticas y normas de

¹ Natera G, Tiburcio M (2003) *Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas en población rural*. Proyecto de investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

consumo de una comunidad indígena, lo que a su vez facilitaría la identificación de los aspectos cruciales y culturalmente pertinentes a considerar en un programa de intervención.

Segundo, se contaría con una alternativa para atender a un sector de la población que ha sido doblemente descuidado, primero, porque la manifestación de los problemas de salud de los familiares es menos evidente que los de los usuarios, y segundo, por ser indígenas.

Finalmente, contar con esta información puede favorecer que los prestadores de servicios den mayor importancia a la familia como una unidad legítima para la intervención (Copello y Orford, 2002).

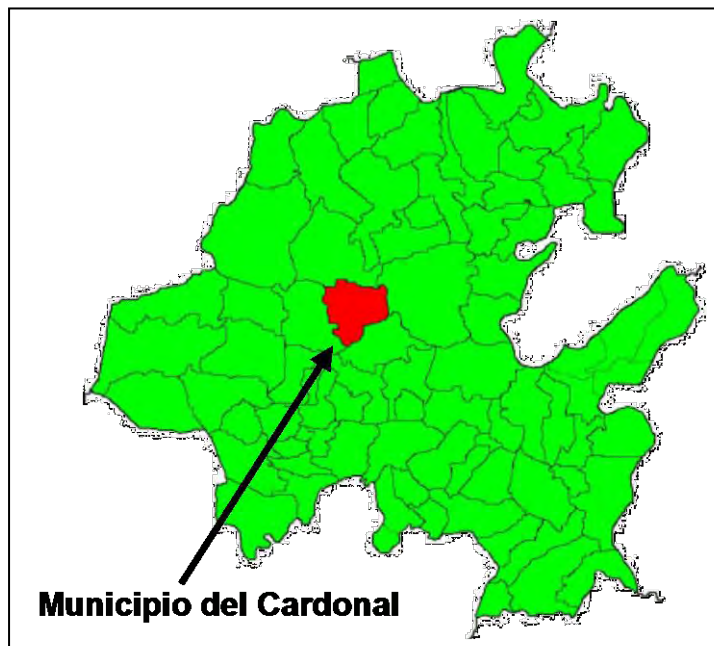
5. DESCRIPCIÓN DE LA ZONA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el Municipio del Cardonal el cual representa aproximadamente el 2.2% de la superficie total del Estado de Hidalgo. Se encuentra ubicado al noroeste de la entidad enclavado en el Valle del Mezquital (ver figura 1). Al norte colinda con los Municipios de Nicolás Flores y Tlahuiltepa; al sur con el Municipio de Santiago de Anaya; al este con los Municipios de Eloxochitlán y Metztitlán y al oeste con los Municipios de Ixmiquilpan y Nicolás Flores.

La región del Valle del Mezquital es muy variada en cuanto a sus características, por un lado se le considera “*el granero de Hidalgo*” ya que en la zona irrigada se produce maíz, frijol, tomate, jitomate, cebolla y otros productos agrícolas (Rivas, 1994). Sin embargo, dentro del Valle existe también una zona de aridez extrema y es ahí donde se encuentra el Municipio del Cardonal, un territorio rocoso con clima templado-semifrío.

La flora está formada por cardones (de ahí el nombre del municipio), olivos, órganos, magueyes, mezquites, huizaches, nopales, biznagas entre otras plantas y arbustos bajos. La actividad ganadera es considerable en este Municipio, principalmente en cuanto a la crianza de aves, ganado caprino y ovino (Gobierno del Estado de Hidalgo, 2000).

Figura 1. Ubicación geográfica del Municipio del Cardonal en el Estado de Hidalgo.

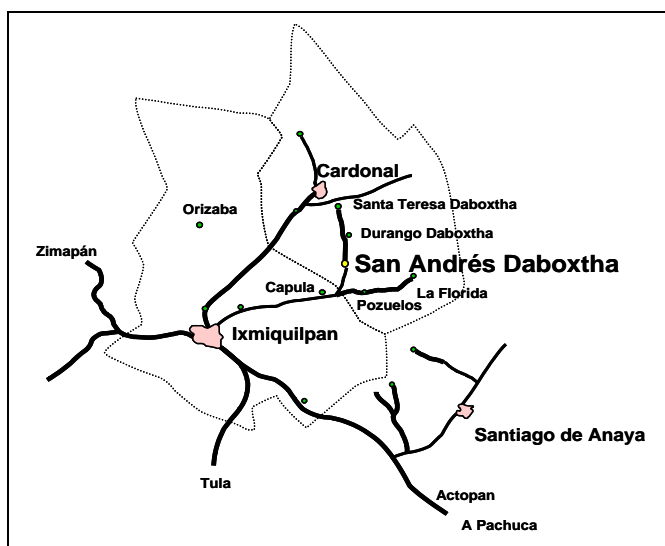


En cuanto a su población, se ha documentado que tribus Otomíes habitan la zona del Cardonal desde el siglo XVI (INFDM, 2002); en la actualidad cerca, del 60% de la población de más de 5 años de edad habla una lengua indígena, principalmente el Otomí (INEGI, 2000). Al respecto, Franco (1992) comenta que el Cardonal es uno de los municipios donde mejor se ha preservado la lengua y la cultura Otomí debido a la dificultad para acceder a esta zona.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2000), el Municipio del Cardonal cuenta con 92 localidades, entre ellas se encuentra la comunidad de San Andrés Daboxtha, que es donde se realizó el estudio. La comunidad colinda al sur con la comunidad de Pozuelos, al norte con Durango Daboxtha, al este con la Florida y al oeste con Capula, perteneciente al Municipio de Ixmiquilpan (ver fig. 2) (UTVM¹, 2003).

¹ Página web del órgano informativo de la Universidad Tecnológica del Valle del Mezquital, Febrero de 2003

Figura 2. Ubicación geográfica de San Andrés Daboxtha en el Municipio del Cardonal.



Fuente: Franco, 1992.

Según datos del INEGI (2000), San Andrés Daboxtha comprende 168 viviendas habitadas y su población total asciende a 745 habitantes, esta cifra posiciona a la localidad como la cuarta comunidad más grande del Municipio. La población económicamente activa está integrada por el 39% del total de habitantes mientras que 290 individuos de 15 años o más son alfabetas; 55% de la población son mujeres y 45% hombres.

El interés por trabajar en esta localidad obedece a diferentes razones, en primer término, se trata de una comunidad rural cuya población es de origen indígena, específicamente Otomí; esta característica responde a las necesidades del estudio ya que se pretende adaptar y evaluar el modelo de intervención en un escenario diferente al ámbito urbano.

Se trata de una zona donde el consumo excesivo de alcohol es una práctica muy extendida que se asocia con severos problemas de salud. A este respecto, investigaciones epidemiológicas reportan que en los centros urbanos de la región centro del país, donde se encuentra el estado de Hidalgo, se detectaron prevalencias de 22.2%, 75.5% y 75.5% para el consumo de pulque, cerveza y destilados respectivamente, la prevalencia de dependencia al alcohol en esta región fue de 15.4% (ENA, 1988). Para 1998, la prevalencia de dependencia al alcohol en esta región se estimó en 4.6% para la población de 18 a 65 años y 9% para la

población masculina, de ellos, el 30% dijo haber tenido discusiones con su cónyuge después de haber bebido (ENA, 1998).

Narro, Gutiérrez *et al.*, (1992) encontraron que en las entidades de alta mortalidad por cirrosis hepática, entre las que se encuentra el estado de Hidalgo, el consumo de pulque llega a ser hasta 85 veces mayor que en las entidades de baja mortalidad.

El Estado de Hidalgo ocupó el primer lugar de mortalidad por cirrosis hepática a nivel nacional entre 1984 y 1986 con una tasa promedio igual a 52.4 por cada 100 mil habitantes (Narro Gutiérrez, López, Phil, Borges, Rosovsky, 1992). En el periodo comprendido entre 1987 a 1992 la cirrosis fue la tercera causa de muerte en esta entidad y en 1993 ocupó el segundo lugar dentro de la mortalidad general. En ese mismo año, 61 de los 84 municipios del estado de Hidalgo presentaron tasas superiores a la nacional que se estimó alrededor de 22 por cada 100 mil habitantes, doce de los 20 municipios con las tasas más altas se ubican en el Valle del Mezquital (Narro, Gutiérrez, Borges, Kershenobich, López, López y Corcho, 1999). Para el año 2001 se estimó una tasa de mortalidad por enfermedad alcohólica del hígado de 28.5 por cada 100 mil habitantes (SSA, 2002).

Por otra parte, existen antecedentes de investigaciones en el Municipio del Cardonal realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (Kershenobich, Medina-Mora, García, *et al.*, 1996); estas experiencias previas permitieron que se fundara un centro de investigación en Santa Teresa Daboxtha dentro del Municipio del Cardonal, que a su vez favorece el contacto directo con los habitantes de ésta y otras comunidades en las que actualmente se lleva a cabo un programa de desarrollo comunitario (García, *et al.*, 2003). Finalmente, el acceso a la comunidad es más fácil ya que hasta hace pocos años el camino era de terracería.

6. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la factibilidad de instrumentar en una comunidad indígena del Valle del Mezquital un modelo de intervención breve desarrollado en una zona urbana, dirigido a la prevención de los problemas ocasionados por el abuso de alcohol de algún miembro de la familia.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los significados que se asocian al consumo de alcohol en la población de estudio
2. Identificar los problemas ocasionados por el consumo de alcohol en las familias
3. Identificar las formas de enfrentar el consumo más comunes entre la población
4. Adaptar los instrumentos de evaluación a las características específicas de la población
5. Adaptar los materiales empleados en las sesiones de orientación
6. Elaborar recomendaciones para la instrumentación del modelo de intervención en comunidades rurales y/o indígenas

8. MÉTODO

Para cumplir los objetivos de la investigación se realizaron dos sub-estudios. El primero de ellos tuvo como propósito acceder a la comunidad y explorar el contexto en el que tiene lugar el consumo de alcohol y los problemas que éste origina en las familias de San Andrés. En el segundo sub-estudio se buscó explorar el significado de los conceptos clave incluidos en los instrumentos y el material psico-didáctico a través de entrevistas individuales y grupales con una muestra no probabilísticas; este sub-estudio incluyó también la validación de la versión modificada de los instrumentos. El método y técnicas a emplear en ambos sub-estudios se describen con mayor detalle a continuación.

8.1. SUB-ESTUDIO 1. INSERCIÓN EN LA COMUNIDAD Y EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

Esta fase de la investigación tuvo como finalidad establecer contacto y *rapport* con la población de estudio. Esta fue tal vez la fase más compleja pues cualquier persona ajena a la comunidad es vista como extraño, por consiguiente, se encontraron barreras para el acceso. Por esta razón, la estrategia de inserción se instrumentó con gran cautela debido a la naturaleza del tema que se abordó en la investigación. En este proceso, el personal de salud de la localidad sirvió como punto focal de un muestreo de bola de nieve para detectar a informantes

clave, porteros¹ y miembros de la comunidad en general. Por medio de entrevistas programadas y casuales con los diferentes actores sociales, se detectaron otras formas convenientes para afianzar el vínculo entre el equipo de investigación y la comunidad.

Para profundizar en el conocimiento sobre los hábitos de consumo de alcohol y su impacto en la salud de las familias se emplearon diferentes aproximaciones de corte cualitativo: a) observación de tipo etnográfica, b) entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales.

8.1.1. Observación etnográfica y elaboración de diarios de campo.

Después de cada visita a la comunidad, los integrantes del equipo de investigación² redactaron notas de campo en las que describían las actividades realizadas. En este diario también debían registrarse las impresiones de los investigadores sobre la comunidad y sus diferentes actores sociales, así como inquietudes y cuestionamientos respecto al desarrollo de la investigación. La realización del diario de campo fue una forma de documentar el proceso de inserción a la comunidad, las barreras que se encontraron en la instrumentación del estudio y las medidas que se tomaron para solucionarlas. Asimismo, el diario de campo permitió dar cuenta de algunos aspectos de la estructura social y dinámica de la comunidad, los usos y costumbres en relación con el consumo de alcohol, las formas en que la gente interactúa y complementar así la información obtenida a través de otros procedimientos.

8.1.2. Entrevistas semi-estructuradas grupales.

Esta modalidad de entrevista se llevó a cabo para para profundizar en el conocimiento sobre los hábitos de consumo de alcohol y su impacto en la salud de las familias de la comunidad.

¹ Taylor y Bogdan (1987) definen al portero como el responsable de otorgar el permiso de acceso al grupo que se desea estudiar. El investigador debe negociar su rol con el o los porteros, quienes por su parte tienen el derecho de solicitar informes sobre lo que el investigador ha observado.

² El equipo de trabajo de la presente investigación estuvo integrado por tres investigadoras que cuentan con el grado de Maestría en Psicología, una de ellas es la coordinadora del proyecto global.

Participantes. Para la formación de los grupos se establecieron como criterios de inclusión ser habitante de la comunidad, tener el deseo de compartir sus opiniones en torno a la salud de la población y aceptar formar parte del estudio. De acuerdo con estos criterios se integraron 3 grupos de mujeres, cada uno con 7, 6 y 4 integrantes; el tamaño de la muestra estuvo supeditado a la colaboración voluntaria de los entrevistados. Las participantes tenían edades entre los 18 y 65 años y se dedicaban principalmente al hogar y al comercio. Adicionalmente, se realizó una entrevista con dos hombres, de 27 y 37 años respectivamente, ambos con cargos comunitarios. Se enfrentó una serie de dificultades para integrar más grupos, estas se abordarán en otra sección.

Instrumento. Para recopilar la información se desarrolló una guía de entrevista que aborda cinco temas generales: a) ¿Cómo se bebe en la comunidad?, b) problemas relacionados con el consumo, c) ¿cómo afecta a los familiares?, d) ¿qué se debe hacer cuando alguien bebe mucho?, e) ¿qué se puede hacer para prevenir el problema?. Algunas de las preguntas que corresponden a cada tema se tomaron del cuestionario del Método del Informante de Jellinek (Natera, 1980, 1981 y 1982).

Procedimiento El contacto con los participantes se realizó a través de una Asamblea de la comunidad en donde además de presentar los objetivos del proyecto, se solicitó autorización para llevarlo a cabo. La invitación a participar se extendió también en las reuniones del programa Oportunidades y en la sala de espera del Centro de Salud.

Los grupos se integraron al final de estas reuniones; cuando las personas interesadas manifestaban su deseo de participar en el estudio se reunían en un salón de usos múltiples. Una vez reunido el grupo se explicaban nuevamente los objetivos, se solicitaba autorización para grabar las sesiones y se garantizaba la confidencialidad de la información.

La conducción de las entrevistas estuvo a cargo de una investigadora y una observadora que hizo anotaciones acerca de las condiciones generales en que se realizaron las entrevistas y aspectos sobre la participación de cada una de las integrantes a fin de complementar las grabaciones.

Las entrevistas se transcribieron íntegramente y se analizaron de acuerdo a la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 1990). Esta forma de hacer investigación es una

aproximación cualitativa que se desprende de la sociología. Asume que el conocimiento previo que el investigador tiene sobre el tema de interés constituye un cúmulo de prejuicios que puede servir como una guía inicial o conceptos sensibilizadores para “*acercarse al extraño*”, sin embargo, este conocimiento preliminar no debe emplearse como orientación firme, sino por el contrario, debe abandonarse aunque es posible volver a él sólo para confirmar, negar o hacer trascendente su contenido a partir lo observado en el campo (Schwartz y Jacobs, 1984).

El proceso de la Teoría Fundamentada comprende diferentes niveles de análisis que tienden a darse simultáneamente y retroalimentarse continuamente: recopilación de datos, codificación, clasificación y desarrollo de teorías (Pidgeon, Turner, Blockley, 1991). Para este estudio se emplearon como categorías preliminares los temas incluidos en las guías de entrevista.

8.1.3. Entrevistas semi-estructuradas individuales

En este documento se presenta únicamente información referente a la realización y análisis de las entrevistas individuales con mujeres, en torno a los efectos del consumo de alcohol en la salud de los integrantes de la familia y las formas en que las entrevistadas han hecho frente a esta problemática.

Participantes. En total se realizaron 12 entrevistas individuales con mujeres habitantes de San Andrés quienes consideraban que el consumo de alcohol de un familiar es un problema para la familia. En el cuadro III se presentan algunas de sus características, los nombres que las identifican son pseudónimos.

La edad promedio fue de 34 años, destaca que la mayoría de ellas se dedica al hogar, sólo una de ellas realiza un trabajo remunerado en un programa de atención integral a menores y una más se dedica a vender comida durante el recreo de la secundaria. También es importante el bajo nivel educativo. En cuanto a su origen, la mayoría son nacidas en San Andrés o en comunidades aledañas, con excepción de Sonia y Natalia quienes son oriundas de la Ciudad de México y llegaron a vivir a la comunidad después de casarse.

En cuanto a la relación con el usuario, la mayoría eran esposas de consumidores de alcohol, una de ellas estuvo casada tres veces y proporcionó información sobre el consumo de

dos de sus esposos además del consumo de su madre. Dos hablaron del consumo de sus suegros y sólo una sobre el consumo de su padre.

Cuadro III. Características de las entrevistadas

Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad	Parentesco del usuario
Trinidad	56	Hogar	Analfabeta	Esposo
Flor	20	Estudiante	Carrera técnica	Padre
Socorro	35	Hogar	Primaria incompleta	Esposo
*Alejandra	40	Hogar Inmigrantes	Primaria incompleta	2 Esposos y madre
Rebeca	32	Empleada PEI	Secundaria	Madre
Sonia	40	Hogar	Primaria	Suegro
Rosa	40	Hogar	Primaria incompleta	Esposo
Teresa	16	Hogar	Primaria	Suegro
María	26	Hogar	Primaria	Esposo
Araceli	30	Venta de comida	Secundaria	Esposo
Esther	49	Hogar	Analfabeta	Esposo
Natalia	28	Hogar	Secundaria	Esposo

*Proporcionó información referente al consumo de dos parejas que ha tenido y de su madre.

Instrumento. Para recopilar la información se empleó una guía de entrevista semi-estructurada basada en la propuesta de Orford, Natera, Casco, *et al.* (1993) que comprende siete temas generales: a) historia familiar; b) historia del consumo; c) efectos del consumo en la salud familiar; d) estrategias de enfrentamiento empleadas por el familiar entrevistado; e) apoyo social recibido por la familia; f) estado de salud física y psicológica de la familia y g) expectativas hacia el futuro.

Procedimiento. Se estableció contacto con las entrevistadas por diferentes medios, principalmente a través de las reuniones del programa Oportunidades, donde se hizo una invitación abierta a participar en el estudio.

Esta estrategia resultó poco efectiva para despertar el interés de la comunidad, por ello, en un segundo intento, a cambio de aceptar la entrevista se ofreció orientación psicológica; de esta manera se obtuvo una respuesta favorable y algunas mujeres solicitaron ser entrevistadas a fin de poder hablar de los diferentes problemas que familiares que viven, entre ellos, infidelidad, malestar emocional, conflictos de pareja y con otros miembros de la familia. Es importante señalar que las solicitudes para hablar específicamente de problemas relacionados con el alcohol fueron muy escasas; sin embargo, se encontró que en algunos casos las otras

problemáticas motivo de consulta estaban relacionadas con el consumo de alcohol de una u otra forma.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el centro de salud de la comunidad y en las casas de las entrevistadas, fueron conducidas por dos psicólogas previamente capacitadas. La mayoría se realizaron en una sola sesión, en más de un caso no fue posible agotar los temas de la guía de entrevista pues las participantes tenían que realizar otras actividades, por lo que se concertaba una cita posterior.

Para comenzar las entrevistas se explicaron los objetivos, se garantizó la confidencialidad de la información y se solicitó autorización para grabar, esto fue posible en pocas ocasiones, ya que algunas de las mujeres se negaban a que se grabara la sesión o se mostraban desconfiadas mientras la grabadora estaba encendida. Cuando esto sucedía, las entrevistadoras tomaban nota de los relatos para redactar un informe lo más detallado posible.

Las grabaciones se transcribieron íntegramente y se analizaron de acuerdo a la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 1990), empleando como categorías preliminares los temas incluidos en la guía de entrevista.

8.2. SUB-ESTUDIO 2. ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Debido a que el ámbito indígena difiere sustancialmente del ámbito urbano, donde se desarrolló el modelo de intervención, fue indispensable llevar a cabo un proceso de adaptación de los instrumentos y materiales de apoyo para adecuarlos a la cultura local. Esta fue una manera de asegurar que la población comprenda fácilmente tanto las instrucciones como los reactivos de cada uno de los instrumentos y que el material psico-didáctico sea sensible a la cultura.

La redacción y fraseo de los instrumentos se evaluaron mediante laboratorios cognitivos con el objeto de mejorar la calidad de la información y maximizar la consistencia. A través de esta técnica se evaluó también la pertinencia conceptual y cultural del material gráfico a emplear en la intervención.

De acuerdo con Nolin y Chandler (1996), los laboratorios cognitivos son una forma de hacer investigación que se desprende de la psicología cognitiva y puede aplicarse al terreno de

la construcción o adaptación de instrumentos para explorar: i) de qué forma las personas que responden un cuestionario entienden las instrucciones y las preguntas, ii) el proceso por el cual recuerdan la información que se le solicita en cada pregunta; iii) la influencia del orden en que se presentan las palabras y las preguntas; iv) la viabilidad de abordar ciertos temas; v) evaluar la confiabilidad de diferentes clases de respondientes y, vi) probar cuestionarios para reducir el error atribuible a la medición.

Los laboratorios cognitivos pueden aplicarse de manera individual o en grupos focales, y se clasifican en dos grupos dependiendo del momento (“timing”) en que se realiza la tarea cognitiva y el grado en que el participante debe atender el proceso cognitivo que lleva a cabo para responder una pregunta. El primer grupo incluye los métodos concurrentes donde las tareas cognitivas de proporcionar información y articular el significado y/o recordar un proceso mental ocurren al mismo tiempo. El segundo grupo comprende los métodos retardados, donde el individuo ejecuta las tareas cognitivas después de haber respondido la pregunta.

Tanto los métodos concurrentes como los retardados pueden ser pensados en voz alta (“think aloud methods”) o por escrutinio. En el primer caso, los participantes verbalizan sus pensamientos espontáneamente mientras dan respuesta a la pregunta (concurrente) o después de haberla respondido (retardado) de tal forma que el procedimiento que siguen para encontrar cada respuesta se hace evidente.

Los métodos por escrutinio requieren una participación más activa del investigador quien pregunta directamente al individuo sobre algún aspecto particular de la pregunta. Las autoras señalan que en los métodos concurrentes por escrutinio el investigador interviene inmediatamente después plantear cada reactivo del cuestionario; en los métodos retardados la intervención del investigador tiene lugar una vez que se han respondido todas las preguntas.

8.2.1. Laboratorios cognitivos para la adaptación de instrumentos

En este estudio se empleó la metodología del laboratorio cognitivo concurrente por escrutinio en su modalidad individual. Durante la prueba de los instrumentos, la investigadora formuló preguntas sobre el significado de conceptos clave (i. e. “enfrentar”, “irritabilidad”

“tensión” entre otros) inmediatamente después de plantear cada reactivo, asimismo, solicitó al participante que señalara otras alternativas para expresar la misma idea.

Participantes. La muestra estuvo conformada por 43 mujeres de la comunidad seleccionada. Más del 90% de las personas entrevistadas tenían edades entre los 16 y 60 años ($X=36.6$, $SD=10.7$), y eran principalmente esposas (33.3%) o hijas (12.5%) de usuarios de alcohol. Todas hablaban castellano y la escolaridad máxima fue de secundaria. Se detectaron personas que no sabían leer ni escribir sobre todo entre quienes tenían mayor edad. La ocupación reportada con más frecuencia fue el hogar y el cuidado de animales de corral.

Instrumentos. Los instrumentos seleccionados evalúan las formas naturales de enfrentar el consumo en la familia y la presencia de sintomatología física y psicológica. En estudios previos (Orford, Natera, *et al.*, 1993, Orford Natera *et al.*, 2001) se detectó que los instrumentos que se describen a continuación cumplen este objetivo con un alto grado de confiabilidad. El anexo 1 presenta la versión en extenso que se sometió al proceso de adaptación.

- **Cuestionario de enfrentamientos (CQ, Orford et al., 1998).** Consta de 30 reactivos que indagan la ocurrencia de ocho diferentes formas de enfrentar el consumo excesivo de sustancias en la familia (emoción, control, tolerancia, inacción, evitación, apoyo al usuario, asertividad e independencia) así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses (nunca=0, una o dos veces=1, algunas veces=2, con frecuencia=3). Las formas de enfrentar se agrupan en tres posiciones: involucramiento, tolerancia y retiro, en una muestra mexicana se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de 0.82, 0.73 y 0.70 respectivamente.
- **Escala de Síntomas (SRT, Kellner y Sheffield, 1973)** Consiste en 30 reactivos que evalúan el malestar psicológico, entendido como un estado transitorio y cambiante. Tiene tres opciones de respuesta para evaluar la frecuencia con que se experimenta cada uno de los síntomas (nunca=0, algunas veces=1 y a menudo=2). La versión original de Kellner y Sheffield (1973) consta de cuatro áreas: inadecuación, ansiedad, somatización y depresión. En la validación en población mexicana de estudiantes se encontró un nivel de confiabilidad

aceptable ($\alpha=0.93$) se observó que la SRT puede emplearse por medio de cuatro o dos subescalas: síntomas físicos ($\alpha=.87$) y síntomas psicológicos ($\alpha=.91$) (Mora, Natera y Andrade, 1994). En el estudio conducido por Orford, Natera, Velleman y cols. (15), se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.93 para la escala total en la muestra mexicana, 0.91 en la sub-escala de síntomas psicológicos y 0.82 en la sub-escala de síntomas somáticos.

- **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977)** Contiene 20 reactivos que evalúan indicadores de riesgo de depresión a través de la presencia de sintomatología depresiva durante la semana previa a la aplicación; este tipo de evaluación parte de que la duración de un síntoma es más importante para determinar la existencia de un trastorno que la sola presencia del mismo. En un estudio realizado con mujeres provenientes de zonas rurales de los estado de Jalisco y Michoacán se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.92 (Salgado y Maldonado, 1994).

Procedimiento. De acuerdo con las normas tradicionales del lugar se solicitó autorización a la Asamblea Comunal para realizar el trabajo. Para ello se explicaron los objetivos del estudio y el procedimiento a seguir. Una vez que se obtuvo la anuencia, se inició el trabajo de campo en Julio de 2003 y se concluyó en diciembre del mismo año. Se contactó a las participantes en reuniones comunitarias, así como en el Centro de Salud y en las escuelas ya que son los lugares donde normalmente se congregan. Las entrevistas se efectuaron en lugares tan diversos como los patios de escuela, salones de juntas, la sala de espera del centro de salud, las casas de las entrevistadas e incluso en la calle. Para lograr la colaboración de las mujeres se les explicaron los objetivos del estudio y se solicitó autorización para grabar las entrevistas.

Un equipo integrado por tres psicólogas previamente capacitadas estuvo a cargo de la realización de los laboratorios cognitivos. Se empleó la técnica del laboratorio cognitivo concurrente por escrutinio en su modalidad individual (Nolin y Chandler, 1996); cada uno de los reactivos originales y sus opciones de respuesta se leyeron tantas veces como fue necesario, y después se preguntó: ¿qué quiere decir esta pregunta?, ¿cómo podría decirse de otra manera? o bien ¿cómo le explicaría esto a otra persona de su comunidad?

Las entrevistas llevadas a cabo para este efecto tuvieron una duración promedio de 40 minutos. Cuando las mujeres no desearon ser grabadas, las entrevistadoras registraron todos los comentarios y expresiones de las entrevistadas alrededor de los reactivos de los tres cuestionarios, así como sus propias observaciones respecto a los términos que representaron mayor dificultad en su comprensión. Todas las anotaciones y sugerencias para cada reactivo se concentraron en un formato para facilitar su análisis (anexo 2). La redacción final de los reactivos se sometió a un procedimiento de jueceo. Es importante destacar que en el proceso de toma de decisiones se consideró también la experiencia de otros investigadores que han hecho uso de los instrumentos en cuestión, este es el caso del CES-D el cual ha sido estudiado en profundidad por Lara y colaboradores (Lara, Le, Letechipia, Hochhausen, 2008; Le, Lara, Perry, 2008).

El cuadro IV muestra el número de aplicaciones de cada instrumento, es importante mencionar que la diferencia en estas cifras se debe a que en muchos casos fue necesario interrumpir las entrevistas dado que las participantes así lo solicitaron por no contar con el tiempo suficiente para dar respuesta a todas las preguntas. Por otra parte, el menor número de aplicaciones del Cuestionario de Enfrentamientos se debe a que éste sólo fue completado por las participantes que reportaron tener un familiar cercano que consume alcohol en exceso.

Cuadro IV. Cuestionarios aplicados

Instrumento	Número de aplicaciones
Cuestionario sobre enfrentamientos	22
Escala de síntomas (SRT)	43
CES-D	38

8.2.2. Validación de la versión modificada de instrumentos

Una vez desarrollada la versión modificada de los tres instrumentos se procedió a realizar la validación con una muestra más amplia como se describe a continuación.

Participantes. Se seleccionó una muestra no probabilística de personas que solicitaron atención en el centro de salud de la cabecera municipal, al cual acuden habitantes de todas las comunidades que integran el Municipio del Cardonal. En total colaboraron 235 personas,

18.7% de sexo masculino y 81.2% mujeres. Esta importante diferencia en la participación de hombres y mujeres condujo a la decisión de trabajar únicamente con la población femenina, esta medida se apoyó también en el hecho de que en estas localidades el consumo de alcohol es un problema que se presenta principalmente en los hombres pero que afecta notablemente el bienestar y la salud mental de las mujeres que les rodean³.

De esta forma, la muestra final quedó integrada por 191 mujeres provenientes de 30 de las 92 comunidades que conforman el Municipio del Cardonal. Las localidades con mayor representación fueron San Andrés Daboxtha (33.5%), Durango Daboxtha (10.5%), Santa Teresa Daboxtha (7.9%) y el Bingú (5.2%).

Instrumentos. Se aplicó la versión modificada de los instrumentos SRT, CQ y CES-D (ver anexo 3).

Procedimiento. Se invitó a las personas que estaban en la sala de espera a participar en el estudio explicándoles los objetivos del mismo y asegurando la confidencialidad de la información.

Los tres instrumentos se aplicaron de manera individual por un equipo previamente capacitado para esta labor, integrado por una psicóloga y una enfermera oriunda del Valle del Mezquital. La aplicación tuvo una duración promedio de 25 minutos, el trabajo de campo de esta segunda fase se realizó durante el primer semestre de 2005.

Es importante mencionar que el tamaño de muestra difiere en los tres instrumentos (CQ n=150, SRT n=185, CES-D n=182), esto se debe a que en algunos casos las entrevistas se interrumpieron porque las participantes debían acudir a consulta médica, o bien porque las participantes no necesariamente eran familiares de un consumidor excesivo de alcohol, y por ende, no dieron respuesta al cuestionario de enfrentamientos.

Los datos se analizaron empleando la versión 10 del programa SPSS. El poder de discriminación de los reactivos se determinó a través de la comparación de las medias de respuesta de los grupos extremos usando la prueba *t* para muestras independientes. Se realizaron análisis factoriales de componentes principales con rotación Oblimin para obtener la

³ De acuerdo con ese estudio epidemiológico, 54% de los hombres y 26% de las mujeres en las siete comunidades estudiadas son bebedores frecuentes, la proporción de personas que califican como bebedores problema es de 33% de los varones y 11% de las mujeres, en tanto que 8% de los hombres y el 1% de las mujeres cubre los criterios de dependencia al alcohol (García, Medina-Mora, Natera, Juárez, Kershenobich, 2005)

estructura factorial de cada instrumento, se consideraron como válidas las cargas factoriales iguales o superiores a .30 y se eliminaron los factores compuestos por menos de 3 reactivos. Finalmente, se obtuvo la confiabilidad interna global y de cada sub-escala.

8.2.3. Laboratorios cognitivos para la adaptación del material psico-didáctico.

En el anexo 4 se presentan las imágenes que forman parte del material de apoyo que se empleó con individuos provenientes de zonas urbanas en un estudio previo (Tiburcio y Natera, 2003). Los dibujos ilustran cada una de las ocho diferentes formas en que los familiares pueden hacer frente al consumo de alcohol o drogas en la familia.

Participantes. Se realizaron 7 entrevistas individuales y 3 grupales con mujeres habitantes de San Andrés Daboxtha. Los grupos se conformaron de manera espontánea en la sala de espera del Centro de Salud con 3, 6 y 2 integrantes cada uno. Debido a la naturalidad con la que surgieron estas oportunidades, no se recopiló información sociodemográfica de las participantes.

Las edades de las mujeres que se entrevistaron de manera individual oscilaron entre los 32 y 56 años de edad, tres de ellas terminaron la secundaria en tanto que el resto llegó hasta la primaria. Seis están casadas, pero los esposos de dos de ellas emigraron y una mujer está separada desde hace ya varios años. La ocupación fundamental para cinco es el hogar, dos se dedican al comercio. Cinco de las entrevistadas viven o habían vivido con usuarios de alcohol, cuatro de ellas como pareja y en el caso de una el usuario era su suegro.

Instrumentos. Para explorar la pertinencia cultural de las imágenes se desarrolló una viñeta en la que se describe brevemente el caso hipotético de una familia en la que uno de los integrantes consume alcohol en exceso (ver anexo 5). Con esta historia como referencia, las entrevistadoras plantearon preguntas como:

1. ¿Qué sucede en este dibujo?
2. ¿Qué resultado puede tener esa persona al actuar así?
3. ¿Qué ventajas o qué desventajas se pueden obtener al actuar así?
4. ¿Qué título debe llevar este dibujo?.

Procedimiento. Las mujeres entrevistadas se contactaron al final de las reuniones del programa Oportunidades, en la sala de espera del Centro de Salud y una minoría fue contactada directamente en sus domicilios. Las entrevistas grupales se realizaron debido a que en algunos casos (como la sala de espera) no fue posible contar con un espacio para realizar la entrevista en privado y las mujeres presentes manifestaban su interés en participar. En todos los casos, se explicó a las participantes cuáles son los objetivos del estudio, se les invitó a participar en él y se solicitó su autorización para grabar las entrevistas.

Para iniciar las entrevistas se indicó a las mujeres participantes que se daría lectura a una historia para la que era necesario “*bautizar*” a los personajes, por lo que ellas mismas debían elegir un nombre de mujer y uno de hombre para los protagonistas. Posteriormente se daba lectura a la viñeta, al finalizar, se les indicó que debían responder una serie de preguntas con base en esa historia y a unos dibujos que se les iban a mostrar. Los dibujos se presentaron uno a uno y sin seguir un orden específico, se plantearon las cuatro preguntas de la guía en cada caso.

Las entrevistas para este laboratorio cognitivo tuvieron una duración promedio de 40 minutos y fueron realizadas por dos psicólogas con grado de maestría. La lengua materna de las participantes es el hñahñú, sin embargo, son bilingües en español, las entrevistas se realizaron en este idioma.

Es importante mencionar que después de la primera entrevista individual y la primera entrevista grupal se cambiaron los dibujos correspondientes a los mecanismos de enfrentamiento emocional, inacción, evitación e independencia, ya que desde esas experiencias tempranas se detectó que las mujeres entrevistadas difícilmente se identificaban con esas imágenes. Los dibujos que se emplearon para reemplazar a las imágenes originales se muestran en el anexo 6.

En los casos del enfrentamiento emocional y la evitación, la dificultad se debió a que los dibujos originales mostraban varones. La imagen empleada para representar la inacción muestra a una mujer de pelo corto que viste un pantalón, en San Andrés son pocas las mujeres que visten pantalón y todas tienen el cabello largo, por lo que la imagen poco tenía en común con ellas. Finalmente, el dibujo sobre independencia se cambió dado que no representa la

diversidad de acciones relacionadas con este mecanismo de enfrentamiento⁴. Además, esta imagen se interpretó como la posibilidad de continuar estudiando, si bien en la comunidad existen opciones de educación para adultos, pocas mujeres hacen uso de ellas ya que sus esposos no se los permiten, por lo que la imagen no resultó del todo adecuada.

Las entrevistas se transcribieron íntegramente para luego ser analizadas, las categorías que se emplearon se desprenden de las cuatro preguntas básicas de la guía de entrevista, a saber: a) descripción del mecanismo de enfrentamiento, b) resultado del mecanismo de enfrentamiento, c) valoración del resultado y, d) sugerencia de título para el dibujo.

Además de la clasificación de fragmentos de texto de acuerdo con estas categorías, en el análisis se obtuvo la frecuencia con que las mujeres entrevistadas hacían referencia a conceptos que pueden resultar clave en la definición de cada una de las formas de enfrentar representadas en los dibujos y se verificó también si las respuestas de las entrevistadas se aproximan a la definición conceptual de cada forma de enfrentar.

8.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los objetivos del estudio se presentaron ante la Asamblea con el propósito de darlos a conocer a la comunidad y obtener la aprobación de las autoridades para llevarlo a cabo. Aunado a ello, se solicitó el consentimiento verbal de los participantes para la realización y grabación de las entrevistas así como para la aplicación de instrumentos una vez que se les informaron los objetivos de la investigación.

El consentimiento se obtuvo de manera verbal en virtud de que el grado de escolaridad es muy bajo en esta población y hay personas que no saben leer o escribir (ver texto del consentimiento informado en el anexo 7). Además, se ha observado que existe cierta reticencia por parte de la gente a firmar documentos ya que ha habido casos en que han sido objeto de fraudes como consecuencia de firmar documentos que no comprenden.

⁴ El mecanismo de independencia implica continuar con los propios intereses o los de otros familiares no consumidores a pesar de que el usuario siga consumiendo, esto puede incluir involucrarse en actividades deportivas, políticas, religiosas, comunitarias, etc., o simplemente encontrar una actividad que contribuya al bienestar del familiar.

Adicionalmente, se tomaron medidas para retribuir la colaboración de la comunidad; para ello, se realizaron actividades de promoción de la salud dirigidas a diferentes grupos, y se brindó orientación psicológica en general aún cuando los solicitantes no desearon participar en el estudio o bien, no cumplían los criterios de inclusión.

Para salvaguardar la identidad de las personas que fueron entrevistadas de manera individual, se emplean pseudónimos y se omite cualquier otra información que no sea necesaria para el análisis y que pudiera favorecer su identificación.

Como una medida de protección para el equipo de investigación, se efectuó un grupo de discusión para dar contención psicológica a los integrantes del equipo durante el periodo de trabajo de campo.

9. RESULTADOS

9.1. ESTUDIO ETNOGRÁFICO DE SAN ANDRÉS DABOXTHA

La comunidad de San Andrés Daboxtha se ubica al final de la carretera que une a las comunidades del Sauz, Santa Teresa Daboxtha y Durango Daboxtha; el camino pavimentado termina unos metros antes de llegar a lo que puede considerarse el centro de pueblo. Las viviendas que integran esta comunidad se agrupan en un total de 10 manzanas muy extensas, delimitadas por caminos de terracería de un suelo de tierra blanquecina muy suelta y volátil.

En el centro de esta comunidad se encuentra la escuela primaria, un local donde se expenden tortillas hechas a mano, un salón de usos múltiples, un centro de estimulación temprana, la oficina del Delegado Municipal, un kiosco que se construyó con fondos donados por personas que han migrado a Estados Unidos y que se inauguró durante la fiesta patronal del 2003, la iglesia, un lugar donde se realiza el jaripeo durante la fiesta local, y finalmente, una tienda de abarrotes que cuenta con 3 casetas telefónicas solares, además, ahí está instalado el radio por el cual el delegado se comunica con el presidente municipal o con los delegados de otras comunidades. Esta tienda es uno de los principales puntos de reunión, es común ver grupos de hombres que se reúnen a beber cerveza y niños comprando dulces al salir de clases (ver figura 3).

La familia que es dueña de esta tienda es una de las más importantes y respetadas de la comunidad; el padre, que falleció hace ya varios años, participó en el movimiento que permitió constituir a San Andrés como una comunidad independiente y separarla de Pozuelos, también colaboró en las negociaciones para llevar energía eléctrica y la construcción del salón de usos múltiples para realizar las Asambleas del pueblo.

Al final de la calle principal el camino se divide en dos, la vereda derecha conduce a Pozuelos y Capula, y la izquierda conduce al Centro de Salud, al pre-escolar y a la telesecundaria (ver figura 3).

San Andrés tiene la apariencia de un pueblo desolado, particularmente los lunes que es el día de plaza en Ixmiquilpan y muchas personas se desplazan hasta ese mercado para hacer

compras. El aspecto del lugar cambia sustancialmente los días en los que hay Asamblea o juntas ya sea de los padres de familia o del programa Oportunidades. En estas ocasiones se aprecia un gran número de camionetas estacionadas a ambos lados del camino, gran parte de ellas provienen de Estados Unidos.

Los habitantes de esta localidad son de origen Otomí, la gran mayoría habla castellano, con excepción de las personas de mayor edad, sin embargo se comunican entre sí en hñahñu. No portan vestimentas tradicionales, los hombres usan sombrero, algunas mujeres también lo usan para protegerse del sol o bien llevan un rebozo en la cabeza.

En cuanto a la organización política, San Andrés tiene un Delegado que representa a la comunidad y es el principal enlace con la Presidencia Municipal. El Delegado se elige por mayoría de votos y es el responsable de velar el orden, gestionar apoyos gubernamentales, representar a la gente del pueblo cuando se presentan conflictos con otras comunidades, y organizar las faenas para el desarrollo de la comunidad. El Delegado cuenta con la asistencia de otras personas que integran diferentes comités y se encargan de coordinar las actividades comunitarias, por ejemplo, en las escuelas y en el centro de salud.

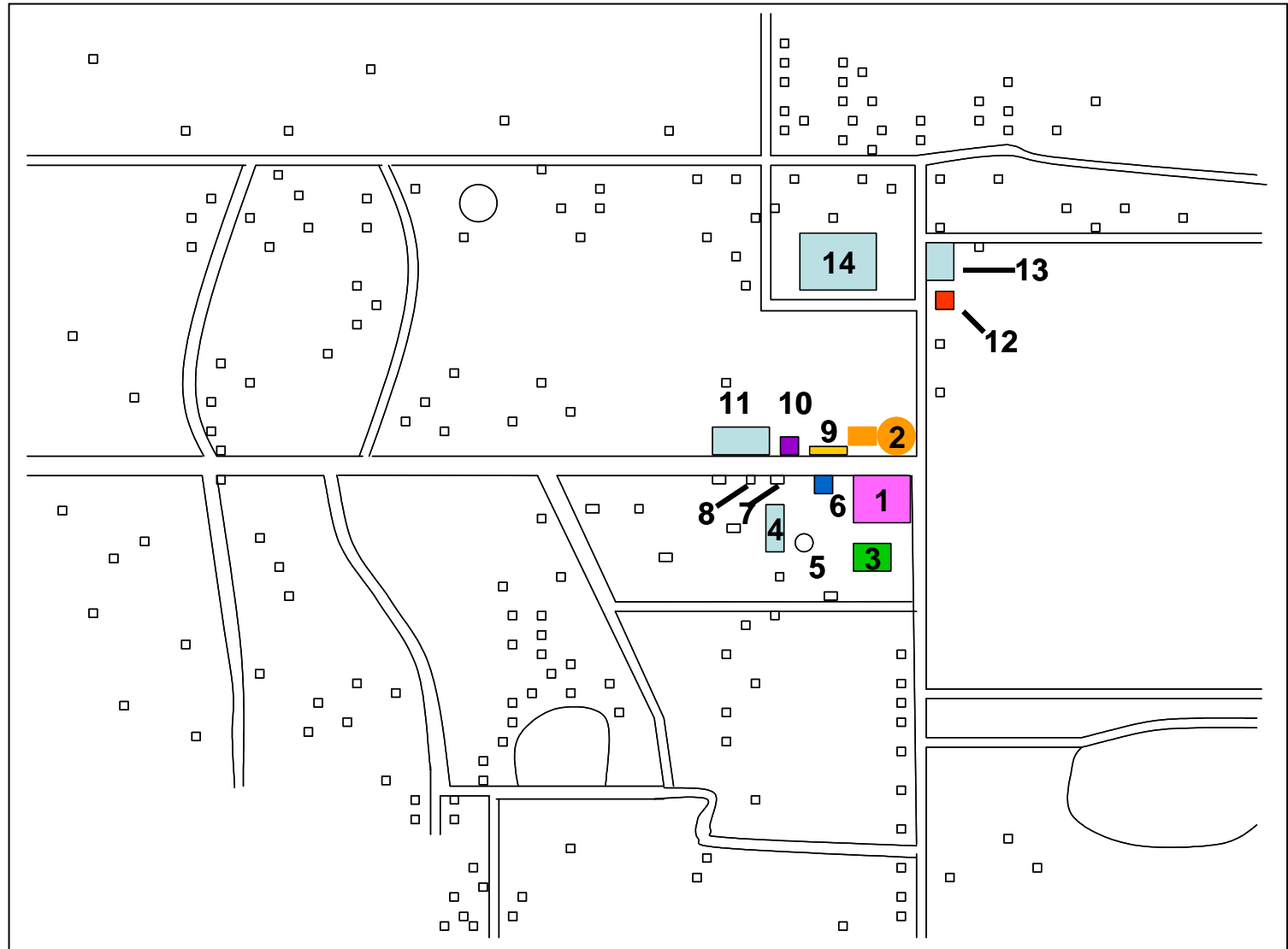
Las faenas constituyen el mecanismo por el cual se ha logrado llevar servicios a esta localidad y mantener en buen estado las instalaciones escolares y del Centro de Salud. En ellas deben participar todos los miembros de la comunidad, sin embargo, debido a que muchos hombres han emigrado, son las mujeres quienes se hacen cargo de gran parte del trabajo pesado que implica abrir zanjas para el drenaje o construir depósitos de agua.

El flujo migratorio hacia los Estados Unidos es muy importante en esta región, siendo los destinos principales la ciudad de Las Vegas y el estado de Florida. San Andrés es conocido en la región por el gran número de traficantes de inmigrantes o “*polleros*” que son originarios de este lugar y tienen influencia en comunidades vecinas. Diariamente se escuchan historias de hombres que se van en busca de trabajo, o mujeres jóvenes que se trasladan siguiendo a sus cónyuges y dejan a sus hijos en manos de abuelos o tíos.

Figura 3. Mapa de San Andrés Daboxtha

Leyenda

- 1. Iglesia
- 2. Jaripeo
- 3. Cancha de básquetbol
- 4. Salones de primaria
- 5. Kiosco
- 6. Oficina del Delegado
- 7. Tienda de abarrotes
- 8. Tortillería
- 9. Salón de usos múltiples
- 10. Programa de Educación Inicial
- 11. Escuela primaria
- 12. Centro de Salud
- 13. Pre-escolar
- 14. Escuela telesecundaria



Irse al norte es una parte importante del estilo de vida de la gente de San Andrés y se ha convertido en el principal anhelo de los adolescentes, quienes esperan concluir los estudios de secundaria y ser lo suficientemente fuertes para poder soportar las largas caminatas a través del desierto en busca de trabajo.

La migración hacia los Estados Unidos es sin duda un fenómeno que ha transformado la economía, las relaciones y estructura familiar así como la fisonomía del pueblo. Antiguamente las casas se construían con pencas de maguey secadas al sol; de acuerdo con los pobladores, estas construcciones tienen la cualidad de ser frescas durante la época de calor, y cálidas durante el invierno.

En la actualidad, este tipo de inmuebles son raros, casi la totalidad de las viviendas están construidas de ladrillos y cemento, constan de uno o dos cuartos, una cocina y un baño que normalmente se construye fuera, la arquitectura de algunas de estas casas denota una influencia norteamericana (ver figuras 4 y 5).

Figura 4. Vivienda tradicional de pencas de maguey



Figura 5. Vivienda de reciente construcción



Con excepción de las casas más alejadas construidas en las faldas de los cerros, todos tienen agua entubada y electricidad; asimismo, una minoría que va en aumento cuenta con teléfonos celulares que trabajan con energía solar. Alrededor de las casas se encuentran las parcelas donde se siembran principalmente magueyes y raras veces maíz.

A pesar de que en esta zona se ha registrado un incremento en el número de adeptos a movimientos religiosos evangélicos, la religión predominante en San Andrés es la católica. En la comunidad hay dos iglesias, una de ellas ubicada en lo que los lugareños denominan “*el centro*”, la barda que rodea la iglesia contiene también el cementerio local; es en este templo donde se llevan a cabo las celebraciones de la fiesta patronal a finales del mes de noviembre, así como bautizos, primeras comuniones y matrimonios religiosos que oficia un sacerdote extranjero. La segunda es una pequeña capilla en la cima de un cerro a la cual acuden en procesión solamente dos veces al año como parte de la fiesta patronal.

En cuanto a instituciones educativas, existe un establecimiento de pre-escolar, una primaria y una tele secundaria. En San Andrés cuentan también con el Programa de Educación Inicial *Hñahñu Batsi* (niño hñahñu en otomí) al que toda la gente conoce como PEI o “*el*

proyecto”, este programa de estimulación temprana está dirigido a niños menores de 5 años y es financiado por la Christian Children’s Fund, una organización no gubernamental que patrocina proyectos similares en toda la República y en el Valle del Mezquital tienen presencia en La Florida, Pozuelos y en el Cardonal. Al igual que sucede con otras instancias, el PEI es manejado por un comité que se elige en las Asambleas. También existe un coordinador local que recibe un salario por ejercer estas funciones.

El proyecto funciona con promotoras que son las propias madres de familia, ellas reciben una capacitación para realizar las actividades educativas en las que participan las madres y los niños antes de ingresar a pre-escolar. Existe una coordinación central de donde proviene la capacitación pero los proyectos se manejan de manera independiente en cada localidad. Las instalaciones fueron construidas con fondos donados por los padres de familia, cuentan con una cocina donde se preparan alimentos para los niños y capacitan a las madres para combinar los alimentos en una dieta balanceada. Las actividades se realizan en un amplio salón donde hay juguetes, sillas y colchones además de libreros colocados contra la pared, en donde guardan libros que han sido donados por diferentes instituciones o bien por la propia ONG que financia. Hacia finales de 2003 construyeron un baño-letrina con una donación de la Lotería Nacional y actualmente algunos miembros de la comunidad trabajan en la construcción del segundo piso.

En esta comunidad existen muy pocas fuentes de trabajo y esta es una de las principales preocupaciones de los pobladores, la mayoría de los hombres que no han optado por emigrar hacia los Estados Unidos se dedica al campo, ya sea haciéndose cargo de su propia parcela o prestando sus servicios como jornaleros en la región irrigada cercana a Ixmiquilpan. También hay una minoría que se dedica al trabajo de la construcción, éste es un sector que aparentemente representa una mejor opción, ya que las personas que han migrado hacia el norte envían dinero para construir casas que pretenden habitar algún día.

La falta de trabajo implica mayores dificultades para las mujeres, las esposas de los migrantes deben subsistir junto con sus hijos con mesadas provenientes del norte que no rebasan los \$2,000 al mes. Muchas de ellas tienen el deseo de poder ir a trabajar como empleadas domésticas a Ixmiquilpan, pero la escasez de transporte y el alto costo que implica desplazarse diariamente limita las posibilidades de que esto ocurra. Es por ello que han tenido que recurrir a

otras actividades que pueden desarrollar en sus propias casas; por ejemplo, un número considerable ha optado por vender refrescos, dulces, pan y productos enlatados, otras más tienen molinos de nixtamal, también es común que se dediquen a “*raspar*” los magueyes para luego vender el aguamiel y complementar sus ingresos.

La tradición en la explotación del maguey y la necesidad de contar con un ingreso adicional dieron lugar a que en 1995 se formara una agrupación de 48 mujeres llamada Milpa de Maguey Tierno de la Mujer A. C.. Esta cooperativa, que actualmente cuenta con 38 miembros, se dedica a la producción y venta de miel de aguamiel, mermeladas de xoconoxtle y tuna, así como productos tejidos con fibra de ixtle (estropajos, bolsas, adornos para el cabello, etc.). El taller se encuentra ubicado frente a la iglesia del pueblo, en su interior hay cuatro hornillas con grandes cazos de metal en los que se calienta el aguamiel para hacerlo hervir durante horas hasta convertirlo en miel.

Al inicio de este proyecto, las mujeres que integran la cooperativa recibieron capacitación por parte del Instituto Tecnológico del Valle del Mezquital en el procesamiento del aguamiel, también han recibido apoyo de la Escuela Bancaria y Comercial de la Ciudad de México para obtener el registro de sus productos. A pesar de estos esfuerzos, no han logrado la comercialización a gran escala, y hay temporadas en las que deben reducir o parar la producción pues tienen grandes cantidades de miel almacenada.

Las mujeres que forman parte de este grupo aportan el aguamiel que recolectan en sus casas y trabajan en equipos que rotan los días de producción. Comentan que para la mayoría de estas 38 mujeres mantener su participación en la cooperativa ha sido un reto y motivo de serios conflictos familiares; al principio, los hombres no estaban de acuerdo en que sus esposas formaran parte del grupo, se enojaban, las regañaban y muchas veces también las golpeaban cuando acudían a la capacitación. Esto implicó que las mujeres tuvieran que realizar modificaciones a su rutina diaria, antes de empezar su jornada en el taller, deben dejar lista la casa, hacer la comida y mandar a sus hijos a la escuela. Con el paso del tiempo los hombres han ido cambiando de actitud y ahora apoyan a las mujeres, probablemente porque pudieron comprobar que a pesar de que las ganancias son pocas, es un proyecto productivo que al menos les deja un ingreso extra.

El Centro de Salud es otra institución importante en San Andrés, además de atender a esta población da servicio a los habitantes de Durango Daboxtha. Cada mes realizan juntas informativas que forman parte del programa Oportunidades. A diferencia de lo que ocurre en otras comunidades, la enfermera que labora en este centro es oriunda y residente de San Andrés, por lo tanto, conoce a todas las familias de este lugar. El médico es un pasante que realiza su servicio social y no es originario de la zona.

9.2 PROCESO DE INSERCIÓN EN LA COMUNIDAD

Como se señaló en una sección precedente, investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría trabajan desde hace aproximadamente 8 años en diferentes localidades del Valle del Mezquital (Kershenobich, Medina Mora *et al.*, 1996); sin embargo, hasta ese momento no se habían concentrado esfuerzos por trabajar en San Andrés Daboxtha ya que en los primeros intentos se enfrentaron algunas barreras para establecer la relación con los miembros de la comunidad. No obstante, integrantes de ese grupo promovieron el contacto de este nuevo equipo de trabajo con el personal del Centro de Salud de San Andrés Daboxtha.

El trabajo de campo dio inicio en Mayo de 2003, durante las primeras visitas a la comunidad se discutieron los objetivos del proyecto con la enfermera y el médico responsable del Centro de Salud con la finalidad de lograr su colaboración. Como resultado de ese proceso, tanto el médico como la enfermera accedieron a facilitar las instalaciones para la realización de las entrevistas y a ceder un espacio durante las reuniones informativas del programa Oportunidades (antes PROGRESA) para dar a conocer el proyecto e invitar a la comunidad a participar en él (Ver figuras 6 y 7). El equipo de investigación intervino en tres de dichas reuniones ofreciendo orientación familiar y apoyo psicológico, se hizo especial énfasis al invitar a las familias donde existe una persona que consume alcohol en exceso.

Llama la atención que la gran mayoría de la concurrencia a estas reuniones está integrada por mujeres y son muy pocos los varones que acuden. En general, los asistentes a estas reuniones escucharon la presentación con atención, cuando tuvieron oportunidad de expresarse, sus opiniones fueron muy reveladoras en cuanto a las posibles barreras que podrían presentarse en la instrumentación del estudio. Por ejemplo, una mujer comentó que le parecía “*muy bien*” que se ofreciera este servicio en el Centro de Salud pero que ella pensaba que justamente las personas que tienen problemas son las menos dispuestas a hablar de ello. Otras personas señalaron que es muy importante tratar de ayudar a los niños, porque el consumo de los hombres “*a veces les afecta mucho y crecen con muchos problemas*”, por eso sería importante recibir ayuda y saber cómo tratar a sus hijos.

Figuras 6 y 7. Reunión del programa OPORTUNIDADES en San Andrés Daboxtha



Al concluir las sesiones informativas algunas mujeres se acercaron a las investigadoras para pedir orientación individual; se trató de atender estos casos inmediatamente pero cuando esto no era posible se concertaron citas para la semana posterior. Fueron muy pocas las personas que acudieron a esas citas debido a diferentes razones, entre ellas, la gran cantidad de actividades

que deben realizar diariamente y las largas distancias que deben recorrer para llegar al Centro de Salud.

A través de esta estrategia se logró la participación de al menos diez mujeres que solicitaron orientación por motivos tan diversos como la depresión, la infidelidad, la educación de los hijos, la sexualidad, la enfermedad mental en la familia y la violencia doméstica. Cabe señalar que en los primeros 3 meses de trabajo, solamente en un caso el motivo de consulta fue explícitamente el consumo de alcohol de un miembro de la familia. Este hecho llama la atención ya que se sabe que el abuso en el consumo de alcohol es una práctica muy frecuente en la zona, sin embargo, aparentemente no representa un problema para la población.

El proyecto se presentó también a las autoridades locales y a la comunidad durante una Asamblea General. En contraste con lo que se observó en las reuniones del programa Oportunidades, la mayoría de los asistentes a la Asamblea son varones. Esta intervención fue muy importante porque de esta forma la información llegó a los jefes de familia varones y sobre todo porque se obtuvo la aprobación de las autoridades y se cumplió una prescripción ética coherente con las prácticas y mandatos culturales locales. Entre los acuerdos que se establecieron se encuentra la designación de un representante de la población que trabajó como enlace entre el equipo de investigación y la comunidad, canalizando casos y discutiendo los hallazgos del estudio. Asimismo, el Delegado destacó la necesidad de que los habitantes de San Andrés aprovechen esta oportunidad como una forma de mejorar su bienestar.

La escuela secundaria fue otra instancia que resultó útil en el contacto con la comunidad y en la obtención de información. Cuando se comentaron los objetivos de la investigación con las autoridades escolares, tanto el director como dos profesores de esta institución opinaron que los objetivos son relevantes para la comunidad debido al alto índice de consumo de alcohol; se mostraron particularmente interesados en que se realicen algunas actividades preventivas y de promoción de la salud (pláticas y/o conferencias sobre sexualidad y consumo de sustancias), pero sobre todo, tienen gran interés en que los alumnos de esta escuela reciban orientación psicológica debido a que viven problemas familiares serios (como el consumo excesivo de alcohol de algún miembro) que afectan su desempeño académico.

En respuesta a la solicitud del director de la secundaria, se llevó a cabo un taller de prevención del embarazo adolescente en cinco sesiones durante los meses de abril y mayo de 2004. Esta experiencia permitió conocer con mayor profundidad algunos de los valores relevantes para la comunidad en torno a la familia, los roles de género y las expectativas que tienen los jóvenes respecto al futuro, y al mismo tiempo fue una forma de devolver un servicio a la comunidad como retribución a su participación en esta investigación.

La asistencia a eventos cívicos (fin de cursos de preescolar y secundaria) y la fiesta patronal representan otras vías informales por las que se ha establecido contacto con la población. En estos escenarios se han sostenido conversaciones casuales con informantes clave⁴ y miembros de la comunidad en general.

Se realizaron un total de 40 visitas a la comunidad; la participación en las actividades antes descritas dieron como resultado el reconocimiento del equipo de investigación por parte de los habitantes de San Andrés, el incremento en la demanda del servicio de orientación psicológica y la participación de las mujeres -y en menor medida de los hombres- en entrevistas grupales otras actividades relacionadas con la evaluación de instrumentos y material psico-didáctico.

⁴ Entre ellos se encuentran el ex-Delegado, sub-delegado, profesores, tendera, el coordinador de un programa de educación inicial y mujeres integrantes de la cooperativa productora de miel de maguey.

9.3. EVALUACIÓN DEL CONTEXTO DE CONSUMO EN SAN ANDRÉS DABOXTHA

Como se mencionó en la descripción de la muestra, se enfrentaron algunas dificultades para la integración de grupos. Durante las reuniones en las que se invitó a participar a los habitantes muchos manifestaban su interés en aportar sus opiniones, sin embargo, no acudían al lugar previsto para la conducción de las entrevistas. Una situación similar se experimentó cuando se solicitó el apoyo del Comité de Salud de la comunidad; ellos invitaron personalmente a un número de personas que igualmente confirmaron su asistencia pero no se presentaron.

En otras ocasiones, la gente esperaba al final de las reuniones comunitarias pero mientras se organizaba el salón y se preparaba el equipo de grabación decidían no participar y se retiraban.

En cuanto a la dinámica grupal, cabe destacar que en dos grupos se identificaron participantes que rápidamente asumieron el liderazgo, en las transcripciones se puede apreciar que son personas que en comparación con el resto del grupo tienen más habilidades para la comunicación verbal, además una de ellas tiene un papel significativo en la comunidad, ya que es propietaria de una de las tiendas y expendio de cerveza más importantes en la localidad.

Esta mujer puede considerarse como “portera” de la comunidad, está emparentada con un gran número de personas y es muy querida por la gente; ha sido representante de la comunidad en diferentes foros indigenistas nacionales e internacionales, es por lo tanto, una informante clave y líder de opinión. Durante la entrevista en la que tomó parte, fue notorio su interés por matizar los comentarios de otras mujeres, y en ocasiones contradecirlas, a fin de presentar a la comunidad como un grupo en el que el consumo de alcohol no es un problema.

A continuación, se presenta el análisis de las entrevistas; la información se organizó con base en cuatro categorías principales pues los datos referentes a las prácticas de consumo y problemas relacionados se presentan en una misma sección.

9.3.1. Prácticas de consumo y problemas asociados

En una primera aproximación a este tema se obtuvieron respuestas diferentes entre los grupos; mientras que para los hombres es indiscutible que el consumo excesivo de alcohol es un problema en la comunidad, las mujeres tendieron a señalar que antes había más consumidores,

que en la actualidad se bebe menos. Sin embargo, durante el transcurso de las entrevistas este punto de vista fue modificándose poco a poco, como se verá más adelante.

Se encontraron dos temas donde hubo coincidencia entre los cuatro grupos analizados, estos son: a) la transformación de los patrones de consumo en la comunidad como resultado de la migración, entre otros factores, b) la existencia de normas sociales diferenciales para cada género que controlan la ingesta de alcohol.

En cuanto al primer tema, destaca la noción de que la migración a los Estados Unidos tiene como consecuencia la “importación” de una forma de beber que no corresponde con las tradiciones locales:

“Traen el problema de consumo de fuera. Yo digo que cuando se van fuera de la comunidad, traen otro cambio. Cuando emigran de allá traen el problema de la bebida”

Específicamente, identifican que la cerveza ha desplazado al pulque como bebida de preferencia. Este fenómeno puede estar ligado también a la pérdida o a la transformación de identidad comunitaria sobre todo entre los más jóvenes, como se observa en los siguientes relatos:

“Hoy vemos muchos jóvenes que están ahí pero no le tocan el pulque algunos tampoco no lo consume”

“El consumo de pulque ha disminuido, quienes lo bebían más ya están muertos o enfermos, a las nuevas generaciones les da pena, se avergüenzan, ya tienen otra mentalidad, entonces si ya nos olvidamos de nuestra cultura, de nuestras raíces, de lo que es nuestro, pus el pulque es algo, algo que nos identifica... a nosotros no, ¡el pulque nos da pena! Así como vestir la ropa de manta nos da pena, ¡imagínese! Tomar pulque es algo vergonzoso”

En cuanto a las normas sociales que regulan el consumo, éstas coinciden con los roles tradicionales de género, es clara la permisividad hacia la ingesta por parte de los hombres y reglas más estrictas para las mujeres:

“Los señores también son malos, son encajosos, ellos pos si son libres de tomarse a la hora de que se les de la gana ¿no? Pero cuidado con las señoras que toman ¿no? Eso sí, ¡eso sí! porque te encuentro yo tomada por que te va mal”

El consumo de los hombres se inicia durante la adolescencia y con el grupo de amigos, al principio éste se oculta porque muchos beben sin el permiso de los padres, pero conforme van creciendo el consumo se vuelve público. Los varones adultos beben en diversos escenarios incluyendo la casa y los expendios de bebida (tiendas). En estos lugares, se acostumbra beber en grupo y que cada uno de los asistentes tome el turno para pagar una ronda de copas a todo el grupo.

Algunas veces, los hombres beben en el trabajo, sobre todo aquellos que se desempeñan como jornaleros en la región irrigada del Valle del Mezquital. En esta situación, es común que los trabajadores tomen pulque durante el almuerzo, a veces son los mismos patrones quienes les proporcionan la bebida a fin de que “estén contentos”, sin embargo, nadie permitiría que alguien en estado de ebriedad trabaje.

Las mujeres por su parte informan que por lo general inician su consumo después de casarse, únicamente beben en reuniones familiares y necesitan contar con la aprobación de su esposo.

“*Aguantar mucho*” es una característica masculina deseable, los hombres que beben en exceso tienen la admiración y el respeto de otros varones y de las mujeres, en tanto que aquellos que no beben se consideran “*débiles*”. Las mujeres que beben son mal vistas, en ellas la abstinencia se considera una virtud y una en cierta forma también una obligación.

Lo cierto es que el consumo de bebidas alcohólicas es parte de la vida de los habitantes de la comunidad; al pulque en particular se le atribuyen propiedades alimenticias, en el pasado los niños se “*criaban*” con aguamiel ante la carencia de agua y leche, esta práctica todavía se realiza en algunas familias aunque cada vez con menos frecuencia.

“Cuando yo crié a mis criaturas yo pasé por ese problema ¿no? De estar anémicos y siempre me decía una de mis tías ‘un vasito, nomás un vasito a la hora de la comida’, y si un vasito chiquito a la hora de la comida, y bendito sea Dios mis hijos están sanos, no tienen ningún problema”

En la discusión se pudo apreciar que los miembros de la comunidad cuentan con algunos conocimientos acerca de los riesgos implícitos en el consumo de alcohol y que este saber se

opone a la tradición, lo que da como resultado una renuencia a hablar abiertamente de lo que sucede en la comunidad en torno al alcohol.

Por ejemplo, saben que beber en exceso puede producir hidropesía o cirrosis y que mucha gente ha muerto por esta razón; otros más mencionan que el alcohol “quema el cuerpo” y que por eso nadie debería beber. Entre los diferentes problemas que ellos reconocen están asociados a la ingesta de bebidas alcohólicas se encuentran: a) accidentes, b) la posibilidad caer en rivalidades entre familias sobre la propiedad de tierras o animales, c) desintegración familiar, d) violencia, ya que “con el alcohol es más fácil pelearse con alguien”, y e) se da un mal ejemplo a los hijos.

La discrepancia entre sus prácticas y el “deber ser” impuesto desde afuera de la comunidad empezó a surgir con más claridad cuando se discutieron los motivos por los que la gente bebe o decide no beber. La principal razón que los entrevistados consideran que la gente bebe es la costumbre, sin que haya una reflexión que medie la decisión. Al respecto señalaron que hay otras prácticas entre los miembros de la comunidad que también son producto de la costumbre y que pueden ser tan cuestionables como el beber en exceso, por ejemplo, el hecho de tener más de una mujer.

El alcohol se usa también como un medio para facilitar la socialización y estrechar amistades; específicamente en el caso de los hombres se considera un medio que les ayuda a hacer frente a problemas personales y estados emocionales difíciles de manejar tales como la tristeza, el enojo y la preocupación. Otras razones para consumir menos importantes son el gusto y la necesidad de refrescarse.

Por otro lado, entre las razones más frecuentes para no beber mencionaron que el gasto en alcohol afecta la economía familiar; los efectos adversos en la salud de los consumidores, el tener educación y en general “una mentalidad” diferente a la del resto de la comunidad. Otros aspectos positivos que pueden servir como factores protectores son la felicidad, tener un trabajo y la integración familiar.

En uno de los grupos al abordar este tema, una de las participantes opinó de manera contraria al resto de las presentes, señaló que en realidad ninguna razón justifica el consumo

excesivo de alcohol y que cuando alguien decide tomar siempre encuentra los medios para hacerlo independientemente de las barreras que enfrente:

“Si fuera por dinero, se encuentran a los amigotes. ¿La salud?... yo conozco a muchas personas que están a punto ya de morir por tomar y vuelven a lo mismo. Para mi ninguna [razón], y que les preocupe que vaya a decir el de al lado o el que no toma ¡menos! aquí todos toman”

Esta intervención fue importante no sólo por su contenido, sino por que permitió que al menos las participantes de ese grupo expresaran con mayor libertad sus opiniones respecto al alcohol, dando por hecho, a partir de ese momento, que los hombres de esta comunidad sí beben en exceso.

9.3.2. ¿Cómo afecta el consumo a los familiares?

La discusión en torno a este tema también evidenció un conocimiento al respecto que en muchos casos parece ser de primera mano. Dado que al inicio de las entrevistas se aseguró la confidencialidad de la información, se puso particular atención para que la discusión no versara sobre casos específicos sino que se hablara de lo que ocurre en la comunidad en general.

Una de las formas en que el consumo de alcohol afecta a la familia es al alterar la rutina y convivencia entre los integrantes. *“La familia se destruye”*, esto implica que los hombres consumidores dedican muy poco tiempo a sus hijos, no se preocupan por sus actividades ni por procurarles los medios para *“salir adelante”*, en casos extremos los hijos crecen sin ningún tipo de supervisión parental y *“andan como animalitos”*.

En los cuatro grupos se hizo mención de que la presencia de un consumidor en la familia afecta la salud mental de los otros integrantes, especialmente de las mujeres quienes experimentan diferentes malestares, por ejemplo, se sienten mal de saber que su esposo tiene *“el vicio”*, se asustan cada vez que lo ven llegar en estado de ebriedad, sienten temor, se preocupan por el dinero y la salud del consumidor, sufren mucho, no comen bien, sienten gran desesperación y pueden llegar a enfermarse por esta causa.

“Pues sí, yo sí veo que sí es preocupante porque por decir cuando llegan en la noche, ya llega está allá afuera o por decir están tomando aquí en el centro, y luego tú

vives hasta allá o por allá pues en donde estará, o sea es cosa de preocupar, pues por decir cuando trae carro y se emborracha mucho, o se pasa de bebida, ya no sabía ni lo que está haciendo y el mismo se puede matar, o sea él no se preocupa que va hacer donde estará, estará bien, o sea es preocupante se va a caer ahí podrá manejar, podrá venir...”

Las mujeres llevan esa “carga” solas y además de lidiar con su propio malestar, se les atribuye la importante responsabilidad de proteger a los demás miembros de la familia incluyendo al usuario:

“Si la mujer se aguanta pues sí, sufre mucho, igual ya no se puede compartir en la plática, en los problemas del hogar, pues es una carga para la señora nada más, una carga, por que si la señora más o menos sabe sobresalir ayuda a los niños pero si no, es la perdición de la familia, totalmente... los niños... porque ellos dejan de ir a la escuela, no tienen una mejor vida, de alimentación, higiene, un madre no le puede dar todo, pues si es un problema por que el hogar no sale adelante”.

“Pues de la preocupación que tiene de que... se preocupa de cómo salir adelante con sus hijos, y de lo otro pues... del marido, de que si se enferma quién lo va curar, quién se va a ser responsable de él, y cuando las familias no lo esconden también pues la primera carga es para la mujer..... es una carga a uno como mujer”

Como se observa en estos relatos, existen diversas razones por las que vivir cotidianamente con un bebedor excesivo resulta una situación altamente estresante, que atenta contra la salud de todos los miembros de la familia aunado a otra serie de dificultades materiales que agravan las condiciones de vida en esta comunidad.

9.3.3. ¿Qué se debe hacer cuando alguien bebe mucho?

Ante los problemas que implica la presencia de un bebedor en la familia existen algunas opciones que podrían eventualmente contribuir a mejorar la situación. Sin embargo, la eficacia de estas posibles soluciones no es del todo clara, en algunos casos, parece ser que las opiniones al respecto obedecen más a un discurso aprendido que a la propia experiencia.

La gran mayoría de las estrategias que los entrevistados consideran que pueden ayudar a solucionar los problemas tienen que ver con persuadir a los usuarios para que dejen de beber; las maneras más frecuentemente mencionadas fueron “convencerlo de ir a tratamiento”, “buscar

ayuda”, “llevarlo con psicólogo o un médico” o “internarlo en un grupo de alcohólicos anónimos”. Estas acciones ciertamente pueden ser la solución, no obstante, resultan medidas poco realistas en virtud de la ausencia total de formas de tratamiento en la comunidad. No fue sino hasta hace dos años que se creó el primer grupo de Alcohólicos Anónimos en la cabecera municipal que se encuentra a 30 km aproximadamente.

Otras acciones que los participantes refirieron son hablar con el bebedor, hacerle ver cómo su consumo está afectando su salud y su familia, hacerlo reflexionar, pedirle aun familiar o amigo que hable con él, por ejemplo:

“Hablando con él, encontrar un momento en que se preste para platicar, y entrar más a fondo, y hacerle ver cuáles son los problemas que ocasionan al tomar, y cuáles son sus beneficios de no tomar, para que en base a ello entre en razón y ponerle ejemplos y como dicen, pues hay hijos de por medio a quienes hay que hacerle ver que sus hijos lo necesitan”

Estas formas en que aparentemente se pueden resolver los problemas contrastan de manera notable con la respuesta que se espera obtener por parte de los consumidores ya que consideran que una vez que se han iniciado en “el vicio” es casi imposible dar marcha atrás, como dijo una participante “se montan en su macho y siguen”. El optimismo implícito en sus propuestas choca de frente con un problema que, de acuerdo con la experiencia, no tiene solución hasta que llega la enfermedad o la muerte.

“Hablarle, pero realmente no entienden, lo único que dice, ‘no pues que...’, mis hijos ya están grandes, ya no, ya mis hijos ya crecieron y realmente no entienden por más que uno le hable, por más que le dice, trata uno de llevarse con ellos pero no. No se dejan”.

Esperan que al tratar de convencerlos “por las buenas” los consumidores no entiendan, no acepten el problema o no pongan de su parte. Podrían tomar ese acercamiento como “una burla” y enfurecerse. Por eso “hay que agarrarlos cuando están en sus cinco”, “tomarlos por sorpresa” para reducir la probabilidad de que se resistan a escuchar. No se indagó sobre casos específicos, pero llama la atención que durante las entrevistas no se mencionara ni un solo caso en que estas medidas hayan resultado exitosas a pesar de que se consideran las formas más

adecuadas de resolver los problemas familiares asociados al consumo de alcohol, por el contrario, se asume que los usuarios son incapaces de cambiar.

En cuanto a lo que los familiares deben hacer por sí mismos, se encontraron también discursos contradictorios, uno de ellos referente al deber ser y el otro a la experiencia diaria. A pesar de sentirse tristes, preocupados o enojados, los familiares deben “*levantarse*” “*no dejarse caer*” y apoyar al resto de la familia incluyendo al usuario:

“Pues no, yo digo que sí debe de hacer algo, porque si yo veo que la familia se está decayendo día con día, pues no solo voy a terminar yo con mi salud sino con la de mi familia. No me debo de caer, sino pensar muy bien lo que voy a hacer, y más que nada mantenerme fuerte yo...”

“Dios le está dando la oportunidad para recuperarse y no lo hace, no, aunque sea un poquito lo que ella hace atrás de él que lo saquen adelante, esa es una [forma] y otra tratar de bueno... si es hijo, como hijo; si es hermano, como hermano, y bueno, esposo como esposo, tratar de darle el lugar que merece ¿no? como mucho cariño, no quiero ayudarte por obligación sino que te ayudo porque es mi voluntad, porque así lo quiero, porque eres el padre de mis hijos, porque formamos un hogar cuando éramos jóvenes y vale la pena volver a vivir ¿no? Si, ahora sin condiciones, no pongo ninguna condición para ayudarte, pues es mi voluntad.”

“*No dejarse caer*” y “*levantarse*” fueron respuestas frecuentes, no obstante, sólo se mencionaron dos estrategias específicas para poder lograrlo, la primera tiene que ver con la ocupación del tiempo libre en actividades que beneficien a otras personas y la segunda tiene que ver con la valentía y la fe:

“Yo siempre he dicho uno como mujer tiene que tener mucho valor, a lo mejor llega un momento en que uno sí se siente decaer por los problemas pero pensándolo bien y encomendándose a Dios, y yo en tenido mucha fe, en que uno como mujer puede salir adelante no importando los problemas uno como mujer tiene que saber enfrentarse a los problemas que hay en la vida hay buenos y malos, y uno tiene que pasar por todos, es cuestión de saber sobrellevarlos y pensar mucho el cómo poder solucionarlos, como saber, como solucionar el problema, y pues no agarrar por el camino por medio del alcohol, a lo mejor llego a tomar una cerveza pero pues que no me lo agarre para dos o tres días, sino que uno sea para pasarme un trago amago pero hasta ahí, pero no ver por el lado de que es una solución, sino que ver que la solución es saber enfrentarse a la

vida, es una de las primeras de que saber enfrentarlas, no tener miedo, tener mucho valor, cuesta pero sí se puede, se puede armarse de valor”

Aunado a las muchas preocupaciones que se derivan de vivir con un bebedor y un muy limitado repertorio de opciones para procurarse un nivel mínimo de bienestar, las familias, y en especial las mujeres, deben lidiar también con la presión que ejerce la comunidad a través de las expectativas respecto a su conducta. A continuación se ejemplifica lo que sucedería ante la posibilidad de que una mujer decida terminar su relación con un bebedor:

“Hablan de que uno, porque dicen que no se preocupó por él y él no tiene la culpa, la mujer es la que tiene la culpa, tu tuviste la culpa y ya, aunque el esposo dejó a la mujer, pero la mujer es la que tiene la culpa, siempre tú tuviste la culpa y ya, nada más la mujer la dejó su esposo, pero la mujer tiene la culpa, no importa lo que haga la mujer, los mandados, los hijos, los animales, tenderle la ropa todo, pero sin embargo uno es la mala”.

“La gente habla por hablar... no se preocupan por qué, por qué dejó a sus hijos, o por qué tuvo que dejar a su marido, y dicen ¡ay pobre señor!, que porque es borracho ahí que se quede, ya se busco otra vida, se fue, pero para las que entendemos vemos que ya no es tanto y uno se harta, se desespera al ver ese tipo de problemas, pero hay otros que nada más ven por ver afuera pero no saben el problema de adentro, y eso es lo que a veces nos ha encerrado, por que a veces tenemos que aguanta, ¿por qué?, porque qué va a decir la gente, el que dirán, nos vamos por el qué dirán, pero a veces no nos ponemos a pensar en nosotros, en lo importante de nosotros en cuidarnos en ese tipo de problemas.”

En el proceso de intercambiar puntos de vista y revelar que el temor a la opinión de la comunidad es una fuente importante de malestar, y sobre todo, una barrera para la acción, surgió la posibilidad de llegar a un acuerdo tácito respecto a la necesidad de compartir experiencias y apoyarse unas a otras como una vía para encontrar alivio y establecer contacto con otras instancias que puedan ser de utilidad:

“Pues dar el ejemplo uno para poder orientar porque si yo soy la primera que estoy decaída y quiero orientar a mi vecina para que sea fuerte, para que se defienda pues no, con lo que se debe comenzar es por mí, darme el lugar que me corresponde como mujer ante mi hogar y ante la sociedad más que nada y no cuando yo me sienta fuerte de hacer esas cosa y con facilidad puedo decirle a mi compañero fijate que yo hice esto y tu también puedes, y también la situación, digamos de la compañera que yo vaya a

orientar por que no puede ser igual el caso con el mío, es un caso muy diferente ¿no?, entonces cada familia tiene su propio problema no entonces ahí tenemos que ir viendo qué es lo que puede hacer en ese caso ¿no?, pero dar ejemplo más que nada, un ejemplo para que lo puedan vivir, porque si uno no da el ejemplo hasta la persona va a decir ella me está diciendo pero cómo no inicia por hacer en su hogar eso, o por qué ella deja que la traten así y me orienta que yo me defienda ¿no?, por eso uno primero debe comenzara dar el ejemplo”.

“Pues conocer y platicar con psicólogos y si no entre ellas tener confianza en las personas, así que las mujeres con mujeres tenerse confianza las una con otras, porque a veces no hay confianza y que vayan a divulgar lo que pasó, pero con que tenga una experiencia, que tenga... o qué pasó, le dan ganas, de decir que hacer esto o lo otro, pero tampoco, más o menos orientarlas”

Estas últimas opiniones son de gran relevancia para el desarrollo de este proyecto, ya que revelan la necesidad de crear espacios en los que las mujeres que viven con bebedores excesivos puedan compartir sus experiencias, aprender de las estrategias que le han funcionado a otras familias y beneficiarse del conocimiento que actores externos puedan aportarles para construir mejores formas de enfrentar las adversidades.

9.3.4. ¿Qué se puede hacer para prevenir el problema?

En las secciones anteriores se describió de qué manera se identificaron dos niveles de discurso en torno al consumo de alcohol y lo que debe hacerse cuando se presenta ese problema en la familia. Las opiniones alrededor de lo que se puede hacer en la comunidad para prevenir los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol revelan igualmente una discrepancia entre el conocimiento y la práctica.

Por un lado, hubo mención de medidas drásticas como la restricción de la venta de bebidas con alcohol, pero al mismo tiempo en que se lanzó como propuesta, se previó el fracaso de este tipo de acciones, ya que los consumidores *“siempre buscan donde hay”*, además, este tipo de medidas resultarían de poca eficacia en un lugar donde se produce pulque en la mayoría de los hogares.

Para la mayoría de los entrevistados, la educación es otra forma en que se puede prevenir el abuso en el consumo de alcohol. Desde su punto de vista “*las pláticas*” son la mejor estrategia para modificar “*la mentalidad*” de los jóvenes, para cambiar de manera positiva el comportamiento de las adolescentes e impedir que sufran lo mismo que ellas:

“Ahorita la niña está aquí, ya va ella a la secundaria, al rato ya son diferentes, ya no va a tener [la misma] idea de nosotras ya ella, ya porque lo que está aprendiendo es diferente. Ella va a decir ‘¡ay! si mamá aguantó a mi papá como era, ¡yo ni de chiste!’; entonces eso va cambiando y la educación... yo sí lo veo que es la educación”.

Persiste la idea de que el conocimiento puede influir sobre la conducta, pero las posibilidades de cambio son mucho más limitadas para los adultos en comparación con los jóvenes. Los que ya empezaron a beber no tienen remedio, por lo que los esfuerzos preventivos deben concentrarse en la población de menor edad.

Resulta interesante que la opinión de la participante de menor edad (estudiante de bachillerato) fuera opuesta a la del resto del grupo, de acuerdo con ella:

“Las pláticas no son de suma importancia, porque la información ya la tenemos, como sea, la tenemos. Los jóvenes estamos bombardeados de información, nos dicen en la escuela, en la casa... ¡ya!”.

La alternativa parece ser el mantenerse ocupado, encontrar actividades que distraigan la mente y eviten caer en “*la tentación de beber*”. En coincidencia con esta idea, las personas entrevistadas tienen la noción de que el empleo puede contribuir a reducir el consumo, ya que permite no sólo la satisfacción de las necesidades de la familia sino también la realización personal, tal como lo describe una participante:

“Yo digo que esto el tiempo lo va cambiando un poquito pero también este... es la educación, la ocupación... personas que no tiene ocupación, la gente que no tiene ocupación pues le da por hacer cosas que no van ¿no? Pero si un hombre tiene ocupación pues ya se le pone un trabajo, llega cansado y no desea más que comer y darse un baño y ya, pero la gente que no tiene. o hasta uno como mujer que no tiene trabajo va uno a hacer cosa que no van, o se pone uno a platicar cosas que no benefician ¿no? Y cuando hay cosas en qué ocuparse ya no hay tiempo, ya no hay tiempo para platicar el comentario feo, la perdición, sino que hace uno cosas que sí van dejando resultados ¿no?”.

En el siguiente testimonio se aprecia que la concepción de la ocupación del tiempo libre como medida preventiva aplica también en el caso de los jóvenes:

“Yo lo que diría es que hacen falta talleres de recreación, donde los jóvenes ocupen su tiempo porque como no tienen nada que hacer pues se ponen a tomar, deberían de hacerse grupos de basket-ball, tener espacios de recreación...”

Es cierto que las opciones disponibles en la comunidad para el trabajo y la realización de actividades recreativas son muy limitadas, pero cabe cuestionar si este tipo de propuestas son producto de un conocimiento aprendido en lo cotidiano, o si forma parte de un discurso que no les es propio pero se ajusta más a lo que creen que los investigadores desean escuchar.

Para sustentar ese cuestionamiento, es necesario señalar que la comunidad cuenta con una cancha de basket-ball que generalmente se encuentra vacía, además, a través del trabajo con adolescentes de la secundaria se sabe que la mayoría de ellos colaboran con el trabajo doméstico después de salir de la escuela, muchos de ellos llevan a los animales a pastar, raspan, trabajan la tierra o cortan leña en los cerros. Sin embargo, estas ocupaciones no han sido lo suficientemente efectivas para evitar que se inicien en el consumo de alcohol.

A pesar de la reticencia que los participantes mostraron al inicio de las entrevistas grupales, el contenido de sus intervenciones poco a poco dejó ver que el consumo excesivo de alcohol es una práctica cotidiana. Se reveló asimismo que existen diferentes posturas respecto al mismo, algunas más liberales, algunas más pesimistas, pero en todo caso, los habitantes de San Andrés reconocen con mucha claridad cuales son los efectos de ese consumo sobre el bienestar de las familias. En la sección siguiente se analizan esos efectos con más detalle a partir del relato de 12 mujeres que han vivido estas circunstancias en carne propia.

9.4. LAS FAMILIAS DE SAN ANDRÉS DABOXTHA FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL

Es importante subrayar que esta fase de la investigación fue difícil de concretar debido a que las mujeres de la comunidad se mostraban muy desconfiadas y renuentes a hablar de sus experiencias personales. Poco a poco su actitud fue cambiando cuando se hizo notar la presencia consistente del equipo de investigación así como su participación en las otras actividades que surgieron como demanda de la misma comunidad.

A pesar de que la participación de las mujeres incrementó con el tiempo, durante las entrevistas seguían mostrándose reservadas; se hizo particular énfasis en la confidencialidad de la información, pero aún así algunas expresaron su temor de que el contenido de la conversación se hiciera público. Un ejemplo de ello tuvo lugar durante el primer encuentro con una mujer que solicitó orientación respecto al consumo de alcohol de su esposo, mientras la entrevistadora tomaba notas para integrar el reporte de la entrevista dijo: *“¿para qué escribes?, no escribas, mejor nada más te platico”*. También se negó a proporcionar datos sobre los miembros de su familia (nombres, edades, etc.) pues le preocupaba que su nuera o su hija se enteraran de que había hablado de ellas y mencionado su nombre y pudieran enojarse, o bien que su nuera pensara que está bien hablar de la familia con otras personas.

Otro elemento que limitó la participación de las mujeres fue la actitud de los hombres al respecto, Natalia explicó que su esposo no quería dejarla salir

“No me quería dejar venir, me dijo que la gente no tiene por qué estarse enterando de nuestros problemas, y yo le dije que no era eso, que a veces hace falta que nos orienten para vivir mejor”.

Una limitación más en las entrevistas fue la habilidad verbal de las participantes pues para muchas el castellano es la segunda lengua y a veces mostraban dificultad para expresar en este idioma sus ideas o emociones y además empleaban frases cortas.

Pese al clima de desconfianza que rodeó la conducción de las entrevistas, se logró obtener información relevante sobre la forma en que el consumo de alcohol impacta las relaciones familiares al ser una práctica muy arraigada en la cultura de la localidad.

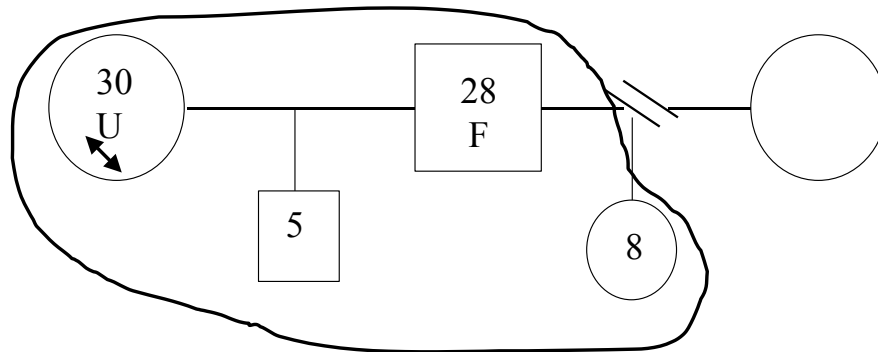
A continuación se presentan algunos hallazgos del análisis de las entrevistas de acuerdo con las siete categorías principales.

9.4.1. Sobre la historia y estructura familiar

Entender el por qué y el cómo las mujeres entrevistadas son afectadas por el consumo de alcohol de un ser querido requiere la comprensión del contexto en el que se construyen las relaciones familiares y las características de las mismas.

En esta comunidad la estructura de las familias es diversa y flexible, generalmente están integradas por el padre, la madre y un promedio de cinco hijos, pero debido a la alta migración hacia los Estados Unidos que caracteriza a esta localidad, el contacto con el padre suele ser intermitente. Este es el caso de la familia de Natalia (figura 8), pues su marido pasa algunos meses en Estados Unidos y luego regresa a San Andrés para hacerse cargo de su familia.

Figura 8. Familiograma de Natalia

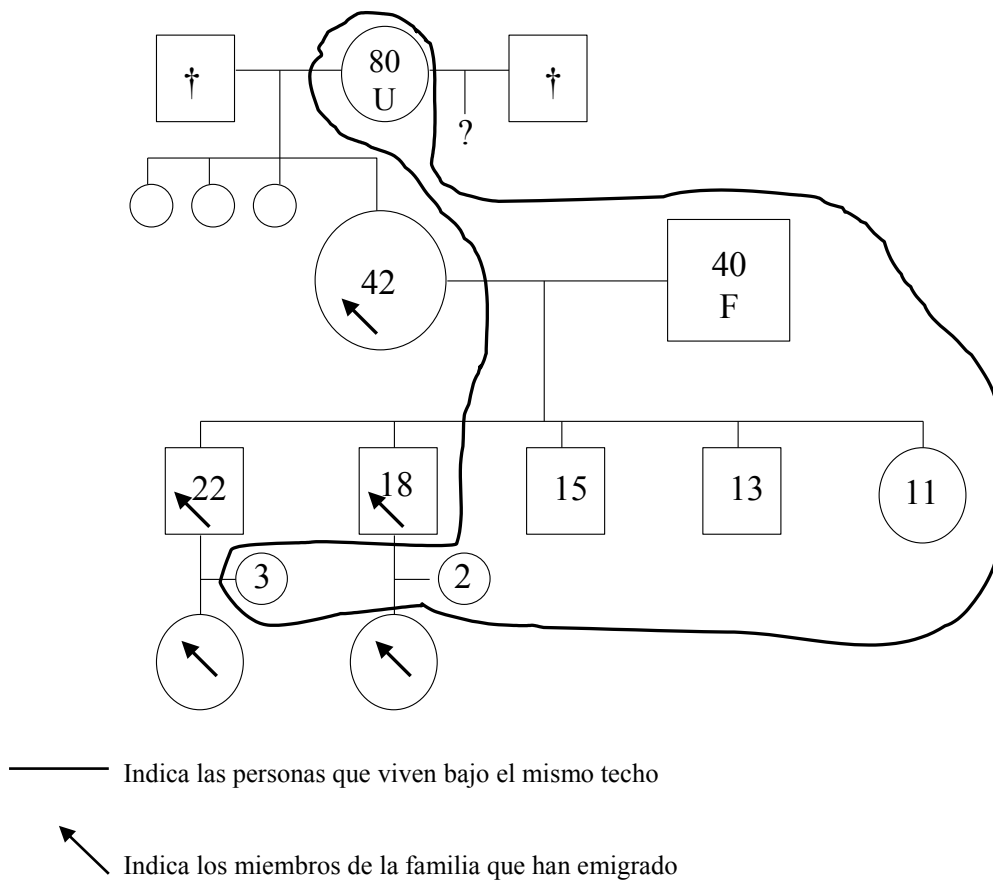


- Indica las personas que viven bajo el mismo techo
- // Indica separación o divorcio
- ↔ Indica que el usuario ha emigrado pero se encontraba en la comunidad en ese momento

Es común que el padre se ausente por largos periodos (uno o dos años) y regrese para permanecer entre seis y doce meses para volver a irse. Durante los periodos de ausencia son las mujeres quienes toman las decisiones de la vida cotidiana respecto a la educación de los hijos y la organización del hogar, pero deben consultar las decisiones importantes con el esposo ausente o en su defecto, con la familia política.

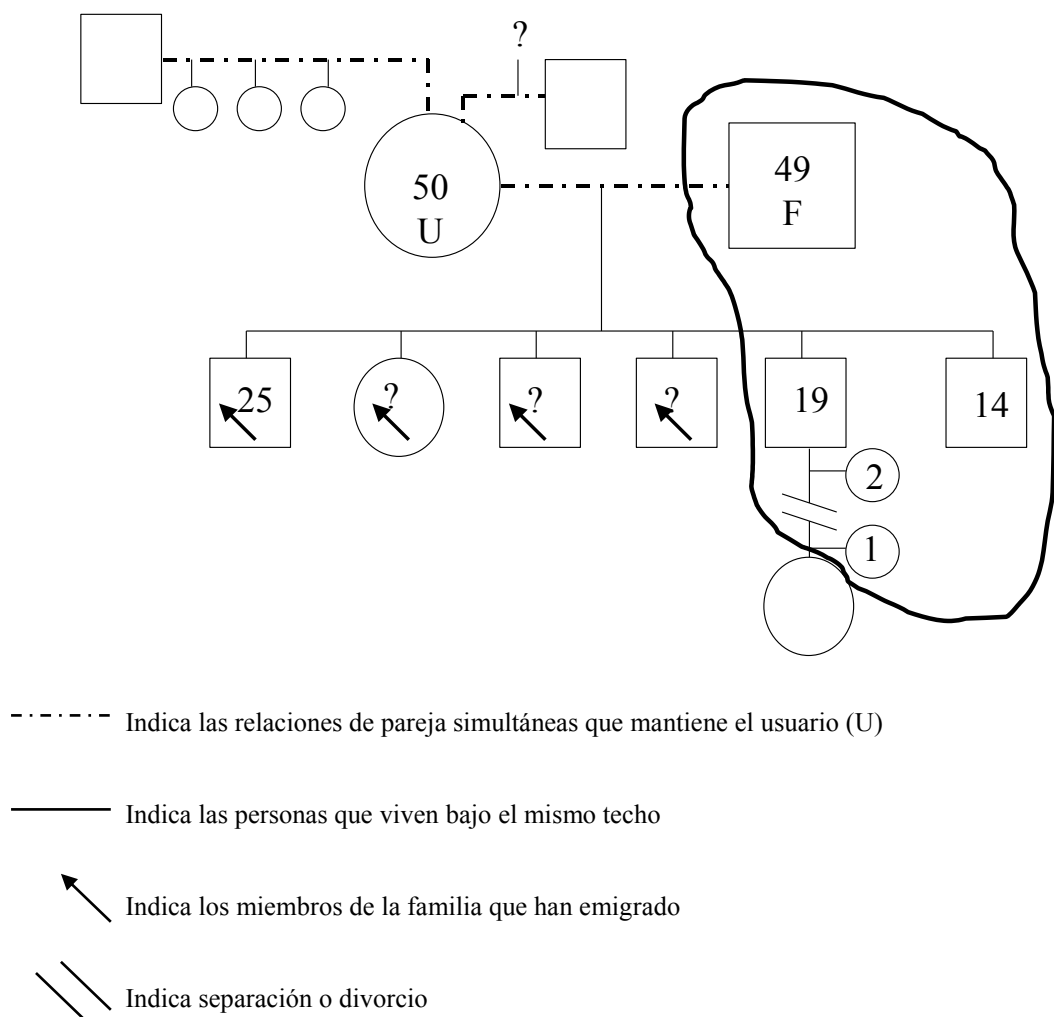
Las entrevistadas de mayor edad mencionaron que son los hijos varones quienes migran, a veces acompañados de sus esposas, y se encargan de enviar dinero para tratar de solventar las necesidades más elementales de sus padres, la esposa y los hijos. Ante la falta de recursos y fuentes de trabajo, algunas mujeres jóvenes también se han visto obligadas a irse al norte, dejando a sus hijos pequeños al cuidado de los abuelos, siempre con la esperanza de poder llevárselos algún día, como es el caso de la familia de Sonia (figura 9).

Figura 9. Familiograma de Sonia



Otra razón por la cual la presencia masculina en el hogar es intermitente es la práctica de la poligamia. Para Natalia, quien nació y creció en la Ciudad de México, esto representa uno de los principales problemas, dijo que muchas parejas se destruyen porque “*hay señoras que les bajan sus maridos a otras*”. Este problema aumenta con la migración, los hombres que se van regresan con otra mujer o ya no vuelven. En cuatro de los casos analizados, el padre tenía una o dos familias más en la misma comunidad, hecho conocido y aceptado por las diferentes esposas a pesar de no estar de acuerdo. La figura 10 muestra el familiograma de una familia en la que el padre practica la poligamia.

Figura 10. Familiograma de Esther



Los varones en esta situación dividen su tiempo y recursos entre los diferentes hogares, lo que provoca rivalidades entre esposas e hijos, sobre todo en relación a la propiedad de la tierra. El esposo de Trinidad por ejemplo, bebe alcohol en exceso y es una persona sumamente violenta, ella dice que ha soportado todos los problemas por temor a que cuando su esposo muera, la tierra y la casa queden en manos de los hijos que su esposo tuvo con otra mujer, al respecto menciona:

“¿Yo me quedo y aguanto para que luego mis hijos no tengan casa? No, mejor aquí me quedo” (Trinidad)

Por su parte, Socorro relató la forma en que manejó la situación cuando su esposo le propuso traer a vivir a su amante con toda la familia:

“Él me cuenta ahorita por ejemplo, de que no le hace caso, él me cuenta todo, y le he dicho, para ti ¿crees que es bueno lo que estás haciendo? ¿crees que yo me va a gustar estar conviviendo con esa mujer y contigo? No le digo, si quieres vivir con ella vete a hacer otra casa o a comprarla, porque quería meterla en la misma casa. Me dijo que si yo quisiera ella venía en la casa, yo le dije a sus hermanas, y me dijeron „si anda con ella no permitas que la meta en tu casa, la casa es tuya, no permitas que lo meta aquí”, si quiere pues a ver a donde, en la casa de sus padres” (Socorro)

Tolerar la infidelidad no sólo tiene que ver con motivos de orden económico, la presencia masculina en el hogar, aún cuando no es constante, provee a las mujeres de protección y las hace merecedoras del respeto de otros miembros de la comunidad. Al cuestionar a una entrevistada sobre lo que podría pasar si decidiera no aceptar más la infidelidad y terminar la relación con su esposo dijo:

“¿Qué pasaría? Pues es que aquí la gente si él no viene este... no sé, aquí la gente son... de veras no piensa, piensa uno que por cortarlo a él a lo mejor quieres otro hombre, o los hombre ellos se pueden meter aquí, como saben que nosotras somos mujeres y vivimos aquí, se pueden meter hombres aquí, por rechazarlo, y como saben que estamos con él aunque no vive diario acá pero lo respeta la gente, no se puede meter la gente aquí, así fácil, si no si. Como allá... mi hermana se fue este... se fue al norte su señor y un día que se mete un hombre allá por saber que esta solita. ¡Imáginese! ¡ay no! mejor que esta ahí...” (Esther)

Son muy pocos quienes se casan por el civil o por la iglesia; en el mejor de los casos, las parejas inician la vida conyugal de común acuerdo, o bien se obliga a las mujeres a unirse a un hombre, ya sea porque éste “se la roba” o “la agarra”, o porque el padre u otro miembro de la

familia negocia su unión con el futuro esposo. Estas formas de iniciar una familia, que ya son agresivas *per se*, pueden tener lugar en un contexto sumamente violento y denigrante como los demuestran los siguientes relatos:

“Empezaron muchos problemas y mi papá me acostó... o sea que me acostó con un hombre que yo no quería, ni siquiera me agradaba ese señor realmente [...] tenía... mmm unos 14 años, por ahí. Y cuando me hizo eso a mí me dolió mucho. Yo sufrí mucho pero yo dije ‘pues mi papá lo decidió así’, como que me resigné a lo que mis padres me habían hecho. Tuve dos hijos de ese señor [me fui a vivir con él] porque mis padres, para que yo me hallara con esa persona me encerraron quince días. Y yo tuve que hallarme ahí porque me decían mis papás mientras que tú no digas que ya vas a estar con ese señor yo no te voy a dejar salir, y el novio que yo tenía pues me andaba buscando y como mi papá se daba cuenta y no me dejaba salir, y no me dejaba salir, y pus ya, como tu lo digas, y si, si me estuve con ese señor, duré como siete años [...]. Cuando también me acostaron con él, le digo, esto nunca se me va a olvidar lo que me estas haciendo [...] Pero mi mamá casi no fue culpable porque ella le pedía ‘no le hagas así a la niña’ o ‘la muchacha’, y mi papá le gritaba ‘váyase para allá porque si no también a usted les parto la madre’. Cuando mi papá hizo todo eso pues yo hasta me desmayé, porque cuando desperté mis hermanos después me platicaron, hasta tú te desmayaste, fuimos a buscar alcohol. Los más chicos ahí estaban, pero ellos también tenían miedo, cuando yo les pedía... cuando yo estaba encerrada yo les pedía ‘ábrame la puerta’, porque antes se usaban casitas de penca y así en los lados ponían palitos, así que rápido se podían tumbar, y yo les pedía que tumbaran esos palos pa que yo pudiera salir y me fuera yo a México y nunca me volverían a ver. Entonces ellos estaban sentenciados que si me abrían les iban a pegar, y pues no, no podemos. A mí me dejaban la comida a un ladito y se iban. El señor salía todas las mañanas, cada que salía mi papá cerraba con candado y se iba. Dice ‘y de aquí no vas a salir hasta que tú me digas ¿sabes qué papá? Ya decidí que sí y voy a estar aquí, con este señor’. Y ya con esto ponía el candado y me dejaba ahí pensando. Tons yo le dije sí, una vez ya le dije sí. Ya me abrió la puerta y ya me dejó salir. Y ya viví esa vida siete, ocho años”. (Alejandra)

“La verdad yo si lo quiero aunque pus la verdad es que yo no lo quería porque me casaron a la fuerza con él, pero ya con el tiempo él me enseñó, era yo una niña, tenía yo trece años cuando me casé con él, entonces ya poco a poco él me enseñó cómo... cómo convivir con él, cómo... me enseñó cómo quererlo, porque era yo una niña, no sabía qué era el amor [...] Yo no quería, pero mi mamá ella me decía que no había yo pensado que yo... que se iba a matar ella para no perder la vergüenza por mi culpa, así me dijo ella, y entonces me casé porque si no por mi culpa se hubiera matado ella, y ya me casé con él”. (Socorro)

“Cuando él me agarró, cuando me agarraba a la mala, no, no, no porque yo le digo, yo no me quise ir contigo porque quise, le digo, tu me llevaste a la mala le digo, porque luego ¡ay! que eres muy bonita y eso...[...] Pero entonces un día... llegue ahí, y dijo mi papá, dice ¡ay! ¿sabes qué? este... tu hermano está bien enojado, dice tu mamá ya se pelearon con ella, hasta fue a tráeme mi papá acá abajo porque dice que por ahí me iban a agarrar, el Cayetano, me iba a agarrar. Ajá, me iba a agarrar, entonces dice ¡ay! dice... entons ya llegamos a la casa como a las cinco, llegamos ahí, encerramos ahí a los chivos, entramos ahí la casa, pero era la casa de penca, y luego llegó mi hermano y dice, ¡ay! ¿a dónde fuiste? Bueno, dijo de groserías, que a dónde me había ido, que quería de comer, dice ¿a dónde fuiste?... ¿a dónde fuistes? me agarró de mi pelo, y ya me iba a pegar, entonces mi papá como ya era un señor grande, agarró, traía su bastón y le pegó aquí en sus manos, dice no, no, a mi hija no le pegues dice, apenas llegó de trabajar y luego tu le andas pegando, le dijo, entons... y ya no me agarró a mi y lo que fue que agarró a mi mamá este Beto mi hermano, lo agarró, lo aplastó abajo, lo montó ahí, no pus ahí se hicieron bola ahí, entons se safó mi mamá, se dio la vuelta, se fue corriendo ahí, atrás de la casa y que se resbaló con esas piedritas así que hay, ahí lo alcanzó y le dio unas puñaladas, tons esa vez yo no sabía hablar nada de eso mi mamá me mandó, dice, vele a decir al señor este... que mi mamá que la habían puñalado, y no fue a verlo, este Cayetano ya ahí andaba y ya me quería agarrar esa vez [...] Ahí se aprovecharon, entonces ahí mi hermano... entonces yo me metí ahí, y dijo ¡sácalo!, ¡sácalo!, le dijo así, que me sacaron de ahí, y yo me traté de escapar, de meterme ahí y me sacaron... y me sacaron de ahí a la fuerza, y luego la señora también, ni me ayudaron, entons me jaló, me llevó a la mala y pues me violaron, me violó ese, ese señor, a la fuerza... y luego este...y luego como mi papá era un señor grande, grande, tons este él... este... pus no, no, no, no supo, ni oía, ni... era como un niño mi papi, era ya un señor grande, entons... luego después vino su mamá de este Cayetano y dice, no, que no digas nada, que... hasta me trajo ropa para cambiarme, dice, que no vayas a decir nada a nadie, dice, porque si no... además ahorita no esta tu mamá, si lo vas a demandar, pero ¿a quién? ¿con quién iba a ir? Porque pus nadie, nadie me apoyaba esa vez, pues ¿con quién iba a ir a demandarlo? si mi papá ni oía, ni escuchaba... y luego pus ya después me estuve unos días con él me llevó a su casa, estuvimos como medio año yo creo, y me pegaba y me golpeaba y luego me juí un día, me escapé, me juí” (Esther)

De acuerdo con las entrevistadas, es una tradición que cuando una pareja se une, el hombre lleve a vivir a su esposa con sus padres mientras construyen su propia vivienda. Las recién casadas tienen la obligación de realizar las labores domésticas y participar en el cuidado de los animales. Una vez que logran independizarse pueden organizar sus actividades libremente

pero se espera que continúen colaborando con la familia política ya que con frecuencia, la nueva casa se construye en la misma propiedad.

[Mi suegra se enoja] *“pues porque, porque quiere que la ayude, que le haga de comer, yo vivía antes con ella, le hacía todo en un tiempo, no le gusta como guiso, como hago mis tortillas, quiere que le haga gorda y no sé hacer las gordas, bueno si sé, pero no sé como le haga, y pues no puedo estar con ella, ya no cuido a mis niñas, no hago quehacer, yo ya no puedo, tengo ahí a mis borregas juntas, revueltas tengo que ayudar, que le dé de comer a mis borregas, darles juntas su alfalfa [...] y luego si no les ayudo, a veces cuando tengo que salir, cuando se enferman las niñas tengo que estar cuidándolas, no puedo salir, se enoja, porque no le ayudo, que no cuido a las borregas.”* (María)

En los párrafos anteriores se puede distinguir que los roles familiares están dictados por una estructura patriarcal en el que el uso de la violencia es una práctica común para obligar a las mujeres a cumplir sus “obligaciones”, fundar una familia aún contra su propia voluntad y aceptar calladamente el papel que les ha tocado vivir. Los mecanismos por los cuales opera la violencia son múltiples y son las propias mujeres quienes contribuyen a reproducir estas formas de relación, donde lo importante no es necesariamente el afecto sino lo que dicta la tradición.

9.4.2. Características y efectos del consumo en el usuario

Una característica común en todos los casos estudiados es una larga historia de consumo de alcohol; las esposas por ejemplo, coinciden en decir que el consumo del usuario inició mucho tiempo antes de conocerlo y por ello no pueden indicar a qué edad comenzaron los problemas con el alcohol.

Tal como se identificó en el análisis de las entrevistas grupales, las bebidas de preferencia son el pulque y la cerveza, las cuales se ingieren grandes cantidades, se estima por ejemplo, que el consumo de pulque puede ser de 4 a 5 litros al día, esta bebida se obtiene principalmente de la producción doméstica por lo que siempre está disponible. Cuando la familia no “raspa”, el pulque se puede obtener fácilmente con otros familiares o amigos.

La estimación respecto a la cantidad de cerveza que se consume es poco precisa, puede llegar hasta los cuatro o cinco cartones pero ésta se consume preferentemente en ocasiones especiales como fiestas o cuando se reciben visitas:

“Es nada más cuando está con sus amigos, que se la pasa toda la noche aquí no es de uno o dos sino que son de cartones que se echan” (Natalia)

“De vez en cuando, como dos veces el mes, pero hay veces que hay ahí cerveza cuando tiene ganas, dice ¡ah! ahora si voy a tomar, cuando hay alguien que así lo vayan a tomar, porque así nomás él sólo dice yo no tengo ganas de tomar yo solito, dice. Ajá, porque así que si están sus hijos, como sus otros hijos ya están grandes, ya están joven, ya son señores, entonces ellos vienen hay veces acá y se pone a beber y ya, ajá. Y cuando dice que no, no tiene ganas, pues no se los toma” (Esther)

“Cuando él tiene ganas de tomar, o una fiesta, o cuando se encuentra con alguien o nada más porque empieza a tomar” (María)

En cualquier caso, los usuarios se embriagan con mucha frecuencia afectando de manera importante el desempeño de sus actividades diarias. Trinidad por ejemplo, comenta que su esposo pasa la mayor parte del tiempo bebiendo o durmiendo, otros testimonios ilustran el abandono de responsabilidades

“Porque unos tíos míos le aconsejaron a mi papá que este señor me convenía, porque era solo, que porque... era solo, no tenía mujer, aunque fuera borracho, flojo pero era solo, que si me podía cumplir Sí, aunque tomaba mucho que si me podía cumplir, pero no, no cumplía ni para mí ni para los hijos que tuve con él” (Alejandra sobre su primer esposo)

“En esos días era muy borracho, se tiraba al vicio, día y noche ahí, sin trabajar, no hacía nada”. (Alejandra respecto a su segundo esposo)

“Se levanta como a las siete o siete y media y, últimamente ha agarrado la maña de que me ayuda a sacar zacate pa los borregos, lo saca y se va a su casa, dice que va a darle maíz a sus gallinas porque tiene pollos pero se va a casa de un sobrino que vive más para allá y ahí le entre al pulque y dice que el señor toma vino también ahí toman los dos y ya en la tarde viene, anda aquí y si no se pasa ahí a casa de la señora, toma pulque o pasa por ahí a otras casas donde hacen pulque y toma y ahí llega como a las seis cinco y ya viene borracho y a esa hora no más se mete y se acuesta” (Sonia)

Otra área que el consumo de alcohol ha afectado de una manera significativa es la salud de los usuarios, quienes han sufrido accidentes, caídas, enfermedades del hígado y la presión. Alejandra comentó que su segundo esposo murió como resultado de una diabetes no atendida que se agravó con el alcohol.

Debido a que en su mayoría los usuarios han bebido por muchos años se encontraron narraciones que sugieren cuadros de dependencia: “no quiere ni atole, ni te... ni una tortilla come, nomás se despierta y busca pulque”, “no come, le tiemblan las manos, si toma agua le tiembla su cuerpo, está triste. Si no toma dice que ya no aguanta”. “ya no aguanta nada, un poquito y se emborracha rápido”.

La conducta violenta con la familia y con otros miembros de la comunidad es otra consecuencia que las participantes atribuyen al consumo de alcohol, ya sea porque los usuarios se tornan violentos durante los episodios de intoxicación, o bien porque están irascibles al día siguiente de haber bebido en exceso. En esta comunidad es frecuente que los hombres estén armados y esto incrementa el riesgo de participar en eventos muy violentos de consecuencias dramáticas, y genera también situaciones de mucha tensión para las mujeres, pues tratan de buscar soluciones no violentas a los conflictos como en el siguiente caso.

“el miércoles llegó mi viejo, bueno lo trajeron, llegó como a las seis, siete, ocho, por ahí, apenas estaba haciendo mi té cuando llegó el muchacho ese, es que luego trae la pistola... o sea se la escondieron, porque estaba echando pleito donde toma, estaba echando pleito, que sacaba la pistola, la metía, la sacaba y entonces lo distrajeron y se la quitaron, la perdió. Cuando lo trajeron aquí hizo un escándalo por su pistola, nomás vi que entró y salió, y otra vez, como tiene funda esa cosa ya nomás la sacaba... ya estaba yo esa como la de ‚vamos a traer café’ [se refiere al dibujo del estilo de enfrentamiento tolerante] pero con tal que se me quedara para que no fuera a echar pleito con ese señor. Entonces le digo, ¿qué pasó?, me dice, ‚no, es que hubo pleito, con tal persona’, sacaba la pistola, la metía, la sacaba diciendo ‚ay qué cabrón, se me va a enredar’. Me lo trajieron y como te digo que yo no lo pelo cuando ya está tomado estaba necio, necio, que sacaba el cuchillo, lo metía ahí en la casa, que meto a los niños al cuarto, órenle, ora sí que casi regañando a los niños los metí y éste no quería meterse a dormir” (Natalia)

Sólo dos entrevistadas comentaron que el alcohol tranquiliza y duerme a los usuarios. Las mujeres consumidoras por su parte, tienden a llorar cuando beben y a recordar eventos pasados que las entristecen.

Se encontraron escasos intentos por dejar de beber y estos se relacionan principalmente con un deterioro importante de la salud, Flor por ejemplo menciona que su padre dejó de tomar durante seis meses porque el médico le dijo que estaba enfermo del hígado, pero recayó durante la fiesta del pueblo. El marido de Natalia estuvo “jurado” por espacio de dos años, fue en ese

periodo cuando se conocieron y decidieron vivir juntos, pero una vez que cumplió la jura empezó a beber en exceso nuevamente.

Los efectos que el consumo excesivo de alcohol tiene sobre la salud y desempeño de los usuarios son múltiples y severos, sobre todo en una comunidad donde las opciones de atención son limitadas y de dudosa eficacia. No obstante, la trascendencia de las consecuencias negativas del consumo se extiende aún más cuando entran en juego la salud y la integridad del resto de la familia, como se expone en el apartado siguiente.

9.4.3. Impacto del consumo de alcohol en la familia

En esta sección se presentan en conjunto el análisis de las secciones codificadas como “*efectos en la familia*” y “*salud*” dado que ambos rubros están íntimamente relacionados. La primera categoría “*efectos en la familia*”, incluye todas los reportes de las entrevistadas en relación a cómo el consumo del usuario ha impactado de manera negativa o positiva la vida del grupo familiar, en tanto que la categoría *salud*, incluye descripciones muy puntuales acerca de diversos síntomas experimentados por las mujeres entrevistadas así como los sentimientos y emociones que refieren respecto al usuario y el problema de consumo.

En cuanto a los efectos positivos, sólo dos mujeres mencionaron un posible cambio positivo en el usuario después de haber bebido, María señaló que sólo cuando está borracho no la golpea y Araceli, quien considera que el consumo de su esposo no es tan problemático, dijo que cuando él se emborracha, es más cariñoso con ella.

Para el resto de las participantes, quienes eran principalmente cónyuges de los consumidores, los principales efectos del consumo en la familia son negativos e impactan áreas como la economía, la salud física y mental de los integrantes de la familiar, así como la armonía y dinámica familiar. En la figura 11 se considera la violencia en sus diversas manifestaciones como un efecto del consumo de alcohol, esta esquematización tiene una finalidad práctica pues, como se verá en los párrafos siguientes, la estrecha relación que el consumo de alcohol guarda con la violencia, en realidad atraviesa todas las otras áreas afectadas mencionadas.

Entre los efectos más notorios del consumo sobre la salud de la familia se encuentra la preocupación persistente por la salud del usuario. Una de ellas expresó que está preocupada todo el tiempo “*de ver como es él, no está contento, no come, quisiera que un doctor lo cure para yo sentirme contenta*”. Flor refirió algo similar con respecto a su padre, ya que ella le da mucha tristeza no poder acercarse a él, se preocupa por su salud y le dan muchas ganas de llorar.

Figura 11. Efectos del consumo de alcohol en la familia

Preocupación por U	<ul style="list-style-type: none"> Estado de salud Sentirse responsable Sentimientos de culpa Sentir que es una carga Desconcierto ante cambios de humor.
Economía	<ul style="list-style-type: none"> Robos de mercancía y dinero F tiene que compartir apoyos con U U no se hace cargo de sus responsabilidades F DEBE trabajar
Armonía y dinámica familiar	<ul style="list-style-type: none"> U exige que lo atiendan y le den gusto U orina en todas partes Dedicar tiempo para atender a U U huele mal Desconfianza de F respecto a U
Violencia	<ul style="list-style-type: none"> Violencia verbal/psicológica Violencia física Intentos de asesinar a F Celos y acusaciones U no deja salir a F

U= Usuario de alcohol, F= Familiar entrevistado

El impacto a nivel emocional incluye también el sentirse responsable del consumo como sucedió con Alejandra “*si me siento un... siento culpabilidad de su muerte porque digo a lo mejor sí... sí, a lo mejor sí lo mate, porque lo empujé más al vicio*” o bien sentirse responsable de cuidar

del usuario y sentirlo como una carga, como comentaron la nuera de un consumidor y la hija de una mujer bebedora:

“Dice mi esposo que le vaya a avisar a sus hijos que lo vean tantito dice por que no eres la única nuera dice o no eres no soy el único hijo hay más, en total son doce hijos y nada más él es el que siempre, si está enfermo yo tengo que ir con él al doctor y los demás ni siquiera se dan por enterados... Pus como que a la vez me siento cu... este como que es mucha responsabilidad para mí porque como pues digo de comer no me pesa darle, de lavarle tampoco porque lavo ropa de mis hijos ya una carrerita le lavo su ropa, pero ya ve que él ya... pues me imagino por su edad también ya no aguanta luego le gana del baño, yo pienso que es muy pesado [...]o sea que no sentía esa necesidad de que me ayudaran pero como últimamente me siento que es mucha carga para mí... Como que me siento muy presionada... hay veces como que hasta siento coraje por que digo ¡ay! por qué soy tan tonta y no digo lo que siento” (Sonia)

“Sí, me sentía con responsabilidad también... y yo tenía que ayudarla a ver el lado bueno, hasta que llegó el momento que ella me rechazó... en ocasiones no me quería ver” (Rebeca)

La economía es otra área que puede verse afectada por el consumo de alcohol, sin embargo, los reportes sobre este tema no fueron tan abundantes dado que el pulque, que es una de las bebidas que se consumen, se produce en casa y está disponible casi a cualquier hora. Cuando la producción doméstica se termina, esta bebida puede conseguirse fácilmente de manera gratuita o a un precio sumamente bajo, es muy raro que los usuarios se vean obligados a comprar el pulque.

Cuando la bebida es la cerveza, la economía sí puede sufrir fuertes reveses ya que una parte de los escasos ingresos familiares se destinan a la compra de la bebida. Trinidad comentó que ella trata de complementar su “gasto” vendiendo algunos productos como pan, refrescos y dulces, solía vender cerveza pero dejó de hacerlo “*mi hijo me dijo que ya no compre cerveza porque él lo agarra o encuentra el dinero y me lo agarra*”.

Asimismo, quienes reciben apoyo económico del programa Oportunidades o el dinero que envían los hijos emigrados, se quejan porque tienen que compartirlo con los usuarios. Algunas veces tratan de negarse a darles dinero pero ellos se enojan e insisten, pues conocen las fechas en que se recibe el dinero. Esto representa una gran carga pues como se describió en la sección precedente, con frecuencia los usuarios dejan de trabajar, y aportan muy poco o nada a la familia.

“A mí me duele de que él ande con ella, porque me enteré que le daba dinero [a otra esposa] y a nosotros no nos da nada de dinero, con los cinco pesos de pan que es lo único que da él por las mañanas, y dije bueno, de ahí desayunamos, al menos nos da algo pero no me da para que hago de comer con cinco pesos... hay veces que me mandan un poco mis hijos y con eso compro que sopa o que... me mandan como doscientos pesos y de ahí compramos pasta... Él no trabaja, nada más trabaja lo que plantan aquí, es lo único que hace y darle de comer a los burros, cuidarlos... él no trabaja, uno de mis hijos le ha dicho que trabaje pa que nos mantenga pero no quiere, ya le he dicho a mis hijos que no quiere trabajar” (Socorro)

“Yo casi no tengo dinero, pero cuando tengo y sabe que tengo sí me pide... Le he dicho varias veces que no ande con ellos, con sus amigos, por que nada más la emborrachan, y al rato si trae dinero ya no tiene ni para el taco” (María)

Estas circunstancias obligan a las mujeres a desempeñar diferentes actividades además de la carga que implica el trabajo doméstico para tratar de obtener un poco más de dinero, por ejemplo, tallar lechuguilla o ixtle, vender aguamiel o leña. Esther comentó su experiencia al respecto:

“Un día llegó mi hija la chica, no tenía nada de ropa, nada, nada, estaba bien sucia, porque yo tenía que salir para ellos, para buscarles qué comer, iba yo a vender leña, todo, o hay veces traía yo lechuguilla para tallar, y luego él dice ¡ay! la niña está... como con el polvo que hay aquí se ensucia, esa niña está bien sucia, ¡ay! le digo, entonces en ese caso le digo a mi hija la mayor, le digo cámbiale la niña con la ropa que le trae tu papá y con el jabón que trae tu papá para que la bañen le digo, porque él no traía nada... [...] ahorita que sabe que mis hijas me mandan aunque sea cien [dólares], como ellas tienen ya compromiso allá, pues a veces me mandan 50 una y 50 la otra y son 100 [dólares], hay veces tengo que repartirlo con él, y pus hay veces ni alcanza, como mi hija va a la escuela, hay veces le digo yo voy a ir a trabajar, y dice ,no, yo le voy a decir a tus hijas’, ¿y qué les vas a decir? le digo, si no voy a trabajar ¿quién va trabajar? le digo, ¿o tú vas a ir? y luego dice no, pus ¿de qué?” (Esther)

El esposo de Natalia estuvo detenido pues se le acusa de haber violado a una mujer mientras estaba ebrio, él no recuerda nada de lo sucedió ese día y no sabe si es culpable o no. Para liberarlo, tuvieron que hacer uso del dinero que habían ahorrado mientras él trabajo en Estados Unidos.

Solo en un caso la entrevistada profundizó en la descripción de otras conductas y actitudes que alteran la armonía familiar, ella narró que tener a su suegro en casa resulta muy molesto

porque él se orina en todas partes sin importarle si sus hijas adolescentes (13 y 15 años) están presentes o no:

“Yo me llevo bien con él namás que luego si le llamo la atención por que luego como pues se queda aquí, ya que se orina, ya que esto... luego le digo pues ahí está la niña le digo... debe de tener precauciones, digo, aunque si le apartamos un cuarto pero luego hay veces que estamos acá viendo la tele y ahí viene... si no bajamos la cortina él ya se está orinando y no se da cuenta que las niñas están ahí, eso si le digo que si es malo, porque pues a lo mejor uno como mujer ya sabe de esas cosas ¿no? pero ellas están chiquitas todavía no, es lo que le digo pero ¡juy! si le dices algo se enoja, se molesta.” (Sonia)

El señor se niega a colaborar en las labores domésticas o limpiar el piso cuando lo ensucia, tampoco quiere bañarse y para los miembros de la familia es desagradable estar con él porque *“huele muy feo”*. Otra fuente de tensión para Sonia es pensar en que él pudiera abusar de sus hijas:

“Más por ellas que sí siento que... pues tenían más privacidad cuando estaban solas y ahora pues se tienen que andar cuidando que... y yo como madre soy bien desconfiada, luego cuando se bañan, no pues... cierran la puerta así o díganle a su abuelo que se vaya pa allá fuera, digo no me gusta que este ahí adentro cuando ellas se están bañando... sí, sí como que si es muy... como que se presiona una más... estando uno solo pues no porque ahora sí que tienes que hacer tu quehacer tienes que hacer tus cosas y no, no o sea no... no es porque me moleste, pero si, yo veo que si, por las chamacas como que me siento incómoda...” (Sonia)

Natalia también se siente inquieta por sus hijos, a veces su esposo llega a casa tan ebrio que no puede mantenerse en pie y a ella le preocupa que él pueda caerse encima de los niños.

“Despertaba a ratitos, porque dije no sea que vaya a caer encima de la niña, como duerme en el suelo la niña, vaya a caer encima de ella y no los vaya a aplastar a uno de los niños, y agarré y este... Se quedó sentado en la cama, recargado en la máquina de coser” (Natalia)

Otra serie de consecuencias negativas que las mujeres mencionaron con frecuencia son las relativas a los cambios de humor del usuario, estos pueden ir desde una notable irritabilidad hasta una conducta abiertamente agresiva que se convierte en violencia verbal y física muy severa; al menos en dos casos hubo claros intentos de asesinato.

La mayoría de las entrevistadas dijeron que cuando están borrachos los hombres son muy irascibles, el esposo de Trinidad por ejemplo *“antes no se enojaba, ahora de todo se molesta, de los niños, los animales, de todo se enoja... de que uno lo tiene tantito pura maldición me dice.”*.

Teresa, nuera de un consumidor de alcohol, dijo que cuando su suegro toma *“es muy enojón y nos insulta a todos, es muy grosero y ya no sabemos qué hacer”*. Como se observa en este último relato, las agresiones verbales se dirigen a cualquier miembro de la familia, como menciona Alejandra respecto a su primer marido *“estando borracho no respetaba ni a su madre, ni a mi comadre, ni a su compadre ni nada”* y Esther *“no respetaba a la gente, ni mi mamá ni la respetaba”*. Por lo tanto, además de la humillación de que son objeto, experimentan vergüenza y a la larga, esto tiene un impacto en el apoyo social que pueden recibir.

Otra manifestación común de la violencia verbal/psicológica son las acusaciones de infidelidad, estas pueden suceder con o sin alcohol y aparentemente son un mecanismo de control muy poderoso en la comunidad como lo demuestran los siguientes testimonios:

“Empezó con celos conmigo, que yo le hacía este... que yo tenía otro hombre, que yo me salía yo, para encontrarme con otra persona y con chismes de la gente siempre estuvimos así, peleados [...] entonces dijeron que yo andaba con mis primos y que eso y que quien sabe qué. Entonces ahí mi esposo y mi cuñada también oían esos chismes, entonces una vez que pasó mi primo, ella estuvo ahí sola en su casa con mi suegra, pero yo me sentía mal, me dolía la cabeza y él estaba muy enojado conmigo, no me hablaba, y yo pensé ir en casa de mi mamá donde vivía, pero... yo pensé... nunca pensé que me iba a hacer una mentira de que me había ido yo con mi primo, que me había ido con él, y ya cuando llegó mi esposo le contó los chismes, me pegó, me insultó, me dijo que era yo una arrastrada, que con todos me juntaba yo cuando me dejaba sola, así me dijo”. (Socorro)

“Él me empieza a decir de otros señores, que salgo con ellos y que me voy con ellos, y a mi no me gusta pero me quedo por allá, dice que meto señores, ya ni le respondo, ya sé como es”. (Trinidad)

“Y también era muy celoso, eso sí, era muy celoso. Si yo salía con él y levantaba los ojos, “¿Por qué viste a ese güey?, ¿Qué le estás viendo a ese pendejo? ¿es mejor que yo?” así... era muy celoso [...] Hubo ocasiones en que yo ya no podía salir de mi cuarto, ni asomarse ni siquiera del cuarto ¿por qué?, porque vivía gente que no conocíamos, que era de otras partes, porque si me llegaba afuera, llegaba y me encontraba fuera del cuarto me arrastraba por toda la casa ¿Qué estaba yo haciendo ahí? ¿Con quién estaba yo platicando? ¿De qué estaba yo hablando? Tons ni

siquiera... y si nos sentábamos así con las personas, también traían a sus señoras, no dice, dile a tu señora que venga a comer, a cenar, hay veces si, como que sí, el señor decía vente a comer mami, el señor dice que vamos a comer, y ya decía no yo no, ¡vente! dice, qué van a pensar. Pues ellos hablaban y ellos trataban de que nosotros también habláramos, él sí pero yo no podía levantar la cara. Y si yo trataba de levantar la cara y que él me viera que yo levantaba la cara, era “Paula ¡vete p’al cuarto!”, y yo le decía pero ¿ora qué hice?, ¡pero yo ya, bañada en lágrimas! ¿Ora qué hice? “Vete al cuarto... pero ya”. Y él iba atrás de mí también, dice “¿Para qué levantaste la cara para ver al fulano? ¿Está muy guapo? ¿Quieres con él?”, así me decía”. (Alejandra)

“Ahorita él no quiere que salga yo de aquí de la casa pero yo sí... él dice a lo mejor estás buscando marido o quien sabe qué... él a veces dice, a lo mejor estás con alguien, ¡no! que voy a estar con alguien más, le digo... dicen que a lo mejor me quiero ir, a lo mejor buscar otro hombre, pero le digo, yo como voy a estar buscando, si yo ya no quiero estar con los hombres, si ni cuando fui joven no fui y no lo busqué por allá, que será ahorita, y pues ya” (Esther).

La relación entre el consumo y la violencia genera en las mujeres y en los hijos un profundo sentimiento de temor, por ejemplo, Alejandra dice: *“ya nomás veo que cuando va a tomarse una cerveza es que ya voy a terminar en golpes”*. Esta mujer describió con detalle diferentes ocasiones en que su segundo esposo la golpeó de una manera salvaje mientras estaba borracho, una ocasión incluso trató de atropellarla después de haberle pegado durante horas.

Rebeca por su parte, comentó que cada vez que su madre empezaba a beber ella sentía mucho miedo y le angustiaba que llegara la hora en que su padre regresara a la casa pues él golpeaba a su madre cada vez que la encontraba ebria *“también ya era un poco la desesperación de verla así, a veces si la dejaba... porque venía cansado y verla así pues también, yo me ponía en el lugar de ambos”*. Además de presenciar la violencia entre sus padres, ella también era víctima de la agresión de ambos: *“yo sufrí golpes de mis padres... por lo mismo del alcohol”*.

Otra forma más en que se encontró la relación entre el alcohol, la violencia y el miedo fue relatada por Esther, narró que cuando su esposo bebía, ella y sus hijos salían corriendo al cerro para esconderse y evitar ser golpeados, en una ocasión notó que su hija tenía rasguños en los brazos *“un día que estábamos allá arriba vio que venía su papá que venía por allá y la niña se fue a meter donde había espinas, ni se fijó, yo le dije: ¿Por qué hiciste eso?. Ella me dijo „& que me acuerdo que el otro día mi papá te pegó’ se asustó”*.

Los cambios de humor del usuario y los estallidos de violencia, como se ha visto contribuyen a que los familiares vivan en un estado de constante tensión y miedo, aunado a ello, también experimentan desconcierto pues no saben cómo tratarlos y no encuentran una explicación de su comportamiento sobre todo cuando dan señales de arrepentimiento.

“Cuando regresó bajó del carro llorando, él lloraba. Yo ahí también estaba acostada pero llorando. Y cuando se acercó a mí me abrazó y me dice, mamita ¿qué te hice? le digo, no sé, yo le dije así, párate mamita, dice, ¡vámonos!. Y se dio cuenta que yo ya no tenía mi ropa encima. ¿Y tu ropa? No sé, le dije. Y se quitó su chamarra, me la dio y luego dice ¡hijo de tu pinche madre! se quedaba todo ido, no entendí yo porqué se portaba así. [...] él se emborrachaba mucho, tomaba mucho, y cuando se emborrachaba pues me pegaba pero yo le preguntaba cuando me golpeaba, cuando estaba borracho me golpeaba pero al día siguiente me pedía perdón” (Alejandra)

“Cuando no toma es buena gente pero cuando toma, cualquier cosa se enoja” (Trinidad)

“Pues yo sí lo quiero, yo sí quiero estar con él, que esté conmigo, pero que no me trate así. Cuando esta tomado es más buena gente me habla bien, pero cuando no, no” (María)

El desconcierto así como los altibajos en el estado de ánimo y conducta del usuario provocan que las mujeres se sientan confundidas respecto sus sentimientos hacia el usuario. Flor, hija de un bebedor, dice que cuando su papá bebe le da mucha tristeza verlo, le da coraje que no poder acercarse a él porque su padre la ignora cada vez que trata de conversar, sin embargo dice que también tiene un lado bueno pues siempre la ha apoyado para que continúe estudiando.

La esposa de un bebedor que se torna agresivo cuando está ebrio dijo que muchas veces se cuestionó lo que sentía por su esposo:

“¿Será costumbre? Pero sí siento que lo quiero, lo quiero mucho, yo nunca había querido a nadie como a él porque yo digo ¿qué es? ¿amor? ¿sí es amor cuando se extraña, se necesita a la persona? Yo no creo que es una costumbre, yo así pensaba [...] como que acá en mi corazón había amor pero odio a la vez”. (Alejandra)

Además del temor y la confusión de sentimientos, las mujeres entrevistadas mencionaron una gran variedad de emociones que tienen como resultado del consumo de sus familiares y de sufrir las múltiples manifestaciones de violencia, éstos se enlistan en el cuadro V.

Ellas dijeron sentirse desesperadas, nerviosas, tristes, con ganas de llorar todo el tiempo, preocupadas por ellas mismas, por la salud del usuario, por sus hijos. Otras dijeron sentir odio,

coraje debido al abandono de la madre consumidora, asco, rechazo hacia el usuario y pérdida del deseo sexual:

“Él llega aquí pero la verdad no sé, ya tiene mucho que ya no estoy con él, no, no sé, no, no, no, yo ya no siento deseo de estar con el hombre, es que no...” (Esther)

“El último año que estuvimos aquí yo ya ni podía hacer el sexo con él” (Alejandra)

“Nunca he tenido relaciones con él cuando toma, me da asco” (Natalia)

Cuadro V. Malestares físicos y psicológicos de las familiares de usuarios

Malestares físicos	Malestares psicológicos
Dolor de cabeza	Deseos de morir
Opresión en el pecho	Intentos suicidas
Dolor en la cintura	Soledad
Dolor muscular	Confusión de sentimientos
Mareo	Coraje, enojo
No poder respirar	Desesperación
Falta de fuerza	Ganas de llorar todo el tiempo
Parálisis de una pierna	Estar traumada
Sentirse mal	Miedo
Taquicardia	Nervios, sentirse nerviosa
	No tener ganas de hacer nada
	Pérdida del deseo sexual
	Preocupación
	Culpa
	Ideas que no pueden sacar de la cabeza
	No tener ganas de levantarse
	Tristeza

Para algunas de ellas, estas emociones y pensamientos negativos se hacen más intensos cuando se dan cuenta de que no tienen nadie con quien hablar, entonces aparece también el sentimiento de soledad. Cinco participantes dijeron haber tenido pensamientos y deseos de muerte en algún momento, dos ellas relataron intentos reales de suicidio pues llegaron al extremo

de la desesperación sin encontrar una salida a sus problemas, pero también como una forma de venganza.

“Me envenené dos, o sea que tomé pastillas dos veces, lo que quería era, yo sé que no me puse a pensar en mi mamá ni en mis hijos que se habían que dado aquí, lo que yo quería era... me puse a pensar, me golpeó, me pegó y se fue a jugar basket. Me pegó, me golpeó, hizo lo que quiso y agarró y se fue, dije ahora cuando regrese me va a encontrar muerta, a ver qué va a hacer. Lo que hice fue que me tomé todas las pastillas que había en un frasco. Pero dice que no sabe ni cómo se regresó porque ni jugó, que los demás sí jugaron pero él regresó, no jugó, y que cuando él llegó ya nomás tenía así yo la espuma por la boca”. (Alejandra)

“Un día me envenené y ya me iba a morir [¿con qué se envenenó?] Con unos venenos, de allá, había un grupo que los estaba dando para fumigar los nopales, me los tomé y pues dicen que ya me iba a morir. Cuando yo tomé esos, estaba mi mamá aquí y él me decía muchas groserías, me decía que no lo cuidaba, me decía muchas cosas, yo le daba de comer y se ofendía y me decía que no quería comer, yo me desesperaba y yo creo que por eso tome esas cosas, porque me decía de groserías, yo me siento triste y es cuando quiero irme (Esther)

En cuanto a la salud física, en las narraciones de las participantes se identificaron diversas expresiones de malestar, siendo el más frecuente el dolor de cabeza, la sensación de opresión en el pecho, dolores musculares y de espalda entre otros que se presentan en el cuadro 2.

La relación entre los malestares físicos, psicológicos y el consumo del usuario aparece con claridad en relatos como el de Flor, quien comentó que cuando su padre toma ella se siente muy triste, no tiene ganas de hacer nada y a veces piensa que sería mejor morir. Teresa es otra mujer que dijo sentirse muy nerviosa constantemente debido al consumo de su suegro, “*me siento muy mal*”, durante la entrevista se tronó los dedos varias veces y se secaba el sudor de las manos en la ropa. Otro ejemplo es el caso de Socorro, ella dice que ha perdido la fuerza:

“Yo quisiera trabajar, hacer algo, pero siento que mi fuerza... no tengo fuerzas. Mi fuerza se me va si hago algún trabajo, por ejemplo, este año que pasó estuve tallando lechuguilla, y si raspaba hoy, para mañana ya no tengo fuerza, se me acaba [...] si estoy ahí todo el tiempo me sigue dando vueltas lo que pienso, todo lo que siento pues”. (Socorro)

El malestar general que Rosa experimenta desde hace tiempo fue su principal motivación para acceder a ser entrevistada, ella tiene: taquicardia, nervios, dolores de cabeza, sensación de no poder respirar, de opresión en el pecho, y en ocasiones la presión alta. Comentó que consultó a

una doctora y le hicieron estudios, no encontraron ninguna enfermedad, la doctora considera que físicamente está bien y que tiene “algo” psicológico, pero no sabe con exactitud qué es.

Ante la gran diversidad de malestares reportados, muy pocas informantes acudieron a un médico o a otra forma de atención a la salud, esto se debe en gran medida a que no cuentan con los recursos para pagar la consulta o comprar los medicamentos y la atención que ofrece el centro de salud comunitario parece no cubrir sus necesidades. En el siguiente apartado se exploran algunas de las acciones que estas mujeres realizan para hacer frente a los diversos problemas que el consumo de alcohol les plantea.

9.4.4. ¿Cómo enfrentan las mujeres el consumo de alcohol?

La información que se presenta en esta sección corresponde a lo narrado por las entrevistadas acerca de las reacciones emocionales que han experimentado y las acciones que han realizado en un intento por hacer frente al consumo. Los segmentos de las entrevistas en los que se encontró esta información se codificaron empleando como categorías de análisis las ocho formas de enfrentar definidas por Orford (1992) además de las posibles combinaciones entre ellas, las categorías son: emocional, control, tolerancia, evitación, inacción, apoyo al usuario, asertividad e independencia. El foco del análisis es indagar cómo se manifiestan las formas de enfrentar que ya han sido documentadas ampliamente en diferentes grupos socioculturales (Orford, Natera, *et al.* 2005).

Enfrentamiento emocional. Las principales expresiones que se encontraron respecto a esta forma de enfrentar oscilan entre el enojo y la tristeza. Dijeron sentir “mucho coraje” o estar molestas cuando ven que el usuario empieza a beber o llega borracho a casa. Otras consideran que es algo muy doloroso, se entristecen, se mortifican pensando “¿cuándo va a terminar esto?” y sienten una gran desesperación.

La hija de una mujer bebedora comentó que cuando ve que su madre está borracha le da coraje, sobre todo porque la señora llora mucho cuando bebe:

Me ha dicho ella que con el problema que tiene tomándose el pulque lo desahoga o ya no lo siente, pero yo le digo -tú desde que quedaste viuda de mi padre nunca moviste un dedo cuando yo lo necesité y nunca moviste un dedo para decir de dónde sacar dinero y más orita que hay gente para irme [a Estados Unidos] y eso no te complique a ti porque no lo quieres, entonces ¿pa qué llorar? ¿pa qué lloras y pa qué te emborrachas si ni lo resuelves? y yo que tuve que trabajar muy duro para darle pasaje a mi hija para ir a ver a su hermano, yo sí le digo entons no hagas cosas que... ¿a poco ves que tengo muchas cosas? sí yo tengo que ver cómo sacar el dinero, tengo que ver cómo sacar adelante esta casa y ¿cuando me has visto...? ¿cuándo me has visto que yo me ponga ahí en la milpa con un vaso de cerveza o con una cerveza o con una botella o con un litro de pulque? creo que no, le digo, para desahogarme necesito estar en mis cinco sentidos si voy a decir algo es que estoy bien si no pa qué, lo dije (Alejandra)

Lo que resulta peculiar de estas emociones es que, sobre todo cuando el consumidor es hombre, no se expresan por temor a generar más conflictos. En el pasado algunas intentaron hacer saber al usuario cómo las hace sentir el hecho de que beba y han obtenido malos resultados, por ejemplo María le ha dicho a su esposo: “no me gustan los borrachos ¿no te de vergüenza que tus hijas te vean?”. Ante esta increpación, su esposo le gritó y se inició una fuerte pelea que terminó en golpes.

Ante la reacción de los usuarios al enfrentamiento emocional, algunas esposas refirieron una combinación del enfrentamiento emocional y el enfrentamiento de inacción que ha dado mejores resultados en tanto que ésta ha sido su forma de evitar mayores conflictos.

“Cuando llega borracho pus sí [me enojo] pienso ¡ay! ¿por qué tomará? O ¿por qué toma? Pero pus no le digo nada, será cuando esté en su juicio porque si le digo así cuando está borracho que tal si se molesta o va a decir por qué me dices eso o por qué...llega y yo no le digo nada, yo me conformo con que llegue y que se acueste y ya para no estarme ahí, qué tal si le digo eso o por qué llegaste borracho o por qué llegaste así, qué tal si se molesta y me pega para qué intentarle eso, ya al día siguiente si le digo” (Araceli)

Teresa, nuera de un consumidor, refirió también esta forma de enfrentar, comentó que cuando su suegro bebe ella se enoja mucho, pero que prefiere no hacer nada, lo mismo hace el resto de la familia.

Natalia por el contrario, parece ser la única que se enfrenta a su marido cuando él bebe, ella considera que antes no era así pero que su actitud cambió a raíz de una vez en que su esposo

la golpeo mientras estaba intoxicado, desde entonces ella trata de defenderse y con frecuencia amenaza a su esposo con correrlo de la casa.

“Ahora sí me pongo al brinco. Dice es que tú... ora sí que me manda a la chingada, ¡pues yo también! le digo ,vete tú primero’ le digo, o me manda a cualquier cosa, pues yo también lo mando. Antes no, como le digo yo antes sí lo respetaba, pero desde esa vez que me pegó acabó lo muy mensa que fui. Y si me dice groserías yo le digo también, si me dice de cosas, yo le digo también, pero yo se lo digo. Lo correría de aquí porque ese terreno de su mamá, yo le digo a él, a mí ya me pertenece esa casa, tú en cualquier momento sales de aquí, le digo, y dice ¡ay! se empieza a reír ,hasta crees’, le digo, sí, le digo, por ley a mí me pertenece esa casa. Y si ya no vivo aquí la cierro y me voy a México, ahí con mi papá, le digo, y además mi papá nunca nos ha corrido de la casa porque hemos fracasado. Entonces como yo como sé todo eso, él ya se queda ahí pensando. Le digo, y a ti te chingan, me dice ¿por qué? porque estás en el trabajo y que me des mi mantenimiento y si dices que porque yo te abandoné, le digo, va a haber motivo, porque yo si tengo muchos motivos, no puedes quitarme a mi hija porque yo no soy drogadicta, no soy tomada, ni a una borracha le quitan a su hijo, ni a una borracha le quitan a su hijo porque está mal desnutrido, está mal cuidado, le digo que si fuera una borracha y si tengo bien a m’ijo, bien alimentado, bien educada, le digo, no me lo puede quitar ni la ley, nadie me lo puede quitar, y se queda ah... por abandono de hogar no me lo pueden quitar, a ti si te pueden... fácil te pueden quitar porque te pueden meter un día de que tú eres borracho y a mí me pateaste así, así, así, se queda, me ganas en cualquier forma, ni modo, le digo, te aguantas como soy yo le digo. (Natalia)

Otra forma en que se presentó el enfrentamiento emocional fue en combinación con la tolerancia, la misma Natalia narró que al día siguiente de que su esposo bebe ella está muy molesta, pero a pesar de ello, atiende a su esposo:

“Ahí está con su cruda. Nada más sí me pidió de comer cuando llegó. Ya le di las quesadillas, ,pero están frías un poco’, me dice ,están frías ¿no las puedes calentar?’, le digo ,¡ah! no llegaste temprano, ni modo’. Dice ,bueno, si me quieres hacer el favor’. Le digo ,¡deja de estar chingando!’ le digo. Ya mejor le hago todo, se las calenté, le di de comer le di de cenar a mis hijos y ya. (Natalia)

Enfrentamiento de control. La información que proporcionaron las participantes respecto a esta forma de enfrentar fue muy escasa, particularmente entre las esposas. Al explorar algunas de las maneras en que el enfrentamiento de control puede presentarse (por ejemplo, esconder las bebidas, buscar bebidas entre las pertenencias del usuario, tratar de limitar el consumo, negarse a darle dinero, etcétera) las entrevistadas reaccionaban con sorpresa y se apresuraban a responder

“no, eso no”, como si se tratara de acciones peligrosas, y tal vez lo son en virtud de las reacciones violentas que pueden llegar a tener los usuarios. Una participante dijo que a veces le da miedo perseguir a su esposo porque le puede dar un “estatequieto”.

Hay otras formas de control que parecen menos amenazantes y que fueron reportadas por las hijas de bebedores. Rebeca dijo con respecto a su madre que siempre la vigilaba y trataba de estar con ella en todo momento pero no lograba evitar que bebiera. María, por otro lado, le ha dicho a su esposo que no salga con sus amigos “*porque nomás lo emborrachan*”, pero los resultados tampoco son positivos.

Natalia emplea una combinación del enfrentamiento de control y evitación para demostrarle a su esposo que le disgusta mucho que él beba “*él sabe muy bien que a mí no me gusta que tome, que si él me habla borracho, que si él quiere que le guise, que le haga de comer sabe que no, sabe que le dejo de hablar, ¿no? como si nada.*”

Aparentemente, las estrategias de control no son bien vistas en la comunidad, pues probablemente atentan contra la masculinidad del consumidor

“En todas partes a donde íbamos a una fiesta, una comida, si él tomaba dos o tres, o siete, ahora no, le dicen que es un regañado, que le pego, hasta me dicen... porque antes él les hacía caso a ellos, no era regañado, se sentía hombre, le digo ,o sea que cuando tomas vas con tus amigos, te dicen regañado y ya dices que no y quieres hacer las cosas como hombrecito, como macho quieres hacer’ le digo, yo no te regaño, le digo, ya sabes que tomas una o dos y te alocas y luego le haces más caso a tus amigos, ¿que no?, se queda pensando nada más. Se da cuenta de que sus amigos lo manipulan mucho, o sea hace lo que le digan y de ahí ya no (Natalia).

Aunque muchas de ellas siguen a sus esposos para ver donde están y qué están haciendo, algunas consideran que es inadecuado buscar al hombre en los lugares de consumo. Una participante describió un evento en el que su hermana fue a buscar a su esposo y resultó agredida por un amigo, en opinión de la entrevistada, su hermana merecía la agresión.

“A mi hermana su propio primo le apuntó con la pistola, namás por ir a traer a su viejo. Por eso, bueno, por una parte hicieron bien, un favor, porque ella iba ,¡ándale, vámonos, órale!, ¿Qué ellos te dan lo que yo te doy o qué?’ ¡Nombre!, nosotros ya estábamos así, y le digo esa necesita un escarmiento, hasta que le apuntaron con la pistola, le apuntaron y de ahí jamás fue a recoger a su hombre ahí. Dice mi hermano por una parte estuvo bien que hicieron eso, porque ella

se quejó con sus hijos allá en México. Después querían agarrar al chavo ése [que tenía la pistola] pero le dije, no, está bien que escarmiente”. (Natalia)

Enfrentamiento tolerante. Esta forma de enfrentar apareció repetidamente en los relatos de las entrevistadas, muchas veces en combinación con la inacción. Las acciones que representan esta forma de enfrentar incluyen atender al usuario, es decir, darle de comer, hacerse cargo de su ropa, limpiarlo, ayudarlo a desvestirse, darle dinero. Sólo una mujer indicó que ha bebido con el usuario en varias ocasiones.

Otra forma de tolerancia consiste en tomar a cargo algunas de las responsabilidades del usuario, en este sentido, las hijas de madres bebedoras se hicieron cargo de la limpieza de la casa y la preparación de alimentos desde una edad temprana. Otro ejemplo es el de Alejandra, ella vivió en Estados Unidos con su segundo esposo sabiendo que él tenía otra mujer y un hijo pequeño en San Andrés a quienes debía enviarles dinero:

“A veces se sentaba y lloraba y me decía, ‘mamita no le he mandado dinero a mi hijo’, tons yo como que... como que me daba cosa de verlo así borracho, yo con tal de no verlo borracho yo le decía, mi amor si quieres toma, ten los cien dólares y ve a mandárselo, seguido yo le mandaba los cien dólares a esa mujer”. (Alejandra)

Para algunas, el seguir al lado del usuario o hacerse cargo de él obedece a sentimientos de cariño y pena:

“Lloro mucho, me da pena decirle a mis hijos, me dicen que por qué lo aguanto, que me vaya con él, pero yo siento ese cariño y lloro, ya está grade y no come” (Trinidad)

“Yo a pesar de todo pues yo sí quiero al viejito porque pues imagínese toda mi vida he vivido con él o sea desde que yo llegué aquí siempre he convivido con él a veces me pongo a pensar que ya entre más él ya se está poniendo más viejito y ni ellos [los hijos del usuario] no ponen nada de su parte... pues no sé si hice bien desde lavarle la ropa y ya de ahí se encajaron y me dejaron todo, nunca me dijeron ¿sabes qué? me voy a llevar la ropa y la lavo” (Sonia).

Para Rosa, su hija menor es la principal razón por la que permanece al lado de su esposo, sus hijas mayores le dicen que se vaya de ahí, que se vaya a vivir a otro lugar y que sea feliz porque nada más se le va la vida sufriendo, sin embargo ella dice que su hija menor quiere mucho a su papá y que se queda por apoyarla pues no quiere que su hija crezca sin un padre.

La resignación también forma parte de este mecanismo de enfrentamiento, la mayoría de las entrevistadas considera que los usuarios nunca van a dejar de beber, que nunca van a cambiar y que o hay nada que ellas puedan hacer al respecto. En esta apreciación de sus problemas hay elementos culturales y religiosos que favorecen la resignación, esto es muy claro en las palabras de Trinidad, quien recientemente se convirtió a la religión evangélica:

“Diosito dice que donde vive un señor, el señor es padre de la casa y hay que respetarlo y hacerle caso, si me voy me va a castigar Dios porque él dice que ese es mi marido y mi destino, tengo que quedarme” (Trinidad)

Las mujeres también pueden hacer uso de estrategias tolerantes a fin de evitar conflictos más graves, como en el caso siguiente:

“Entonces ya después que entró le digo quitate la camisa y ya le quité el cuchillo y lo guardé. Vamos a otro cuarto y él no se acordaba que traía el cuchillo, que se lo quité y dice ,bájame esa chingadera de ahí’ ,¿qué quieres que te baje?, le digo ¿los lentes?’ ,bájamela’. Como él sabe que está ahí esa cosa, el cuchillo, le digo ,ya no estés moliendo’ le digo, ,ya vente a dormir, vamos a dormir’. Y ya lo jalaba, digo, ahora sí estoy como la vieja esa de ,¡ay viejito, pa acá!’ , pero no es porque quiera sino porque vaya a hacer su tarugada allá. (Natalia)

Enfrentamiento de evitación. Las respuestas de evitación fueron muy frecuentes en este grupo de mujeres, en particular las esposas de bebedores dijeron que cuando el usuario empieza a beber o cuando llega intoxicado prefieren alejarse, salirse de la casa con cualquier pretexto como una medida de protección. Flor y su madre prefieren no acercarse a su padre porque saben que puede enojarse y ponerse agresivo, prefieren salirse de casa y únicamente hablan con él cuando es indispensable. Al evitar a su padre siente que los problemas *“no se hacen grandes”* y que él no se enoja, pero al mismo tiempo le da mucha tristeza no poder acercarse a él. El siguiente es otro ejemplo del enfrentamiento evitativo.

“Me voy y el no puede correr, me salgo hasta que se le pasa el coraje o se le olvida o se duerme, me espero hasta la noche y regreso cuando oigo sus ronquidos. Si le hago caso es más peor”. (Trinidad).

Teresa comentó que cada vez que su suegro toma ella se pone muy temerosa y prefiere no verlo y se encierra en su cuarto, los demás miembros de la familia han tratado de no hacerle caso pero es ineludible, no es fácil ignorarlo.

A pesar de que la evitación es una de las estrategias que más se emplean, los resultados no siempre son buenos, en el caso de Flor las consecuencias de su forma de actuar han sido el alejamiento entre padre e hija y la tristeza que esto le produce. La esposa de un usuario dijo que salirse de la casa no le ha ayudado porque aunque ella esté o no esté de todos modos él toma y justamente lo que ella desea es que su esposo deje de beber.

Dos entrevistadas relataron que debido a las constantes borracheras y golpizas decidieron abandonar el hogar, en ambos casos sus esposos fueron a buscarlas para convencerlas de volver. Para Esther, pensar que sus hijos eran pequeños y la necesitaban fue el argumento que la convenció de regresar; Alejandra en cambio, prefirió vivir lejos de sus dos hijos para salvarse.

Enfrentamiento inactivo. La inacción se caracteriza por la desesperanza respecto al consumo, la aceptación de que esto es un problema permanente que no puede modificarse, mostrarse indiferente, ausente, en suma, no hacer nada.

Se encontraron varios pasajes donde las entrevistadas mencionaron que cuando el usuario está ebrio ellas prefieren *“no decirle nada”* para que no se enoje y no haya consecuencias más serias. El ejemplo de Trinidad ilustra el sentir de mucha entrevistadas al respecto; ella comentó que cuando su esposo bebe y empieza a insultarla se queda callada y llora mucho porque si le respondiera algo él se pondría más violento, además una vez su esposo la acusó con sus hermanos *“les dijo que nomás estoy retobando”*, por eso prefiere el silencio o la oración *“mejor diosito que me ayude”*.

“Antes no le decía nada, absolutamente nada, no sé por qué pero me pegaba, todo yo me agachaba y ahí estaba” (Esther)

La idea de que el consumo va a persistir está presente en la narración de Alejandra, quien en relación al consumo de pulque de su madre dijo: *“ella va a tomar toda la vida, siempre eso ya lo tengo en mente”*. Sin embargo, para otras como María, aún cabe la esperanza de que el cambio

sea posible “yo pienso que ya no [va a cambiar], pero algunas veces nada más, porque a veces habla bien y no está borracho”.

Enfrentamiento asertivo. En este mecanismo de enfrentamiento se incluyen los intentos del familiar de poner en claro que el consumo es un problema y cuáles son sus expectativas respecto a la conducta del usuario. Todas las mujeres mencionaron haber tratado de hablar tranquilamente con el familiar consumidor en muchas ocasiones, la mayoría de ellas con resultados poco favorables. Trinidad dice que le da mucho gusto cuando su marido no bebe y le dice:

“¿Por qué no lo haces así todo el tiempo? ahorita estamos felices, comiendo aunque sea tortillas estamos felices. Él dice que ya no va a tomar pero se le olvida a los 2 o 3 semanas y lo vuelve a agarrar. Sólo se lo digo cuando está en sus cinco, porque borracho ni entiende, es terco”
(Trinidad)

Flor trata constantemente de hablar con su papá para decirle que no debe tomar, cuando esto sucede él se enoja mucho y le responde “*dedícate a lo tuyo y déjame en paz*”.

Para la nuera de un bebedor, esta estrategia es muy poco efectiva, ella relata que siempre trata de hablar con su suegro por las mañanas cuando está sobrio

“Ya en la tarde pus no le puedo decir nada por que ya viene torcido de los pies y de la borrachera que viene ya no le puedo decir a veces le he dicho así sin enojarme, le digo que por qué toma tanto, ¿qué? al fin que es mi boca dice, no le estoy pidiendo a nadie... Luego le digo bueno, le digo, si te enfermas o te caes por ahí yo no me voy a hacer responsable (Sonia).

No obstante, estos acercamientos no dan resultado pues el señor “no obedece” y responde que “*al fin que ya se va a morir*”. El esposo de Esther tiene otro método para evitar la conversación sobre su consumo.

“Cuando él no toma mejor me saca otras pláticas y ahí ya como que no me pone atención ... Luego dice ¡ay! Mejor me voy, y entonces agarra y se va a dormir o hay veces que quiere irse, agarra su carro y se va” (Esther)

Enfrentamiento de apoyo al usuario. Los intentos por integrar al usuario a las rutinas familiares, ayudarlo a dejar de consumir, alentarlo a desarrollar actividades incompatibles con el consumo, defenderlo de las críticas de otros, escucharlo, son ejemplos del enfrentamiento de apoyo al usuario. Estas son estrategias que se empleen con poca frecuencia en la comunidad por lo que las descripciones de estas acciones son muy escasas en las entrevistas y han tenido resultados negativos.

Flor apuntó que hay ocasiones en las que trata de platicar con él tranquilamente sobre otras cosas, por ejemplo, intenta platicarle lo que hace en la escuela, lo que ha hecho durante el día pero él la ignora. Otros ejemplos del enfrentamiento de apoyo al usuario fueron proporcionados por Alejandra y Esther

“Luego me dice es que tú no me quieres, por supuesto que te quiero, si no te quisiera yo no estuviera aquí contigo, yo no te hubiera perdonado, es que tú me dijistes que por la niña, ¿y por qué eres tonto en creer eso? Sí te quiero, pero nomás por lo que has sido tú no te demuestro lo mismo que antes, eso es todo, yo te quiero mucho, pero lo que yo no quiero ver es... o que la gente vea que te has vuelto así un borracho, más que nada esa señora que te vea que te has convertido en un borracho y ella se siente contenta [que piense] se ha convertido en un borracho pero por mí, le digo, eso es lo que no quiero. Le daba muchos ánimos pero él nunca quiso” (Alejandra)

“Un día, estaba chiquita mi hija que ahorita va en la tele secundaria, ahora ya tiene 15 años y estaba recién nacida, como 15 días, y llegó una de mis sobrinas también dijo que se pelearon M y I [amigos del usuario] que ya lo iban a matar, me tuve que ir corriendo hasta allá y defenderlo y él estaba borracho... ya tiene mucho y fue porque ellos lo buscaron, hace como 15 años... ellos eran tres hermanos y él era solito y le estaban pegando y ya mandaban a sus muchachos a traer la pistola, entonces yo llegué con una vara y si le pegué a los otros, pero ya se separó de esa gente” (Esther)

Enfrentamiento independiente. Las acciones y actitudes que contribuyen de alguna manera a crear una sensación de bienestar en los familiares son parte del enfrentamiento independiente. Éstas pueden consistir en esfuerzos por continuar con las rutinas familiares aún sin el usuario, salir o realizar actividades que resultan placenteras o interesantes aún sin el acuerdo del usuario.

Como se esperaba, son escasas las referencias a esta forma de enfrentar dado que el estudio se realizó en un contexto donde las oportunidades de desarrollo son muy reducidas. Al cuestionar sobre cuáles son las cosas que le dan gusto Esther respondió *“nada, aquí no hay nada”*. Además, a veces existen barreras impuestas por los hombres quienes no las dejan desarrollar las actividades que pueden ser de interés, ya en secciones anteriores se ha mencionado que algunas mujeres no acudían a las entrevistas porque sus esposos no las dejaban, lo mismo sucede con la escuela o con la posibilidad de trabajar o tomar un cargo comunitario, Natalia piensa que esto puede deberse a una forma de rivalizar.

“Me echaron un cargo, yo quería de por sí trabajar ese cargo, de promotoras para los niños, del proyecto que está aquí, un proyecto, entonces este él no quería que yo no agarrara un cargo legal, o sea, yo siento que como si fuera envidia”. (Natalia)

No obstante estas limitaciones, las participantes hicieron mención de ciertas actividades que les proveen distracción y satisfacciones, por ejemplo: estudiar, jugar basket ball, arreglarse, tejer, coser, trabajar en el campo, visitar a parientes que viven en otras comunidades o salir a platicar con amigos y vecinos como es el caso de Araceli:

“Bueno lo que hago yo para distraerme un rato me voy a platicar con mi vecina, a ver... bueno orita con mi cuñada voy a vender nomás ahí en la escuela pero luego vengo a recoger mi tiradero que hago aquí, aunque sea recoger poco a poco... yo digo que así están los demás, salir un ratito para distraerse ¿verdad?” (Araceli)

También se encontraron testimonios en los que las mujeres refieren que han tenido que encontrar formas de ganar dinero y “salir adelante” con sus hijos. Rosa dijo que vende las cosas que teje o cose ropa *“siempre me las ingenio”*.

Para Trinidad, la religión evangélica ha sido una fuente muy importante de consuelo, cataloga su conversión como *“lo mejor que me ha pasado”* y asistir al templo es su manera de procurarse un espacio personal para el bienestar pues le ayuda a olvidarse de sus problemas:

“Mis hermanos del templo me dicen que no me preocupe, cantamos y oramos y estoy risando [riendo] con ellos” (Trinidad).

Natalia comentó que ella había pedido ayuda con anterioridad a una psicóloga que prestó sus servicios en la comunidad durante un tiempo, esta terapeuta le enseñó a canalizar sus emociones a través de la escritura y este es un hábito que ha conservado.

“Así me dijo la psicóloga que escriba, que escriba... y escribo lo que escriba, lo que yo siento, cómo quisiera ser una mariposa, bonita, preciosa, que la gente la quiere agarrar, la quiere atrapar, quisiera volar lejos, ser de varios colores, que se distinga con las personas pero a la vez que no sea deseada. Bueno, así escribí una hoja pero quién sabe a dónde está mi hoja. Así, que lo que yo sentía lo enfoqué en una mariposa. Estoy divertida escribiendo y él está viendo así, dice ¿qué? ¿de dónde salió? Es que deja ser romántica un rato, le digo y ya estoy escribiendo y me salgo, de repente se me viene otra idea, voy y escribo. Ahorita no he escrito, no porque ahorita estoy tejiendo, estoy haciendo una blusa. Hago blusas y me pongo a vender aquí”. (Natalia)

El hecho de que la mayoría de ellas solicitaron orientación psicológica y participar en esta investigación también puede considerarse una forma de independencia ya que es una manera en la que ellas trataron de buscar una solución a sus problemas y sentirse mejor.

9.4.5. Apoyo social

En los relatos de las participantes sobre cómo han tratado de hacer frente a los problemas que implica el consumo excesivo de alcohol, aparecieron referencias a la participación de miembros de la familia extensa y amigos, y en menor medida la iglesia evangélica y profesionales de la salud, que les han proporcionado algún tipo de ayuda en diferentes momentos, no sólo para hacer frente al problema de consumo sino también para sobrevivir en medio de la adversidad impuesta por la pobreza y sobre todo, para sobrevivir a la violencia.

En el cuadro VI se presenta una relación de las diferentes personas que han otorgado su apoyo a las entrevistadas en diferentes formas, en este sentido, destaca el predominio de la familia como principal fuente de apoyo social positivo, en contraste con una pobre participación institucional.

Cuadro VI. Fuentes de apoyo social positivo

Familiares	Profesionales/Instituciones	No familiares
Padre	Iglesia	Amigo
Hermanos (as)	Médico	Vecina
Suegro (a)	Psicóloga	Comadre
Hijos	Investigadora	Novio
Primos		
Sobrino		
Cuñada		
Nietos		

En los diferentes miembros de la familia las entrevistadas encuentran apoyo material o instrumental, en tanto que el apoyo emocional proviene con mayor frecuencia, de los amigos y vecinos. El relato de Araceli ejemplifica este tipo de apoyo:

“...yo ya me acostumbré con mi vecina, bueno... más que nada con M, este... diario nos vemos y vamos juntas a la secundaria a veces, y nos contamos de todo, no es igual con otras personas” (Araceli)

Flor por ejemplo, comentó que sus hermanos la han apoyado mucho para continuar sus estudios mandándole dinero, pero que no se interesan en escuchar los problemas ocasionados por el consumo de su padre, en su opinión la única persona que la escucha y la comprende es su novio y es a él a quién le cuenta sus preocupaciones y sus temores.

Una situación similar ocurre con Trinidad, quien recibe dinero de sus hijos, lo que le permite comprar lo elemental para vivir y cuidar de su salud cuando necesita ir al médico. Muchas veces sus hijos y sus hermanos le han ofrecido irse a vivir a la Ciudad de México o a otra comunidad, ella no se ha decidido a hacerlo, pero tampoco sus hijos han hecho lo necesario para convencerla y se conforman con preguntarle cómo van las cosas cuando llaman por teléfono. Sin embargo, Trinidad ha encontrado un gran consuelo en la religión evangélica, pues cuando acude a las reuniones se olvida de sus problemas y sus “hermanos” del templo le dicen que no se preocupe y la hacen reír. La iglesia católica en contraste el contrario, no figuró como parte de la red de apoyo social para este grupo de mujeres.

De igual forma, las entrevistadas prácticamente no mencionaron el centro de salud o a los médicos que ahí laboran como una fuente importante de apoyo por razones que se abordarán más

adelante, sin embargo, en el caso de Alejandra, la participación de una médica que realizó su servicio social en la comunidad fue determinante para que ella tomara la decisión de separarse de su primer esposo y dejar a sus hijos con él. La doctora siempre ofreció su ayuda en diferentes formas, Alejandra se sentía la confianza para acudir a ella “*por medicinas o cualquier cosa que quisiera*”, le sugirió que tomara anticonceptivos para no tener más hijos, la alentó a dejar a su esposo ofreciéndole trabajo en otra localidad y dándole consejos para que no perdiera contacto con sus hijos:

“Entonces la doctora me dice, si en una ocasión tú decides a dejar a ese señor y que te quieras ir de este pueblo, pues yo estoy un año aquí, pero me voy a ir, era de XX, te voy a dejar mi dirección y mi teléfono, si decides dejarlo, dice, tú vas y me buscas, yo te voy a apoyar, te voy a ayudar. Y sí, no tardó como medio año que se había ido la doctora, yo... [mi esposo] me pegaba mucho, me correteaba con el cuchillo y todo eso, y yo le dije mi papá, ¿sabes qué? me voy a ir, no soporto más, esto... yo trabajo para comer, yo trabajo para mantener a mis hijos él nomás llega a golpearme, ya no puedo más, y me dijo mi papá, está bien, porque ya había visto que yo había sufrido mucho... le digo, te dejo a mis niños, yo voy a ir a ver a la doctora, me dijo que ella me iba a ayudar, ella me va a ayudar, entonces mi papá me dijo, estoy muy arrepentido, dice, muy bien que me dijo tu hermano que todo lo que iba a pasar contigo yo era culpable y sí cierto, sí te apoyo, dice, te ayudo, ve a buscar a la señora que dices, pero no tardes más de un mes. Entonces lo que hice ir a buscar a la doctora, y la doctora a los quince días me dijo vete mija, ve por tus hijos, pero yo le dije yo quiero trabajar una semana más, porque yo trabajé con una de sus amigas. Y me dice pero es que es muy importante que vayas por tus hijos no sea que aquél señor borracho por hacerte la maldad te vaya a quitar tus hijos. Y sí, llegando a las tres semanas aquí, que mi papá también había salido a trabajar dejó a mi mamá solita, el señor este borracho como a media noche iba por los niños, y cuando yo llegué ya no estaban los niños” (Alejandra)

El testimonio de Alejandra muestra cómo a pesar de la buena voluntad de su padre y sus esfuerzos por ayudarla a salir de una situación de abuso, el apoyo que pudo proporcionar fue frágil en comparación con el poder que ejerció su esposo respaldado por su familia. La informante no pudo recuperar a sus hijos pero nunca perdió el contacto con ellos y ahora que son adultos mantiene una excelente relación con ellos.

No se encontraron otras referencias a la participación de los médicos o del personal del centro de salud en el resto de los casos, aparentemente, el tiempo que pasan en la comunidad no es suficiente para establecer relaciones significativas con los habitantes. Otras modalidades del

apoyo social positivo referidas por las mujeres entrevistadas se presentan en el cuadro VII. La clasificación corresponde a las categorías propuestas por Orford, Natera *et al.* (2005).

Cuadro VII. Modalidades del apoyo social positivo

Tipo de apoyo	Acción
Apoyo emocional	Escuchar a F Preguntar a F como está Orar con F Hacer reír a F Dios ayuda Dar consejos Hacer sentir bien a F Demostrar afecto a F
Apoyo instrumental	Recibir a F en su casa Invitar a F a vivir con ellos Dar dinero Ofrecer empleo Cuidar a los hijos de F Llevar a F al médico Contactar a F con médico o psicólogo
Respaldo a F frente al consumo	Hablar con U para convencerlo de que no tome Regañar a U Defender a F de las agresiones de U Llamar a la policía cuando U se pone violento
Actitud positiva hacia U	Buscar un lugar para internar a U Llevar a casa a U

El respaldo que familiares y amigos han proporcionado a las entrevistadas para tratar de que el usuario deje de beber, o para defenderlas de las agresiones también son formas de apoyo muy valoradas y frecuentes. Se encontraron numerosos relatos de situaciones en las que frente a la violencia del usuario han intervenido los padres, amigos, vecinos. Por ejemplo, los suegros de Natalia han ido varias veces a su casa a regañar a su hijo después de que la ha golpeado estando ebrio, le dicen que si ya no quiere estar con ella que mejor la deje pero que no la golpee. Esto ha hecho sentir a Natalia que puede contar con ellos y piensa pedirles que la próxima vez que su esposo se emborrache se lo lleven a su casa.

La suegra de Socorro también trató en diferentes ocasiones de defenderla de las agresiones de su esposo e incluso llegó a golpearlo sin obtener resultados:

“cuando él llegó me golpeó muy fuerte, y me pegó mucho y no sé qué, la verdad me golpeó mucho y le digo ¿por qué me pegas? entonces ya fue su mamá y sus hermanas... estaban ahí viendo, y le dijeron que no había yo hecho nada sino que yo acababa de tallar y ya apenas me iba yo [...] yo ya no me pude defenderme porque traía yo mi niña chiquita, la traía yo cargando, entonces intenté irme, quería yo ir a casa de mis primos, pero él me agarró y me llevó con todo y niña y me fue a tirar adentro de la casa, entonces su mamá se enojó, le dijo que por qué me golpeó, y así lo regañó, ella agarró un palo y le dio en la cabeza, estaba bien enojada con él ,yo estoy viendo que ella está trabajando’, pero él me seguía pegando”. (Socorro)

Además de defender a las mujeres con argumentos e incluso físicamente, otros familiares han tenido que solicitar la intervención de la policía, a veces los familiares y amigos reciben a las entrevistadas en sus casas hasta que el usuario se quede dormido, o si es necesario les ofrecen alojamiento durante días o semanas hasta que los problemas se van resolviendo o el usuario se calma. Una forma más en que los vecinos y amigos proporcionan su apoyo es dando información, ya sea sobre el lugar donde se encuentra el usuario, o llevándolo a casa si ya está muy ebrio.

En el análisis se observó que las diferentes manifestaciones del apoyo emocional (dar consejos, escuchar, etcétera) contribuyen a dar al familiar la sensación de tener un respaldo, alguien que se preocupa y está pendiente de sus necesidades, pero parece ser que las demostraciones físicas de afecto son poco usuales en las familias de esta comunidad, por ello, cuando provienen de una persona externa causan asombro pero son bien recibidas y apreciadas pues hacen sentir bien a quien las recibe como sucedió con Esther:

“hace poco que fui a una misa ahí, una de sus compañeras [una investigadora] que me abrazó, que me besó, bueno si hay otras personas que si te quieren y aquí las personas que están aquí cerca entre más [cerca] no te quieren, y yo digo ¿por qué será?, esa señorita me dio un beso, y como que me llegó, me dio gusto, no sé como sentí. Pero también estaba P y esta C [hijas], me vio, y dice, como habla en otomí, me dice que si me conocía, ¿te conoce esa señorita?, le digo no, ¿y entonces por qué te besó?, pues le digo quien sabe, pero me ayudó, me dio gusto, pero a ella se le hizo raro que me abrazara y me besara esa señora” (Esther).

No se encontraron más reportes sobre formas similares de interacción, sería interesante indagar de qué manera se expresa el afecto en esta población.

9.4.6. *¿Qué factores limitan el apoyo social?*

En el apartado anterior se hizo un recuento de quienes han prestado algún tipo de asistencia a las entrevistadas y las diferentes modalidades en que proporcionan su ayuda y las acompañan en los trances difíciles. En ese análisis se pudo apreciar que pese a los diferentes intentos de familiares y amigos, la ayuda que pueden aportar no siempre es efectiva, otras veces se encontraron reportes de personas que deliberadamente actúan en contra de las participantes, y se detectaron también ciertos factores que limitan la búsqueda y recepción de ayuda.

Algunas entrevistadas comentaron que al solicitar ayuda o buscar a alguien con quien hablar de sus problemas han encontrado actitudes negativas o incredulidad, como es el caso de Flor. Ella ha platicado con sus amigas acerca de los problemas que vive en su casa, en respuesta ha recibido burlas, piensa que sus amigas no le creen y le dicen que “*está loca*”, por eso prefiere guardarse sus problemas.

El temor a los chismes y habladurías es también un poderoso factor que limita la búsqueda de ayuda. Esther dijo que cuando tiene problemas “*aquí me estoy, me aguanto*” prefiere no platicar con nadie:

“¿Con quien [puedo hablar]? todo lo va a decir, lo que dice uno, dicen otras cosas” (Esther)

Ese mismo temor ha impedido que Rosa pueda aprovechar más el consuelo y consejos que le ofrece un amigo que aprecia mucho, ella piensa que si se deja ver con él con más frecuencia puede despertar sospechas en la comunidad y dar lugar a habladurías, por eso ha optado por alejarse de él.

La percepción de que los demás no se interesan en el usuario es otra razón por la que una persona puede preferir no pedir ayuda. Para Sonia, nuera de un bebedor, la indiferencia de sus cuñados hacia el usuario es parte del problema de consumo, ella considera que si sus hijos se lo llevaran un tiempo, se interesarán más en él o lo visitarán con frecuencia no bebería tanto. Esa actitud provoca que ella no encuentre la forma de decirles cómo se siente y cuáles son sus necesidades.

María no le ha contado a su familia que su esposo bebe en exceso y que la golpea porque tiene miedo de que la noticia afecte la salud de su madre:

“se enferma de cualquier cosita, no quiero causar problemas... no le quiero contar nada, se preocupa mucho... no me atrevo a decirle... es que no sé, sí he pensado en decirle, pero siempre le he dicho... bueno, a mi mamá siempre le he dicho que mí me tratan, que vivo bien, que no tengo problemas, que soy feliz” (María)

Además de preocuparse por la salud de su madre, ella piensa que su familia haría lo necesario para que se separe de su esposo y esto es algo que ella no desea. Algo similar sucedía con Alejandra, quien durante muchos años trató de esconder el maltrato que recibía por parte de su esposo para que su familia no tratara de alejarla de él:

“Pues yo no veía ni a quién se lo dijera, porque yo he sido de las personas que si yo cometí este error, es que yo solita lo voy a vivir, lo voy a sufrir, no le voy a contar ni a mi mamá ni a mis hermanos ¿sabes qué? Defiéndeme. Si lo hago es que me van a separa de él.” (Alejandra)

En relación al centro de salud, muchas de ellas se abstienen de pedir ayuda por temor a que otras personas se enteren de sus conflictos y malestares. Cuando se le preguntó a Natalia si había pedido ayuda en el centro de salud respondió que no:

“Es que la enfermera divulga todo. Si alguien salió enfermo o tiene cáncer, ya, todo mundo lo sabe. Pero como mucha gente sabe cómo es pues no quiere venir. Le decimos al doctor, pero como quiera, ahí lo ponen en el ese donde anota, qué enfermedad tiene o qué, y ya sabe por el nombre. Porque a mí no me parece porque la enfermera es la que registra todo. Se da cuenta [...] Y a mí como me ha tocado dos veces ese mismo doctor yo le dije, le dije es que cuando está esa enfermera yo no puedo, le digo. ¿Qué tal si en el papanicolao me hace algo adentro?.” (Natalia)

Como se puede apreciar, hay una gran desconfianza hacia el personal que ahí labora, lo cual no es sorprendente en virtud del clima de suspicacia que se vive en esta comunidad. Algunos han optado por acudir al centro de salud de una comunidad vecina donde la enfermera “*es muy discreta*”, pero en ocasiones se les niegan el servicio y se les indica que deben acudir al centro de salud de su comunidad.

Una variante más de las razones por las que el apoyo social es limitado o ineficiente, está relacionada con las expectativas de los familiares o amigos en relación a la conducta del usuario o de su familia, cuando éstas no se cumplen, los integrantes de la red de apoyo retiran su ayuda o la condicionan. Un ejemplo de ello fue relatado por Trinidad, comentó que a petición suya, sus primos han hablado en varias ocasiones con su esposo para que deje de beber y de ser agresivo

con ella pero “*ya les fastidia porque no pone de su parte*” y la última vez se negaron a hablar con él.

Los hermanos de Alejandra intentaron varias veces de ayudarla proporcionándole los medios para que ella dejara a su segundo esposo en Estados Unidos y regresara a México, le ofrecieron trabajo y dinero, pero cuando llegó a la comunidad estas promesas no se cumplieron. Sus primos, que vieron de cerca el maltrato que recibía de su esposo mientras vivieron en Estados Unidos también retiraron su apoyo debido a que no percibían cambios en la relación de pareja:

“Vivíamos con unos primos, y llegó una ocasión en que nos quedamos solos ¿por qué? porque mis primos se fueron. Me dice ,usted ya no puede continuar así prima, dice, porque en primer lugar no podemos seguir aguantando viéndote que estás moreteada de los ojos, estás maltratada, toda golpeada y tú, dice, como si nada, al primer día que te golpean sí estás llorando, estas diciendo que lo odias, que ya no lo quieres ver, pero al día siguiente, ya mamita, mi amor, mi vida y todo eso. No, eso no es posible que estés así’. Se fueron todos mis primos” (Alejandra).

Se encontró también que hay personas que deliberadamente actúan como apoyos negativos, es decir, que su participación no es benéfica para el familiar ya sea porque éste siente que no ha sido de ayuda, porque no se interesan en el problema, porque tienen una visión diferente del problema, porque ocasionan más conflictos al familiar o bien porque simplemente no han recibido la ayuda que esperaban (Natera, Mora, Tiburcio, 1998).

En algunos de los casos estudiados, los miembros de la familia política a veces contribuyen a agravar los problemas. Varias entrevistadas refirieron que en ocasiones son los suegros y las cuñadas quienes alientan al usuario a beber, a comportarse de manera violenta o bien prefieren pasar por alto las situaciones en que podrían ser de ayuda. Sobre este último aspecto, María dijo que su suegra y cuñadas se han dado cuenta de que su esposo la golpea:

“Sí, si se dan cuenta no le llaman la atención, ni le dicen ¿por qué le pegas?, al contrario como que ellos se alegran... una vez escuché que estaban platicando y dicen ,qué bueno’, le decían...” (María)

En el caso de Alejandra, a veces eran sus suegros quienes aconsejaban al usuario para que fuera hostil con ella y lo alentaron a tener una segunda mujer pues nunca estuvieron de acuerdo con su relación. Aún en el periodo en que el consumo de alcohol era más severo, los padres del usuario no participaban en los esfuerzos de Alejandra: “*su familia no me ayudaba mucho, ellos al*

contrario lo que yo hacía me lo descomponían, llegaba allá y ya empezaba a oírlos”. En ambos ejemplos, la antipatía que la familia política siente por las entrevistadas era más fuerte que el deseo de hacer algo por ayudar al usuario.

La información analizada en esta sección abre una ventana a las dificultades que viven las mujeres entrevistadas en relación con el consumo de alcohol de sus familiares, dificultades que se agravan ante la ausencia de instancias formales y la precariedad del apoyo informal disponible. Los datos respecto al tipo de ayuda que los familiares esperan recibir, de quién, cuándo y cómo debe proveerse esa ayuda, son invaluable para elaborar recomendaciones sobre las adaptaciones que se requiere efectuar al modelo de intervención con el objeto de optimizarla, como parte de esas transformaciones necesarias se hicieron ajustes a los instrumentos de evaluación y al material psico-didáctico como se describe en las páginas subsecuentes.

9.5. ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS

La redacción y fraseo de los reactivos e instrucciones se adaptó al contexto indígena mediante laboratorios cognitivos con el objeto de favorecer la comprensión y mejorar la calidad de la información. La versión final de los instrumentos se presenta en el anexo 3 y en el anexo 8 se muestra una tabla en la que se compara la versión original de cada instrumento con la nueva redacción. En la nueva versión se modificaron las instrucciones para facilitar la comprensión de las opciones de respuesta, en la nueva versión se debe hacer un procedimiento en dos pasos: primero se debe preguntar si la situación que plantea un reactivo (por ejemplo, sentirse nerviosa) le ha sucedido durante los últimos tres meses o no, y en caso de que la respuesta sea positiva, se indaga la frecuencia con la que la situación se ha presentado (i. e. “*a veces*” o “*muy seguido*”).

En el CQ se modificó la redacción de 26 de las 30 preguntas, los reactivos que no sufrieron modificaciones son el 3, 4, 9 y 26. La redacción de las preguntas del SRT se ajustó para su aplicación por medio de entrevista, por esta razón, prácticamente todos los reactivos sufrieron cambios. En cuanto al CES-D, se hicieron transformaciones en 9 reactivos y 11 conservaron su redacción original.

A través de este método se lograron versiones de comprensión más fácil ya que se retomaron términos de uso común entre la población de estudio, en consecuencia, se redujo el tiempo de aplicación de los tres cuestionarios. Como se describió en la sección correspondiente al método, la adaptación de los instrumentos se realizó a través de la técnica conocida como laboratorio cognitivo en su modalidad individual, concurrente y por escrutinio. El empleo de dicha técnica fue muy útil para recuperar la información referente a las áreas que explora cada instrumento, explorar la pertinencia de los términos empleados e identificar alternativas para facilitar la comprensión de cada reactivo.

Los laboratorios cognitivos fueron también muy útiles para identificar formas de enfrentar inusuales en este contexto cultural, por ejemplo, el hecho de buscar bebidas alcohólicas entre las pertenencias de los usuarios o no atenderlos cuando están intoxicados. Se detectó también una gran sensibilidad, que a veces rayaba en la renuencia, para hablar sobre la ideación suicida, por lo que es necesario hacer una introducción especial antes de plantear las preguntas que exploran esta área.

9.6. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Las características sociodemográficas de las mujeres que participaron en esta parte del estudio se presentan en el cuadro VIII. Más de la mitad de las entrevistadas (65.8%) se encontraba entre los 26 y 45 años de edad; ($X=35.2$, $SD=10.05$) el 81.4% vivía en pareja, ya sea casadas o en unión libre. Sólo el 5.5% dijo no haber recibido ningún tipo de educación formal, el 29.5% contaba con estudios de primaria completa y 26% concluyó la secundaria. El 7.5% informó haber alcanzado estudios universitarios, cabe señalar que este grupo está integrado por las participantes más jóvenes quienes han tenido más oportunidades de acceder a la educación en comparación con las mujeres de generaciones anteriores. La actividad principal es el cuidado del hogar (69.9%) seguida del comercio (11%). El 78.5% de las entrevistadas refirió convivir cercanamente con una persona que bebe en exceso, el 55.3% dijo ser esposa, 18% hija y 8.6% madre de un usuario de alcohol.

Cuadro VIII. Características sociodemográficas de la muestra

	(n= 191)	
<i>Edad</i>	f	%
15-25	33	17.2
26-30	32	16.7
31-35	35	18.3
36-40	35	18.3
41-45	24	12.5
46-50	13	6.8
51-55	8	4.1
56-60	5	2.6
61 y más	2	1.0
<i>Estado Civil</i>	(n= 145)	
Casada	52	35.9
Unión libre	66	45.5
Separada	5	3.4
Divorciada	1	0.7
Viuda	2	1.4
Soltera	19	13.1
<i>Escolaridad</i>	(n= 146)	
Ninguna	8	5.5
Sabe leer y escribir	5	3.4
Primaria incompleta	20	13.7
Primaria	43	29.5
Secundaria incompleta	6	4.1
Secundaria	38	26.0
Carrera técnica	6	4.1
Bachillerato	9	6.2
Universidad	11	7.5

<i>Ocupación</i>	f	%
Hogar	102	69.9
Comerciante	16	11.0
Albañil	1	0.7
Educadora	7	4.8
Otro	16	11.0
Campo	4	2.7
<i>Parentesco con el usuario</i>		
Esposa	83	55.3
Madre	13	8.6
Hija	27	18.0
Hermana	8	5.3
Cuñada	2	1.3
Prima	4	2.7
Sobrina	1	0.7
Nieta	1	0.7
Vecina	3	2.0
Nuera	3	2.0
Tía	4	2.7
Abuela	1	0.7

Cuestionario de enfrentamientos (CQ). El análisis de frecuencias permitió detectar las acciones más comunes para enfrentar el consumo de un familiar en esta población. El reactivo con mayor porcentaje en la categoría de respuesta “*muy seguido*”, fue “*le ha rogado que deje de tomar*” (45.3%), en segundo lugar se encuentran los intentos por aclarar que la forma de consumir del usuario le molesta al familiar (43.3%), en tercer lugar “*ponerse triste o enojado*” con el usuario (39.6%), “*sentirse desesperada*” (39.3%) en la cuarta posición y finalmente “*preferir dejarlo solo*” (33.6%) (cuadro IX).

Cuadro IX. Frecuencia de respuestas al Cuestionario de Enfrentamientos (n=150)

Durante los últimos tres meses usted...	Nunca %	1 o 2 veces %	Algunas veces %	Muy seguido %
1. Se ha negado a darle dinero	44.0	17.3	23.3	15.3
2. Ha dado más importancia a otras personas	46.4	13.9	24.5	15.2
3. Lo ha cuidado o apoyado	33.8	16.6	35.8	13.9
4. Le ha dado dinero que gastará en bebida*	61.3	13.3	17.3	8.0
5. Se ha sentado con él	27.5	18.8	30.2	23.5
6. Ha comenzado a pelearse con él	26.0	12.0	34.0	28.0
7. Le ha rogado que deje de tomar	18.7	10.0	26.0	45.3
8. Ha preferido dejarlo solo	33.6	12.8	20.1	33.6
9. Ha aclarado que su forma de tomar molesta	14.7	14.0	28.0	43.3
10. Se siente asustada y no puede hacer nada	31.3	11.3	26.7	30.7
11. Ha creado reglas	43.6	15.4	18.1	22.8
12. Ha buscado nuevas actividades	35.6	10.1	22.8	31.5
13. Tratado de convencerlo que jure	38.0	16.0	25.3	20.7
14. Se ha sentido desesperada	21.3	5.3	34.0	39.3
15. Trata de no estar con él	28.9	19.5	27.5	24.2
16. Se ha puesto triste o enojado	15.4	5.4	39.6	39.6
17. Ha vigilado todo lo que hace	52.4	14.3	21.8	11.6
18. Se ocupa de sus cosas	48.0	10.1	20.3	21.6
19. No va a consentir su consumo	31.8	13.5	23.0	31.8
20. Ha amenazado y no va a cumplir	44.9	14.3	23.8	17.0
21. Le ha dicho qué espera de él	34.0	7.5	30.6	27.9
22. Lo ha defendido o apoyado	50.0	9.5	23.6	16.9
23. Se ha dado por vencido	36.7	7.5	30.6	25.2
24. Ha aceptado el consumo**	32.2	10.1	27.5	30.2
25. “Tomas porque no me quieres”	53.0	12.1	16.8	18.1
26. Ha hablado con él para ayudarlo	39.6	6.0	33.6	20.8
27. Lo disculpa frente a otros	68.5	7.4	17.4	6.7
28. Si encuentra vino lo tira sin avisar	60.1	15.5	15.5	8.8
29. Prefiere darse sus gustos	38.5	18.2	25.0	18.2
30. Ha tratado de disimular que no pasa nada*	38.3	14.1	26.2	21.5

*Reactivo con peso inferior a .30 en los tres factores

**Reactivo sin poder de discriminación entre grupos extremos

Las formas de enfrentar que reportaron no haber empleado fueron: deshacerse de las bebidas del usuario sin avisarle (60.1%), acusar al usuario de no amar a su familia (53%), vigilarlo constantemente (52.4%), ocuparse de sus propias cosas como si el usuario no estuviera (48%) y hacer amenazas que no se van a cumplir (44.9%).

Con base el poder de discriminación de grupos extremos se eliminó el reactivo número 24 *“ha aceptado el consumo como una parte de la vida que no se puede cambiar”*; en los 29 reactivos restantes se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos contrastados y se incluyeron en un análisis factorial de componentes principales que inicialmente originó ocho factores. Sin embargo, esta primera solución no era interpretable ya que se obtuvieron factores conformados por 1, 2 y 3 reactivos. La mejor solución se obtuvo al forzar una estructura de tres factores que explicaron 41.6% de la varianza (23.6%, 10.5% y 7.4% respectivamente) (ver cuadro X). El primero de ellos integra 11 reactivos relacionados con formas de enfrentar de control, tolerancia, asertividad y apoyo al usuario y que en conjunto tienen una confiabilidad de .8147. Debido a la combinación de acciones que se encontró el factor se nombró *“involucramiento asertivo”*.

El segundo factor agrupa 12 reactivos que hacen referencia a reacciones de tipo emocional (enojo, tristeza), de evitación (dejarlo solo) e inacción (darse por vencido), por lo que se denominó *“involucramiento emocional”*, tuvo una confiabilidad de .8411. Finalmente, el tercer factor consta de cuatro reactivos que refieren acciones de *“búsqueda de independencia”* con una confiabilidad de .6689.

Los reactivos 4 (*“le ha dado dinero sabiendo que lo gastará en bebida”*) y 30 (*“Ha tratado de disimular que no pasa nada”*) no cargaron en ningún factor. El valor del coeficiente alpha de Cronbach para la escala global de 27 reactivos fue de .8707.

Cuadro X. Estructura factorial y consistencia interna del Cuestionario de Enfrentamientos en población indígena

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
3. Lo ha cuidado o apoyado	.42872	.08133	-.03237
5. Se ha sentado con él	.62269	-.14145	.04396
9. Ha aclarado que su forma de tomar molesta	.45088	.36732	-.02960
11. Ha creado reglas	.61126	.28022	-.03959
17. Ha vigilado todo lo que hace	.39338	.22696	.04487
19. No va a consentir su consumo	.35619	.21503	.30062
21. Le ha dicho qué espera de él	.76463	-.00980	.19455
22. Lo ha defendido o apoyado	.58888	-.08341	-.07133
25. "Tomas porque no me quieres"	.44229	.18981	.28294
26. Ha hablado con él para ayudarlo	.68976	-.05341	.13710
27. Lo disculpa frente a otros	.47710	-.02908	.02190
Media del peso factorial	.52961	.09486	.07755
1. Se ha negado a darle dinero	.29316	.35900	.04154
6. Ha comenzado a pelearse con él	.04523	.68139	-.04672
7. Le ha rogado que deje de tomar	.28121	.49435	-.08983
8. Ha preferido dejarlo solo	-.37194	.69289	.21026
10. Se siente asustada y no puede hacer nada	-.12671	.70219	-.05159
13. Tratado de convencerlo que jure	.38223	.52323	.00649
14. Se ha sentido desesperada	.09265	.70453	-.09741
15. Trata de no estar con él	-.22690	.68687	.24337
16. Se ha puesto triste o enojado	.07749	.63309	-.01469
20. Ha amenazado y no va a cumplir	.38311	.48511	-.05155
23. Se ha dado por vencido	-.41049	.51964	.27012
28. Si encuentra vino lo tira sin avisar	.24354	.47516	-.06138
Media del peso factorial	.05521	.57978	.02988
2. Ha dado más importancia a otras personas	-.16520	-.08063	.72627
12. Ha buscado nuevas actividades	.30274	-.05190	.53924
18. Se ocupa de sus cosas	-.14872	.10890	.74538
29. Prefiere darse sus gustos	.24493	-.24493	.74366
Media del peso factorial	.05843	-.06714	.68863
Alpha de Cronbach = .8707	.8147	.8411	.6689

Escala de Síntomas (SRT). A partir del análisis de frecuencias se puede observar que los síntomas más comúnmente experimentados por las mujeres fueron *sentirse preocupada* (33.2%), *sentirse cansada o sin energía* (19.7%), *sentirse nerviosa* (19.1%), *sentir que se enoja de todo* (17.6%) y los *dolores musculares* (16.6%) (ver cuadro XI).

**Cuadro XI. Frecuencia de respuestas al SRT
(n=185)**

DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES SE HA SENTIDO...	Nunca %	Algunas veces %	Muy seguido %
1. Mareada	43.6	45.2	11.2
2. Cansada o sin energía	23.9	56.4	19.7
3. Nerviosa	28.7	52.1	19.1
4. Con presión en la cabeza	36.7	51.6	11.7
5. Con temores o miedos	45.7	41.0	13.3
6. Pocas ganas de comer*	56.4	34.6	9.0
7. Su corazón late muy rápido o muy fuerte	59.0	35.1	5.9
8. Sin esperanzas	50.0	41.0	9.0
9. Se asusta fácilmente	33.9	46.8	13.3
10. Le ha costado acordarse de las cosas	43.1	42.0	14.9
11. Que le falta el aire	62.8	30.9	6.4
12. Culpable de haber hecho algo	68.1	25.5	6.4
13. Preocupada	4.8	61.5	33.2
14. Dolores musculares	36.9	46.5	16.6
15. Que la gente la hace menos	54.0	34.2	11.8
16. Que le tiembla el cuerpo	58.8	35.8	5.3
17. Le cuesta trabajo pensar	38.5	51.9	9.6
18. No vale nada y nada le sale bien	57.2	38.0	4.8
19. Como si tuviera mucha cuerda	47.1	38.0	15.0
20. Que es menos que otras personas	62.0	31.0	7.0
21. Hormigueo en partes de su cuerpo	50.8	42.2	7.0
22. Que se enoja de todo	28.9	53.5	17.6
23. Piensa todo el tiempo en lo mismo	45.5	44.4	10.2
24. Que no tiene ganas de hacer nada	44.6	48.4	7.0
25. No esta contenta con nada	37.4	51.9	10.7
26. Mucho miedo y ganas de salir corriendo	77.0	21.4	1.6
27. Desguanzada o con el cuerpo caído	42.8	49.7	7.5
28. Le cuesta trabajo poner atención	48.1	47.1	4.8
29. Ha tratado de dormir y no puede	46.0	42.8	11.2
30. Se ha despertado y no puede dormirse	46.0	42.2	11.8

*Reactivo con peso factorial inferior a .30 en ambos factores

Los síntomas menos frecuentes fueron: *Sentir mucho miedo y ganas de salir corriendo* (77%), *sentirse culpable de haber hecho algo* (68.1%), *sentir que le falta el aire* (62.8%), *sentir que es menos que otras personas* (62%) y *sentir que le tiembla el cuerpo* (58.8%).

El 100% de los reactivos discriminó de manera adecuada los grupos extremos por lo que los análisis posteriores se corrieron con la escala completa. En el análisis factorial se obtuvieron dos factores que explican el 32.5% de la varianza total (26.3% y 6.2% respectivamente).

El primero de estos factores está integrado por 17 reactivos que exploran la salud física; el nivel de confiabilidad de esta sub-escala es de .8557. El segundo factor consta de 12 ítems que indagan aspectos de tipo psicológico y en conjunto obtuvieron una confiabilidad de .8222 (ver cuadro XII).

Cuadro XII. Estructura factorial y consistencia interna del SRT en población indígena

	Factor 1	Factor 2
1. Mareado	.56064	-.02655
2. Cansado o sin energía	.53685	.01098
4. Presión en la cabeza	.40750	-.15019
7. Su corazón late muy rápido o muy fuerte	.42747	-.27799
10. Le ha costado trabajo acordarse de las cosas	.38311	-.14823
11. Que le falta el aire	.35516	-.29055
13. Preocupado	.51254	-.07485
14. Dolores musculares	.54835	-.00964
16. Que le tiembla el cuerpo	.33862	-.27833
19. Como si tuviera mucha cuerda	.41789	-.16031
21. Hormigueo en algunas partes de su cuerpo	.58550	.00322
22. Que se enoja de todo	.34236	-.19431
23. He pensado todo el tiempo en lo mismo	.45611	-.16222
24. Que no tiene ganas de hacer nada	.44213	-.11145
27. Desguanzada o con el cuerpo caído	.57259	-.02352
29. Ha tratado de dormir y no puede	.81485	.36314
30. Se ha despertado y no puede dormirse	.80598	.22918
Media del peso factorial	.50045	-.07656
3. Nervioso	.28483	-.33766
5. Temores o miedos	-.00878	-.72763
8. Sin esperanzas	.21659	-.41910
9. Se asusta fácilmente	.30775	-.35401
12. Culpable de haber hecho algo	.11427	-.45088
15. Que la gente lo hace menos	.07902	-.58629
17. Le cuesta trabajo pensar	-.10141	-.55660
18. No vale nada y nada le sale bien	-.02129	.66932
20. Que es menos que otras personas	-.10750	-.73019
25. No esta contenta con nada	.33183	-.42040
26. Mucho miedo y ganas de salir corriendo	.20754	-.44087
28. Le cuesta trabajo poner atención	.09644	-.37785
Media del peso factorial	.11660	-.39434
Alpha de Cronbach = .9012	.8557	.8222

El reactivo número 6 “*ha sentido pocas ganas de comer*” no cargó en ninguno de los dos factores; es interesante resaltar que este síntoma fue experimentado “*algunas veces*” por el 34.6% de la muestra, sin embargo, al plantear esta pregunta muchas mujeres mencionaban que “*raras veces*” perdían el apetito a consecuencia de una preocupación: “*hasta eso, siempre como bien*”. La confiabilidad de la escala de 29 reactivos fue de .9012 y la media total 19.4 (SD=9.7).

Escala de Depresión (CES-D). El cuadro XIII presenta la presencia (experimentar el síntoma durante la semana previa a la aplicación sin importar el número de días que se presentó) y persistencia (padecer el síntoma de 5 a 7 días) para cada reactivo. Los reactivos con mayor porcentaje de presencia fueron: “*no durmió bien*” (48.3%), “*dificultad para poner atención*” (47.2%), “*estuvo contenta*” (46.7%), “*se sintió triste*” (45%) y “*se sintió deprimida*” (44%).

**Cuadro XIII. Presencia y persistencia de síntomas CES-D
(n=182)**

	Media	Presencia	Persistencia
1. Molestaron cosas que gen. no le molestan	.73	42.3	7.1
2. No sintió ganas de comer o poca hambre	.68	36.2	7.1
3. No podía dejar de estar triste	.80	29.8	13.8
4. Era tan buena gente como los demás	1.16	55.3	22.7
5. Dificultad para poner atención	.80	47.2	6.0
6. Se sintió deprimida	1.04	44.0	14.3
7. Le costó trabajo hacer sus actividades	.92	40.6	12.6
8. Sintió que las cosas pueden ir mejor*	1.27	65.3	15.9
9. Pensó que su vida no sirve para nada	.63	28.1	9.4
10. Sintió miedo	.73	39.5	7.2
11. No durmió bien	1.02	48.3	11.7
12. Estuvo contenta	1.18	63.4	16.7
13. Habló menos de lo normal	.72	33.3	8.3
14. Se sintió sola	1.03	39.5	16.1
15. Sintió que la gente no era amable	.71	31.7	9.4
16. Disfrutó de la vida	1.20	57.7	19.4
17. Pasó ratos llorando	.67	36.7	6.1
18. Se sintió triste	1.04	45.0	13.9
19. Sintió que no le caía bien a la gente	.82	30.0	13.9
20. Sintió que no podía seguir adelante	.61	27.2	8.3

*Reactivo con pesos factoriales inferiores a .30 en los tres factores

Por otra parte, los reactivos con mayor porcentaje en cuanto a la persistencia fueron: “disfrutó de la vida” (42.2%), y “estuvo contenta” (36.7%) (ambos recodificados en orden inverso), seguidos de “se sintió sola” (16.1%), “se sintió deprimida” (14.3%), “se sintió triste” y “sintió que no le caía bien a la gente” (ambos con 13.9%).

El reactivo número 8 (*sintió que las cosas pueden ir mejor*) no se incluyó en el análisis factorial ya que no discriminó entre los grupos extremos. Los 19 reactivos restantes tuvieron una consistencia interna de .9105 y el puntaje promedio grupal fue de 16.4.

A continuación se integraron tres factores por medio del análisis factorial, los cuales explican el 56.9% de la varianza total (42.4%, 8.6% y 5.9% respectivamente). El factor 1 está compuesto por 11 reactivos que en conjunto tuvieron una confiabilidad de .9031, para efectos del presente trabajo, este factor se denominará *Afecto Negativo*, (ver cuadro XIV).

Cuadro XIV. Estructura factorial y consistencia interna del CES-D en población indígena

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
2. No sintió ganas de comer o poca hambre	.58454	-.14072	-.02482
3. No podía dejar de estar triste	.81064	-.01323	-.06019
5. Dificultad para poner atención	.36918	-.28688	-.10959
6. Se sintió deprimida	.51169	-.23173	.29464
7. Le costó trabajo hacer sus actividades	.46184	-.38948	-.13144
10. Sintió miedo	.49644	-.10812	.34894
11. No durmió bien	.64174	.05171	.32518
13. Habló menos de lo normal	.84298	.04294	-.28627
14. Se sintió sola	.56007	-.23502	.19204
17. Pasó ratos llorando	.80018	.04389	.02496
18. Se sintió triste	.79652	.06403	.16806
Media del peso factorial	.62507	-.10932	.06741
1. Molestaron cosas que generalmente no molestan	.33903	-.38998	.01794
9. Pensó que su vida no sirve para nada	.02878	-.56879	.13762
15. Sintió que la gente no era amable	-.07991	-.87251	-.15379
19. Sintió que no le caía bien a la gente	-.10951	-.86966	.00385
20. Sintió que no podía seguir adelante	.18082	-.53509	.15684
Media del peso factorial	.07184	-.64720	.03249
4. Era tan buena gente como otros	-.17662	.04002	.77651
12. Estuvo contenta	.39132	-.00369	.46987
16. Disfrutó de la vida	.24505	-.15220	.64045
Media del peso factorial	.15325	-.03862	.62894
Alpha de Cronbach: .9105	.9031	.7581	.6051

El factor 2 consta de cinco reactivos que exploran las *Relaciones Interpersonales* su confiabilidad es de .7581. La estructura del tercer factor, conformado únicamente por tres

reactivos, comprende síntomas relacionados con el *Afecto Positivo*, la confiabilidad de estos tres reactivos es de .6051.

Para establecer la proporción de posibles casos de depresión se usó como punto de corte el valor de la media grupal ($X=16.4$) más una desviación estándar ($SD=12$). Con base en este criterio, se encontró que el 17.4% de las mujeres califican como posibles casos de depresión.

9.6. ADAPTACIÓN DEL MATERIAL PSICODIDÁCTICO

La información generada a través de los laboratorios cognitivos se analizó de manera independiente para cada imagen, ejemplos de las matrices que se emplearon para la clasificación de las respuestas se presentan en el anexo 9. En cuanto a la valoración de las consecuencias de cada forma de enfrentar, el uso de conceptos como “resultados buenos” y “resultados malos” se deriva también de las observaciones realizadas en las dos primeras entrevistas, ya que los conceptos originales de “ventajas” y “desventajas” que se emplearon con población urbana no son comprensibles para esta población.

Enfrentamiento emocional. Como se mencionó antes, la primera entrevista individual y la primera grupal se realizaron empleando un dibujo donde se muestra a dos hombres discutiendo, ésta lámina causó confusión a la persona que se entrevistó de manera individual y no pudo armar un discurso coherente respecto a lo que ocurre en el dibujo, pero no fue un problema en la entrevista grupal.



Imagen 1



Imagen 2

Tanto en las entrevistas individuales como en las grupales se encontró información que coincide con la definición conceptual del mecanismo emocional de enfrentamiento, por ejemplo, las referencias al enojo, la preocupación y la discusión (ver cuadro XV)

Cuadro XV. Comparación del laboratorio cognitivo con la definición conceptual del mecanismo emocional

Definición conceptual	Laboratorios cognitivos
<p>Es la expresión de las emociones de una manera directa y frontal del familiar, dirigidas al usuario. Por ejemplo, iniciar discusiones con él sobre su consumo de alcohol y/o drogas, amenazar, el llanto, la súplica, la acusación, etc.. Implica una pérdida de control emocional del familiar, éste actúa impulsivamente y a menudo recurre a las agresiones físicas y verbales, por ejemplo: golpear, gritar o retar al usuario. Es común dirigir o expresar amenazas que el familiar no pretende cumplir. Acusar al usuario de no amar al familiar o de decepcionarlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Están discutiendo sus problemas, ella está molesta y él también.</i> • <i>No hay un acuerdo feliz, se presenta la preocupación de la señora pues se siente mal, yo creo que están discutiendo ¿no?</i> • <i>Está conversando, están platicando, dialogando. Está como de caras de que están enojados los dos</i> • <i>Están discutiendo me imagino o algo así, yo creo que se la pasan discutiendo porque está tomado el señor</i> • <i>Me imagino que ahí le está llamando la atención de que no tome, le está platicando, ella está enojada, pide que el marido deje de tomar</i>

Los conceptos clave en los que hubo mayor consenso en las respuestas individuales y grupales en conjunto (n=10) fueron enojo o molestia (6 menciones) y discusión (5 menciones).

En cuanto a la identificación de consecuencias relacionadas a esta forma de enfrentar y la valoración de las mismas, las entrevistadas mencionaron como “resultados buenos” la posibilidad de que el usuario recapacite y deje de consumir (3 menciones) en tanto que 2 mujeres coincidieron en señalar que esta forma de enfrentar no puede tener resultados buenos.

Por otra parte, los “resultados malos” más frecuentemente identificados fueron, la posibilidad de que el usuario también se enoje y golpee al familiar, la separación de la pareja, y que la mujer se enferme de los nervios. Los títulos que sugieren para este dibujo se presentan en el cuadro XVI.

Cuadro XVI. Títulos para el dibujo del enfrentamiento emocional

Imagen No. 1	
Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
<p>“El señor que sufre” “El señor rabioso” “El señor enojado”</p>	<p>“Un señor sin escrúpulos y sin educación”</p>
Imagen No. 2	
Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
<p>“La señora que orienta a su esposo” “La pareja que no se entiende”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “María la enojona”, porque así se ve en el dibujo con la cara así muy enojada • “El primer paso del problema” porque es cuando inicia • “La pareja sin comunicación”

Enfrentamiento Tolerante. Considerando las entrevistas grupales e individuales en conjunto (n=10) destacan las referencias a emociones como la preocupación y desesperación (5 menciones), el conformismo o la aceptación de actuar en contra de la propia voluntad (4 menciones) y el miedo a ser golpeada (4 menciones). Otras frases denotan interés por proteger al usuario de las consecuencias del consumo o incluso el deseo de evitar el consumo (Cuadro XVII).



Imagen de enfrentamiento tolerante

Las entrevistadas mencionaron dos tipos de “resultados buenos” de la tolerancia, el que mencionaron con más frecuencia (4 veces) fue la disminución de la preocupación y el miedo, dándole la razón al marido y acceder a sus exigencias, seguido de evitar ser golpeada (3 menciones). En tres ocasiones se mencionó que esta forma de actuar no tiene nada bueno. Los “resultados malos” por otra parte, incluyen que el usuario no entienda o se “encape más” (3 menciones) la violencia (3 menciones), efectos negativos en la salud de la familiar (1) y sentimientos de tristeza (1).

Cuadro XVII. Comparación del laboratorio cognitivo con la definición conceptual del mecanismo emocional

Definición conceptual	Información del laboratorio cognitivo
<p>Se caracteriza por una serie de actitudes y acciones de tolerancia o aceptación por parte del familiar, que protegen al usuario de las consecuencias negativas de su consumo de alcohol y drogas. Con estas acciones y actitudes el familiar tiende a disculpar y a encubrir la conducta del usuario. Trata de que las cosas se vean normales, fingiendo que todo está bien cuando no es así, negando la existencia del problema. Algunas de las acciones más comunes de tolerancia del familiar consisten en darle dinero al usuario sabiendo que lo gastará en alcohol o droga, atenderlo y cuidarlo cuando está bajo los efectos de la droga o sustancia. También se incluyen las acciones de autosacrificio por ejemplo, beber o tomar drogas con el usuario o bien asumir sus responsabilidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le está llevando algo bueno a su marido, es un jugo o una malteada, ella lo valoriza por no querer que le pase nada, o sea, se preocupa por su salud</i> • <i>Que lleva un vaso como de refresco, a lo mejor es vino y se lo lleva a su esposo porque se lo exige</i> • <i>Ahí le está llevando agua fresca pa que ya no tome</i> • <i>Es para él, se lo está llevando, aunque puede ser que ella ya haga lo mismo, ya le contagio el vicio a los dos, ahora ya no solo el señor si no que también a ella ya le gustó... o ya aceptó, quiere decir que la señora es conformista, ya no hay remedio, dice acepto la vida que me están dando, tons ya le lleva lo que le está pidiendo, digo yo</i> • <i>Pero esto es alcohol o... pues sí ¿no? me imagino. Pues ahí la veo como enojada, desesperada, como que quisiera no dedicarse al marido, como que tiene miedo de que se le, de que le peguen ¿no? Por la borrachera de él</i>

Al revisar las sugerencias que las entrevistadas proporcionaron para titular esta imagen (cuadro XVIII) llama la atención que a pesar de que la descripción de esta forma de enfrentar hace alusión a emociones negativas y las consecuencias pueden ser adversas, algunas mujeres consideraron que esta es una forma adecuada de comportarse frente al consumo del esposo.

Cuadro XVIII. Títulos para la imagen del enfrentamiento tolerante

Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
<ul style="list-style-type: none"> • “La señora sufrida” • “La mujer buena y comprensiva” • “La señora miedosa” porque por miedo yo creo que por eso va rápido y lo atiende 	<ul style="list-style-type: none"> • “Una señora cumplida” ¿qué otro nombre le puedo poner? Es una señora responsable, se hace responsable de su familia y de su esposo • “Está desesperada” • Como que va de prisa, desesperada de llegar ráp... ¡“María la desesperada”! • “Rosa con problemas” • “La señora aguantadora”

Enfrentamiento de evitación. En el caso de esta forma de enfrentar también se usaron dos imágenes distintas. En las primeras entrevistas, el dibujo mostraba un hombre corriendo y fue sustituido por el dibujo de una mujer corriendo.



Imagen 1



Imagen 2

Los conceptos más frecuentemente relacionados con estas imágenes (3 menciones cada uno) fueron: a) escapar/huir del problema, b) desesperación y c) coraje/enojo/estar alterada. En una ocasión se encontró también la palabra “asustada” (Ver cuadro XIX).

Cuadro XIX. Comparación del laboratorio cognitivo con la definición conceptual del mecanismo de evitación

Definición conceptual	Información del laboratorio cognitivo
<p>Se refiere a las acciones, deseos o intenciones del familiar, que tienden a establecer distancia física y emocional en relación con el usuario. El familiar trata de actuar como si el usuario no existiera; de ser deliberadamente frío y distante con el usuario, lo ignora, trata de no hablarle y le pide que se vaya de la casa. En ocasiones el familiar evita la presencia del usuario permaneciendo en diferentes habitaciones, o bien alejándose de la casa por periodos cortos o largos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Huye de su problema ¿no? está angustiado, se va, no da la cara de lo que hace</i> • <i>Ella se echa a correr porque está borracho su esposo</i> • <i>Está corriendo... como que asustada, yo creo que porque vio algo o algo que algo pasó o no sé... a lo mejor... ya de... de tanto ver como diario se emborracha lo que ya decide es que ella se aleja</i>

	<p><i>que se va... [yo creo que se siente] pues asustada</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Va corriendo, va corriendo, peliaron yo creo y ella se va, si, se escapa</i> • <i>Se ve a las carreras pero quién sabe dónde va (risas) Ah, entonces ya no quiere saber nada del esposo, se fue, lo que ella quiere hacer es ir corriendo, ver hasta dónde llega. Se siente desesperada.</i> • <i>De tantas veces que tiene problemas o que su esposo esta tomado se desespera entonces... y quisiera ir uno en busca de ayuda cuando uno quiere</i>
--	--

Las entrevistadas reconocieron que el “resultado positivo” más importante de esta forma de reaccionar es una sensación de alivio para la mujer que se aleja del esposo consumidor (4 menciones), otra ventaja es la posibilidad de encontrar ayuda, sin embargo, hubo dos mujeres que piensan que no puede haber nada bueno al evitar estar cerca del usuario.

En cuanto a los “resultados malos”, mencionaron que este mecanismo de enfrentamiento en realidad no contribuye a ayudar al usuario (3 menciones), puede afectar a los hijos ya que se les abandona o se asustan (2 menciones) o bien la mujer se puede poner en riesgo de cometer “una locura” (2 menciones). Las sugerencias para titular esta imagen se encuentran en el cuadro XX.

Cuadro XX. Títulos para la imagen del enfrentamiento de evitación

Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
<p>“La mujer desesperada” ¿no? “La señora desesperada”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es como ser una persona egoísta, cobarde, que no quiere enfrentarse a los problemas que se le presentan • “Trauma” • “María va en busca de ayuda” • “Armarse de valor” • “Rosa desesperada” • “La mujer alterada” • “La mujer desesperada”

Enfrentamiento de Control. De las ocho imágenes que se emplearon esta es la que probablemente menos se ajusta a la definición conceptual del mecanismo que representa. El dibujo muestra a una mujer que lleva un látigo en una mano y una silla en la otra así como un atuendo similar al que usan los domadores en el circo. Cuando se empleó con población urbana se encontraron algunas asociaciones con al idea de sometimiento, es decir, esta mujer trataba de obligar a otra persona a hacer algo. Con la población rural las interpretaciones fueron diferentes, cabe señalar que sólo una o dos mujeres estaban familiarizadas con la imagen del domador de circo por lo que sus comentarios respecto a este dibujo resaltaron las características violentas y prácticamente nadie hizo alusión al deseo de control de la conducta del otro (Cuadro XXI).



Imagen del enfrentamiento de control

El concepto más frecuentemente mencionado fue “estar furiosa” (5 menciones), en tres ocasiones se señaló la posibilidad de que la mujer de la imagen se estuviera defendiendo de las agresiones físicas del usuario, en otras tres ocasiones se consideró que la mujer del dibujo es quien inicia la violencia, otras emociones que se asociaron a esta imagen fueron: estar harta y estar desesperada, ambas con una sola mención.

Cuadro XXI. Comparación del laboratorio cognitivo con la definición conceptual del mecanismo de control

Definición conceptual	Información del laboratorio cognitivo
<p>Es una serie de acciones e intenciones del familiar de controlar la naturaleza y las consecuencias del consumo del usuario. Alentar al usuario a hacer una manda o a prometer que no va a consumir drogas o alcohol. Tratar de controlar el dinero del usuario, guardándolo o dándolo por semana; pasar mucho tiempo pensando en formas de controlar el consumo del usuario, por ejemplo, tirarle las botellas o las drogas, buscar entre las cosas del usuario, etc. Otras acciones comunes del familiar consisten en mantener una cuidadosa observación de las actividades del usuario, vigilarlo, evitar dejarlo solo, permitir que beba o consuma drogas sólo en casa, involucrar a la policía en la búsqueda del usuario o de los proveedores de drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rosa es la agresiva que empieza a golpear al marido, a lo mejor por verlo llegando borracho, a lo mejor porque no le parezca, que le molesta</i> • <i>Ha de ser una pelea, porque está muy tomado, ella se está defendiendo</i> • <i>María está muy furiosa porque le está aventando la silla, trae el látigo, a lo mejor le está pegando. La silla es para que se siente y el látigo... Pus yo pienso que para pegarle, por lo mismo agarra la silla y se la avienta</i> • <i>Ah! Si, si, si que ya se enojó demasiado y ahora ya no la agarró como dicen sin... ahora ya está preparada, es de día, está vestida, preparada y se defendió pues llegó a ofenderla</i> • <i>Ya está harta</i> • <i>Le está aventando sillas o no sé... Se está defendiendo</i>

Hubo tres menciones de que esta forma de enfrentar no tiene ningún resultado positivo y las ventajas que las participantes reconocieron en este mecanismo de enfrentamiento son muy pocas y tuvieron solo una mención, entre ellas, la mujer se puede tranquilizar, el usuario puede dejar de tomar si en verdad hace caso al familiar, y finalmente, que la mujer se quede sola si el usuario decide irse. Los posibles “resultados malos” son diversos, por ejemplo, con tres menciones, se habló de la posibilidad de que el usuario golpee a la mujer, en dos ocasiones se dijo que este mecanismo de enfrentamiento es un mal ejemplo para los hijos.

Otra desventaja es que la mujer se puede enojar aún más al reaccionar así (2 menciones), que la mujer se puede enfermar, se puede desquitar con otras personas o bien puede causar un accidente o incluso matar al usuario de un mal golpe.

Es importante señalar que el tipo de emociones y acciones aludidas al explorar esta imagen en realidad corresponden al mecanismo de enfrentamiento emocional, donde hay pérdida de control de las emociones ante el consumo del usuario pudiendo llegar a gritos, amenazas e incluso agresiones físicas, por lo que podrían retomarse algunos de los elementos de este dibujo

para integrarlos a la imagen que representa el mecanismo emocional. En el cuadro XXII se presentan los títulos que las participantes sugirieron.

Cuadro XXII. Títulos para la imagen del enfrentamiento de control

Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
“La desesperada” “La señora enojada”, la mujer harta de tanto hablar” “La señora histérica” “La señora peleadora” “La señora histérica, la señora loca” “La señora preocupada” “La señora peleonera, la señora enojona”	<ul style="list-style-type: none"> • “Una señora furiosa, sin corazón de su marido” • “Un mal ejemplo para nuestros hijos” • “María la violenta” • Este... ¿cómo se llama?, este... “Violencia” ¿no? • “Una señora que se altera” • “Vilma la alterada”

Enfrentamiento inactivo. Para este mecanismo se emplearon también dos imágenes. Los conceptos que surgieron al explorar esta forma de enfrentar fueron: estar pensativa (7 menciones), triste (6 menciones), preocupada (4 menciones) y con una sola mención se encontraron alusiones a estar cansada, sin ánimo, abandono y sentir que no hay remedio (Cuadro XXIII).

Enfrentamiento inactivo



Imagen 1



Imagen 2

Cuadro XXIII. Comparación del laboratorio cognitivo con la definición conceptual del mecanismo de inacción

Definición conceptual	Información del laboratorio cognitivo
<p>Se refiere al mecanismo de enfrentamiento que indica una falta de acción del familiar. Ante el consumo del usuario, el familiar no hace nada, ya sea por el temor que le produce la reacción del usuario, o porque no quiere involucrarse en el problema y prefiere no hacer nada ni por el usuario ni por sí mismo. El familiar trata de mostrarse indiferente, se siente demasiado asustado y sin esperanza para intentar cualquier cosa. Existe una especie de resignación pasiva del familiar ante el problema, ha perdido todas las esperanzas de que el usuario cambie y acepta la situación como una parte de la vida que no puede modificarse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Yo veo que, no sé si la señora ha de estar cansada, pensando de las cosas que le están sucediendo a su marido, y a lo mejor, bueno yo veo como que está triste, como que no, no, no encuentra la solución</i> • <i>Siente que ya no puede hacer nada, si, así se siente ella, que ya se fue p'abajo, se fue p'abajo... Ya siente ella que no hay remedio</i> • <i>Pues está ahí toda pensativa, preocupada. Está preocupada, sin comunicarse</i> • <i>Es lo que veo ahí, que está toda decaída sin ánimo de pararse ni de hacer nada por lo mismo de que tiene problemas</i> • <i>Pensativa ¿no? está sentada, pensando del marido como vivía con él</i>

Llama la atención que para este mecanismo no se identificaron “resultados buenos” salvo la posibilidad de que la mujer pensativa tenga buenos pensamientos para su pareja, sin embargo, en cinco ocasiones las entrevistadas aseveraron que reaccionar de esta manera no puede tener nada bueno. Entre los “resultados malos” indicaron que la mujer se puede enfermar de tanto pensar (5 menciones), quedarse esperando sin solucionar el problema (2) perder el apoyo de la familia extensa “por dejada” (2), el que las cosas no cambien (2), y con una mención crear caos en la casa, hacer que el problema se complique cada vez más y aislar al usuario del resto de la familia. Las sugerencias de título retoman los términos que se encontraron en la definición de esta imagen (cuadro XXIV).

Cuadro XXIV. Títulos para la imagen del enfrentamiento de inacción

Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
<ul style="list-style-type: none"> • “La mujer pensativa, la mujer preocupada” • “La señora preocupada” • “La señora triste” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Una señora pesimista” ¿no? que no sabe buscar ayuda • Que está muy triste • “María triste” • “Falta de fe” • “Rosa preocupada” • “La mujer pensativa”

Enfrentamiento asertivo. Estar contenta, animada y tranquila fueron emociones que las participantes nombraron con frecuencia (5 menciones) para describir esta imagen. Asimismo, dijeron que la pareja que se muestra en la lámina está platicando sin pelear (5 menciones), en segundo lugar, con 2 menciones, dijeron que la mujer del dibujo le dice al hombre lo que ella espera y las cosas con las que no está de acuerdo. Esta descripción es muy cercana a la definición conceptual del mecanismo de enfrentamiento asertivo, el cual se caracteriza por aclarar de manera calmada, las expectativas de la familia con respecto a la conducta del usuario (cuadro XXV).

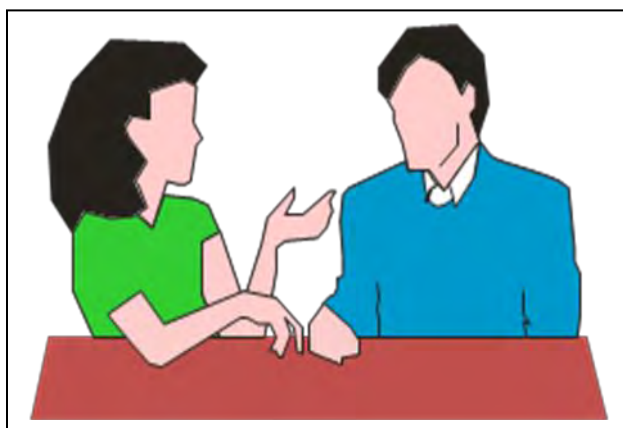


Imagen del enfrentamiento asertivo

El “resultado positivo” más frecuentemente aludido (5 menciones) fue la posibilidad de que la pareja llegue a entenderse y solucionar los problemas, en segundo lugar, con dos menciones, se encuentra el sentirse más tranquilos, y en tercer lugar con una sola mención desahogarse y ayudar a que el usuario se sienta bien.

Cuadro XXV. Comparación del laboratorio cognitivo con la definición conceptual del mecanismo asertivo

Definición conceptual	Información del laboratorio cognitivo
<p>El familiar expresa al usuario de manera tranquila y abierta su posición hacia el consumo, aclarándole que no está dispuesto a tolerarlo. Las acciones más comunes de este tipo de enfrentamiento consisten en hacer entrar en razón al usuario, en tratar de hacerle ver las cosas y poner límites firmes a través de una comunicación tranquila y directa. Por ejemplo, aclarándole al usuario que no está dispuesto a aceptar esta situación y que debe cambiar su consumo o el familiar lo abandonará o bien, él tendrá que irse de la casa. Asimismo, el familiar trata de involucrar a otros miembros de la familia a través de reuniones para discutir la situación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Me imagino que ahí la señora trata de ayudarle, a ella le preocupa el marido por eso ella a lo mejor le está diciendo ¿sabes qué? Yo ya no quiero que tomes más</i> • <i>Toño ya está rehabilitado y María está platicando o le está preguntando cómo se siente, cómo va... Ahí ya no se ve desesperada porque ya se sientan juntos a platicar sin pelearse</i> • <i>Logró la señora su triunfo en reclamarle , estar exigiéndole si dio resultado... La señora lo puso en su lugar</i> • <i>Ahí se ve que están platicando así con sin gritos, sin nada</i> • <i>Están platicando bien, le está haciendo entender que ya no tome, están tranquilos, como que no están discutiendo</i> • <i>Están platicando los dos. Pues ahí también como que lo veo feliz platicando uno al otro. Está diciéndole que ya no tome</i>

El mayor riesgo que las participantes ven en esta forma de enfrentar (5 menciones) es que posiblemente el usuario continúe bebiendo a pesar de que se le aclare que su consumo está causando problemas, por ejemplo, dijeron que el usuario puede decir “ya es mi vicio o no quiere quitar la bebida”. Otro “resultado negativo” es que el usuario golpee a la mujer (1 mención). Los títulos sugeridos parecen hacer referencia a un estado ideal de comunicación entre la pareja (cuadro XXVI).

Cuadro XXVI. Títulos para la imagen del enfrentamiento de asertividad

Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
<ul style="list-style-type: none"> • “La pareja” • “Platicar, aconsejar” • “La pareja que está resolviendo los problemas” • “La pareja comunicativa” • “La pareja ideal” que ya está platicando y ahí se ve así como que ya se calmaron los problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • “Una señora que si tiene apoyo para su marido” • “Están arreglando sus problemas” • “La pareja feliz” • “Matrimonio feliz” • “Rosa con su marido con comunicación” • Que no entiende, le dicen y no obedece

Enfrentamiento de apoyo al usuario. En la descripción de esta imagen destacó el cariño entre la pareja (“se quieren”) con 6 menciones, seguido de “estar felices” (4 menciones), y en tercer lugar 4 diferentes situaciones, la ausencia de problemas, el usuario dejó de beber, “se entienden” y “están unidos” todas con dos menciones (cuadro XXVII).



Imagen del enfrentamiento de apoyo al usuario

Las mujeres entrevistadas reconocieron al menos 6 posibles “resultados buenos” los cuales sólo podrán alcanzarse si el usuario deja de beber, entre ellos, lograr un estado de armonía (2 menciones) y unión (2 menciones), comprensión entre la pareja, la mujer se olvida de los problemas que vivió antes, el hombre puede dar gasto otra vez para mantener a su familia y la posibilidad de vivir felices sin el problema de consumo, todas estas alternativas se indicaron una sola vez, una mujer dijo que los resultados de esta forma de actuar frente al consumo del usuario no son ni buenos ni malos.

Cuadro XXVII. Comparación del laboratorio cognitivo con la definición conceptual del mecanismo de apoyo al usuario

Definición conceptual	Información del laboratorio cognitivo
<p>Son aquellas acciones del familiar encaminadas a apoyar directamente al usuario, en modificar sus hábitos de consumo, o bien en impulsarlo en alcanzar propósitos personales y proporcionarle diferentes alternativas de interés que no se relacionen con el consumo. Platicar tranquilamente con el usuario, mantener una relación armónica y de confianza, defenderlo cuando otros lo critican, e impulsarlo en la búsqueda de tratamiento, son algunas de las acciones más representativas de este tipo de enfrentamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Yo veo que es una pareja que si se quiere, hay comprensión, pero no sé que pasa porque nomás cuando se emborracha tiene</i> • <i>A lo mejor a penas se están enamorando. Bueno... Es una pareja que no toma, claro que si hay problemas pero no así como cuando alguien toma</i> • <i>A lo mejor y se quieren mucho, pus ahí ya está totalmente curado y feliz</i> • <i>Yo digo que están contentos, se ve que van ahí arreglados y que se entendieron</i> • <i>Yo lo veo que están unidos, yo creo que cuando no está tomado, o quien sabe si está tomando ella también. Si el no toma pueden hacer muchas cosas cuando están unidos pues están de acuerdo de todo</i> • <i>Están los dos, los dos juntos, se sienten felices</i>

Esta opinión contrasta con el hecho de que estas mujeres no identificaron ningún resultado negativo, y en 5 ocasiones se dijo que esta forma de enfrentar no tiene “nada negativo”, en todo caso, las consecuencias adversas solo se pueden presentar si el usuario persiste en su consumo. En los títulos sugeridos las mujeres hablan del amor que debe existir entre la pareja (cuadro XXVIII).

Cuadro XXVIII. Títulos para la imagen del enfrentamiento de apoyo al usuario

Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
<ul style="list-style-type: none"> • “La familia feliz” • “La pareja feliz” • “Se apoya uno al otro” • “La pareja que vive feliz porque se comprende” • “La pareja comprensiva” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Una pareja normal” como le digo, que yo veo que ahí se quieren • “Están muy enamorados” • “Los enamorados” • “El resultado de armarse de valor” • “La pareja feliz” • “La familia feliz”

Enfrentamiento independiente. Para representar este mecanismo se emplearon dos diferentes dibujos. Cuando se empleó el primero de ellos la entrevistada señaló que la mujer de la imagen estaba pidiendo consejos a una amiga, si bien esta acción forma parte del mecanismo de enfrentamiento independiente, no los representa en su totalidad pues hay otras acciones y emociones que lo caracterizan. A fin de lograr proyectar estas ideas, se buscaron otras imágenes que mostraran a una mujer realizando diferentes actividades y al momento de plantear las preguntas se hizo especial énfasis en señalar que el usuario aún estaba bebiendo.



Imagen 1



Imagen 2

A partir de este segundo dibujo se obtuvieron conceptos como “ella tiene que trabajar” (7 menciones) necesidad de salir adelante (2 menciones) y con una mención se encontró “se distrae”, “estar arreglada y contenta” y finalmente, una mujer dijo que el esposo ya no tomaba y ahora los dos trabajan (cuadro XXIX).

Cuadro XXIX. Comparación del laboratorio cognitivo con la definición conceptual del mecanismo de independencia

Definición conceptual	Información del laboratorio cognitivo
<p>Consiste en realizar acciones y actividades encaminadas a fortalecer el bienestar del familiar. Por ejemplo, estar más interesado por las propias necesidades, no descuidar las actividades personales por estar pensando en el usuario, salir con amigos(as), hacer deporte, salir de paseo, continuar con los planes personales. Interesarse por su salud y asistir a terapias, esforzarse por mantener las rutinas familiares como paseos, comidas, etc. No esperar a que el usuario les dé permiso para salir o hacer cosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Yo veo que Rosa le está platicando a su amiga, me imagino que le está pidiendo un consejo</i> • <i>Está confeccionando y acá... Es un florero ¿no? está arreglando porque tiene que trabajar para sobresalir con sus hijos</i> • <i>Aquí ella está trabajando... Así se le olvida un poco de que su marido está borracho o que su marido ya no le ayuda nada en los gastos y ella decide salir sola adelante</i> • <i>Estudió me imagino, aprendió a coser, y está cosiendo un vestido gracias a lo que gana ahí, lo poco, está preparando su casa y las plantas bien bonitas ahí en su puerta y... está feliz en el trabajo y feliz en el hogar, yo así lo entiendo</i> • <i>Pues, yo creo que le dan dinero y está trabajando ella para sacar para sus hijos, por eso está luchando, trabajando, viendo de donde sacar</i> • <i>Aquí ella está trabajando para que salga adelante para que tenga para mantener sus hijos</i>

Distraerse y olvidarse del problema aunque sea momentáneamente es una de las consecuencias positivas que puede tener esta forma de enfrentar (3 menciones), también destaca el hecho de que trabajar es un medio para sacar adelante a los hijos (2 menciones) y vivir mejor (1 mención) además, la gente puede pensar que esta mujer es inteligente porque no se deja (1 mención). Una entrevistada dijo que este mecanismo de enfrentamiento sólo es bueno si la familia continua apoyando al usuario.

Las desventajas o “resultados malos” incluyen la corta duración que puede tener la distracción y al llegar a la casa vuelven los problemas, que el usuario busque a la mujer para impedirle trabajar, dejar solo al usuario. En tres ocasiones se mencionó que esta forma de enfrentar no es mala. Los títulos propuestos hacen alusión a una mujer que busca los medios para subsistir en la adversidad (cuadro XXX).

Cuadro XXX. Títulos para la imagen del enfrentamiento independiente

Entrevistas grupales	Entrevistas individuales
<ul style="list-style-type: none">• “La muchacha que salió adelante”• “La mujer que sale adelante”• “La señora que pudo salir adelante”• “La señora que supo luchar por ella misma”	<ul style="list-style-type: none">• Una persona que busca una idea para ayudar• “Ella es inteligente”• “María la trabajadora”• “Mujer con ocupación”• “Rosa con provecho”• “La señora trabajadora”

Como puede apreciarse a lo largo de esta sección, las descripciones que las entrevistadas hicieron de cada uno de los dibujos empleados son congruentes con las definiciones conceptuales de los ocho mecanismos de enfrentamiento estudiados con excepción de dos casos: el mecanismo de control y el de apoyo al usuario. En general, las imágenes se asociaron con las emociones y acciones que se pretendía representar con ellas.

En relación con el mecanismo de control, se encontró que las participantes asociaron esta imagen con la pérdida de control emocional y la violencia física, reacciones que forman parte del mecanismo emocional. En cuanto a la imagen del mecanismo de apoyo al usuario, si bien se hizo referencia a sentimientos como el amor y el cariño en la pareja, también evidente la creencia de que los intentos por recobrar la armonía familiar únicamente son posibles en ausencia de problemas, es decir, desde la perspectiva de las entrevistadas, las demostraciones de afecto sólo pueden existir cuando no hay consumo de alcohol.

A partir de estos hallazgos se desarrolló una nueva versión de las imágenes que integran el material psico-didáctico⁵ que se encuentra en el anexo 10. En este proceso se puso particular cuidado en emplear los mismos personajes en las ocho imágenes y que éstos mostraran características físicas similares a las de la población estudiada, de igual forma, los escenarios que se muestran corresponden al paisaje del pueblo.

Para la elaboración del dibujo correspondiente al mecanismo de control se representó otra faceta de esta forma de enfrentar con el objeto de desvincularlo de la noción de agresión que se hizo patente en el análisis, esto se logró mostrando a una mujer que espía a su esposo mientras él bebe con otros hombres.

⁵ En esta etapa se contó con la colaboración de la diseñadora Mónica Cahué.

El dibujo correspondiente al mecanismo de apoyo al usuario, por otro lado, muestra una pareja que camina abrazada cerca de un centro de salud, la mujer invita al hombre a entrar y el hombre lleva una botella de alcohol; de esta forma se pretende ejemplificar actitudes de amor y apoyo en la pareja aún en presencia de un problema de consumo excesivo.

10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En esta última sección se exponen una serie de consideraciones relacionadas con el trabajo de investigación realizado. Se presentan primero algunas reflexiones en torno al trabajo de campo, los métodos y técnicas utilizadas para posteriormente recapitular la información analizada en relación con la adaptación del modelo de intervención.

10.1. DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

Como ya se mencionó, el trabajo de campo se realizó durante tres años, al inicio del proceso se advirtió que una de las principales restricciones para contactar a los participantes era la suspicacia, por esta razón, la inserción en la comunidad fue lenta y exigió la participación en diversas actividades con y para la comunidad; tomó aproximadamente siete meses ganar el reconocimiento y la confianza de la población, probablemente pusieron a prueba la confiabilidad y permanencia del equipo de investigación así como la constancia del trabajo.

En general, se registró mayor colaboración por parte de las mujeres, pero cabe destacar algunas de las circunstancias que dificultaron su participación:

- A) Para algunas mujeres acudir al Centro de Salud para ser entrevistadas requería un traslado a pie de una hora o más tiempo.
- B) En la comunidad se realizan con mucha frecuencia faenas y reuniones de los diferentes comités (integrados primordialmente por mujeres) que suelen alargarse hasta entrada la tarde.
- C) Además de participar en las actividades comunitarias, las mujeres son responsables de las tareas del hogar, lo cual reduce el tiempo libre de manera importante.
- D) Se identificó también que la noción del tiempo en esta población es distinta al ritmo urbano y puede dar lugar a confusiones, en repetidas ocasiones se dieron casos de inasistencia a las entrevistas debido a que olvidaban la fecha y la hora acordadas, o bien se presentaban una o dos horas más tarde de lo solicitado.

E) Una dificultad más tuvo que ver con la falta de un espacio físico especialmente designado para la conducción de entrevistas. Es cierto que el Centro de Salud facilitó sus instalaciones para este fin, sin embargo, el personal de salud debía asistir regularmente a cursos de capacitación o reuniones de trabajo en otros lugares por lo que debían cerrar el Centro. En esas ocasiones fue necesario trabajar en las casas de las entrevistadas y por este motivo, algunas de las mujeres que deseaban tomar parte en el estudio no encontraban al equipo de investigación cuando acudían a buscarlo al Centro de Salud.

Para contrarrestar estas dificultades, poco a poco se fue abandonando el Centro de Salud como escenario principal para la conducción de entrevistas y se optó por realizar visitas domiciliarias, de esta forma las mujeres podían conversar sin descuidar sus labores domésticas o el cuidado de sus hijos pequeños. Con esta estrategia se mejoró la continuidad del trabajo y permitió observar a las participantes en el contexto familiar.

En contraste, la población masculina permaneció inaccesible, esta dificultad ya ha sido documentada por autores como Mora (2004), quien exploró los significados de la salud y la enfermedad mental en una comunidad marginal urbana. Para este trabajo se dirigieron esfuerzos específicos para incorporar a los varones, en diferentes ocasiones se solicitó la colaboración de las participantes para reunir grupos de hombres pero no fue posible concretarlos. Esto puede obedecer a diferentes razones, entre ellas:

- A) Se sabe que el consumo de alcohol es una práctica más prevalente entre la población masculina, lo cual posiblemente contribuye a que minimicen el problema, o bien, se niegan a participar por temor a que se les presione para dejar de beber (Natera, Tiburcio, García, Valeriano y Bernal, 2007).
- B) Las visitas a la comunidad se realizaban durante la mañana en un horario que coincidía muchas veces con las horas de trabajo en el campo o con las faenas.
- C) Los hombres de esta comunidad se reúnen casi exclusivamente en las Asambleas aproximadamente una vez al mes los fines de semana, estas reuniones generalmente tienen una agenda complicada y se prolongan por varias horas, lo cual limita la posibilidad de que participen.

D) Una proporción importante de hombres no se encuentra ya en la comunidad debido a que han emigrado hacia los Estados Unidos.

A pesar de estos inconvenientes el estudio se llevó a cabo de manera satisfactoria ya que se completaron todas las actividades previstas para cumplir los objetivos planteados y se obtuvo información muy valiosa sobre el papel del alcohol en las familias ñahñú.

10.2. SOBRE EL USO DE DIFERENTES TÉCNICAS

A través del uso de diferentes técnicas de recolección de datos se generó información muy valiosa sobre las prácticas de consumo de alcohol, sus consecuencias en la salud de las familias y las diversas maneras en la que tratan de lidiar con ellas.

Es importante mencionar que se observaron algunas diferencias en la información que se obtuvo en las primeras entrevistas grupales y las subsecuentes. En las primeras experiencias grupales se escucharon opiniones que hacían referencia al consumo ocasional y moderado, posteriormente, una vez que se había avanzado en el proceso de inserción en la comunidad, se encontraron comentarios contrarios que denotaban un gran número de problemas asociados a la ingesta excesiva y frecuente.

Parte de estas diferencias puede atribuirse por un lado, a que unos años antes se realizó un reportaje sobre esta y otras comunidades. De acuerdo con algunas personas, la información que se transmitió en televisión fue manipulada de tal manera que se les mostraba como alcohólicos, lo que más les molestó fue que se hiciera hincapié en que los niños y bebés también consumían pulque de manera habitual, comentarios que despertaron disgusto ya que los consideran ofensivos y difamatorios. En las entrevistas grupales estuvieron presentes líderes de opinión o porteros, que aparentemente tenían interés en mostrar la cara amable de la comunidad y tratar de borrar la imagen que se ha difundido de la comunidad.

En el contexto de las entrevistas individuales, las mujeres se sentían con mayor libertad para hablar no sólo de lo que pasa en el interior de sus hogares sino también de lo que ocurre en la comunidad en general, de haber empleado únicamente las entrevistas grupales como forma principal de recolección de datos se hubiera tenido una visión parcial y errónea de lo que ocurre entre los ñahñú de San Andrés.

Asimismo, observar el acontecer diario y las ocasiones especiales, como la fiesta patronal y el fin de cursos, así como las conversaciones informales con los distintos actores sociales permitieron corroborar la información obtenida en las entrevistas y además apreciar algunas características específicas de la relación entre los miembros de la comunidad que hubieran sido difícilmente captadas por otras formas de registro.

10.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Respecto a la adaptación y validación de los instrumentos empleados, la metodología de los laboratorios cognitivos fue muy útil para traducir los reactivos a un lenguaje equivalente sin afectar la validez y confiabilidad. Los análisis estadísticos muestran que las versiones adaptadas de los instrumentos cuentan con características psicométricas adecuadas, con niveles de confiabilidad aceptables dado que son superiores a 0.70.

En cuanto a los análisis factoriales, no se corroboró la estructura factorial del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ) reportada por Orford, Natera *et al.* (1998) con excepción del primer factor que replicó 8 de los 14 reactivos originales. El factor dos coincide con el original en cuatro reactivos; por otro lado, los cuatro reactivos que integran el factor 3 forman parte de la sub-escala original de retiro, pero a pesar de ser conceptualmente congruentes obtuvieron un coeficiente de confiabilidad bajo.

Llama la atención que el enfrentamiento inactivo originalmente estaba en el factor 1 y en este estudio se encuentra en el tercer factor, esto refleja mejor la forma en que se enfrentan los problemas de consumo en esta población a diferencia de lo que ocurre en la población urbana, posiblemente la inacción es una alternativa más realista y efectiva ante la ausencia de alternativas de tratamiento.

El análisis de frecuencias sugiere que, como se ha observado también en población urbana, las acciones tendientes a la independencia son muy poco comunes, ejemplos de estas acciones son dar más importancia si misma o a otras personas de la familia, buscar nuevas actividades, darse sus gustos. Sobresale el empleo de estrategias como iniciar peleas, rogarle que deje de tomar, dejarlo solo, sentirse desesperada o lanzar amenazas que no pretende cumplir, que pertenecen al factor "*involucramiento emocional*". Este hallazgo tiene

importantes implicaciones ya que de acuerdo con los relatos de las entrevistadas, estas últimas acciones son formas poco eficientes de enfrentar el problema, pero a pesar de ello continúan haciendo uso de ellas, lo cual habla de la necesidad de ampliar su repertorio de respuesta.

Tanto a través del instrumento como por medio de los laboratorios cognitivos se identificaron formas de enfrentar que no son frecuentes en este contexto cultural, por ejemplo, el hecho de buscar bebidas alcohólicas entre las pertenencias de los usuarios o no atenderlos cuando están intoxicados. Este hallazgo debe tomarse en consideración al implementar la intervención a fin de promover formas de enfrentar compatibles con los valores y normas de esta población y asegurar la aceptación y éxito del programa. Una de las posibles razones puede estar asociada con el hecho de que buscar entre las pertenencias implica una trasgresión a la privacidad y autoridad masculina; como se ha visto, en San Andrés prevalece una estructura de tipo patriarcal y la violencia se emplea con regularidad para mantener esta forma de relación. De igual forma, el no atender al usuario a pesar de que se encuentre intoxicado puede interpretarse como un desacato de los roles de género que podría tener consecuencias severas.

Por otra parte, la estructura del SRT resultó muy similar a la referida en otras investigaciones realizadas en México (Mora, Natera y Andrade 1994; Orford, Natera, et al. 2001). No obstante, cinco de los reactivos que en el estudio de Orford et al. (2001), forman parte de la sub-escala de síntomas psicológicos cargaron en la factor “*síntomas físicos*” del presente estudio. La media global ($x=19.4$) es inferior a la que se encontró en una muestra de familiares de usuarios de alcohol y drogas de la ciudad de México ($X=25.4$). Los porcentajes de respuesta más altos en la escala de síntomas físicos concuerdan con otros estudios que documentan una alta somatización en mujeres mexicanas (Salgado de Snyder y Maldonado, 1994) y sugieren que el SRT es un instrumento adecuado para evaluar el malestar en esta población ya que considera una amplia gama de síntomas físicos que representan la forma más común de manifestar el malestar.

Respecto a la estructura del CES-D, se encontró que difiere de la original, el factor “*afecto negativo*” integra cuatro de los reactivos que forman parte del factor I original y los seis restantes pertenecen al factor IV de Radloff (1977), en tanto que sólo dos ítems del factor “*relaciones interpersonales*” coinciden con el factor IV de Radloff. Cabe destacar que el peso

factorial de los cinco reactivos de “*relaciones interpersonales*” tienen carga negativa debido a que están redactados como negaciones, se sugiere modificar la redacción con la finalidad de cumplir el criterio de desarrollo positivo.

El comportamiento de los reactivos de afecto positivo fue muy similar a lo encontrado en mujeres mexicanas de origen rural de Jalisco (Salgado de Zinder y Maldonado, 1994) y en mujeres adolescentes de Zacatecas (Aguilera, Carreño, Juárez, 2004), por un lado, son los reactivos con mayor persistencia en los tres estudios, pero por otra parte, conforman factores de baja consistencia interna. Al respecto, Iwata, Umesue, Egashira e Hiro (1998) proponen redactar estos reactivos en términos negativos, en esta investigación se optó por conservar el sentido positivo de las preguntas con el objeto de comparar los resultados con datos de otras poblaciones, pero es evidente la necesidad de poner a prueba otras formas de evaluar las manifestaciones del afecto positivo.

En lo referente a la media grupal del CES-D en las mujeres ñahñú (16.4), se encontró que es menor a lo referido para las mujeres rurales de Jalisco (22.4) y Zacatecas (19.5), sin embargo, la proporción de posibles casos de depresión (17.4%) es inferior a la reportada en Jalisco (20%) y más elevada que la encontrada en jóvenes zacatecanas (13.8%). Probablemente estas diferencias se deban a que el CES-D considera menos síntomas físicos en comparación con el SRT, y como se ha mencionado, la somatización parece ser la manifestación más recurrente del malestar. Cabe cuestionar si el CES-D logra captar adecuadamente las sutilezas atribuibles a la cultura.

Los hallazgos de este estudio deben considerarse con cautela ya que la muestra de la que provienen los datos no es representativa de la población otomí, pero contribuyen a diferenciar algunas particularidades de cómo se manifiesta la sintomatología depresiva en mujeres de origen ñahñú y a ampliar el conocimiento sobre las variaciones culturales del enfrentamiento.

10.4. MATERIAL PSICO-DIDÁCTICO

La técnica de los laboratorios cognitivos fue de gran utilidad en el proceso de adaptación del material psico-didáctico pues favoreció la identificación de los conceptos clave

que se asocian a los mecanismos de enfrentamiento representados en cada una de las imágenes aportando datos significativos sobre la pertinencia conceptual y cultural de las imágenes que lo integran.

A partir del número de menciones de dichos conceptos, se puede considerar que se logró un buen nivel de saturación de la información, asimismo, fue posible corroborar que la información generada a través de los laboratorios cognitivos es muy semejante a la definición conceptual de cada uno de los mecanismos de enfrentamiento, por lo que puede decirse que, con excepción de dos, las imágenes son adecuadas ya que las entrevistadas las asociaron con las emociones y acciones que se pretendía representar con ellas. Como parte de las adaptaciones que la intervención requiere para ser utilizada en esta población es necesario crear nuevas ilustraciones empleando los mismos personajes en todas las láminas, retomar las características físicas de la población para darles un aspecto más similar y favorecer la identificación con la historia que representa cada dibujo. También es necesario renombrar cada una de las 8 formas de enfrentar retomando las sugerencias de las mujeres entrevistadas.

Las ilustraciones que resultaron ser menos adecuadas corresponden al mecanismo de enfrentamiento de control y el de apoyo al usuario. En relación con el dibujo del mecanismo de control, se encontró que las entrevistadas asocian esta imagen con la pérdida de control emocional y la violencia física, reacciones que en realidad forman parte del mecanismo emocional. Por lo tanto, es indispensable continuar con la exploración de conceptos y símbolos que puedan emplearse para representar el enfrentamiento de control desvinculándolo de la noción de agresión que se hizo patente con la imagen empleada.

En cuanto a la imagen del mecanismo de apoyo al usuario, si bien las entrevistadas hicieron referencia a sentimientos como el amor y el cariño en la pareja, también fue evidente que piensan que los intentos por recobrar la armonía familiar únicamente son posibles en ausencia de problemas, es decir, desde su perspectiva las demostraciones de afecto sólo pueden existir cuando no hay consumo de alcohol. En este caso, también será necesario realizar modificaciones con el propósito de reflejar actitudes de amor y apoyo a la pareja en presencia de un problema de consumo excesivo.

Gracias al trabajo desarrollado empleando la técnica del laboratorio cognitivo fue posible producir ilustraciones más adecuadas en contraste con la versión inicial, ya que su creación está basada en la gran riqueza de significados que las entrevistadas atribuyeron a cada imagen en relación con su propia experiencia de vida común con un consumidor. Se puede concluir que se cuenta con un material que puede ser utilizado con grandes posibilidades de éxito en la población rural.

10.5. VIVIR CON UN CONSUMIDOR EN SAN ANDRÉS

En el sub-estudio dedicado a la etnografía y al proceso de contacto inicial con la comunidad, se obtuvo información muy valiosa sobre el contexto de consumo así como de usos y prácticas propias de esta población. Uno de los datos más sobresalientes es que entre la población de San Andrés prevalecen dos discursos opuestos alrededor del alcohol. El primero de ellos, que podría denominarse “*oficial*”, reconoce al consumo excesivo de alcohol como un problema social y de salud, aparentemente es una postura aprendida que les permite distinguir algunas de las posibles consecuencias de esta práctica. No obstante, es un discurso con el que los participantes no se sienten identificados, por ende, en las primeras aproximaciones al tema tienden a negar su existencia o bien minimizan su severidad y argumentan que “*eso no pasa aquí*”.

Paralelamente, se aprecia un segundo discurso, más coherente con la realidad que se vive en esta comunidad y que se va construyendo poco a poco en la medida en que la gente tiene oportunidad de expresar sus experiencias a este respecto. La información proporcionada por las personas entrevistadas deja ver que el consumo es en todo caso, una complicación más que se suma a los muchos inconvenientes de vivir en esta región.

El consumo excesivo de alcohol es sin duda un problema ancestral entre los habitantes de San Andrés, el hecho de que éste forma parte de la rutina diaria ha oscurecido su importancia ante los ojos de la población, no es, sin embargo, un tema oculto, desconocido o ignorado y mucho menos un secreto.

Entre los ñahñú de San Andrés el consumo de alcohol se ha normalizado ya que no existen mecanismos sanitarios o sociales que permitan abstraerlo de la cotidianidad y

construirlo como problema de salud, impidiendo así su identificación oportuna. Sin embargo, cuando la gente tiene la oportunidad de reflexionar y elaborar sobre el papel que el alcohol juega en sus vidas, son capaces de distinguir rápidamente las consecuencias que éste tiene no sólo en la salud de los consumidores, sino también en aquellos que les rodean.

Las entrevistas grupales dejaron ver que, tal como se ha reportado en diferentes regiones del país, existe gran aceptación del consumo de alcohol por parte de los hombres en tanto que el consumo de las mujeres está más sancionado (Medina Mora, 1993), a pesar de ello, a través de comunicaciones informales con los residentes de San Andrés, se tuvo conocimiento de algunas mujeres que beben en exceso, principalmente en el ámbito privado.

Como puede apreciarse, es difícil que los miembros de la comunidad admitan la existencia mujeres consumidoras, pero una vez que lo asumen, comentan que hay algunas que beben de manera excesiva y a escondidas para que nadie se entere, como si existiera una norma implícita entre la comunidad de mantenerlas ocultas.

Otro dato interesante sobre lo que ocurre en la comunidad es la preocupación que algunas personas mostraron porque la cerveza es la bebida de preferencia entre las nuevas generaciones. Al pulque se le atribuyen propiedades nutritivas y se le considera parte importante de la economía de la localidad y más importante aún, se le atribuye una función social ancestral que se está perdiendo al ser desplazado por la cerveza en el gusto de los consumidores.

La ausencia de las personas que han migrado hace que los problemas familiares en torno al consumo sean transitorios en algunas ocasiones. Esta circunstancia contribuye a la minimización del impacto en la salud familiar pues para ciertas personas ha dejado de ser parte de la vida diaria. No obstante, se ha hecho notorio que la severidad de los problemas no es menor por ser de corta duración, al contrario, es justamente esta característica la que requiere atención especial por ser un rasgo distintivo de la dinámica comunitaria.

Los entrevistados hicieron mención de diversas razones por las cuales se consume alcohol así como razones por las que hay gente que no bebe y razones por las que nadie debería beber. Se observó que, como sucede también en la población urbana marginada, el consumo algunas veces sirve como una forma de enfrentar realidades difíciles de manejar,

como la falta de trabajo, la pobreza, e incluso la falta de actividades recreativas (Mora 2004). Está claro que el consumo se acepta como parte de la vida de las personas que viven en la zona, y que eventualmente, al menos en el discurso, logran reconocer que la ingesta puede convertirse en un problema severo que tiene consecuencias igualmente importantes para la salud de quien bebe, para la salud de la familia, la economía, así como repercusiones a nivel social.

En congruencia con lo que se ha reportado en la literatura internacional (Orford, Natera, Copello, et al. 2005; Natera, Mora, Tiburcio, 1997), la mayoría de las personas afectadas por el consumo de alcohol de un familiar cercano son mujeres: madres, esposas, hijas y nueras de hombres que beben en exceso y encontraron en esta investigación un espacio para compartir su experiencia y buscar nuevas formas de hacerle frente.

Los datos sobre los efectos de vivir con un consumidor de alcohol son muy similares a lo que se ha encontrado en población mexicana urbana (Orford Natera, *et al.*, 1998). En ambos contextos es una situación que genera confusión, malestar, temor, preocupación y en general rebasa la capacidad de respuesta. Tanto en la ciudad como en esta comunidad rural se considera que es responsabilidad de la mujer el lidiar con estos problemas a pesar de ser quienes están mayormente afectadas.

La información que las mujeres aportaron en las entrevistas individuales si bien fue escueta en algunos momentos, fue lo suficientemente rica para identificar los estresores implícitos en la convivencia con un bebedor y las medidas que han tomado, eficaces o no, para sobreponerse de esa experiencia. Es importante recordar que muchas de las entrevistadas se mostraron –al menos al principio- renuentes a hablar de sus problemas personales por temor a que otros se enteraran; la actitud reacia y la desconfianza han sido documentadas por Alberti (2004) como limitaciones características del trabajo antropológico en el que se exploran temas que tradicionalmente se consideran parte del ámbito privado. Pese a ello, la conducción de las entrevistas contribuyó a fortalecer el vínculo con la población y a identificar algunos de los problemas sentidos por las mujeres de la comunidad. Cabe destacar que se recopiló información muy similar a través de las entrevistas grupales, en ambas aproximaciones se encontraron referencias a la violencia, la merma en la economía, y sobre todo, el impacto en la salud mental de todos los integrantes de la familia.

La amplia serie de síntomas que las entrevistadas dijeron haber experimentado concuerda con lo que se encontró en el análisis de entrevistas grupales y más aún, coincide también con los resultados de la fase cuantitativa de la investigación, en la que se exploró el malestar por medio de instrumentos estandarizados. La consistencia de la información refuerza la pertinencia de emplear los instrumentos que fueron adaptados a las características de la población.

Una situación similar ocurre con las manifestaciones de las ocho formas de enfrentar el consumo que se consideraron en esta investigación. Las frases que las entrevistadas emplearon para describir de qué manera han respondido frente al consumo de alcohol convergen con lo reportado en otras investigaciones realizadas con población urbana (Natera, Mora, Tiburcio, 1997; Orford, Natera, Davies *et al.*, 1998; Orford, Natera, Velleman *et al.*, 2001).

La semejanza entre la vivencia de las mujeres indígenas y aquella de las mujeres provenientes de entornos urbanos aporta mayor evidencia de que el enfrentamiento del consumo de sustancias en la familia es una variación universal (*universal variform*) (Orford, Natera, Copello *et al.* 2005). De acuerdo a esta propuesta, el cúmulo de experiencias estresantes al que están sujetos los familiares parece ser consistente de un grupo a otro, pero existen elementos culturales, materiales e incluso afectivos que la modifican. Entre ellos se encuentran, los valores y normas en torno a la familia, las normas sociales alrededor del consumo de sustancias, la precariedad de las condiciones de vida, la disponibilidad de fuentes de apoyo, y el tipo de relaciones que se establecen con los usuarios.

A pesar de que en las entrevistas se encontró evidencia de las ocho formas de enfrentar, la tolerancia y la inacción parecen ser los mecanismos más frecuentes dado que no entran en conflicto con los valores locales y las expectativas respecto al comportamiento femenino. En contraste, el enfrentamiento independiente es poco frecuente tal como sucede en la población mexicana urbana. La búsqueda del bienestar personal requiere sortear múltiples barreras, las más fuertes y difíciles de vencer son el autoritarismo, la violencia de los hombres y la complicidad, a veces sutil, de otros miembros de la comunidad.

Muy pocas personas refirieron el uso del enfrentamiento de control a diferencia de lo que ocurre con las mujeres urbanas; probablemente esto también como consecuencia del

desequilibrio entre géneros, ya que las acciones que conforman esta forma de enfrentar “atentan” contra el poder masculino. Muchas mujeres se mostraron sorprendidas cuando se les preguntó si alguna vez habían tratado de limitar el consumo o habían buscado ente las pertenencias del consumidor. La mayoría creía que actuar así podría desatar la violencia del hombre. Hasta el momento no se cuenta con información comparable acerca de lo que ocurre con otros grupos en México, por lo tanto, no es posible afirmar que poco uso del mecanismo de control sea un rasgo distintivo de la población ñahñú, pero abre una ventana para futuras investigaciones.

Como se ve, los elementos que entran en juego para comprender el por qué las mujeres de esta comunidad actúan de una forma u otra forma son múltiples y complejos. El primero de ellos es probablemente la predominancia de una cultura patriarcal que determina los roles que cada miembro de la familia debe cumplir, y que dicta la obediencia y el sometimiento como parte del rol femenino. Los ejemplos en este sentido son abundantes, también se documenta sobradamente el uso de la violencia como mecanismo para mantener el desequilibrio de poder. No es sorprendente que las mujeres se sientan impotentes y en consecuencia, sus intentos por mejorar la situación sean infructuosos.

Otra característica notable de esta comunidad, que contribuye a agravar las circunstancias de vida de las entrevistadas, es el ambiente de franca desconfianza que existe entre los habitantes. En diversas entrevistas las “*habladurías*” y los “*chismes*” surgieron como temas relevantes que se relacionan con la salud mental en la medida en que son motivo de inquietud constante. Otros análisis (Natera, Tiburcio, García, Valeriano y Bernal, 2007) indican que las “*habladurías*” tienen la función de presionar para evitar el cambio, lo que en este caso se traduce en fuertes críticas que reciben las mujeres que por una u otra razón han roto el esquema de la tolerancia interminable.

Existen otras razones por las que estos temas resultan significativos, uno de ellos es que la gran preocupación por el “*qué dirán*” refleja también la precariedad del apoyo social disponible, mientras que la ayuda institucional es muy escasa, por no decir nula, la ayuda que proviene de la familia extensa es muy frágil. Este análisis permite vislumbrar las barreras potenciales que cualquier programa de intervención puede enfrentar; a pesar de que se reconoce la severidad del problema, existe una visión catastrófica que conduce a la

desesperanza: las cosas siempre han sido así y no hay evidencia de que se pueda hacer algo para cambiar.

El catastrofismo no debe extrañar a quienes les miramos desde afuera, durante muchas décadas la aridez de la zona y la falta de vías de acceso han favorecido la marginación y la pobreza¹, también han contribuido a conservar la lengua (Franco, 1992), así como a preservar los valores, normas y tradiciones que se transmiten de una generación a otra manteniendo la rutina inamovible. Probablemente es esa perspectiva catastrófica de la vida lo que les ha permitido sobrevivir la adversidad, la población está habituada a esta forma de vida y difícilmente pueden crear expectativas más positivas para el futuro, la única ventana posible es la migración y las dificultades que ello implica. Se requieren estudios más específicos y profundos para corroborar esta presunción.

En cuanto a la pregunta que dio origen a esta investigación ¿es factible instrumentar la intervención en esta comunidad?, los hallazgos sugieren que el programa de intervención para familiares de usuarios de alcohol puede ser una aportación útil para las personas aquejadas por esta situación y justifican su implementación.

Las diferentes etapas del estudio permitieron documentar la presencia de la ingesta excesiva como una parte importante de la forma de vida de la población ñahñú y cómo éste se relaciona con diversas manifestaciones de malestar, incertidumbre, violencia doméstica y dificultades económicas, que aunadas a la ausencia de alternativas de atención y a un apoyo informal endeble recrudecen la difícil experiencia de vivir con un consumidor de alcohol.

La intervención ofrece un espacio para el diálogo y la reflexión alrededor de los problemas que se asocian al consumo de alcohol en la familia, aparentemente, las oportunidades para llevar a cabo este tipo de intercambios son muy limitadas, por ello, los participantes encontraron que contar un interlocutor externo a la comunidad puede ser particularmente valioso y benéfico para poder apreciar su situación desde otro punto de vista, y darse cuenta que es posible hacer cambios en su propio provecho.

¹ No fue sino hasta años recientes que se construyó la carretera que conecta a San Andrés con la cabecera municipal, también se ha dado una cierta apertura con la llegada de algunos programas gubernamentales que, para bien o para mal y con fallas en el proceso, han permitido mejorar mínimamente las condiciones de vida de muchas personas de San Andrés. Más aún, la migración internacional ha abierto nuevas puertas, inyectando recursos, pero también generando nuevas formas de estructura y dinámica familiares.

Sin embargo, los hallazgos también sugieren que no es posible emplear la intervención en su estado actual, se requiere una serie de transformaciones para lograr un modelo de intervención más sensible a las particularidades culturales de la comunidad que regulan la convivencia entre hombre y mujeres y respete las tradiciones locales incluyendo la producción y consumo del pulque.

10.6. LIMITACIONES

Entre las limitaciones de esta investigación puede mencionarse el hecho de que se basa en la perspectiva de un sólo familiar y no considera la experiencia de otros integrantes de la familia ni al consumidor mismo. Como se ha mencionado antes, esto obedece a las dificultades que se presentaron en el reclutamiento de la muestra y a que la población masculina se mantuvo al margen del estudio a pesar de que se realizaron diferentes intentos para involucrarlos. Posiblemente la inclusión de personal masculino en el equipo de investigación ayudaría a mejorar la participación de los varones.

Por otro lado, no puede soslayarse el hecho de que las integrantes del equipo de trabajo únicamente hablan castellano y esto representó un barrera ya que se perdió la oportunidad de conocer la experiencia de las personas de mayor edad que hablan exclusivamente ñahñú, por este motivo, la información proviene de mujeres jóvenes con mayor nivel de escolaridad. En el futuro, se debe incluir personal bicultural en la medida de lo posible, para lograr una mejor comunicación con la comunidad.

En cuanto a los análisis estadísticos, los hallazgos deben considerarse con cautela ya que la muestra de la que provienen los datos no es representativa de la población otomí; sin embargo, contribuyen a distinguir algunas particularidades de cómo se manifiesta la sintomatología depresiva en mujeres de origen ñahñu y a ampliar el conocimiento sobre las variaciones culturales del enfrentamiento.

10.7. RECOMENDACIONES PARA LA INSTRUMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Precisar qué tipo de modificaciones es necesario efectuar en el modelo de intervención con el fin de lograr una mejor aceptación por parte de la comunidad e incrementar sus posibilidades de éxito era uno de los intereses que dieron origen a la investigación. En este

sentido, un tema que amerita reflexión tiene que ver con la población a la que debe dirigirse la intervención. La versión original del modelo no está dirigida a un género o a un rol familiar específico, es decir, no está dirigido exclusivamente a mujeres u hombres, o bien a los padres, o los cónyuges o hijos de los consumidores, por el contrario, se trata de una intervención flexible que promueve el trabajo en grupo para lograr acuerdo familiar y puede incluir al usuario. En el estudio en población ñahñú se encontró que son las mujeres quienes sufren más las consecuencias del consumo, y más aún, es más probable que sean las mujeres quienes tomen parte en un proceso de orientación, fueron ellas quienes se mostraron más dispuestas a compartir sus experiencias y a buscar ayuda para hacer frente a un problema que les rebasa. Por ello, se sugiere que la versión revisada, específica para población rural e indígena, haga hincapié en el trabajo con mujeres.

En cuanto al método de trabajo, durante el trabajo de campo se pudo apreciar que las interesadas en recibir la orientación debían lidiar con múltiples barreras para poder asistir a las sesiones de orientación, por ejemplo la distancia, la falta de tiempo debido a numerosas ocupaciones, limitaciones económicas, entre otras. Por esta razón, es importante hacer notar la relevancia de llevar a cabo la intervención en el menor número de sesiones posible, a fin de evitar que se interrumpa el proceso de orientación por éstos u otros motivos.

Una directriz fundamental en el análisis de las formas de enfrentar debe ser el valor de abrazar la cultura y no atentar contra ella. Es indispensable emplear el conocimiento adquirido entorno a los valores y costumbres de la población con la finalidad de no inducir formas de enfrentar que puedan resultar contraproducentes o que pongan en riesgo la integridad de quienes reciban la orientación. Los resultados sugieren que el enfrentamiento de tipo controlador no se presenta con frecuencia y que las acciones que caracterizan esta forma de enfrentar pueden interpretarse como intromisiones en la privacidad de los hombres, en consecuencia, debe ponerse especial cuidado en el análisis de sus desventajas.

Las diferentes formas de enfrentar pueden ejemplificarse con pasajes de las entrevistas que se realizaron con el objeto de mostrar las preocupaciones que se viven en la escena rural e indígena, las cuales, como se ha visto, tienen rasgos característicos en comparación con lo que ocurre en el ámbito urbano.

Como se mencionó en una sección anterior, la información que se generó en relación a las imágenes que integran el material psico-didáctico debe servir como cimiento para la elaboración de nuevas ilustraciones con las que se pueda representar mejor cada estilo de enfrentamiento retomando las manifestaciones específicas que se encontraron en esta comunidad. Las imágenes deben retomar también las características de la población para facilitar la identificación con los personajes y situaciones.

Asimismo, se prevé que ciertos elementos de la intervención serán más difíciles de instrumentar que otros. Un ejemplo de ello es la aceptación del objetivo central de la intervención. Durante las entrevistas con las mujeres se observó que las personas buscaron ayuda y aceptaron participar en el estudio tenían el interés fundamental de encontrar soluciones inmediatas para lograr la abstinencia del consumidor, esperaban que al cesar el consumo terminaran también los conflictos familiares. Estas expectativas se han observado también en el ámbito urbano y se reportaron como un elemento que debe abordarse y aclararse desde el inicio de la intervención, ya que el foco de interés del modelo no consiste en limitar la ingesta sino en mejorar el estado de salud psicológica de los familiares (Tiburcio, Natera, 2003). Lograr que los participantes comprendan y acepten este principio es, aparentemente, un gran reto para la intervención con la población indígena.

Otro aspecto clave que debe incluirse en la versión revisada del manual de intervención se relaciona con la formación de los orientadores *per se*. Deberá ponerse particular atención en el proceso de capacitación ya que de ellos depende en gran medida el éxito de la intervención. En la versión original del manual se menciona que cualquier persona puede fungir como orientador, se propone modificar esta instrucción pues se observó que puede tomar tiempo ganar la confianza de la población, pero por otro lado, que el personal de salud puede tener una cierta ventaja en relación con otros actores sociales de la comunidad ya que no viven en la localidad de manera habitual y esto puede reducir la probabilidad de que compartan la información.

Una recomendación adicional tiene que ver justamente con la confidencialidad de la información; el manual en su versión actual ciertamente apunta la obligatoriedad de la confidencialidad, pero en vista de la desconfianza que siente la población, este es un aspecto que debe resaltarse una y otra vez para que las personas en proceso de capacitación tomen

conciencia del gran esfuerzo que debe hacer para un familiar agobiado por el consumo de un ser querido para hablar de sus problemas personales frente a un extraño. De igual forma, la capacitación debe promover la reflexión sobre las razones que los han conducido a aceptar el reto de convertirse en orientadores y la responsabilidad que ello implica, así como las cualidades positivas que poseen y que pueden emplear a su favor al trabajar con las familias.

Se sugiere que los orientadores además de poseer entrenamiento en cualquier área de la atención a la salud estén familiarizados con la cultura de la población con la que van a trabajar con la intención de que puedan lograr una postura imparcial y una mejor comprensión del sentir y actuar de las personas a las que van a apoyar. Las actitudes paternalistas pueden resultar un desacierto, ya que se busca favorecer la reflexión, más no el ofrecimiento de recomendaciones, consejos, regaños o imposiciones; la apertura y el respeto por el otro son cualidades deseables en los orientadores.

La estrategia de análisis de ventajas y desventajas de diferentes opciones de respuesta es una herramienta útil para la resolución de muchos conflictos, no solo de aquellos vinculados al consumo de alcohol, esto debe hacerse notar en el manual para que orientadores y familiares puedan adoptar y usar esta estrategia en otras esferas de la vida.

El trabajo frente a frente con las mujeres de San Andrés puso de manifiesto que cualquier programa de intervención debe tomar en consideración la gran variedad de problemas que se viven en comunidades como esta; no es posible limitarse a los problemas directamente relacionados con la ingesta de alcohol en la familia ya que hay muchas otras circunstancias que afectan la salud mental de la población que no pueden soslayarse en virtud de que las opciones de atención son prácticamente nulas. Por ello, es indispensable realizar acciones que promuevan que las mujeres de esta comunidad puedan:

- Entender de qué forma el consumo de alcohol de otros familiares les afecta en lo particular
- Comprender que su problemática puede ser similar a la de otras mujeres
- Aprender de la experiencia de otras mujeres que viven en condiciones comparables
- Fortalecer la noción de lealtad y ampliar la red de apoyo social.

El cumplimiento de estas metas aparentemente requiere de un proceso grupal que escapa a los objetivos de la intervención, pero cabe señalar que, en todo caso, ambas modalidades no son incompatibles sino complementarias.

Una vez que se integren estas sugerencias al manual de intervención será necesario poner a prueba la utilidad de estas sugerencias a través de estudios en los que se evalúen los siguientes aspectos: 1) el proceso de instrumentación del programa incluyendo la capacitación del personal de atención a la salud, 2) la fidelidad con la que aplican la intervención en un escenario real, 3) cambios en las formas de enfrentar y en el malestar, 4) los componentes que resultan realmente indispensables para lograr un cambio en las formas de enfrentar, 5) el impacto de la intervención a nivel individual y comunitario a corto y mediano plazo y determinar así en qué medida el modelo de intervención hace una diferencia o no en la vida de las personas afectadas por el consumo de un familiar cercano.

Para finalizar cabe hacer mención de algunas reflexiones en torno a la experiencia del equipo de trabajo en virtud de que representó retos en diferentes niveles. La experiencia de internarse en un contexto socio-cultural diferente a la realidad urbana, el encuentro frente a frente con la pobreza extrema generó reacciones de impotencia en las integrantes del equipo debido a la imposibilidad de contribuir de manera inmediata a encontrar soluciones a este grave problema, también fue una oportunidad para replantear el significado de conceptos como solidaridad y compromiso. Las historias que las mujeres de San Andrés Daboxtha amablemente compartieron con nosotros, obligaron un ejercicio de constante reflexión, en busca de adoptar una postura abierta y respetuosa, y al mismo tiempo comprensiva y comprometida con el bienestar de la comunidad. Sirva este trabajo como una pequeña contribución.

11. REFERENCIAS

- Alarcón, R., Aguilar-Gaxiola, S. (2000). Mental health policy developments in Latin America. *Bulletin of the World Health Organization* 78:483-490.
- Alberti, P. (2004). ¿Qué es la violencia para las mujeres indígenas en el medio rural?. En: Fernández de Juan T (coord.): Violencia contra la mujer en México. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México pp. 19-49
- Anderson, S.C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*, 39(6):677-685
- Babor, T. (2008). Treatment for persons with substance use disorders: mediators, moderators, and the need for a new research approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17(S1):S45-S49
- Barrowclough, C., Haddock, G., Terrier, N., Lewis, S.W., Moring, J., O'Brien, R., & Schofield, N., McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 158(10):1706-1713.
- Bartra, R. (2005). Anatomía del Mexicano. Ed. de Bolsillo, México, 318 p.
- Beiser, M. (2003). Why should researchers care about cultura?. *Can J Psychiatry* 48(3):154-160.
- Béjar, R. (1988). El Mexicano. Aspectos culturales y psicosociales. UNAM, México, 392 p.
- Bejos, M. (1995). De la codependencia a la coadición. *Addictus*, 6: 11-15.
- Berardo, F.M. (1990). Trends and directions in family research in the 1980's. *Journal of Marriage and the Family*, 52:809-817.
- Berruecos, L., Velasco, P. (1977). Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la Sierra Norte de Puebla. México, Centro Mexicano de Salud Mental.
- Binns, C.W., Dear, G.E., Knowles, S.S., Hall A. (1989). Holyoake evaluation 1987-1989. Master's thesis, Curtin University of Technology, Perth, Australia.
- Booth, M., McLaughlin, Y.S. (2000). Barriers to and need for alcohol services for women in rural populations. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(8):1267-1275.
- Borges, G. (1987). Consumo de alcohol en cuatro facultades de la Ciudad Universitaria (UNAM). *Salud Mental* 10(2):85-96.
- Boyle, K., Polinsky, M.L., Hser, Y. (2000). Resistance to Drug Abuse Treatment: A Comparison of Drug Users Whos Accept or Decline Treatment Referral Assessment. *Journal of Drug Issues* 30(3): 555-574.
- Brown, S. (1996). Adult Children of Alcoholics: An Expanded framework for Assessment and Diagnosis. In: Abbott S (ed): *Children of Alcoholics: Selected Readings*. Rockville, NaCoa, pp. 41-71
- Burnett, M.B. (1984). Toward a model for counseling the wives of alcoholics: A feminist

- approach. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1(2):51-60.
- Caetano, R., Medina-Mora, M.E. (1988a). Acculturation and drinking among people of Mexican descent in Mexico and the United States. *Journal of Studies on Alcohol* 49(5):462-471.
- Caetano, R., Medina-Mora, M.E. (1988b). Patrones de consumo de alcohol y problemas asociados en México y en población de origen mexicano que habita en Estados Unidos. *Nueva Antropología* 10(34):137-155.
- Calderón, G., Suárez, C. (1980). La investigación de la Organización Mundial de la Salud sobre la respuesta de la comunidad a los problemas que origina el alcohol. *Gaceta Médica de México* 116(6):259-264.
- Cantú, F. (1995). La naturaleza de la codependencia. Síndrome de Eco y fractura de la autoestima. *Addictus*, 6:16-18.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., O'Connor, P.G., Eagan, D.A., Frankforter, T.L., & Treffleman EG, Shi J, Rounsaville BJ (2001). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence. Efficacy of contingency management and significant other involvement. *Arch Gen Psychiatry* 58:755-761.
- Catalano, R.F., Gaaney, R.R., Fleming, C.B., Haggerty, K.P., & Jonson, N.O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: One-year follow-up of the focus families project. *Addiction* 94(2) 241-254.
- Cermak, T. (1986). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(1):15-18
- Cermak, T. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21:266-272
- Clark, R.E. (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin* 27(1):93-101.
- Collins, B.G. (1993). Reconstructing codependency using self-in-relation theory: A feminist perspective. *Social Work* 38(4):470-476.
- Copello, A., Orford, J. (2002). Addiction and the Family: Is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction* 97(11):1361-1363
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., Barrett, C. (2002). Social behaviour and network therapy. Basic principles and early experiences. *Addictive behaviors* 27:345-366
- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L., & Krishnan, M. (2000). Methods for reducing alcohol and drug related family in non-specialist settings, *Journal of Mental Health* 9(3):329-343.
- Copello, A., Templeton, L., Krishnan, M., Orford, J., & Velleman, R. (2000). A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems *Addiction* 8(5):471-484.
- Crnkovic, A.E., Del Campo, R.L. (1998). A systems approach to the treatment of chemical addiction. *Contemporary family therapy* 20(1): 25-36.

- Cutland, L. (1998). The codependency perspective. En: Velleman R, Copello A, Maslin J (eds.): Living with drink. Women who live with problem drinkers. Addison Wesley Longman Ltd. United Kingdom. p. 89-98.
- Day, B. (1961). Alcoholism and the family. *Marriage and Family Living* 23:253-258.
- de Vega, M. (1987). Introducción a la psicología cognitiva. Alianza Editorial Mexicana, México.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). Psicología del Mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología. 6ª edición, México, Ed. Trillas, 412 p.
- Díaz, M.J. (2003). El consumo de alcohol en localidades rurales del estado de Jalisco en el contexto de la migración México-Estados Unidos. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Dittrich, J. (1993). Group programs for wives of alcoholics. In: O'Farrell TJ (ed) *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. New York, Guilford Press, pp. 78-114.
- Earle, R. (2008). Algunos pensamientos sobre “El indio borracho” en el imaginario criollo. *Revista de estudios sociales* 29(abril):18-27
- Fairbairn, J. (2002). The impact of intervention with relatives of treatment resistant drinkers: Changes in relatives' psychological functioning and drinkers' behaviour. Doctorate thesis, University of Wollongong, Australia.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J. (2003). Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(3):432-442.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler., G.R. (2001). Behavioral couples therapy for male methadone maintenance patients: Effects on drug-using behavior and relationship adjustment. *Behavior Therapy* 32(2):391-411
- Farabee, D., Wallisch, L., Maxwell, J.C. (1995). Substance use among Texas Hispanics and non-Hispanics: Who's using, who's not and why, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 17:523-536.
- Favorini, A. (1995). Concept of Codependency: Blaming the victim or pathway to recovery? *Social Work* 40(6):827-830
- Franco, P.V. (1992). Grupo doméstico y reproducción social. Parentesco, economía e ideología de una comunidad Otomí del Valle del Mezquital. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Ediciones de la Casa Chata, México, 258 p.
- Frank, P.B., Kadison-Golden, G. (1992). Blaming by naming: Battered women and the epidemic of codependence. *Social Work*, 37(1):5-6.
- Fromm, E., Maccoby, M. (1973). Socioanálisis del Campesino Mexicano. Fondo de Cultura Económica. México.

- Fuller, J.A., Warner, R.M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social and General Psychology Monograph*, 126(1):5-22.
- Futterman, S. (1953). Personality trends in wives of alcoholics. *Journal of Psychiatric Social Work*, 23:37-41.
- Galanter, M., Brooks D (2001). Network Therapy for Addiction: Bringing Family and Peer Support into Office Practice. *International Journal of group Psychotherapy*, 51(1):101-122.
- Galanter, M., Dermatis, H., Keller, D., Trujillo, M. (2002). Network for cocaine abuse: Use of family and peer supports. *American Journal on Addictions*, 11(2): 161-166.
- García, C., Medina-Mora, M.E., Natera, G., Juárez, F., & Kershenobich, D. (2005). Consumo de alcohol en comunidades Ñahñu del Valle del Mezquital. En: Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. CONADIC, México, pp. 36-42.
- García, G., Rascón, M.L., Medina-Mora, M.E. (1986). Consumo de alcohol de 96° en una comunidad rural. *Salud Mental* 9(3):77-80.
- Garrett, J., Stanton, M.D., Landau, J., Baciewicz, G., Brinkman-Sull, D., & Shea R (1999). The “Concerned Other” Call: Using Family Links and Networks to Overcome Resistance to Addiction Treatment. *Substance Use & Misuse* 34(3): 363-382.
- Gobierno del Estado de Hidalgo (2000). Anuario Estadístico. Hidalgo. Secretaría de Desarrollo Social, INEGI.
- González, J. (1994). Más (+) cultura(s). Ensayos sobre realidades plurales Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 364 p.
- Guerrero, C., Natera, G., Díaz, G., Casco, M. (1990). El método del informante para conocer la percepción de los hábitos de consumo de alcohol por jóvenes de 15 a 19 años en una comunidad semi-rural en México. *Revista Española de Drogodependencias*, 15(2):79-96
- Honig, F., Spinner, A. (1986). A group therapy approach in the treatment of the spouses of alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3(3):95-105.
- Hurcom, C., Copello, A., Orford, J. (2000). The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades. *Substance Use & Misuse* 35(4): 473-502.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000) Censo de Población y Vivienda.
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (2002). Enciclopedia de los Municipios de México. Hidalgo. Gobierno del Estado de Hidalgo.
- Kazdin, A.E. (1984). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Ed. Manual Moderno, México.
- Kellner, R., Sheffield, B.F. (1973). A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3,88-100.

- Kershenovich, D., Medina-Mora, M.E., García, C., et al. (1996). Proyecto de investigación "Asociación del pulque con la salud". Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Koski-Jännes, A., Turner, N. (1999). Factors influencing recovery from different addictions. *Addiction Research* 7(6):469-492
- Landau, J., Garrett, J., Shea, R.R., Stanton, M.D., Brinkman-Sull, D., & Baciewicz G (2000). Strength in numbers: The ARISE method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 26(3):379-398.
- Lara, M.A. (1992). Características psicológicas de mujeres empleadas (el caso de las enfermeras) y no empleadas y su relación con la conducta de apego en los niños Instituto Mexicano de psiquiatría, reporte interno.
- Lara, M.A., Le, H.N., Letechipia, G., Hochhausen, L. (2008). Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health J* DOI 10.1007/s10995-008-0379-4
- Laudergan, J.C., Williams, T. (1993). The Hazelden Residential Family Program: A combined systems and disease model approach. In: O'Farrell TJ (ed.) Treating alcohol problems: marital and family interventions. New York : Guilford Press, pp. 145-169
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York, McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1991). Emotion & adaptation. Oxford University Press, New York.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55:234-247.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca, Barcelona, España.
- Le, H.N., Lara, M.A., Perry, D.F. ,(2008). Recruiting Latino women in the U.S. and women in Mexico in postpartum depression prevention research. *Arch Women's Men Health* 11:159-169.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 27(4):651-688.
- Martínez, E., Tenorio, R. (1979). El alcoholismo en una comunidad indígena. Trabajo presentado en la VI Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Morelia, Michoacán.
- McAndrew, C., Edgerton, R.B. (1969). Drunken Comportment: A Sociological Explanation. Aldin, Chicago IL.
- McGillicuddy, N.B., Rychtarik, R.G., Duquette, J.A., Morsheimer, E.T. (2001). Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment* 20(1): 59-68.
- Medina-Mora, M.E. (1988). A comparative analysis of drinking patterns and problems in Mexico. In: Towle L, Harford T (eds): Cultural influences and drinking patterns. A

- focus on Hispanic and Japanese populations. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 253-272.
- Menéndez, E. (1988a). Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados “tradicionales”. *Nueva Antropología* 10(34): 55-80.
- Menéndez, EM, (1988b). El proceso de alcoholización. Revisión crítica de la producción antropológica, histórica, sociológica y biomédica en América Latina. En: Menéndez E (ed). Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización en América Latina. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de la Casa Chata, pp. 13-43
- Mirowsky, J., Ross, C.E. (1984). Mexican culture and its emotional contradictions. *Journal of Health and Social Behavior* 25(March):2-13
- Módena-M.E. (1999). El contexto social del beber. Mortalidad registradas y representación social de la muerte. *Salud Problema* 4(7): 63-74.
- Mora, J. (2004). Una aproximación multimetodológica al estudio de las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad urbana marginal. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mora, J., Natera, G., Andrade, P. (1994). Validación de la Escala de Síntomas (Symptom Rating Test) en jóvenes mexicanos, *Salud Mental*, 17(39):15-23.
- Mora, J., Natera, G., Nava, A., Pérez, C., Suárez, V. (1992). El concepto social del “sí mismo” en la rehabilitación del farmacodependiente. La Psicología Social en México Vol. IV, 173-178.
- Moreno, F., Puente, F. (1984). Estudio piloto de alcoholismo en una población mazahua. Aspectos neurológicos, *Salud Mental* 7(4): 75-79.
- Narro, J., Gutiérrez, H., Borges, G., Kershenobich, D., López, S., López, M. & Corcho, A. (1999). Cirrosis hepática. En: De la Fuente JR, Sepúlveda J (comps) Diez problemas relevantes de salud pública en México. México, Fondo de Cultura Económica, pp. 93-115.
- Narro, R.J., Gutiérrez, A.H., López, C.M., Phil, M., Borges, G., Rosovsky, H. (1992). La mortalidad por cirrosis hepática en México. I: Características epidemiológicas relevantes. *Salud Pública de México*, 34(4): 378-387
- Narro, R.J., Gutiérrez, A.H., López, C.M., Phil, M., Borges, G., & Rosovsky, H. (1992). La mortalidad por cirrosis hepática en México. II: Exceso de mortalidad y consumo de pulque. *Salud Pública de México*, 34(4): 388-405
- Natera, G. (1981a). El método del informante para conocer los hábitos de consumo de alcohol en una zona semi-rural. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 7(1):91-101.
- Natera, G. (1981b). Percepción de los hábitos y actitudes en una comunidad semi-rural en relación al consumo de alcohol. Análisis de un Método. Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Iberoamericana.

- Natera, G. (1982). El método del informante como alternativa para la investigación de los problemas de salud. Trabajo presentado en la reunión anual “Perspectivas de la Investigación en Psiquiatría y Salud Mental”.
- Natera, G. (1993). La familia ante las adicciones. Análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema. En: Las Adicciones en México. Hacia un enfoque multidisciplinario. SSA-CONADIC, pp. 79-86.
- Natera, G. (1995). México. In: Heath D (ed). International handbook on alcohol and culture. Praeger Publishers, Westport CT, pp. 179-189
- Natera, G., Casco, M. (1993). Informe de evaluación de la prueba piloto del “Manual de capacitación destinado a los orientadores de prevención de alcohol y drogas en los países Latinoamericanos, para su trabajo de intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares”. Reporte Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Natera, G., Casco, M., González. L., Newell, J. (1985). Percepción de la enfermedad mental a través de historietas. *Bol Of Sanit Panam* 98(4):327-338.
- Natera, 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*, 13(2):165-190.
- Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M. (1998). Aspectos estructurales y funcionales del apoyo social en la familia con consumidores de drogas. En: Jiménez G. R (comp.) Familia: Una Construcción Social. Centro Universitario de Estudios para la Familia, Universidad Autónoma de Tlaxcala. pp. 385-412.
- 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, G., Orford, J., Tiburcio, M., Mora, J. (1998). Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el Orientador. OIT/OMS/SSA/IMP, México.
- Natera, G., Orozco, C. (1981): Opiniones sobre el consumo de alcohol en una comunidad semi-rural. *Salud Pública de México* 23(5):473-482.
- Natera, G., Tiburcio, M., (1998). Results from the family component. Mexico. Trabajo presentado en: Final Review Meeting of the ILO/UNDCP/WHO Project on Model Programmes of Drug and Alcohol Abuse Prevention Among Workers and Their Families. Ginebra, Suiza, Febrero 3-5.
- Natera, G., Tiburcio, M., García, E., Valeriano, Y., Bernal, P. (2007). Una visión antropológica de los desafíos para un programa de intervención relacionado con el consumo de alcohol en una comunidad indígena. En: León B, Peña F (coord.) **Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos**. Escuela Nacional de Antropología e Historia, pp. 329-348.

- Natera, G., Tiburcio, M., Mora, J., Orford, J. (1999). La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*. 7(4):47-54.
- Nolin, M.J., Chandler, K. (1996). Use of Cognitive Laboratories and Recorded Interviews in the National Household Education Survey. U. S. Department of Education. National Center for Education Statistics. Washington D. C.
- Noriega, G.G. (2002). Detección de codependencia y factores asociados: Una perspectiva desde el análisis transaccional. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Norton, W.S. (2004). Culture, ethnicity, race: What's the difference? *Pediatric nursing* 16(8):37-42
- O'Brien, P., Gaborit, M. (1992). Codependency: A disorder separate from chemical dependency. *Journal of Clinical Psychology*, 48:129-136
- O'Farrell, T., Bayog, R.D. (1986). Antabuse contracts for married alcoholics and their spouses: A method to maintain antabuse ingestion and decrease conflict about drinking. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3:1-8.
- O'Farrell, T., Cowles, K. (1995). Marital and family therapy. In: Hester RK, Miller WR (eds.): Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. Allyn and Bacon, Needham Heights, Massachusetts, pp. 183-194.
- Orford, J. (1992). 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.
- Orford, J. (1998). The coping perspective. In: Velleman R, Copello A, Maslin J (eds.): Living with drink. Women who live with problem drinkers. Addison Wesley Longman Ltd. United Kingdom. p. 128-149.
- Orford, J., Natera, G., Copello, A., Atkinson, C., Mora, J., Velleman, R., Crundall, et al. (2005). Coping with alcohol and drug problems. The experiences of family members in three contrasting cultures. Routledge, East Sussex, England. 292 p.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., et al. (1998). Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12):1799-1813.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., et al. (1998). Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21(1):1-13.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., Davies, J., et al. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drugs and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction* 96(5):761-774.
- Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Todd, A., Bennet, G., & Velleman, R. (1992). Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the

- accounts of 50 close relatives. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2:163-183.
- Orford, J., Natera, G., Casco, M., Nava A., Ollinger, E. (1993). Estrategias de enfrentamiento de la familia en México ante el uso de alcohol y drogas. Metodología para un estudio de viabilidad. Guías Académicas, SSA-CONADIC.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). Salud Mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Oxford University Press 29 p.
- Paz O (1970). El laberinto de la soledad. Fondo de Cultura Económica, México
- Peralin, L.I., Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 19, pp. 2-21.
- Pérez, R. (2000). Fiesta as tradition, fiesta as change: Ritual, alcohol and violence in a Mexican community. *Addiction* 95(3):365-373
- Pidgeon, N.F., Turner, B.A., Blockley, D.I. (1991). The use of Grounded Theory for conceptual analysis in knowledge elicitation. *Int J Man-Machine Studies* 35:151-173.
- Poortinga, Y., Van de Vijver, F. (1999). Aplicación de pruebas psicológicas a través de las culturas: Algunos planteamientos conceptuales. *Revista de Psicología Social y Personalidad* 15(2):91-103.
- Popham, R. (1976). Jellinek's International Survey of drinking customs. Substudy No. 805. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Prest, L.A., Benson, M.J., Protinsky, H.O. (1998). Family of origin and current relationship influences on codependency
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A new self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychology Measurement*, 1:385-401.
- Rae, J.B., Forbes, A.R. (1966). Clinical and psychometric characteristics of the wives of alcoholics. *British Journal of Psychiatry* 112:197-200.
- Ramírez, S. (1961). El mexicano, psicología de sus motivaciones. 3ª edición, Pax, México
- Ramos, S. (1951). El perfil del hombre y la cultura en México. Ed planeta Colección Austral 3ª edición México DF:145 p.
- Ravelo, P. (1988). Ambivalencia y contradicción: Reproducción del proceso de alcoholización en los niños. *Nueva Antropología* 10(34): 81-109.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9 (1), 81-97.
- Rivas, P.E. (1994). Hidalgo. Monografía estatal. Secretaría de Educación Pública, Comisión Nacional de los libros de texto gratuito, 286 p.
- Room, R., Mitchell, A. (1972). Notes on cross-national and cross-cultural studies. *Drink Drug Pract Surv* 5:14-20

- Ruiz-Gaytán, C. (2005). Retos presentes de la lucha contra el alcoholismo en México. En: Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. CONADIC, pp. 58-68
- Salgado de Snyder, N., Díaz, M.J., Maldonado, M. (1995). Los *nervios* de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. *Salud Mental* 18(1):50-55.
- Salgado de Snyder, N., Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36(2):200-209.
- Sánchez-Pardo, L., Navarro, J., Valderrama, J.C. (2004). Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura. Proyecto GENASIS. Sociedad Española de Toxicomanías, San Vicente, Alicante, 366 p.
- Schaeff, A. (1987). When Society becomes an addict. San Francisco: Harper & Row.
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:763-773.
- Schwartz, H., Jacobs, J. (1984). Sociología Cualitativa. México, Ed. Trillas.
- Seale, J.P., Shellenberger, S., Rodríguez, C., Seale, J.D., Alvarado, M. (2002). Alcohol use and cultural change in an indigenous population: A case study from Venezuela. *Alcohol & Alcoholism* 37(6):603-608.
- Secretaría de Salud (1988). Encuesta Nacional de Adicciones. SSA, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología. México
- Secretaría de Salud (1998). Encuesta Nacional de Adicciones. SSA, Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Consejo Nacional Contra las Adicciones. México.
- Smart, R., Natera, G., Almendares, J. (1980). A trial of a new method for studying drinking and drinking problems in three countries of the Americas. *Bull Panam Health Org*, 14(4): 318-326.
- Smith, J.E., Meyers, R.J., Miller, W.R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *American Journal on Addictions*, 10(supp): 51-59.
- Stafford, L. (2001). Is codependency a meaningful concept?. *Issues in Mental Health Nursing*, 22:273-286.
- Strauss, A., Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Technics. SAGE, Newbury Park CA, 270 p.
- Strauss, S.M., Falkin, G.P. (2001). Social support systems of women offenders who use drugs: A focus on the mother-daughter relationship. *AmJ Drug Alcohol Abuse* 27(1):65-89.
- Taylor, S.J., Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ed. Paidós, Barcelona, 343 p.
- Tenorio, R., Natera, G. (1995). Los estibadores de la Merced y el consumo de alcohol: Una aproximación a su estudio. *Revista de Trabajo Social*, 10:49-59.

- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue:53-79.
- Tiburcio, M., Natera, G. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental* 26(5):33-42.
- Usher, J. (1998). A feminist perspective. In: Velleman R, Copello A, Maslin J (eds): Living with drink. Women who live with problem drinkers. Addison Wesley Longman Ltd. United Kingdom, pp. 150-161.
- Velleman, R., Copello, A., Maslin, J. (1998). Living with drink. Women who live with problem drinkers. Addison Wesley Longman Ltd. United Kingdom.
- Whalen, T. (1953). Wives of alcoholics: Four types observed in a family service agency, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 12:632-641.
- White, W. Savage, B. (2003). All in the family: Addiction, recovery, advocacy. Recovery advocacy papers and resources. University of Chicago, Fayette Companies, Chesnut Health Systems.
- Whitfield, C. (1989). Co-dependence: Our most common addiction. Some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6:19-36.
- Williams, R. (1976). Keywords: a vocabulary of culture and society. Fontana, London.
- Willis, G. (1999). Cognitive interviewing. A “how to” guide. American Statistical Association.
- Wilson-Schaefer, A. (1995). La codependencia dentro de su contexto cultural. *Addictus*, 6:22-28.
- Winters, J., Fals-Stewart, W., O’Farrell, T.J., Birchler, G.R., & Kelley, M.L. (2002). Behavioral Couples Therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(2):344-355.
- Wright, P.H., Wright, K.D. (1999). The two faces of codependent relating: A research-based perspective. *Contemporary Family Therapy* 21(4):527-543.
- Zweben, A., Pearlman, S., Li, S. (1988). A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the Marital Systems Study. *British Journal of Addictions* 83:899-916.

ANEXO 1. INSTRUMENTOS A EVALUAR Y ADAPTAR

CUESTIONARIO SOBRE SALUD FAMILIAR EN EL VALLE DEL MEZQUITAL

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Informe a la entrevistada la finalidad del estudio y solicite su aprobación para aplicar el instrumento; haga hincapié en que los resultados son confidenciales y garantice el anonimato. Es muy importante que al aplicar el cuestionario se asegure que la entrevistada comprendió la pregunta, lea las opciones de respuesta tantas veces como sea necesario. Encierre en un círculo el número que indique la respuesta de la entrevistada.

Este cuestionario forma parte de un estudio que se está realizando en el Valle del Mezquital para conocer el estado de salud así como los problemas que tienen las familias que viven en esta zona. Le voy a hacer algunas preguntas sobre cómo se ha sentido últimamente y otras que tienen que ver con su relación con los miembros de su familia. Le voy a agradecer que me indique si quiere que repita la pregunta o si hay alguna palabra que no se entienda.

LUGAR Edad Sexo M F

Estado civil Último año aprobado

Ocupación Parentesco con el usuario

CUESTIONARIO DE SINTOMAS

En esta sección deseamos saber como se ha estado sintiendo en los últimos meses. Ponga una marca en la columna cuyo encabezado se adecua mejor a como se ha sentido (Nunca, algunas veces, a menudo). Por favor recuerde que esta información será tratada con la más estricta confidencialidad.

	Nunca	Algunas veces	A menudo
1. Mareado o débil	0	1	2
2. Cansado o sin energía	0	1	2
3. Nervioso	0	1	2
4. Sensación de presión o tensión en la cabeza	0	1	2
5. Con temores o miedos	0	1	2
6. Con poco apetito	0	1	2
7. Palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente	0	1	2
8. Sentimientos de que no hay esperanza	0	1	2
9. Inquieto o asustadizo	0	1	2
10. Con poca memoria	0	1	2
11. Dolores en el pecho o dificultad al respirar o sensación de no tener suficiente aire	0	1	2
12. Sentimientos de culpa	0	1	2
13. Preocupaciones	0	1	2
14. Dolores musculares o reumatismo	0	1	2
15. Sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mí	0	1	2
16. Temblores o sacudimientos	0	1	2
17. Dificultades para pensar claramente o para tomar decisiones	0	1	2
18. Sentimientos de poca valía o de fracaso	0	1	2
19. Sentimientos de tensión o como si me hubiesen dado cuerda (como un reloj)	0	1	2
20. Sentimientos de ser inferior a otras personas	0	1	2
21. Sensaciones de cosquilleo o adormecimiento en partes de mi cuerpo	0	1	2
22. Irritabilidad	0	1	2
23. Con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza	0	1	2
24. Pérdida de interés en casi todas las cosas	0	1	2
25. Descontento o deprimido	0	1	2
26. Ataques de pánico	0	1	2
27. Sensaciones de debilidad en partes del cuerpo	0	1	2
28. Sin capacidad de concentración	0	1	2
29. Dificultad para conciliar el sueño o sueño desasosegado, o pesadillas	0	1	2

30. Me despierto demasiado temprano y no puedo conciliar el sueño otra vez.	0	1	2
---	---	---	---

CES-D

Nos interesa conocer algunas experiencias que pudieron haberle ocurrido la semana pasada. Voy a leer cada una de las preguntas y usted me va a decir el número de días (de 0 a 7) que se sintió así la semana pasada.

	No	Número de días		
		1-2	3-4	5-7
1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan	0	1	2	3
2. No se sentía con ganas de comer o tenía mal apetito	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares ni amigos	0	1	2	3
4. Se sentía tan buena como los demás	0	1	2	3
5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
6. Se sentía deprimida	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1	2	3
8. Se sintió optimista sobre el futuro	0	1	2	3
9. Pensó que su vida era un fracaso	0	1	2	3
10. Se sintió con miedo	0	1	2	3
11. Su sueño era inquieto	0	1	2	3
12. Estaba contenta	0	1	2	3
13. Habló menos de lo usual	0	1	2	3
14. Se sintió sola	0	1	2	3
15. Sintió que la gente no era amigable	0	1	2	3
16. Disfrutó de la vida	0	1	2	3
17. Pasó ratos llorando	0	1	2	3
18. Se sintió triste	0	1	2	3
19. Sintió que no le caía bien a la gente	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada	0	1	2	3
21. No podía seguir adelante	0	1	2	3
22. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3
23. Sentía que su familia estaría mejor si usted estuviera muerta	0	1	2	3
24. Pensó en matarse	0	1	2	3

CUESTIONARIO DE ENFRENTAMIENTOS

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a la manera como la gente puede reaccionar o intentar enfrentarse con alguien de la familia que usa alcohol o drogas. Voy a leer cada pregunta y usted me va a indicar si en los últimos tres meses ha hecho o no cada una de las cosas que le voy a decir; en caso de que sí lo haya hecho, me va a decir si lo ha hecho solamente una o dos veces (1), algunas veces (2) o con frecuencia (3).

	No	Si		
		1	2	3
1. Se ha negado a prestarle dinero o a ayudarlo de otra forma económicamente (regalándole dinero, comprándole alcohol o drogas)	0	1	2	3
2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de él (ella)	0	1	2	3
3. Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiándolo si vomita después de haber bebido o consumido drogas	0	1	2	3
4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga	0	1	2	3
5. Se ha sentado con él (ella) para platicar francamente sobre lo que podría hacer con su forma de beber o consumir drogas	0	1	2	3
6. Ha discutido con él (ella) por su consumo de alcohol o drogas	0	1	2	3
7. Le ha insistido sobre su consumo de alcohol o drogas	0	1	2	3
8. Se ha escondido, lo (a) evitado o dejado el cuarto cuando ha estado consumiendo drogas o alcohol	0	1	2	3
9. Le ha aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar	0	1	2	3
10. Se ha sentido demasiado asustada para hacer algo	0	1	2	3

11. Ha tratado de limitar su consumo de alcohol o drogas creando alguna regla, por ejemplo, prohibirle beber dentro de la casa, prohibirle que sus amistades que consumen drogas vengan a su casa o prohibirle salir con ellos.

0	1	2	3
---	---	---	---

una o dos veces (1), algunas veces (2) o con frecuencia (3).

	No	Si		
12. Ha continuado con sus propios intereses o ha buscado nuevos intereses, o actividades para usted, se ha involucrado en una organización política, religiosa o deportiva.	0	1	2	3
13. Lo ha alentado a hacer un juramento o a prometer no beber o no tomar drogas	0	1	2	3
14. Se ha sentido desesperado (a) como para hacer algo	0	1	2	3
15. Lo (a) ha evitado en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas	0	1	2	3
16. Se ha puesto triste o malhumorado con él (ella)	0	1	2	3
17. Lo ha cuidado de cerca o lo ha vigilado en cada movimiento que hace	0	1	2	3
18. Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si él (ella) no estuviera ahí	0	1	2	3
19. Verdaderamente ha insistido en hablar acerca de su forma de consumir alcohol o drogas (o le ha aclarado que no aceptaría sus razones para beber o servirle de coartada)	0	1	2	3
20. Ha hecho amenazas que realmente no tenía intención de cumplir	0	1	2	3
21. Le ha aclarado cuales son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia	0	1	2	3
22. Lo ha defendido o apoyado cuando otros lo han criticado	0	1	2	3
23. Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión	0	1	2	3
24. Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse	0	1	2	3
25. Lo ha acusado de no amarlo (a) o de haberlo decepcionado (a)	0	1	2	3
26. Ha hablado con él (ella) para ayudarlo a resolver la situación económica	0	1	2	3
27. Cuando han sucedido cosas como resultado de su forma de beber o consumir drogas ¿ha dado excusas por él (ella) o lo ha encubierto o se ha culpado usted mismo (a)	0	1	2	3
28. Ha buscado o esculcado sus bebidas o drogas	0	1	2	3
29. Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos	0	1	2	3
30. Ha tratado de mantener las cosas para que parezcan normales o ha fingido que todo está bien cuando no es así o ha ocultado qué tan grave es el consumo de alcohol o drogas	0	1	2	3

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 2. EJEMPLO DE LOS LABORATORIOS COGNITIVOS DE LOS INSTRUMENTOS.

SRT1. Mareado o débil

Respuesta	Frecuencia
Nunca	17
Algunas veces	17
A menudo	10

DISCUSIÓN:

Las opiniones respecto a la similitud entre los dos conceptos incluidos en esta pregunta son encontradas, una minoría considera que son sinónimos pero también hay quien piensa que son fenómenos diferentes: Débil se refiere al cuerpo, el mareo es algo que pasa en la cabeza y puede deberse a la presión. Débil quiere decir sin fuerza y mareado es cuando la cabeza da vueltas

RECOMENDACIÓN

Se ha sentido mareada

SRT2. Cansado o sin energía

Respuesta	Frecuencia
Nunca	11
Algunas veces	23
A menudo	10

DISCUSIÓN

Una persona consideró que no son sinónimos: “*Cansada es cuando tengo flojera y no quiero hacer nada, sin energía es que no puedo hacer nada*”

RECOMENDACIÓN

Se ha sentido cansada o sin energía

SRT3. Nervioso

Respuesta	Frecuencia
Nunca	20
Algunas veces	15
A menudo	9

DISCUSIÓN

No se detectaron mayores dificultades para la comprensión de este reactivo, algunas personas recomendaron los siguientes términos para expresar la misma idea

- *Se sintió nerviosa*
- *Inquieta, tensa*

RECOMENDACIÓN

No modificar el reactivo: Se ha sentido nerviosa

COP1. Se ha negado a prestarle dinero o a ayudarlo de otra forma económicamente (regalándole dinero, comprándole alcohol o drogas)

Respuesta	Frecuencia
No	14
Una o dos veces	1
Algunas veces	4
Con frecuencia	3

DISCUSIÓN

Muchas de las entrevistadas responden negativamente a esta pregunta porque dicen que sus esposos no les piden dinero prestado, sin embargo, cuando se realizan entrevistas a profundidad

informan que ellos exigen que se les entregue el dinero que mandan los familiares que se encuentran en Estados Unidos, o lo que ganan las mujeres con la venta de dulces u otras actividades. Es importante cambiar la redacción de esta pregunta para que “prestar” y “regalar” no sean las acciones más importantes si no el hecho de dar dinero.

RECOMENDACIÓN

Se ha negado a darle dinero cuando él se lo pide

COP2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de él

Respuesta	Frecuencia
No	9
Una o dos veces	1
Algunas veces	3
Con frecuencia	10

DISCUSIÓN

La idea de “poner primero los intereses de otros” no se entiende fácilmente, sugieren:

- *“Le da mas importancia a los intereses de otras personas que a los de él”*
- *“Se preocupa más por sus hijos que por él”*
- *“Pone primero a sus hijos que a él”*
- *“Son más importantes otras personas de su familia que él”*

RECOMENDACIÓN

Le ha dado más importancia a las cosas que hacen otras personas de su familia que a él

COP3. Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiándolo si vomita después de haber bebido o consumido drogas

Respuesta	Frecuencia
No	11
Una o dos veces	3
Algunas veces	6
Con frecuencia	4

DISCUSIÓN

No hubo problemas de comprensión pero esta pregunta, al igual que todas las de este instrumento, es demasiado larga

RECOMENDACIÓN

Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo llevándolo a acostar o limpiándolo si vomita después de haber tomado

COP4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o drogas

Respuesta	Frecuencia
No	15
Una o dos veces	-
Algunas veces	4
Con frecuencia	4

DISCUSIÓN

No hay problemas de comprensión pero es muy similar a la pregunta número 1 (negarse a prestarle dinero)

RECOMENDACIÓN

Le ha dado dinero sabiendo que lo gastará en bebida

CES-D1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan

Respuesta	Frecuencia
No	15
1-2 días	17
3-4 días	1
5-7 días	4

DISCUSIÓN

Algunas personas tuvieron dificultad con la palabra “usualmente”, es mejor “normalmente” o “generalmente”. En la versión que se acordó con la Dra. Lara quedó redactado como sigue

- *Le molestaron muchas cosas que generalmente no le molestan*

RECOMENDACIÓN

Le molestaron cosas que generalmente no le molestan

CES-D2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito

Respuesta	Frecuencia
No	28
1-2 días	1
3-4 días	2
5-7 días	6

DISCUSIÓN

“Mal apetito” es un concepto raro, se cambió a:

- *No sintió ganas de comer o no tuvo apetito*

RECOMENDACIÓN

No sintió ganas de comer o tenía poca hambre

CES-D3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares y amigos

Respuesta	Frecuencia
No	26
1-2 días	3
3-4 días	1
5-7 días	7

DISCUSIÓN

La observación más importante sobre este reactivo tiene que ver con que las mujeres normalmente tienen amigas y no amigos

- *Sintió que no podía quitarse de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares ni amigas*

RECOMENDACIÓN

Sintió que no podía dejar de estar triste ni con la ayuda de familiares y amigos

ANEXO 3. VERSIÓN FINAL DE LOS INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO SOBRE SALUD FAMILIAR EN EL VALLE DEL MEZQUITAL

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Es muy importante que al aplicar el cuestionario se asegure que el entrevistado comprendió la pregunta, lea las opciones de respuesta tantas veces como sea necesario. Encierre en un círculo el número que indique la respuesta del entrevistado, no deje preguntas sin responder. Haga hincapié en la confidencialidad de los resultados.

Este cuestionario forma parte de un estudio que se está realizando en el Valle del Mezquital para conocer el estado de salud de las familias que viven en esta zona y algunos de los problemas que tienen. Le voy a hacer algunas preguntas sobre cómo se ha sentido últimamente y otras que tienen que ver con su relación con los miembros de su familia. Le voy a agradecer que me indique si quiere que repita la pregunta o si hay alguna palabra que no se entienda.

I. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Lugar

Nombre

Edad **exo** **S** **M** **F**

Nuera/yerno	11
Tía (o)	12

II. SALUD

Nos interesa saber cómo se ha estado sintiendo en los últimos tres meses, voy a leer algunas preguntas y usted me va a decir si se ha sentido así o no.

Estado civil	
Casado	1
Unión libre	2
Separado	3
Divorciado	4
Viudo	5
Soltero	6

Último año que aprobó en la escuela	
Ninguno	00
Nunca fue a la escuela pero sí sabe leer y escribir	01
Primaria incompleta	02
Primaria	03
Secundaria incompleta	04
Secundaria	05
Carrera técnica	06
Preparatoria, vocacional etc.	07
Carrera profesional	08
Posgrado	09

Ocupación	
Hogar	1
Comerciante	2
Jornalero	3
Albañil	4
Educadora	5
Otro	6
Campo	7

Parentesco con el usuario	
Esposa (o)	1
Madre	2
Padre	3
Hija (o)	4
Hermana (o)	5
Cuñada (o)	6
Prima (o)	7
Sobrina (o)	8
Nieta (o)	9
Vecina (o)	10

Durante los últimos tres meses....	Nunca	Algunas veces	Muy seguido
1. Se ha sentido mareada	0	1	2
2. Se ha sentido cansada o sin energía	0	1	2
3. Se ha sentido nerviosa	0	1	2
4. Ha sentido presión en la cabeza (o como si le apretaran la cabeza)	0	1	2
5. Ha sentido temores o miedos	0	1	2
6. Se ha sentido con pocas ganas de comer	0	1	2
7. Ha sentido que su corazón late muy rápido o muy fuerte sin que haya razón	0	1	2
8. Se ha sentido sin esperanzas (desesperanza)	0	1	2
9. Se ha asustado fácilmente (se sobresalta fácilmente)	0	1	2
10. Le ha costado trabajo acordarse de las cosas	0	1	2
11. Ha sentido que le falta el aire	0	1	2
12. Se ha sentido culpable de haber hecho algo	0	1	2
13. Se ha sentido preocupada	0	1	2
14. Ha tenido dolores musculares	0	1	2
15. Ha sentido que la gente la hace menos (o que no la toman en cuenta)	0	1	2
16. Ha sentido que le tiembla el cuerpo (temblorina)	0	1	2
17. Ha sentido que le cuesta trabajo pensar para tomar decisiones	0	1	2
18. Ha sentido que no vale nada y que nada le sale bien	0	1	2
19. Se ha sentido como si tuviera mucha cuerda (como si estuviera muy apurada o acelerada)	0	1	2
20. Ha sentido que es menos que otras personas	0	1	2
21. Ha sentido hormigueo en algunas partes de su cuerpo	0	1	2
22. Ha sentido que se enoja de todo	0	1	2
23. Ha pensado todo el tiempo en lo mismo	0	1	2
24. Ha sentido que no tiene ganas de hacer nada	0	1	2
25. No se ha sentido contenta con nada y se ha sentido triste	0	1	2
26. Ha sentido mucho miedo y ganas de salir corriendo	0	1	2
27. Se ha sentido desguanzada o con el cuerpo caído	0	1	2
28. Le ha costado trabajo poner atención en lo que hace	0	1	2

29. Ha tratado de dormir y no puede	0	1	2
30. Se ha despertado y no puede dormirse otra vez.	0	1	2
31 Ha tenido pesadillas	0	1	2

III. ENFRENTAMIENTO

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a la manera como la gente puede reaccionar con alguien de la familia que toma alcohol. Voy a leer cada pregunta y usted me va a indicar si en los últimos tres meses ha hecho o no cada una de las cosas que voy a decir; en caso de que sí lo haya hecho, me va a decir si lo ha hecho solamente una o dos veces, algunas veces o muy seguido

Durante los últimos tres meses usted...	No	1 o 2 veces	Algunas veces	Muy seguido
1. Se ha negado a darle dinero cuando él (ella) se lo pide	0	1	2	3
2. Le ha dado más importancia a las cosas que hacen otras personas de su familia que a él (ella)	0	1	2	3
3. Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo, llevándolo a acostar o limpiándolo si vomita después de haber tomado	0	1	2	3
4. Le ha dado dinero sabiendo que lo gastará en bebida	0	1	2	3
5. Se ha sentado con él (ella) para platicar tranquilamente sobre lo que podría hacer con su forma de tomar	0	1	2	3
6. Ha comenzado a pelear con él (ella) por su manera de tomar alcohol	0	1	2	3
7. Le ha rogado que deje de tomar	0	1	2	3
8. Ha preferido dejarlo solo cuando esta tomado (evita verlo, se sale de la casa o se va a otro cuarto)	0	1	2	3
9. Le ha aclarado que su forma de tomar alcohol drogas le molesta y que tiene que cambiar	0	1	2	3
10. Cuando él (ella) está tomado se siente tan asustada que no puede hacer nada	0	1	2	3
11. Ha creado alguna regla para que beba menos, por ejemplo, decirle que no beba dentro de la casa, que no vengán sus amigos o decirle que no salga con ellos	0	1	2	3
12. Ha buscado nuevas actividades o cosas que hacer a pesar de que él (ella) siga tomando (por ejemplo meterse a un grupo político, religioso, deportivo, comunitario, cooperativa, buscar trabajo)	0	1	2	3
13. Ha tratado de convencerlo para que jure o prometa que no va a tomar	0	1	2	3
14. Se ha sentido tan desesperado(a) que no sabe qué hacer con el consumo de su familiar	0	1	2	3
15. Ha tratado de no estar con él porque toma	0	1	2	3
16. Cuando él (ella) toma usted se ha puesto triste o se enoja con él (ella)	0	1	2	3
17. Ha vigilado todo lo que hace	0	1	2	3
18. Ha preferido ocuparse únicamente de sus cosas como si él no estuviera	0	1	2	3
19. Le ha aclarado que no va a consentir su consumo y que no va a servirle de	0	1	2	3

tapadera				
20. Lo ha amenazado con hacer cosas que en realidad no va a cumplir	0	1	2	3
21. Le ha dicho lo que espera de él (ella) o lo que debe hacer para ayudar a la familia	0	1	2	3
22. Lo ha defendido o apoyado cuando otros lo critican por su forma de beber	0	1	2	3
23. Ha llegado a darse por vencida	0	1	2	3
24. Ha aceptado el consumo de alcohol como una parte de la vida que no puede cambiarse	0	1	2	3
25. Le ha dicho: "tomas porque no me quieres a mí ni a tu familia"	0	1	2	3
26. Ha hablado con él (ella) para ayudarlo a resolver la situación económica	0	1	2	3
27. Cuando él (ella) hace cosas estando borracho lo disculpa frente a otros o se echa la culpa usted misma (o)	0	1	2	3
28. Si encuentra vino o cervezas en su casa se lo tira sin avisarle	0	1	2	3
29. Ha preferido darse sus gustos haciendo cosas que le agradan a usted o a su familia	0	1	2	3
30. Ha tratado de disimular que no pasa nada malo o que no tiene problemas en su casa por el consumo de alcohol	0	1	2	3

IV. CES-D

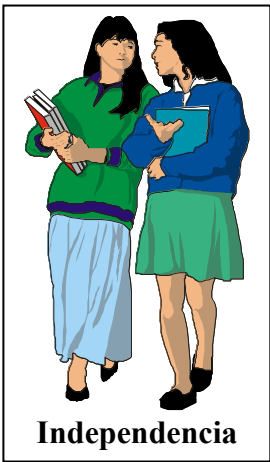
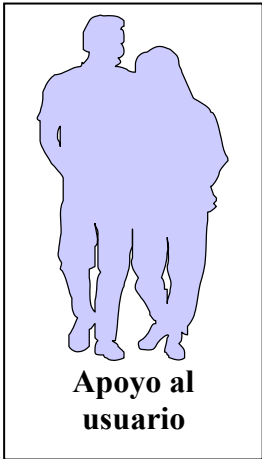
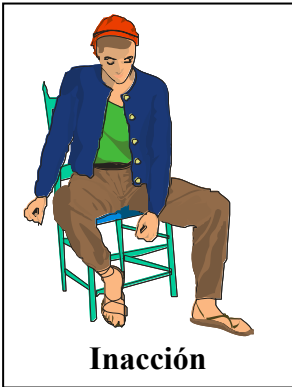
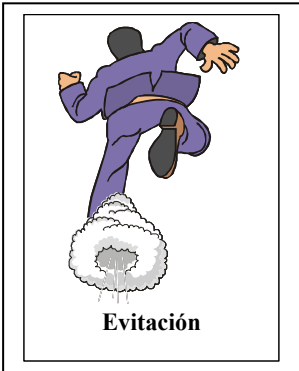
Nos interesa conocer algunas experiencias que le pudieron haber ocurrido durante la semana pasada. Voy a leer cada una de las preguntas y usted me va a decir el número de días (de 0 a 7) que se sintió así la semana pasada.

Durante la semana pasada ¿cuántos días...	Ningún día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
1. Le molestaron cosas que generalmente no le molestan	0	1	2	3
2. No sintió ganas de comer o tenía poca hambre	0	1	2	3
3. Sintió que no podía dejar de estar triste ni con la ayuda de familiares y amigos	0	1	2	3
4. Sintió que era tan buena gente como cualquier otra persona	0	1	2	3
5. Tuvo dificultad para poner atención en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
6. Se sintió deprimida	0	1	2	3
7. Le costó mucho trabajo hacer sus actividades diarias	0	1	2	3
8. Sintió que las cosas pueden ir mejor en el futuro	0	1	2	3
9. Pensó que su vida no sirve para nada	0	1	2	3
10. Sintió miedo	0	1	2	3
11. No durmió bien	0	1	2	3
12. Estuvo contenta	0	1	2	3
13. Habló menos de lo normal	0	1	2	3
14. Se sintió sola	0	1	2	3
15. Sintió que la gente no era amable con usted	0	1	2	3
16. Disfrutó de la vida	0	1	2	3
17. Pasó ratos llorando	0	1	2	3
18. Se sintió triste	0	1	2	3
19. Sintió que no le caía bien a la gente	0	1	2	3
20. No tuvo ganas de hacer nada	0	1	2	3

21. Sintió que no podía seguir adelante	0	1	2	3
22. Pensó en no seguir viviendo	0	1	2	3
23. Sintió que su familia estaría mejor si usted ya no viviera	0	1	2	3
24. Pensó en quitarse la vida	0	1	2	3

ANEXO 4. IMÁGENES DEL MATERIAL PSICO-DIDÁCTICO

(Versión para población urbana que se adaptará a población indígena)



ANEXO 5. GUÍA DEL LABORATORIO COGNITIVO PARA LA EVALUACIÓN DEL MATERIAL PSICO-DIDÁCTICO

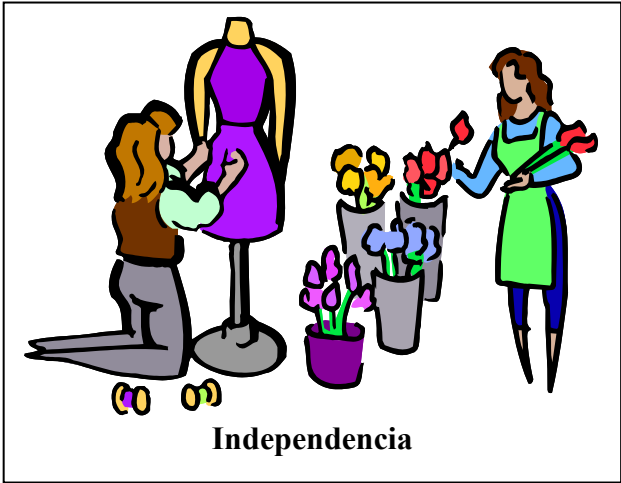
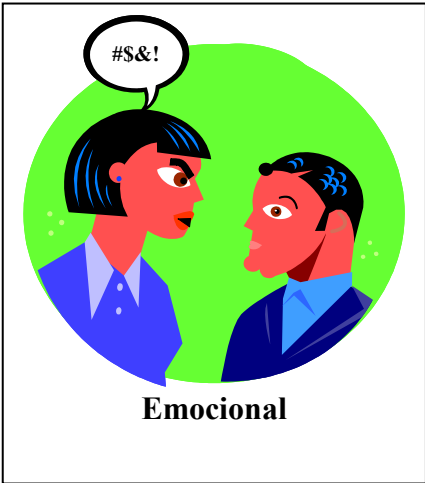
Le voy a leer la historia de una familia. Después le voy a enseñar unos dibujos y al final le voy a hacer algunas preguntas sobre esos dibujos.

Pedro y Rosa se casaron hace 10 años y tienen 3 hijos. Cuando Pedro toma cerveza u otra bebida alcohólica no puede dejar de tomar, y aunque los demás le digan que ya no tome o se empiece a sentir mal, sigue tomando hasta caerse o quedarse dormido. Al día siguiente no se acuerda de lo que hizo o se siente tan mal que no puede ir a trabajar hasta que se toma otra cerveza. A veces Pedro hace cosas que no haría si estuviera en su juicio, como pelearse con sus hijos, con sus hermanos o con su esposa. Ha tenido varios accidentes por haber tomado mucho y a veces ha tenido que ir a ver al médico por los dolores tan fuertes que siente en el hígado.

Los dibujos que les voy a enseñar muestran algunas cosas que Rosa ha hecho cuando Pedro se emborracha. Por favor díganme:

1. ¿Qué está pasando en este dibujo?
2. ¿Cuál puede ser el resultado de que Rosa actúe así?
3. Ese resultado ¿es bueno o es malo para Rosa? ¿por qué?
4. ¿Qué nombre le pondrían a este dibujo?

ANEXO 6. SEGUNDA VERSIÓN DE IMÁGENES DEL MATERIAL PSICO-DIDÁCTICO



ANEXO 7. TEXTO PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO INDIVIDUAL

Bueno días, mi nombre es _____ y trabajo con un grupo de personas que están haciendo una investigación en el Valle del Mezquital, para conocer el estado de salud y algunos de los problemas que tienen las familias que viven en esta zona. Estamos invitando a la gente que vive en las comunidades cercanas a participar en el estudio contestando algunas preguntas, le agradecería mucho que usted también colabore con nosotros. Su participación en esta investigación puede ser muy útil porque nos puede ayudar a entender mejor cómo son las familias de esta localidad y además, si usted lo decide, podría recibir orientación para manejar mejor algunos de los problemas que se presentan frecuentemente en las familias, sobre todo cuando alguno de los integrantes consume alcohol en exceso ¿acepta participar?.

Si usted está de acuerdo, le voy a hacer algunas preguntas sobre cómo se ha sentido últimamente y sobre algunas situaciones que probablemente viven en su familia. La entrevista va a durar más o menos una hora o una hora y media, y en caso de que usted lo autorice, voy a grabar nuestra conversación. Esta grabación es muy útil porque me va a permitir analizar con mayor detalle todo lo que usted me diga.

La información que usted me dé durante la entrevista es confidencial, esto quiere decir que nadie se va a enterar de lo que usted y yo platiemos pues nadie va a escuchar el cassette. Si tiene cualquier duda o hay algo que no entienda puede hacer todas las preguntas que desee, si se le ocurre alguna pregunta después de que terminemos la entrevista me puede contactar en el número de teléfono que le voy a dejar.

También es importante que sepa que si decide ya no participar en la entrevista podemos detenernos en cualquier momento. ¿Tiene alguna duda? Si no es así voy a empezar a hacerle algunas preguntas, si hay alguna palabra que no se entienda o si quiere que le repita alguna pregunta le voy a agradecer que me lo diga.

ANEXO 8. COMPARACIÓN ENTRE LAS VERSIONES ORIGINALES Y LA VERSIÓN MODIFICADA DE LOS INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE ENFRENTAMIENTOS

Versión original	Versión Modificada
Durante los últimos tres meses...	Durante los últimos tres meses usted...
1. Se ha negado a prestarle dinero o a ayudarlo de otra forma económicamente (regalándole dinero, comprándole alcohol o drogas)	1. Se ha negado a darle dinero cuando él (ella) se lo pide
2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de él (ella)	2. Le ha dado más importancia a las cosas que hacen otras personas de su familia que a él (ella)
3. Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiándolo si vomita después de haber bebido o consumido drogas	3. Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo, llevándolo a acostar o limpiándolo si vomita después de haber tomado
4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga	4. Le ha dado dinero sabiendo que lo gastará en bebida
5. Se ha sentado con él (ella) para platicar francamente sobre lo que podría hacer con su forma de beber o consumir drogas	5. Se ha sentado con él (ella) para platicar tranquilamente sobre lo que podría hacer con su forma de tomar
6. Ha discutido con él (ella) por su consumo de alcohol o drogas	6. Ha comenzado a pelear con él (ella) por su manera de tomar alcohol
7. Le ha insistido sobre su consumo de alcohol o drogas	7. Le ha rogado que deje de tomar
8. Se ha escondido, lo (a) evitado o dejado el cuarto cuando ha estado consumiendo drogas o alcohol	8. Ha preferido dejarlo solo cuando esta tomado (evita verlo, se sale de la casa o se va a otro cuarto)
9. Le ha aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar	9. Le ha aclarado que su forma de tomar alcohol le molesta y que tiene que cambiar
10. Se ha sentido demasiado asustada para hacer algo	10. Cuando él (ella) está tomado se siente tan asustada que no puede hacer nada
11. Ha tratado de limitar su consumo de alcohol o drogas creando alguna regla, por ejemplo, prohibirle beber dentro de la casa, prohibirle que sus amistades que consumen drogas vengán a su casa o prohibirle salir con ellos.	11. Ha creado alguna regla para que beba menos, por ejemplo, decirle que no beba dentro de la casa, que no vengán sus amigos o decirle que no salga con ellos
12. Ha continuado con sus propios intereses o ha buscado nuevos intereses, o actividades para usted, se ha involucrado en una organización política, religiosa o deportiva.	12. Ha buscado nuevas actividades o cosas que hacer a pesar de que él (ella) siga tomando (por ejemplo meterse a un grupo político, religioso, deportivo, comunitario, cooperativa, buscar trabajo)
13. Lo ha alentado a hacer un juramento o a prometer no beber o no tomar drogas	13. Ha tratado de convencerlo para que jure o prometa que no va a tomar
14. Se ha sentido desesperado (a) como para hacer algo	14. Se ha sentido tan desesperado(a) que no sabe qué hacer con el consumo de su familiar
15. Lo (a) ha evitado en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas	15. Ha tratado de no estar con él porque toma
16. Se ha puesto triste o malhumorado con él (ella)	16. Cuando él (ella) toma usted se ha puesto triste o se enoja con él (ella)
17. Lo ha cuidado de cerca o lo ha vigilado en cada movimiento que hace	17. Ha vigilado todo lo que hace

Versión original	Versión Modificada
Durante los últimos tres meses...	Durante los últimos tres meses usted...
18. Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si él (ella) no estuviera ahí	18. Ha preferido ocuparse únicamente de sus cosas como si él no estuviera
19. Verdaderamente ha insistido en hablar acerca de su forma de consumir alcohol o drogas (o le ha aclarado que no aceptaría sus razones para beber o servirle de coartada)	19. Le ha aclarado que no va a consentir su consumo y que no va a servirle de tapadera
20. Ha hecho amenazas que realmente no tenía intención de cumplir	20. Lo ha amenazado con hacer cosas que en realidad no va a cumplir
21. Le ha aclarado cuales son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia	21. Le ha dicho lo que espera de él (ella) o lo que debe hacer para ayudar a la familia
22. Lo ha defendido o apoyado cuando otros lo han criticado	22. Lo ha defendido o apoyado cuando otros lo critican por su forma de beber
23. Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión	23. Ha llegado a darse por vencida
24. Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse	24. Ha aceptado el consumo de alcohol como una parte de la vida que no puede cambiarse
25. Lo ha acusado de no amarlo (a) o de haberlo decepcionado (a)	25. Le ha dicho: “tomas porque no me quieres a mí ni a tu familia”
26. Ha hablado con él (ella) para ayudarlo a resolver la situación económica	26. Ha hablado con él (ella) para ayudarlo a resolver la situación económica
27. Cuando han sucedido cosas como resultado de su forma de beber o consumir drogas ¿ha dado excusas por él (ella) o lo ha encubierto o se ha culpado usted mismo (a)	27. Cuando él (ella) hace cosas estando borracho lo disculpa frente a otros o se echa la culpa usted misma (o)
28. Ha buscado o esculcado sus bebidas o drogas	28. Si encuentra vino o cervezas en su casa se lo tira sin avisarle
29. Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos	29. Ha preferido darse sus gustos haciendo cosas que le agradan a usted o a su familia
30. Ha tratado de mantener las cosas para que parezcan normales o ha fingido que todo está bien cuando no es así o ha ocultado qué tan grave es el consumo de alcohol o drogas	30. Ha tratado de disimular que no pasa nada malo o que no tiene problemas en su casa por el consumo de alcohol

ESCALA DE SÍNTOMAS, SRT

Versión Original	Versión Modificada
Se ha sentido...	Durante los últimos tres meses....
1. Mareado o débil	1. Se ha sentido mareada
2. Cansado o sin energía	2. Se ha sentido cansada o sin energía
3. Nervioso	3. Se ha sentido nerviosa
4. Sensación de presión o tensión en la cabeza	4. Ha sentido presión en la cabeza (o como si le apretaran la cabeza)
5. Con temores o miedos	5. Ha sentido temores o miedos
6. Con poco apetito	6. Se ha sentido con pocas ganas de comer
7. Palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente	7. Ha sentido que su corazón late muy rápido o muy fuerte sin que haya razón
8. Sentimientos de que no hay esperanza	8. Se ha sentido sin esperanzas (desesperanza)
9. Inquieto o asustadizo	9. Se ha asustado fácilmente (se sobresalta fácilmente)
10. Con poca memoria	10. Le ha costado trabajo acordarse de las cosas
11. Dolores en el pecho o dificultad al respirar o sensación de no tener suficiente aire	11. Ha sentido que le falta el aire
12. Sentimientos de culpa	12. Se ha sentido culpable de haber hecho algo
13. Preocupaciones	13. Se ha sentido preocupada
14. Dolores musculares o reumatismo	14. Ha tenido dolores musculares
15. Sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mí	15. Ha sentido que la gente la hace menos (o que no la toman en cuenta)
16. Temblores o sacudimientos	16. Ha sentido que le tiembla el cuerpo (temblorina)
17. Dificultades para pensar claramente o para tomar decisiones	17. Ha sentido que le cuesta trabajo pensar para tomar decisiones
18. Sentimientos de poca valía o de fracaso	18. Ha sentido que no vale nada y que nada le sale bien
19. Sentimientos de tensión o como si me hubiesen dado cuerda (como un reloj)	19. Se ha sentido como si tuviera mucha cuerda (como si estuviera muy apurada o acelerada)
20. Sentimientos de ser inferior a otras personas	20. Ha sentido que es menos que otras personas
21. Sensaciones de cosquilleo o adormecimiento en partes de mi cuerpo	21. Ha sentido hormigueo en algunas partes de su cuerpo
22. Irritabilidad	22. Ha sentido que se enoja de todo
23. Con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza	23. Ha pensado todo el tiempo en lo mismo
24. Pérdida de interés en casi todas las cosas	24. Ha sentido que no tiene ganas de hacer nada
25. Descontento o deprimido	25. No se ha sentido contenta con nada y se ha sentido triste
26. Ataques de pánico	26. Ha sentido mucho miedo y ganas de salir corriendo
27. Sensaciones de debilidad en partes del cuerpo	27. Se ha sentido desguanzada o con el cuerpo caído
28. Sin capacidad de concentración	28. Le ha costado trabajo poner atención en lo que hace
29. Dificultad para conciliar el sueño o sueño desasosegado, o pesadillas	29. Ha tratado de dormir y no puede
30. Me despierto demasiado temprano y no puedo conciliar el sueño otra vez.	30. Se ha despertado y no puede dormirse otra vez.

CES-D

Versión Original	Versión Modificada
Durante la semana pasada ¿cuántos días...	Durante la semana pasada ¿cuántos días...
1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan	1. Le molestaron cosas que generalmente no le molestan
2. No se sentía con ganas de comer o tenía mal apetito	2. No sintió ganas de comer o tenía poca hambre
3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares ni amigos	3. Sintió que no podía dejar de estar triste ni con la ayuda de familiares y amigas
4. Se sentía tan buena como los demás	4. Sintió que era tan buena gente como cualquier otra persona
5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo	5. Tuvo dificultad para poner atención en lo que estaba haciendo
6. Se sentía deprimida	6. Se sintió deprimida
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	7. Le costó mucho trabajo hacer sus actividades diarias
8. Se sintió optimista sobre el futuro	8. Sintió que las cosas pueden ir mejor en el futuro
9. Pensó que su vida era un fracaso	9. Pensó que su vida no sirve para nada
10. Se sintió con miedo	10. Sintió miedo
11. Su sueño era inquieto	11. No durmió bien
12. Estaba contenta	12. Estuvo contenta
13. Habló menos de lo usual	13. Habló menos de lo normal
14. Se sintió sola	14. Se sintió sola
15. Sintió que la gente no era amigable	15. Sintió que la gente no era amable con usted
16. Disfrutó de la vida	16. Disfrutó de la vida
17. Pasó ratos llorando	17. Pasó ratos llorando
18. Se sintió triste	18. Se sintió triste
19. Sintió que no le caía bien a la gente	19. Sintió que no le caía bien a la gente
20. Sintió que no podía seguir adelante	20. Sintió que no podía seguir adelante

ANEXO 9. EJEMPLO DE LABORATORIO COGNITIVO DE IMAGENES
ENTREVISTAS INDIVIDUALES
EMOCIONAL

Participante	Descripción	Resultado	Título	Observaciones
1	El señor sufre, ¿no? Es que la mujer se aprovecha porque el hombre este llega de tomar, se emborracha y no se da cuenta de lo que ella hace, entonces ya dándose cuenta el señor es cuando se enoja pero a lo mejor el señor no tiene carácter para que se de cuenta de lo que hace la mujer. Bueno, es lo que digo.	Pero yo veo que que que ella no tiene por qué enojarse, si el señor, aunque se le pase su... Sus copas pero este él sabe cuál es su obligación, cumple todo lo que debe de ser, no veo por qué tenga que enojarse. Ah, a lo mejor ese es por lo mismo que ese es el problema que tiene, es como peleonero, o algo así. Es lo que le molesta a la señora. Pues a lo mejor la señora no quiere que ande molestando a otras personas su marido. Si Rosa se enoja a lo mejor se, le, le puede golpear, podría ser que, yo creo que ya provocándolo y si el señor está tomado, a lo mejor sí, lo llega a golpear, Por, porque este, si usted dice que el señor le gusta pelearse con cualquiera cuando está borracho le gusta pelearse con cualquiera, obvio que a lo mejor si la señora le encuentra enojada, ya viendo enojada y se pone a discutir pues yo creo que sí llega a golpearla. Ese es un resultado malo porque pues yo creo que si se pasa sus copas y todo eso, no creo que tenga la culpa la señora o las personas para que esté golpeándolo. No creo, no está bien lo que hace.	Yo le pondría que es un señor que no, que no tiene ¿cómo le diré? que es un señor sin escrúpulos, sin educación, no es justo que pase una persona y porque está borracho, no sabe lo que hace.	En la imagen del enfrentamiento emocional hubo dificultad de comprensión por parte de la señora, pues el dibujo mostraba a un señor, no al familiar. En todo caso todos los dibujos deberían de ser de mujeres para evitar la confusión de si el dibujo es el familiar o es el usuario
2	Están discutiendo de sus problemas, ella está molesta y él también	Pues que definitivamente puede haber una separación. Pues si es malo por los hijos , pero si está bien, viéndolo por un lado, bueno vivir sin los papas también les afecta, y vivir con ellos en mal ejemplo también les hace daño [puede haber otra posibilidad] Sólo que él fuera fuerte y se pudiera recuperar, podría haber una solución, si se arreglarían, y él cambiaría, pues sí [seguirían juntos] pero aquí están enojados.	No hay sugerencia	
3	Ah... está enojada María... bueno lo esta regañando su hijo, bueno como que... por la cara [creo que es su hijo] la cara, la cara como que puso así... que lo están regañando... [si fuera su esposo] están discutiendo, yo creo Bueno este... (risas) ¡como que me confundo! [si es su hijo o su esposo] Más bien él no sabe porqué se molesta o por qué esta enojada [yo creo que está molesta] porque se ve que su hijo llega tomando diario y más bien le esta diciendo... le esta platicando a su pareja que... bueno llego este su hijo borracho y su papá no lo	Él se da cuenta que está mal lo que esta haciendo, yo digo que puede ser este... malo porque pus ella de tanto coraje se va a enfermar... pus ella se va a enfermar de los nervios, pues que no pueden controlar su coraje este... cualquier cosa les molesta o... eso me imagino que así es esa enfermedad de los nervios (risas). Yo digo que no [puede haber nada bueno]	Eh... “María la enojona” (risas) Porque si se ve el dibujo con la cara así muy enojada	

ANEXO 9. EJEMPLO DE LABORATORIO COGNITIVO DE IMAGENES

ENTREVISTAS INDIVIDUALES

	acepta. Se ve que... que está muy enojada y el otro como que sorprendido			
4	Pues que no hay un acuerdo digamos... feliz, un acuerdo que... que diga “si estamos contentos”, se presenta la preocupación de la señora, bueno, de Celia, pues se sienten mal, yo creo que están discutiendo ¿no?... Si yo veo que apenas inicia por eso ella trata de hacerle entender que esto no está bien, que hay otras maneras de solucionar todavía, pero este... si no, él no llega... la solución sería llegar a entenderse, definitivamente que ella acepte el comportamiento de él, o él trate de entender porque si no si hay separación	Pues de que hay división, no hay acuerdo en el trabajo, en el hogar, o diría yo en el recurso económico, más que nada, hay división. Es un resultado negativo. Pues sí en todo, es una matrimonio que ya no se entiende, va perdiendo ella el cariño que le tiene ya no hay confianza, y va retirándose, pues digamos si se casó por amor poco a poquito se le esta olvidando. [El resultado positivo será] cuando Pánfilo entienda y que deje de tomar y que le haga caso a lo que le dice la señora. [Si siguen así, el resultado] puede ser la separación... que haya separación porque no se entienden definitivamente ella se cansa, se fastidia porque no le hace caso de lo que le dice, se anda cansando porque pues el gasto ya no hay y este... pues es difícil entenderse con una persona que toma, ¡en todas formas! en la comida, la mesa, la cama	Yo le diría como “el primer paso del problema”, el primer paso porque es cuando inicia, se podría controlar todavía si quisiera, o “llegar a un acuerdo”, yo lo llamaría “llegar a un acuerdo” a un entendimiento	
5	Está conversando, están platicando, dialogando. Está como de caras de que están enojados los dos	Pues así yo creo que no solucionan nada. No puede pasar nada bueno	La pareja sin comunicación	
6	Pues... están discutiendo me imagino o algo así, yo creo que se la pasan discutiendo porque esta tomado el señor, Pus ella se ve enojada... yo la veo que esta enojada porque el señor se dedica a tomar. Pues ¿qué le puedo decir? Casi es mi vida que he llevado... casi es así, uno se dedica a tomar es cuando uno, la hiere a uno	Pues hay veces de que uno está así pues... le hiere uno, ella también por lo mismo que... este... cómo le diré, que no... ya no entiende en razón y pus sí... Le dice de cosas y por lo mismo que él ya no oye, ya no entiende lo que... por decir no entiende lo que este... no deja, que deje de tomar, que ya se componga, que lleve una vida normal, no se puede ¿no? Pus yo digo que [puede haber nada bueno] no porque lo único que hace es... como que a uno le esta dañando y pues ella también le esta dañando estar con él... y más uno como la mujer siento que es la que queda más afectada que él porque si está tomado pus le hiere uno sin querer o... o lo ofende uno y pues si se queda uno dañada por dentro, bueno, es mi modo de ver	No hubo sugerencias	
7	Me imagino que ahí le está llamando la atención que no tome, le está platicando, ella está enojada, pide que el marido deje de tomar. Como que ahí le hace conquistar al marido. Para que deje de tomar.	Pues si ella le está llamando la atención al marido yo creo que es una llamada de atención para él. Lo malo es que si él no deja de tomar la mujer se fastidia y lo deja.	No hubo sugerencia	

EMOCIONAL

Descripción	Resultado	Título	Observaciones
R: Está enojado, desesperado. B: Sufre.	E: ¿Qué sería lo bueno que pasaría? G: Nada. E: ¿Creen que pase algo bueno si él se enoja? R: A lo mejor reacciona su papá si llora. E: ¿Qué sería lo malo que pasaría? B: Es él que está sufriendo por su papá.	B: El señor que sufre o el hijo que sufre. R: El señor rabioso, el señor enojado. E: ¿Cómo se dice en otomí? R: Cuashqui.	Se empleó el primer dibujo de enfrentamiento emocional
S1: Está peleándose, discutiendo, aja.	S2: Que él vuelva a tomar. Porque esa no es la forma de hablar eso. S1: (Ella se va a sentir) Sola... porque no la entiende	S2: La señora que orienta a su esposo	Segundo dibujo de enfrentamiento emocional
S4: Está platicando. F: Están platicando con su pareja. E: Pero fíjense la cara de Rosa, ¿Cómo está? S4: Está enojada. E: Está enojada, ¿verdad? ¿Qué le estará diciendo? S4: Me imagino que a su esposo le está reclamando que toma mucho. F: Este, lo que le está reclamando es por el bien del que está tomando porque ella sabe que lo que le está diciendo es algo bueno no es algo malo.	F: Que el señor la quiera molestar, ahí está el problema, que muchas de las veces ahí se agarra uno a golpes, el señor no entiende, se perjudica él mismo y la familia. E: El señor es fácil que golpee, pero ¿por qué? ¿Por qué creen que reaccione con golpes? F: Pues no sé qué ha de ser la misma bebida que toma, es lo que le hace alterar sus nervios yo creo, porque yo tenía un hermano que así vivíamos muchos años así y tomaba mucho, y siempre este siempre agarraba a los que estaban a su alrededor, no le importaba si estaba uno comiendo o si estaba uno dormido, llegaba y órale a puros golpes, a puras majaderías. E: ¿Y ustedes qué hacían? ¿Hablaban con él? F: No, como yo nunca o sea aquí vivíamos con mis padres, mis padres sí tomaban pero no así, entonces mi hermano pues el era una persona muy corajuda, para él no había una persona que le llamara la atención, fue muy triste convivir con una persona así que tome, nos espantábamos.	F: Cualquier cosa, es una pareja que no se entiende.	

ANEXO 10. NUEVA VERSIÓN DEL MATERIAL PSICO-DIDÁCTICO



emocional



tolerante



evitativo



controlador

ANEXO 10. NUEVA VERSIÓN DEL MATERIAL PSICO-DIDÁCTICO



inactivo



asertivo



apoyo al usuario



independiente