



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS  
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA**

**APOYO SOCIAL EN ESPOSAS DE CONSUMIDORES EXCESIVOS DE  
ALCOHOL EN UNA COMUNIDAD INDÍGENA**

**TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:  
GRACIELA MORALES TRUJILLO**

**TUTORA: GUILLERMINA NATERA REY  
FACULTAD DE MEDICINA**

**MÉXICO, D.F. JULIO 2013**



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.

Agradezco a mi tutora, la Dra. Guillermina Natera Rey, por haberme transmitido su experiencia, conocimiento y compromiso con la investigación. Asimismo le agradezco todo el apoyo que me brinda tanto en el aspecto profesional como en el personal, ya que ha sido un largo proceso con muchos retos que han podido ser superados.

Con mi eterno agradecimiento y amor a toda mi enorme familia que ha estado siempre conmigo y me ha apoyado en cada momento de mi vida; sobre todo me gustaría agradecerle a las mujeres de mi familia, las quiero y admiro muchísimo.

No puedo dejar de agradecerte Gaetan por darme la confianza y por empujarme a seguir adelante, por demostrarme que tengo la capacidad para hacer muchísimo más de lo que yo misma pensaba.

## ÍNDICE

Introducción.....	4
1. Conceptos Teóricos de Apoyo Social.....	6
1.1 El apoyo social como objeto de estudio.....	6
1.2 Modelos teóricos sobre apoyo social.....	8
1.3 Hacia una definición de apoyo social.....	11
1.4 Efecto del apoyo social en la salud.....	13
1.5 ¿Existen diferencias de género con respecto al apoyo social?.....	18
2. Modelo de Estrés-Tensión-Afrontamiento-Apoyo.....	22
2.1 Descripción del modelo.....	22
2.2 El consumidor excesivo de alcohol como fuente de estrés.....	24
2.3 La mujer como pareja de un consumidor excesivo de alcohol.....	26
2.4 Estudios en México.....	28
3. Los Otomíes del Valle del Mezquital.....	32
3.1 El Valle del Mezquital.....	32
3.1.1 Localización.....	32
3.2 Los Otomíes.....	34
3.2.1 Antecedentes históricos.....	34
3.2.2 Demografía.....	36
3.2.3 Vivienda.....	37
3.2.4 Indumentaria.....	37
3.2.5 Artesanías.....	37
3.2.6 Organización social.....	38
3.2.7 Cosmogonía y religión.....	38
4. El Género como Categoría de Estudio.....	40
4.1 Antecedentes.....	40
4.2 Definiciones e instancias de estudio.....	42
4.3 Asignación de roles en las mujeres indígenas.....	46
5. Planteamiento del Problema.....	50
5.1 Pregunta de investigación.....	50
5.2 Justificación.....	50
5.3 Objetivos del estudio.....	51
5.4 Supuestos.....	52
6. Método.....	52
6.1 Diseño de estudio.....	52
6.1.1 Resumen de estudio original.....	54
6.2 Participantes.....	55
6.3 Procedimiento para el análisis de datos.....	56
6.5 Consideraciones éticas.....	60
7. Resultados.....	63
7.1 Características sociodemográficas.....	63
7.2 Principales factores de estrés.....	64
7.2.1 Economía.....	64

7.2.2	La familia y el hogar.....	67
7.2.3	La comunidad.....	69
7.3	Tipos de apoyo social que reciben y percepción que tienen del mismo.....	71
7.3.1	Apoyo positivo.....	72
7.3.2	Apoyo negativo.....	74
7.3.3	Apoyo necesitado.....	76
7.3.4	Apoyo mixto o indiferenciado.....	78
7.4	Estructura del apoyo determinada a través de sus principales fuentes de apoyo.....	79
7.5	Principales funciones del apoyo.....	82
8.	Discusión, alcances del estudio y conclusiones.....	84
8.1	Discusión.....	84
8.2	Alcances y limitaciones del estudio.....	94
8.3	Conclusiones.....	95
	Referencias.....	97
	Apéndices.....	106
A.	Guía de entrevista.....	106
B.	Formato de consentimiento informado.....	107
C.	Constancia de aprobación del proyecto original por el comité de ética del INPRF.....	108

## INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es un grave problema de salud pública, que no sólo afecta a aquel que lo consume, sino a las personas que conviven con éste, sobre todo a los más cercanos, como lo es la familia; en donde sus miembros tienen que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes causadas por el consumo de su familiar. Aunado a todo esto, la problemática se vuelve más compleja cuando el consumo se realiza en comunidades indígenas, ya que se agregan los problemas propios de pobreza y marginación. De ahí la importancia de conocer procesos relacionados con el apoyo social en éste contexto.

En la última encuesta en la que se reporta el consumo de alcohol en zonas indígenas y rurales (ENA, 2008), se observa que la dependencia al consumo de alcohol es mayor en comunidades rurales e indígenas que en las zonas urbanas. Específicamente en el estado de Hidalgo, se reportó que el consumo diario en esta entidad está por encima de la media nacional, además de presentar una tasa de mortalidad por cirrosis hepática de 40.2 por cada 100 mil habitantes, lo cual la sitúa en primer lugar del país, ya que el promedio en el país es de 26.3 por cada 100 mil habitantes.

Bajo esta perspectiva, el apoyo social juega un importante papel, debido a que es un elemento que se relaciona directamente con el bienestar y la salud de las personas. Se ha demostrado que la disponibilidad de un apoyo de calidad es un determinante importante de la salud (Cohen y Wills, 1985). Es considerado un aspecto que, por sus implicaciones prácticas constituye uno de los acercamientos más prometedores en la intervención social y comunitaria (Barrón, 1996), de ahí la importancia de estudiar el apoyo social e identificar los tipos de apoyo social con los que la familia cuenta; en este estudio, específicamente las esposas de los usuarios. De acuerdo con Orford (2005), la calidad del apoyo social brindado a los miembros de la familia tiene un impacto significativo en su capacidad para afrontar la situación y la experiencia de la situación de estrés.

La presente tesis esta conformada por ocho capítulos, los cuales se describirán brevemente a continuación.

En el primer capítulo se muestra un panorama general de lo que es el apoyo social como marco conceptual; incluyendo antecedentes, definiciones, niveles de estudio y el efecto que tiene; además de un pequeño apartado sobre el apoyo social en mujeres.

En el segundo capítulo se describe el modelo de Estrés-Tensión-Afrontamiento-Apoyo en el cual se basa la presente investigación. Primero, se describe su estructura que considera al usuario de drogas o consumidor de alcohol como una fuente de estrés para la familia, y los factores principales para poder disminuir esa tensión provocada, uno es la forma de afrontar y el otro es el apoyo social. Partiendo desde esa perspectiva, se describieron las problemáticas a las cuales se enfrentan las mujeres al ser pareja de un consumidor excesivo de alcohol. Por último, se muestran antecedentes realizados en México con este mismo modelo.

En el tercer capítulo se hace un breve retrato de la zona de estudio y del grupo étnico del cual forman parte las mujeres que conforman la muestra de esta investigación. Se consideró necesaria la inclusión de este capítulo para tener una visión más clara sobre el contexto en el que se encuentra el grupo otomí que vive en el Valle del Mezquital.

En el cuarto capítulo se desarrollan aspectos relacionados con el género y el papel de la mujer en zonas indígenas con la finalidad de comprender la problemática del consumo de alcohol y el impacto que éste tiene en ellas.

Posteriormente se presentan en el quinto capítulo el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, la justificación, el objetivo general, los objetivos específicos y los supuestos de este estudio.

En el sexto capítulo se desarrolla el proceso metodológico llevado a cabo, incluyendo diseño de estudio, participantes, procedimiento para el análisis de los datos y las consideraciones éticas.

En el séptimo capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas con base en las cuatro categorías preestablecidas de apoyo social (Positivo- Negativo- Mixto o Indiferenciado- Necesitado), incluyendo las principales fuentes de estrés derivadas del consumo del esposo, además de la estructura y las funciones del apoyo social.

Finalmente, en el último capítulo se retoman los resultados, la discusión, los alcances, limitaciones del estudio y las conclusiones.

# **CAPÍTULO I**

## **CONCEPTOS TEÓRICOS DE APOYO SOCIAL**

Desde la década de los años 70, se ha documentado la importancia de diferentes aspectos sociales en la salud mental de la población; por ejemplo, se ha puesto de manifiesto que la interacción social es un elemento primordial para enfrentar los problemas de salud de una forma más eficiente. De ahí surge el constructo de “apoyo social” que está íntimamente relacionado con las nociones de bienestar y salud mental, y que se desarrollará con detalle en esta sección.

### **1.1 EL APOYO SOCIAL COMO OBJETO DE ESTUDIO**

Para entender el fenómeno del apoyo social, es necesario comprender la naturaleza y la evolución que ha seguido el propio concepto de salud mental. Sin embargo, primero conviene preguntarnos, ¿qué significa exactamente el apoyo social, qué podemos entender por tal fenómeno?

El concepto de apoyo social surge en la década de los años 70 y algunos de los estudios pioneros y que se consideran precursores para la conceptualización y el inicio del estudio del apoyo social como constructo independiente y tema clave de investigación, son los trabajos realizados por John Cassel (1974), Sydney Cobb (1976) y Gerald Caplan (1974) sobre los efectos protectores en la salud de los vínculos sociales con el grupo primario, es decir un pequeño grupo social de quien se forma parte de manera cercana y personal, a la cual se pertenece desde el nacimiento. Estos grupos son marcados por la preocupación de uno a otro de sus miembros, las actividades compartidas, los períodos de tiempo que pasaron juntos, algunos ejemplos son la familia, los amigos de juego, entre otros. Tanto Cassel (1974) como Cobb (1976) llevaron a cabo revisiones de estudios experimentales en los que tanto animales como humanos expuestos a una variedad de estímulos estresantes, pero en compañía de sus otros significativos o pares en un contexto interactivo de apoyo, no sufrían los efectos adversos que otros sujetos en condiciones de aislamiento experimentaban en su salud.

Sobre la base de estos estudios, Cassel (1974) y Cobb (1976) propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes.



Cassel (1974) señaló que el apoyo social es proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo, incluyéndolo en la categoría de procesos psicosociales que denominó “protectores de salud”. Tanto Cassel (1974) como Cobb (1976) subrayaron la importancia de los procesos informativos como un componente fundamental en las relaciones de apoyo. Sin embargo, existen diferencias entre las propuestas de ambos autores. Cobb (1976) sólo considera como apoyo social aquella información que lleva a la persona a creer que es querida y cuidada, estimada y valorada, y que forma parte de una red de relaciones que implican obligaciones mutuas.

Por su parte, Cassel como epidemiólogo, se había interesado en los efectos negativos que determinadas condiciones de la vida urbana tales como el hacinamiento, viviendas deficientes, vecindarios deteriorados, ejercen en la salud física y emocional de los residentes. Este autor hipotetizó que una consecuencia importante de esas condiciones de vida era el deterioro de los vínculos sociales, el cual reduce la cantidad de información que las personas reciben acerca de su situación y que interfiere en la retroalimentación relacionada con la precisión de sus percepciones y la efectividad de sus conductas. Al carecer de esa retroalimentación, se incrementarían los niveles de incertidumbre que pueden llevar a un incremento del estrés y posibles desórdenes físicos y emocionales.

Por otra parte, Gerald Caplan (1974) quien también propuso que los sistemas de apoyo suministran a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional, desarrolló una clasificación de los distintos sistemas de apoyo en el entorno natural y especuló acerca de los mecanismos por los que estos sistemas de apoyo logran sus efectos protectores. Para Caplan (1974), *un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, al proporcionar orientación cognoscitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales, y al proporcionar retroalimentación (feedback) acerca de la propia identidad y desempeño.*

Además Caplan, para quien las propuestas de Cassel eran altamente compatibles con su propio interés en las intervenciones de carácter preventivo basadas en la comunidad, también propondría ideas prácticas que los profesionales podrían utilizar para iniciar o estimular el desarrollo de relaciones de apoyo. A partir de estas observaciones, el autor destacó que las implicaciones prácticas del apoyo social lo hace un tema relevante de investigación (Caplan, 1986).

A partir de estos primeros estudios, se ha desarrollado una enorme cantidad de investigaciones sobre apoyo social y se puede ver que se ha vuelto uno de los temas más frecuentes en diversas investigaciones de diferentes áreas, podemos encontrarla principalmente en temas relacionados con la psicología comunitaria y la psicología de la salud; sin embargo, existen otras áreas relacionadas, como lo es la sociología, la epidemiología, la salud pública, medicina preventiva, entre otras (Barrón, 1996).

Como han señalado Cohen y Syme (1985), rara vez un grupo tan diverso de científicos sociales se han mostrado de acuerdo con respecto a la importancia de un factor en la promoción de la salud y el bienestar. Ciertamente, si se considera tanto su impacto en el pensamiento actual acerca de la etiología social de los desórdenes físicos y mentales, como el extraordinario volumen de publicaciones, no cabe duda de que el apoyo social se ha unido al estrés y a las estrategias de afrontamiento (*coping*) como uno de los tres constructos más importantes en la investigación actual sobre la salud mental (Veiel & Baumann, 1992). Un constructo que, por sus implicaciones prácticas, constituye uno de los acercamientos más prometedores en la intervención social y comunitaria (Barrón, 1996).

Sin embargo, a pesar de la gran cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de apoyo social continúa siendo en cierto modo ambiguo y es común encontrar que términos tales como “relaciones sociales”, “redes sociales”, “integración social”, “vínculos sociales” entre otros son usados como sinónimos, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo (Castro, Campero & Hernández, 1997).

Es necesario dejar en claro los diferentes modelos de apoyo social, lo cual nos lleva a diferentes perspectivas en el estudio de este tema, en las que se enfatizan tanto las funciones, como la estructura del apoyo social (González, 2001).

## **1.2 MODELOS TEÓRICOS SOBRE APOYO SOCIAL**

A falta de una definición aceptada de manera universal, algunos autores han propuesto diferentes aproximaciones que tratan de exponer de una manera clara y delimitada qué es el apoyo social.

Una de ellas es la de Gottlieb (1981) y Lin, Dean y Ensel (1986) quienes coinciden en señalar que existen tres niveles de análisis del apoyo social:

- *Nivel comunitario o macro*, entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.
- *Nivel medio*, que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo, tales como el trabajo, vecindario, entre otros, las cuales le brindan un sentimiento de vinculación.
- *Nivel micro o de relaciones íntimas*, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha, como lo son la familia o los amigos, dando lugar a un sentimiento de seguridad, compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Otra propuesta que se centra en la perspectiva desde la que se estudia el apoyo social es la de Barrón y Chacón, quienes plantean que existen dos grandes perspectivas en el estudio del apoyo social: la estructural y la funcional (González, 2001).

Desde la perspectiva estructural, se examina todo el campo social en el que está inmerso el sujeto, y utiliza los análisis de redes sociales como medida del apoyo social. Los estudios empíricos sugieren que las redes ofrecen apoyo crucial para el bienestar psicológico. Las dimensiones de las redes más estudiadas desde esta perspectiva son el tamaño, la densidad, la reciprocidad y la homogeneidad (González, 2001). Si se tiene en cuenta el abordaje estructural, se hace necesario diferenciar entre los aspectos propios de los vínculos o contactos (*ties*) establecidos entre los componentes de la red (*network*), y las características estructurales de ésta. En este sentido, resulta muy interesante la clasificación de Hall y Wellman (Citado por Barrón, 2005). Estos autores establecen una serie de características propias de cada uno de esos aspectos y su medida correspondiente (Ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Algunas características y medidas de red.

Característica	Medida
<b>Vínculos o Contactos (<i>ties</i>)</b>	
Fuerza	La cantidad de recursos que caracteriza una relación.
Frecuencia	La cantidad de contacto entre dos miembros de la red (por ejemplo, número de veces que un recurso de apoyo circula entre ambos).
Multiplicidad	Los diferentes tipos de apoyos o recursos intercambiados entre dos miembros.
Duración	La ambigüedad temporal del vínculo o relación entre dos miembros.
Simetría (reciprocidad)	El grado en el que los recursos o apoyos son tanto dados como recibidos por los miembros que participan en la relación.
Intimidad	La percepción de cercanía (vinculación emocional) entre dos miembros de la red.
<b>Redes (<i>Networks</i>)</b>	
Tamaño o extensión	El número de elementos que componen la red. Gráficamente, sería el número de nodos que la forman.
Densidad	El grado en que los miembros que componen la red están interconectados entre sí. Esta media general se obtiene dividiendo el número de vínculos existentes entre el número de nexos que habría si todos los componentes de la red estuvieran interrelacionados.
Grado	La magnitud en que un componente de la red está directamente relacionado con otro.
Vinculación interna ( <i>Boundedness</i> )	La proporción en que todos los vínculos existentes en los miembros se sitúan dentro de los límites de la red.
Accesibilidad ( <i>Reachability</i> )	La media de conexiones que es preciso recorrer para unir dos miembros integrantes de la red.
Homogeneidad	El grado en que los componentes de la red tienen unas características similares (por ejemplo, sexo, edad, clase social, etcétera).
Camarillas ( <i>Cliques</i> )	La proporción de redes internas en las que todos los elementos están directamente interrelacionados (densidad=1).
Grupos ( <i>Clusters</i> )	La proporción de agrupaciones dentro de la red en los que hay una alta densidad, aunque no igual a 1.

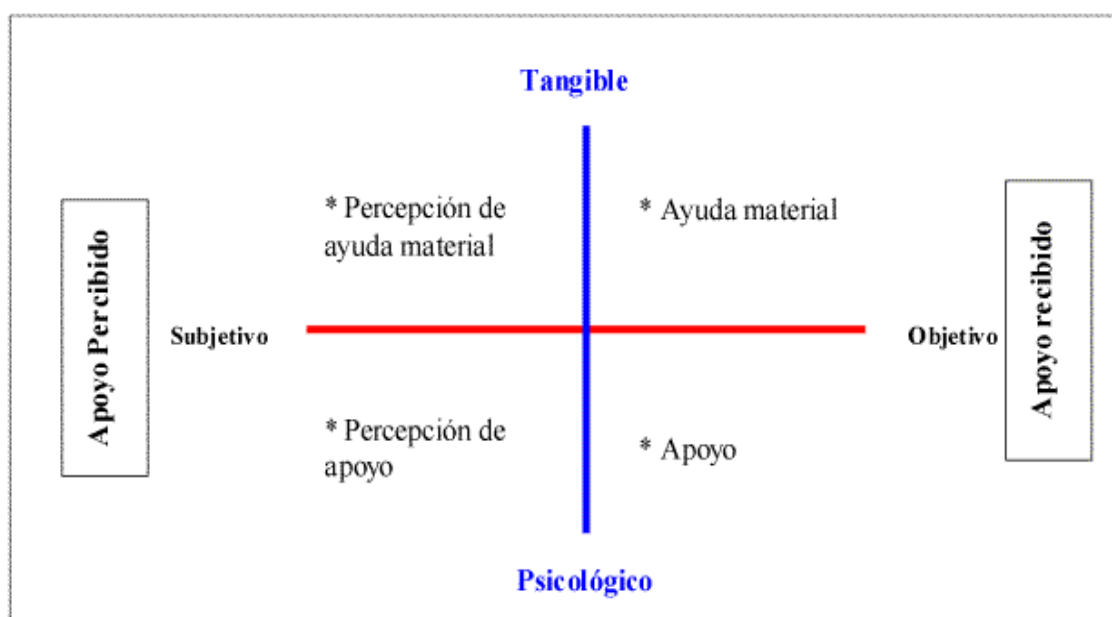
**Fuente:** Hall y Wellman (1985).

Desde una perspectiva funcional, tres han sido los tipos del apoyo social que se han usado en la mayor parte de las clasificaciones: emocional, tangible o instrumental e informacional (Barrón, 1996; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981). El primero representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona. El apoyo instrumental, tangible o material hace referencia a la posibilidad de disponer de ayuda directa por ejemplo, cuidar de la casa cuando uno se ausenta, cuidar de un familiar, facilitarle alojamiento, etcétera. La última función consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas. Así, cuando las personas se enfrentan con un problema que no puede resolverse de un modo fácil y rápido, tratan de buscar información acerca de la situación, posibles modos de solucionarla o recursos adecuados para disminuir los perjuicios que ocasiona. En este proceso de búsqueda de ayuda, las redes sociales

representan un importante punto de referencia para la persona necesitada (De Paulo, Nadler & Fisher, 1983).

Junto con estas delimitaciones en la clasificación de apoyo social, es precisa también la distinción señalada por Caplan (1974) entre apoyo social objetivo y apoyo social percibido. El primero hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. Esta diferenciación lo llevó a distinguir entre la transacción y lo transferido. Así, la transacción puede ser objetiva (apoyo recibido) o subjetiva (apoyo percibido), mientras que la naturaleza de lo transferido puede ser en ambos casos tangible (dinero, servicios, objetos, etc.) o psicológica (pensamientos y emociones). Según este autor, cualquier forma de apoyo social se define por su posición respecto a los ejes objetivo-subjetivo y tangible-psicológico (Ver Figura 1)

**Figura 1.** Modelo de Apoyo Social de Caplan.



**Fuente:** Caplan (1976)

### 1.3 HACIA UNA DEFINICIÓN DEL APOYO SOCIAL

Basta con una breve revisión de la literatura para comprobar que cada aproximación otorga diferente énfasis a ciertos aspectos frente a otros en la definición del apoyo social. Así, por ejemplo, Gottlieb (citado por Barrón, Lozano & Chacón, 1988) concibe el apoyo social como “información verbal y no verbal, ayuda tangible o

accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor” (p. 209). Como se puede apreciar en esta definición destacan tanto la perspectiva funcional como su carácter manifiesto o percibido.

También desde la perspectiva funcional Pearlin, Lieberman, Menaghan y Hullan (citado por Barrón, 1988) definen el apoyo como el acceso a individuos, grupos y organizaciones para tratar con los eventos vitales estresantes. Esta definición combina la función adaptativa del apoyo social con los tres niveles propuestos por Lin, Dean, y Ensel, (1986) desde los que se puede analizar.

Esta atención a las funciones del apoyo social aparece igualmente en la concepción de Schaefer (1981), cuando destaca sus repercusiones terapéuticas, o en la de Kahn y Antonucci (1981) que lo definen como aquellas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto o afirmación.

Las diferentes visiones del mismo fenómeno sugieren que lograr una definición de apoyo social que incluya todas las dimensiones antes descritas puede ser realmente complicado. No obstante, la definición aportada por Lin (1986) es una de las más comprensivas y aceptadas. Este autor concibe el apoyo social como “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”. En esta definición sintética se recogen los diferentes aspectos del apoyo social comentados anteriormente. Así, la referencia a “provisiones instrumentales o expresivas” destaca su carácter o dimensión funcional, aludiendo a las dos tipologías principales de apoyo social que se reflejan en la literatura. La puntualización de los aspectos “reales o percibidos” destaca su dimensión objetivo-subjetiva. Igualmente, también aparecen recogidos los tres niveles de análisis en cuanto al marco de procedencia del apoyo.

Atendiendo a los diferentes niveles de análisis del apoyo social, House y Kahn (1985) consideran necesario tener en cuenta tres aspectos en el apoyo derivado de las relaciones sociales: cantidad, estructura y función; ya que están teórica y empíricamente interrelacionados. La existencia o cantidad de relaciones es un determinante parcial, tanto de la estructura de la red como del contenido y función que se deriva de esas relaciones. De igual modo, las características estructurales de esa red determinan en cierta medida la calidad y función de las relaciones que se dan dentro de la misma. La consideración de estos aspectos contribuye a explicar los efectos derivados del apoyo social.

#### 1.4 EFECTO DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD

En sus orígenes, la investigación sobre apoyo social apareció claramente asociada a los efectos del estrés psicosocial. Según autores como Pearlin (1989) y Turner, Wheaton y Lloyd (1995), las experiencias estresantes no ocurren en un vacío sino que se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y económica, la raza, el sexo, la edad. Estos sistemas producen una distribución desigual de los recursos, de las oportunidades y por ello un bajo estatus en cualquiera de ellos puede ser en sí mismo origen de condiciones vitales estresantes. La mayoría de los investigadores en el área del estrés comienzan su trabajo centrándose en los estresores potenciales que residen en las experiencias individuales, sin fijarse en el posible origen estructural de tales estresores.

El modo en que los individuos afrontan las situaciones tiene que ver con los niveles de estrés, además de otros factores, como la percepción de apoyo social. La vivencia de estrés es una experiencia subjetiva de sobrecarga (física, emocional, cognoscitiva) frente a una situación que rompe la estabilidad, y se prolonga en el tiempo.

A partir de la teoría del estrés los investigadores se preocuparon sobre la forma como las personas utilizan respuestas de afrontamiento con el fin de cambiar las circunstancias estresantes, reducir el nivel de tensión y mantener el equilibrio al enfrentar las tensiones.

Estas teorías enfatizan el papel de los factores cognoscitivos como los pensamientos, ideas, creencias, actitudes, entre otros. Estos factores median la relación entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés. El máximo representante de esta teoría del estrés es Richard S. Lazarus.

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como “un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar personal. Es una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno”.

Dos conceptos fundamentales en esta teoría son la evaluación y el afrontamiento. La evaluación es definida como el mediador cognitivo de las reacciones de estrés, de las respuestas personales a los estímulos relevantes y es un proceso por medio del cual los sujetos valoran la situación, lo que está ocurriendo y todo ello relacionado con el bienestar personal del sujeto. Mientras que el afrontamiento son

aquellos esfuerzos cognoscitivos 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. (Lazarus y Folkman, 1986).

En el modelo de estrés-afrontamiento, este último regula los niveles de estrés, lo mismo ocurre con el apoyo social (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Existe evidencia suficiente que demuestra los efectos benéficos del apoyo social percibido en la regulación del estrés y la salud (Lakey & Cohen, 2000; Wills & Shinar, 2000). La perspectiva del estrés-afrontamiento propone que el apoyo social contribuye a la salud protegiendo a la gente de los efectos negativos del estrés (Lakey & Cohen, 2000). Así, en la tradición del estrés-afrontamiento la percepción del apoyo social enfatiza su disponibilidad y opera como reductor del estrés, lo que conlleva a la mejora de la salud y es explicado por la hipótesis de regulación en donde, "El apoyo está relacionado con el bienestar sólo (o primariamente) para los individuos bajo estrés. Este es denominado como modelo de regulación porque postula que el apoyo 'regula' (protegiendo) a las personas de influencias patológicas potenciales de los eventos estresantes" (Cohen & Wills, 1985, p. 310). Lo anterior implica que entre el apoyo social y el afrontamiento no existe relación directa, pero sí una relación de dependencia de éstos dos con el estrés.

Después de una breve revisión de estos conceptos y de la relación del apoyo social con el bienestar de los sujetos. Se entiende que el apoyo social por si mismo se convirtió y es actualmente un área de investigación en cierta medida independiente. En cuanto a las influencias sociales en la salud mental, el apoyo social ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados. Su influencia sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida (Thoits, 1982; Lin, Dean & Ensel, 1986; Messeri, Silverstein & Litwak, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Herrero & Musitu, 1998), tanto de sus aspectos funcionales (es decir, las funciones que cumplen las relaciones sociales) como de sus aspectos estructurales (esto es, la composición de las redes sociales).

Bajo esta perspectiva se han planteado dos posibles formas en la que el apoyo tiene un impacto sobre la salud, las cuales se conocen como hipótesis del efecto directo e hipótesis del efecto de amortiguación.

Así, la primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto (Barrón, 1996). Según esta propuesta, disponer de apoyo supone una mayor sensación



de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente.

En este sentido, Thoits (1985), desde el Interaccionismo Simbólico, establece tres grandes mecanismos de actuación dentro de estos efectos directos:

- Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales.
- Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
- Un aumento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes (Barrón, 1996). A su vez, este aumento en la seguridad autopercibida tiene un reflejo en el estado anímico del sujeto, que, de esta manera, se ve incrementado (Lazarus & Folkman, 1986).

La segunda hipótesis, denominada del *Efecto Buffer o Amortiguador*, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. Esta hipótesis señala dos efectos principales derivados de la disponibilidad de apoyo social (Barrón, Lozano & Chacón, 1988).

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social actúa tanto en la evaluación primaria como en la secundaria. Sobre la primera, la provisión de apoyo de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales, como instrumentales o de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés.

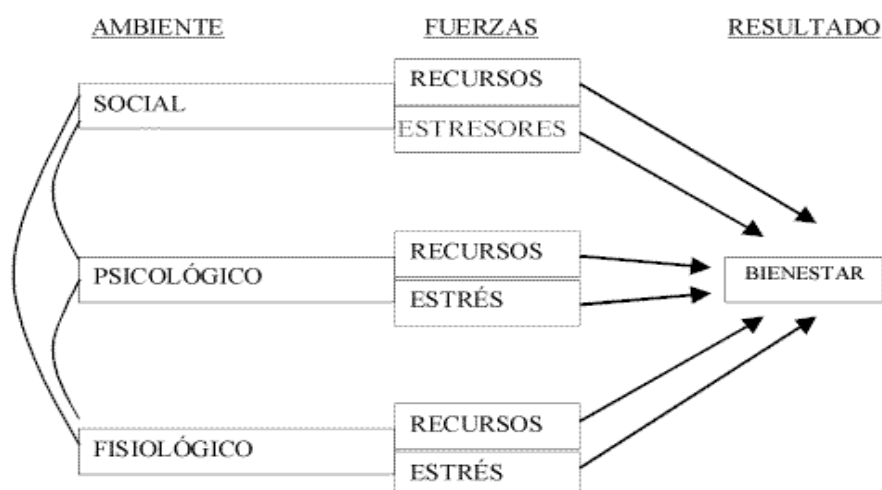
Heller y Swindle (1983) han desarrollado un modelo de apoyo social en el que, basándose en la hipótesis original del modelo de amortiguación (*buffer*), incorporan otros aspectos tales como: la historia previa de aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o los estilos de afrontamiento que presenta el sujeto. Todos estos elementos, junto con la provisión o disponibilidad subjetiva de apoyo proveniente de la

red social, van a influir en la valoración cognoscitiva de la situación de estrés, así como en las respuestas de afrontamiento. Según estos autores, los resultados de algunos estudios que trataban de validar el efecto amortiguador del apoyo social, han sido erróneos debido a que no consideran al sujeto como agente activo en el desarrollo y uso de su red social. En este sentido, el que una persona utilice o no de una manera efectiva el apoyo social durante un evento estresante, va a deberse tanto a la disponibilidad que tenga de ese apoyo como a las características y competencias personales para acceder y emplear ese apoyo, así como de los patrones de afrontamiento desarrollados previamente. Esto modifica la visión estática de la relación entre apoyo social y estrés al contemplarse de modo dinámico como una interacción a lo largo del tiempo, entre el individuo y el ambiente que le rodea, en la que el apoyo recibido depende no sólo del apoyo disponible, sino también de la historia previa del sujeto y de su habilidad para acceder a él, mantenerlo y utilizarlo.

Barrera (1988) ha reformulado la conexión entre estrés, apoyo social y salud, proponiendo una relación curvilínea. Según la cual, el apoyo social no da lugar a un decremento del malestar (*distres*) cuando la persona se ve expuesta a niveles intensos de estrés. Será en situaciones de estrés moderado cuando se apreciarán diferencias en la aparición de síntomas entre aquellas personas que cuentan con apoyo social y las que no.

Lin y Ensel (1989) proponen un paradigma integrador, en el que incorporan tanto el ambiente social como el puramente fisiológico, así como, por supuesto, el psicológico. Cada uno de estos ámbitos, según los autores, está determinado por la presencia de estresores y de recursos que facilitan su afrontamiento. En este sentido, un claro estresor fisiológico para el sujeto será la presencia de una enfermedad. El padecimiento de síntomas depresivos supone un claro estresor psicológico, mientras que una alta autoestima se sitúa dentro de los recursos psicológicos. Por último, el apoyo social representa el recurso social más importante con el que se pueden superar las adversidades que acompañan a los acontecimientos vitales estresantes. Todos elementos en conjunto ejercen su influencia sobre el bienestar del sujeto (Ver Figura 2).

**Figura 2.** Paradigma del estrés vital.



**Fuente:** Lin y Ensel (1989).

De esta forma, los autores tratan de superar los abordajes parciales que aparecen en otros estudios Berkman, 1984; Dohrenwend, 1981; Kobasa, Maddi y Coddington, 1981; Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan, 1981 (Citados por Lin & Ensel, 1989).

El modelo de Lin (Ver Figura 2) permite estudiar no sólo los efectos de amortiguación del apoyo social en condiciones de estrés elevado, sino también analizar dichos efectos en compañía de estresores o recursos procedentes de otros ámbitos. Lo que otorga un valor especial a este paradigma, al dar la posibilidad de abordar los efectos del apoyo social de manera aislada o en interacción con otros elementos relevantes para la explicación del bienestar personal.

Los resultados del análisis de este modelo (Lin & Ensel, 1989) confirman la teoría del efecto *buffer*: “Los efectos de buffering (amortiguación) son más fuertes que los directos...lo que refleja el papel amortiguador de los recursos sociales existentes con relación a estresores tanto sociales como psicológicos. Esto es, la carencia de recursos sociales, hace que la presencia de estresores sociales o psicológicos ejerza un mayor impacto sobre la salud. En contraste, los recursos psicológicos sólo amortiguan los estresores psicológicos” (pp. 393-394).

Cohen y Wills (Citados por Barrón & Sánchez, 2001) realizaron una importante revisión de la bibliografía sobre apoyo social. Tras clasificar los estudios en función del concepto de apoyo social utilizado (funcional o estructural) y por tanto del instrumento de medida empleado, relacionan estas características con los resultados obtenidos en cada estudio (efectos directos, efectos de amortiguación o ambos). En su trabajo,

concluyen que las medidas basadas en un concepto estructural del apoyo social tienden a confirmar la hipótesis de efectos directos. Por su parte, las medidas que exploran las funciones del apoyo social tienden a confirmar la hipótesis de efectos de amortiguación.

Se percibe entonces que bajo cualquiera sea la perspectiva de estudio del apoyo social, se podrá confirmar alguna de las dos hipótesis que se han planteado sobre las formas en la que el apoyo social tiene un impacto sobre la salud. Así que fuera de tratar de confirmar una u otra, lo cual ya estará dado desde el principio al elegir la perspectiva bajo la cual se abordará al apoyo social, lo más importante es entender que el apoyo social es uno de los elementos más significativos dentro del estudio de la salud, por el enorme efecto que tiene sobre el bienestar de las personas.

### **1.5 ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO CON RESPECTO AL APOYO SOCIAL?**

Hablando de diferencias de género, en lo que respecta a la salud mental, no se ha podido comprobar una mayor carga de enfermedad en un género o en otro. Sin embargo, si se ha encontrado que difieren en el tipo de problemas a los que están expuestos y a la forma de enfrentarse a estos (Scheid & Brown, 2010); por lo que es importante conocer la relación entre el apoyo social y el género.

Debido a los contrastes en cuanto a la socialización de hombres y mujeres y a los roles asignados por la cultura en la que se desarrollan, es de esperar que existan diferencias de igual manera en el apoyo social con el que cuentan.

Con respecto a éste, se han encontrado diferencias de género en la relación con algunas dimensiones del apoyo social y la salud, estas diferencias son evidentes a lo largo de todo el ciclo vital. (Matud, Carballeira, López, Marrero & Ibáñez, 2002).

En un estudio realizado en España por Matud, Carballeira et al. (2002) se muestra que factores como el nivel educativo, el estado civil, el estatus socioeconómico entre otras variables sociodemográficas influyen en el apoyo social disponible para las mujeres; sin embargo, ya que este estudio fue transversal, solo hablan de asociación y no de causalidad. De igual forma, mencionan que estas variables en conjunto con factores sociales y familiares, como el número de hijos y la edad tienen más peso en el caso de las mujeres en comparación con los hombres.

En cuanto al papel del estado civil, los autores comentan que influye principalmente en la percepción de la disponibilidad del apoyo; señalan que para las mujeres casadas a menudo las redes sociales son más una fuente de demandas que de

apoyo, el matrimonio en general implica una serie de papeles y tareas que afectan de manera negativa la percepción de disponibilidad de apoyo. Las solteras por su parte perciben mayor disponibilidad de apoyo social. Por otro lado, las mujeres solteras perciben más apoyo social que los hombres solteros (Matud, Carballeira et al., 2002).

De igual forma, señalan que existe evidencia empírica de que el apoyo social proporcionado por una mujer reduce los cambios cardiovasculares ante un estresor, mientras que no sucede lo mismo con el proporcionado por un hombre; además de que tanto mujeres como hombres prefieren recibir apoyo emocional de mujeres (Matud, Carballeira et al., 2002).

También hallaron que sus resultados son coherentes con otros autores, al encontrar que aunque las mujeres y los hombres no difieren en la percepción general del apoyo, las mujeres informan de más disponibilidad de apoyo por parte de amistades que los hombres. Confirman las afirmaciones de algunos autores acerca de que el matrimonio conlleva más ventajas para los hombres que para las mujeres, con mayor apoyo emocional de los casados frente a los no casados (Matud, Carballeira et al., 2002).

Dentro de sus conclusiones finales enfatizan la importancia de fomentar una redistribución de los papeles sociales y familiares, que ayuden a paliar su efecto negativo del apoyo social en la mujer. Por último destacan que las mujeres con peores condiciones sociales (las que tienen menor nivel de estudios, más edad, más cargas familiares y menor nivel laboral, así como las que carecen de empleo) son las que tienden a percibir menor apoyo social, lo cual habrá que tener en cuenta a la hora de diseñar programas comunitarios que intenten corregir las desigualdades de género (Matud, Carballeira et al., 2002).

En otros estudios hechos exclusivamente con mujeres bajo diferentes circunstancias, se encontraron datos muy interesantes que reflejan la relación que viven las mujeres con respecto al apoyo social.

En un estudio hecho en México sobre la importancia del apoyo social en mujeres reclusas realizado por Galván, Romero et al. (2006), reportan que existe una asociación positiva entre el apoyo social proveniente de familiares y amigos con el bienestar físico y mental. Éste hallazgo coincide con otros informes en los que se reconoce la influencia positiva del apoyo social sobre el bienestar de las mujeres internas, aunque se trata de una relación compleja que debe de investigarse más a fondo, ya que no se observa el mismo efecto en todos los individuos. Dentro de sus recomendaciones se desprende la

necesidad de crear conciencia en los familiares de las reclusas sobre la importancia de promover y mantener un contacto continuo y permanente con ellas, ya que este tipo de apoyo suele ser de gran beneficio para su bienestar físico y emocional (Galván, Romero, Rodríguez, Durand, Colmenares & Saldivar, 2006).

En otro estudio hecho también en México publicado en 2005 sobre la percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal, Juárez, Valdez & Hernández identificaron dos grupos de mujeres que enfrentan de manera muy distinta la problemática. Primero: un grupo de mujeres que no perciben ningún tipo de apoyo y “recrean su estar en el mundo de una manera sufriente”. Segundo: otro grupo de mujeres que perciben tener apoyo, ya sea para salir de su situación de violencia conyugal o para sobrellevar la situación de violencia con su pareja. Herrera et al., (Citado por Juárez, Valdez & Hernández, 2007) identificaron que las mujeres que buscan ayuda para resolver el problema de violencia conyugal, por lo general acuden a personas cercanas, como amigas, hermanas, madre, vecinas e hijos, incluso en los casos en que han sufrido lesiones graves a consecuencia del maltrato. En esta misma investigación sobre la percepción del apoyo social y la experiencia de violencia conyugal. Juárez, Valdez & Hernández dentro de sus hallazgos mencionan que las mujeres que cuentan con una red social establecida, prefieren recibir atención en primer término del grupo de personas cercanas que consideran significativas, en lugar de acudir a un centro de salud. En cambio, las mujeres que no cuentan con una red social acuden preferentemente a los servicios de salud para recibir atención. El sentimiento de soledad fue uno de los principales síntomas que manifestaron estas mujeres, como consecuencia del los conflictos conyugales. Un punto a resaltar es que todas ellas provenían de un entorno rural. Por último, un aspecto a tener en cuenta es la mayor vulnerabilidad que presentan las informantes que compartieron características tales como ser menores de edad y tener un menor grado de escolaridad.

Freyermuth (Citado por Juárez, Valdez & Hernández, 2005) encontró que el apoyo social y la utilización de las redes en las mujeres indígenas víctimas de violencia conyugal, depende de las condiciones en las que se hizo el arreglo matrimonial. Es decir que aquéllas que se unieron a los varones en condiciones desventajosas, no tendrán derecho a contar con el apoyo ni con la atención por parte de la red de su propia familia o la del varón, ni siquiera en las condiciones de maltrato extremo que pudiesen ocasionar la muerte. Lo anterior sugiere que existen diferencias socioculturales que condicionan la utilización de las redes de apoyo social (Heritier, Citado por Juárez, et

al.). Este hecho es relevante porque apunta hacia la construcción de una noción en las mujeres que sufren violencia conyugal, respecto de la disponibilidad de los recursos sociales que pueden o no servirle de apoyo (Juárez, Valdez & Hernández, 2005).

Otro estudio realizado en el 2004 en la Ciudad de México, por Lara, Navarro & Navarrete sobre las mujeres con depresión y la influencia del apoyo social, mostraron interesantes resultados. Este estudio fue realizado en un centro comunitario, donde observaron que las mujeres con menores ingresos, menor escolaridad y que no trabajan tuvieron un mayor número de síntomas de depresión, datos que son consistentes con los reportados en la literatura (Lara, Navarro & Navarrete, 2004).

En cuanto al apoyo social en este estudio las autoras mencionan que estas mujeres en promedio, cuentan con dos de los cuatro tipos de apoyos que fueron evaluados. Siendo el menos frecuente el que proviene de la cercanía con la pareja, y 10% mencionó no contar con ninguno. La carencia de un confidente, de una persona que ayude en caso de problemas económicos o que pueda proveer de información, además de la falta de cercanía de la pareja, se asociaron con mayor número de síntomas de depresión. Otros estudios en México también han notificado relación entre la falta de apoyo social y el malestar emocional, aunque utilizando otro tipo de mediciones (Lara, Navarro & Navarrete, 2004).

Por último, dentro de los resultados de este estudio observaron que las mujeres con menor escolaridad tienen menos apoyo social y experimentan más sucesos adversos, lo que limita su mejoría en el largo plazo (Lara, Navarro & Navarrete, 2004).

Al incluir estos estudios se busca conocer la forma en que las mujeres bajo diferentes situaciones hacen uso del apoyo social, si cuentan con este y cómo lo perciben. De acuerdo con esta información, se puede ver que las mujeres necesitan formas de apoyo diferentes a las que necesitan los hombres. Destacando que las mujeres con pareja, con menor escolaridad y en general, las más vulnerables, perciben menor apoyo social y se enfrentan a situaciones más complejas. Además de que es éste grupo el que acudirá a los servicios de salud por apoyo, de ahí la importancia de contar con intervenciones adecuadas, factibles y funcionales.

Como se ha podido observar, el apoyo social está directamente relacionado con la salud, bajo esta perspectiva en las adicciones se ha retomado en modelo básico de estrés, para poder realizar investigaciones e intervenciones en esta área, por lo que en el capítulo siguiente se describe uno de ellos, el cual se tomó de base para el presente estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MODELO DE ESTRÉS-TENSIÓN-AFRONTAMIENTO-APOYO**

Al conocer la relación que existe entre el apoyo social y el estrés, se puede entender la importancia que estos elementos junto con el afrontamiento tienen en el bienestar y la salud de las personas. En la actualidad, existen muchos modelos teóricos que están fundamentados en la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984), la cual se tiene como referencia ineludible en el ámbito del estrés y del cual se habló en el capítulo anterior. Bajo este mismo principio, pero enfocándose a la problemática de las adicciones, se creó un modelo en esta área que ha revolucionado la visión que se tiene sobre éste importante problema de salud pública y sobre la forma de abordarlo. El Modelo de Estrés-Tensión-Afrontamiento-Apoyo se explicará con detalle en esta sección y será el que se tomará como base para la presente investigación.

#### **2.1 DESCRIPCIÓN DEL MODELO**

A lo largo de la investigación dedicada a las adicciones, se han desarrollado diferentes modelos que han tenido una influencia importante en la forma de abordar este fenómeno, de acuerdo con Orford (2005), los principales modelos que han surgido son el patológico, el de codependencia y el sistémico. Bajo esta configuración, es importante describir de una manera muy breve pero clara, la concepción que los modelos previos tienen sobre este fenómeno.

En el modelo patológico, se ve a los miembros de la familia como parte del problema, en donde ellos mismos sufren cierto tipos de psicopatologías que los hacen tener necesidades que son satisfechas al vivir con un consumidor de alcohol o drogas (Orford et al., 2005).

En cuanto a la concepción de codependencia, es un modelo más reciente, que se ha impuesto y que aún sigue siendo la base para investigaciones e intervenciones en varios países occidentales. Sin embargo, hay muchos autores que usan este término, pero que le han dado diferentes concepciones, por lo que ha sido muy criticado en ese aspecto, aunque es muy popular y usado de manera arbitraria en muchos casos (Orford et al., 2005).

Por último, el modelo sistémico se basa en la teoría del mismo nombre, en donde se ve a la familia como un sistema complejo con partes interdependientes en donde una

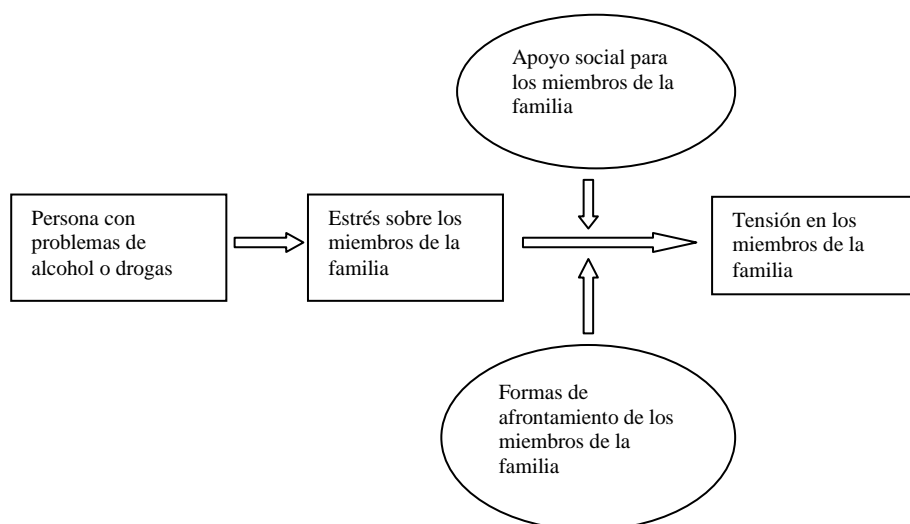


sola afecta a todas las demás. Y aunque parece relacionado con el modelo de estrés-afrontamiento, no explican los fenómenos de la misma forma, ya que éste modelo lo ve más como patrones y procesos completos de la familia (Orford et al., 2005).

Como se pudo observar en esta breve reseña, estos modelos ven a los familiares del usuario como enfermos o partes del problema. Sin embargo, el modelo de estrés-tensión-afrontamiento-apoyo de Orford fue creado en un sentido diferente y aborda esta área de estudio desde otra perspectiva, ya que busca responder justamente a las necesidades de las personas que están alrededor del consumidor, sobre todo para entender cuáles son las vivencias y las formas de afrontar esta situación, mirándolos desde un enfoque diferente.

El modelo surge a partir de investigaciones que realizan Orford y sus colaboradores (1992) en las familias de consumidores de alcohol y/o drogas, en donde los investigadores observan una serie de factores estresantes que son constantes en prácticamente todas ellas. De acuerdo con Orford (2005), todas estas circunstancias adversas a las que están expuestas las personas de manera cotidiana, son las que producen las condiciones estresantes, al igual que cuando se experimentan situaciones crónicas adversas, como podrán ser algunas enfermedades o al convivir con una persona enferma. Los componentes de este modelo son los siguientes:

**Figura 3.** Modelo Estrés-Tensión-Afrontamiento-Apoyo



**Fuente:** Orford, 2005

Como se muestra en la Fig. 3, dos elementos muy importantes son el afrontamiento y el apoyo social. Orford (2005), menciona que es muy importante conocer cómo las personas responden frente a estas circunstancias, las maneras de concebir por parte de los miembros de la familia esta situación y sus formas de responder son justamente a lo que llaman afrontamiento.

En cuanto al apoyo social, este modelo se complementa con el entendimiento de que el apoyo social es un factor muy poderoso, con una gran capacidad para mitigar los efectos del estrés en la salud. Bajo esta misma premisa, la falta de apoyo puede exacerbar el estrés y la tensión que los miembros de la familia experimentan, la presencia del apoyo social puede derivar de muchas direcciones, este incluye recursos informales tanto en la familia como fuera de ella, así como los recursos formales que pueden ser aportados por los profesionales de la salud o los centros de autoayuda. (Orford et al., 2005).

El modelo supone que este tipo de problemas en general, representa grandes desastres para las familias, además de ser un riesgo muy serio para la salud y la felicidad de sus miembros, así como para su familiar con problemas de alcohol o drogas. (Orford et al., 2005). Este modelo brinda la posibilidad de entender de manera distinta al consumidor y al familiar, ya que les brinda herramientas para comprender mejor su vida. De ésta manera el familiar tiene la oportunidad de crear mejores estrategias de afrontamiento tanto para el usuario, como para su familia, con la intención de mejorar las condiciones de salud de todos (Natera & Infante, 2000).

## **2.2 EL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL COMO FUENTE DE ESTRÉS**

La primera suposición del modelo sobre el problema de alcohol o drogas en la familia, es que un consumidor excesivo de alcohol o consumidor de drogas puede ser muy estresante, tanto para él mismo, como para los miembros de la familia. Todo esto debido a que los problemas relacionados con el consumo de alcohol en exceso o el consumo de drogas está relacionado con características que son altamente dañinas y que modifican las relaciones de una manera grave y que pueden llegar a ser tremendamente desagradables. Desgraciadamente, este tipo de problemáticas son continuas y debido a la naturaleza de las mismas, se mantienen y se pueden intensificar por períodos prolongados que provocan situaciones de estrés para los miembros de la familia. Este modelo ve a las

familias como personas en un riesgo muy alto de presentar tensión y que pueden presentar síntomas tanto en su salud física como en su salud mental, todo esto ocasionado o como consecuencia directa del estrés crónico provocado por vivir con una persona consumidora excesiva de alcohol o con una persona con problemas de drogas (Orford, 2005, p. 2).

En México, como en muchos otros países la forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas. En la Encuesta Nacional de Adicciones del 2008, se menciona que las dificultades más frecuentes ocurren en la propia familia (10.8%), a continuación aparecen las peleas (6%), los problemas con la policía (3.7%), pero en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas bajo los efectos del alcohol. Por último, con respecto a los problemas con la familia, éstos son más frecuentes en los hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer). Como resultado de estos problemas, un número importante de personas o miembros de la familia que conviven con personas con abuso de alcohol o de drogas están en riesgo de experimentar circunstancias estresantes (Copello, Velleman & Templeton, 2005).

Para poder fundamentar y demostrar la relación que le da base a este modelo, se han realizado numerosos estudios. En un estudio realizado por Orford & Natera (1997) sobre la experiencia del estrés y tensión que 12 familias en México y 12 en Inglaterra vivieron con un consumidor excesivo de alcohol o con problemas de drogas, ayudó a hacer un bosquejo sobre la forma en que afrontan esta situación. Se identificaron muchas experiencias comunes y se llegó a la hipótesis de que experiencias de las personas que enfrentan estas circunstancias son universales, sin importar la cultura o a relación directa que tuvieran con el usuario.

En éste sentido, Orford (2005) presenta una serie de factores universales de estrés para los integrantes de la familia que enfrentan problemas de adicción de uno de sus miembros, los cuales son presentados en la siguiente tabla.

**Tabla 2.** Factores universales de estrés.

- Preocupación por la salud bebedor / usuarios de drogas o su rendimiento.
- No es agradable la convivencia con un bebedor / usuarios de drogas.
- Irregularidades financieras y los efectos en la economía familiar
- El impacto en toda la familia y el hogar.
- La participación de otros miembros de la comunidad.
- Preocupación por la frecuencia, cantidad o forma de beber de su familiar / consumo de drogas.
- El hecho de que el usuario de alcohol / drogas se ausente.
- La vida social de los miembros de la familia es afectada.
- Los incidentes y crisis como resultado del consumo.

**Fuente:** Orford, 2005

Como se ha descrito, existe bastante evidencia sobre los efectos negativos que el consumo de alcohol o drogas tiene sobre los miembros de la familia, de acuerdo a lo revisado y a la evidencia mostrada por diversos autores, se puede entender que los grupos más vulnerables son las esposas, los padres y los hijos (Copello, Velleman & Templeton, 2005).

### **2.3 LA MUJER COMO PAREJA DE UN CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL**

Al considerar específicamente las vivencias de las esposas de los consumidores excesivos de alcohol, existen publicaciones relevantes que datan desde mediados del siglo XX. Una autora importante es Jackson, quién en 1954 (Citada por Orford et al., 2005) llega a conclusiones muy importantes que aun hoy en día siguen teniendo gran influencia. La autora llegó a éstas conclusiones después de asistir durante tres años a reuniones de Al-Anon que era un grupo relacionado a AA, pero en este caso era para las esposas y otras personas cercanas a alcohólicos. Además realizó entrevistas a otras esposas de alcohólicos buscándolas por otros medios como en hospitales, a través de los servicios sociales, entre otros. Sobre la base de todas sus observaciones, ella sugiere siete etapas de adaptación. Esta investigación es notable y precursora en la investigación para conocer las experiencias de las esposas, familiares o personas que conviven con personas con problemas de alcohol (Hurcom, Copello & Orford, 2000).

Ésta fue una de las primeras publicaciones que se pueden encontrar al respecto, pero existen diversos enfoques que han estudiado a la mujer como pareja de un

consumidor excesivo de alcohol. Por ejemplo, el modelo patológico sugería que las esposas de los usuarios presentaban problemas de personalidad lo cual influía para que sus esposos bebieran. Sin embargo, al mismo tiempo los modelos de estrés que se desarrollaron trataron de explicar los efectos que se derivan al vivir con una persona consumidora excesiva de alcohol (Hurcom, Copello & Orford, 2000).

Posteriormente, los modelos psicosociales trataron de integrar estas dos ideas previas; sin embargo, en las décadas de los 80 y 90, ganaron presencia dos nuevos modelos. Por una parte, el de codependencia enfatizando nuevamente la patología de las esposas y por otra, el modelo de estrés-afrontamiento que enfatiza las formas en que las esposas tratan de resolver sus problemáticas de manera activa (Hurcom, Copello & Orford, 2000).

La perspectiva de estrés-afrontamiento deja fuera el hecho de sólo centrarse en el sujeto y en patologías individuales y comienza a ver el contexto en el que viven las personas. Bajo éste paradigma, es fundamental creer que de manera natural los individuos participan de forma activa y orientada para resolver sus dificultades y que son vistas como un esfuerzo (Hurcom, Copello & Orford, 2000).

La literatura de estrés-tensión-afrontamiento-apoyo se ha dividido en dos áreas principales. La primera investiga las formas en que los cónyuges lidian con los eventos estresantes de la vida en general. En donde los estudios indican que, en general, las mujeres (ya sea casadas con un bebedor o no), tienden a utilizar estrategias de prevención más que los hombres. Por otra parte, las estrategias de evasión son consideradas menos exitosas que las estrategias activas para lidiar con el malestar (distrés) provocado por el trabajo, el estado civil o la paternidad (Moos et al., 1990. Citado por Hurcom, Copello & Orford, 2000).

En la segunda, se busca la forma en que las esposas responden ante las situaciones específicas de los incidentes derivados del consumo excesivo de alcohol. En esta área además de estudiar la forma en que hacen frente al estrés de la vida en general, los investigadores han estudiado las respuestas de las esposas en los escenarios específicos relacionados con el consumo de alcohol. Existen varias tipologías de afrontamiento que se han desarrollado para explicar cómo las esposas de los bebedores hacen frente y reaccionan ante estas situaciones específicas (Hurcom, Copello & Orford, 2000).

Vivir con un consumidor excesivo de alcohol genera una interrupción en sus actividades, reacciones emocionales negativas intensas y una escasa decisión para afrontar circunstancias tan complejas (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora et al., 1998).

## 2.4 ESTUDIOS EN MÉXICO

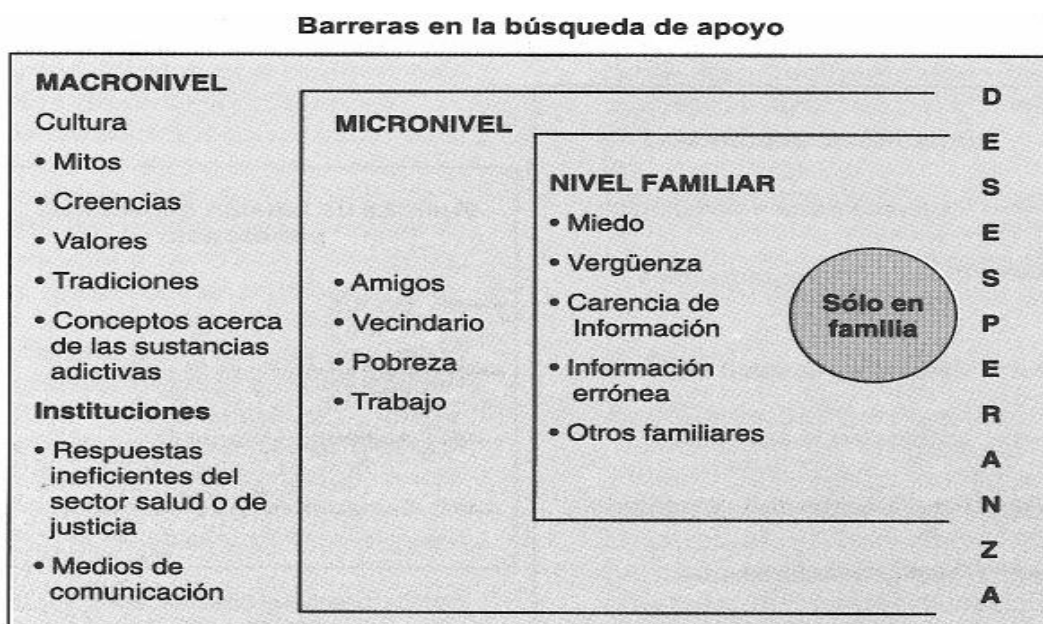
Existe una importante cantidad de publicaciones hechas en México bajo este modelo, ya que se tiene una estrecha relación de colaboración en la creación y aplicación del mismo con investigadores mexicanos.

De acuerdo con los resultados encontrados en un estudio realizado por Natera, Orford, Copello, Mora, Tiburcio y Velleman (2003), en términos generales en México se percibe un ambiente familiar más pobre y de mayor conflicto en comparación con Inglaterra. Esto podía representar por un lado, un mayor desacuerdo en las familias grandes para enfrentar el consumo de alcohol o drogas en un familiar, lo cual provoca un mayor conflicto, pese a ello los familiares pueden sentir cierto nivel de cohesión debido a influencias externas como la necesidad de mantener el consumo como un secreto familiar, lo que permite solo tener una visión de aparente de cohesión, pero no entendida en términos de armonía y comprensión mutua descritos por Moss y Moss (Citado por Natera, Orford, Copello, Mora, Tiburcio & Velleman, 2003), sino de una manera muy peculiar de la cultura mexicana en donde *“a pesar de que todos peleamos, la familia es primero”*. Debido a esto, todos los miembros de la familia se esfuerzan para que la problemática no salga del ámbito familiar y eso los deja sin la posibilidad de buscar ayuda externa, la cual se presenta ya cuando la situación llega a extremos como la violencia familiar o la pobreza extrema (Natera, Mora & Tiburcio, 1999). En consecuencia, los autores mencionan que la cohesión consiste en la lealtad entre los miembros de la familia de manera especial cuando se trata de consumo de drogas, el cual ha sido satanizado en nuestro país. En cambio en Inglaterra, esta cohesión es expresada en frases como *“tratamos de escucharnos”* o *“hay un espíritu de grupo”*, por lo que demuestran un mayor consenso entre los miembros de la familia en cuanto a las acciones que se necesitan para ayudar al usuario de drogas, por lo que están más dispuestos a aceptar ayuda externa y tienen más apoyos sociales disponibles que en México. En este último punto, en cuanto a contar con apoyos sociales formales, aún existen pocos centros de salud disponibles para atender a la población que está extendida a lo largo de país y con niveles de pobreza muy elevados, que limitan el acceso a los servicios de salud disponibles (Natera, Orford, Copello, Mora, Tiburcio & Velleman, 2003).

En éste mismo sentido y centrándose en las publicaciones revisadas sobre apoyo social, Natera, Mora & Tiburcio, en 1999 realizaron un estudio sobre las barreras en la

búsqueda de apoyo social en familias con problemas de adicciones, sus resultados indican que los recursos de apoyo social con los que cuenta la familia para hacer frente a este tipo de situaciones, está relacionado con la búsqueda de mejores niveles de bienestar. Sin embargo, existen diferentes factores que limitan el acceso a los servicios de atención y a las diferentes fuentes de apoyo formal o informal. En donde no es suficiente contar con estos recursos de apoyo, sino que estén a su alcance, tener una percepción favorable de ellos y que el apoyo que brinda sea de utilidad (Natera, Mora & Tiburcio, en 1999). Las autoras identificaron diferentes niveles que actúan como barrera en la búsqueda de apoyo social, en la siguiente figura (Ver Figura 4) hacen la clasificación por estos niveles incluyendo los factores que intervienen en las barreras; sin embargo, hacen énfasis en mencionar que estos elementos no son estáticos, ni lineales, por lo que su explicación se basa en una interacción de estos aspectos.

**Figura 4.** Barreras en la búsqueda de apoyo



**Fuente:** Natera, Mora & Tiburcio, 1999.

Bajo el mismo modelo de estudio, centrándose en el apoyo social, Orford, Natera, Davies, Nava, Mora et al., en 1998 realizaron un estudio en familias de México y de Inglaterra, en donde dos preguntas centrales surgen sobre el grupo de personas que están viviendo con un usuario excesivo de alcohol, una es ¿Cuál es el apoyo social más idóneo para afrontar con sus circunstancias estresantes? y ¿Cuál es el apoyo social que reciben en realidad?

Como se ha expuesto en el capítulo de apoyo social, éste es un concepto que ha interesado mucho a la psicología y a las ciencias sociales, por lo que ha aumentado el estudio de este tema. Se pueden llegar a algunas conclusiones a partir de la revisión de la literatura sobre el tema, una de las primeras conclusiones que consideraron en este estudio fue el hecho de que el apoyo social puede tener varias funciones y pese a que no hay acuerdos para categorizarlas, consideran cinco funciones: material, emocional, de afirmación, informativo y compañerismo. Otra conclusión potencialmente exitosa dependerá de la visión que se tenga sobre el apoyo social, sea esta estructural o funcional (Orford, 1992. Citado por Orford, Natera, Davies, Nava, Mora et al., 1998).

Bajo esta misma premisa, Jacobson en 1986 (Citado por Orford et al. 2005) sugiere que el apoyo emocional puede ser más exitoso en los momentos de crisis, mientras que el apoyo informativo lo es en períodos de transición y el apoyo instrumental o material en momentos con exceso de demanda o con la habilidad de afrontamiento. Dentro de éste estudio, sugieren que una de las funciones centrales del apoyo social es la posibilidad de hablar sobre los estresores asociados con los usuarios excesivos de alcohol o drogas, ya que los miembros de la familia no quieren que ninguno de ellos tome partido y se ponga en contra del familiar usurario. En algunas ocasiones, son otras personas las que pueden proveer la ayuda y el apoyo necesario. En estos casos aprecian, mucho que otras personas escuchen sobre lo difícil que es vivir con alguien con problemas de consumo excesivo de alcohol o drogas; pero al mismo tiempo estas personas mantienen una visión donde el usuario es alguien que también podría ser ayudado y apoyado, además de tener una enorme capacidad para poder cambiar su situación (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora et al., 1998).

Para entender cómo puede ser provisto el apoyo adecuado de acuerdo para una persona en particular, es necesario conocer no solo la relación del miembro de la familia y el otro (el que brinda el apoyo), sino también la relación entre el otro y el usuario, es decir una relación triangular (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora et al., 1998).

Dentro de sus hallazgos, se observó que el apoyo positivo fue igualmente variado y difícil de obtener en ambos países. Aunque estos resultados necesitan ser confirmados usando datos de un número más grande de familias, sí brindaron una ayuda para la predicción de que las redes sociales mexicanas serían dominadas más por el parentesco y menos extendida para con otros fuera de la familia, mientras que los ingleses pudieron manejarse en redes más diversas. Se observó de igual forma, que los recursos proporcionados por los profesionales y los grupos de autoayuda eran más fácilmente



disponibles para los familiares ingleses. Sin embargo, se mencionó de manera frecuente y de igual importancia, el apoyo de amigos sin parentesco durante las entrevistas hechas a los familiares ingleses, en donde un buen amigo pudo estar en posición para proporcionar una buena idea, un escuchar cuidadoso, una aceptación sin crítica, sin tomar ninguna posición u ofreciendo un buen consejo. Al final, concluyen que bajo estas condiciones, las diferencias entre los países pueden ser particularmente importantes (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora et al., 1998).

Por último, se realizó una investigación muy importante en donde Natera y Tiburcio (2007) buscaron adaptar al contexto rural el modelo de intervención breve para apoyar a familias de consumidores, el cual no había sido aplicado en población indígena. Esta intervención se basa en el modelo de estrés-tensión-afrontamiento-apoyo, que ha demostrado ser útil para ayudar a las familias a lidiar con los problemas que enfrenan en relación con el consumo de alcohol de alguno de sus miembros. El proceso de adaptación de este estudio consto de cuatro fases de investigación que fueron: 1. Factibilidad, con una investigación etnográfica inicial, 2. Adaptación de instrumentos y material psicodidáctico, 3. Desarrollo de un manual de intervención, 4. Desarrollo de indicadores para la evaluación costo-beneficio. El proceso y la descripción que hacen de su estudio es muy detallado, en sus conclusiones un aspecto que destacan las autoras es la importancia de las tradiciones y los valores del contexto sociocultural como posibles retos para la implementación de un programa de intervención. Pese a la resistencia inicial es de suma importancia incrementar la conciencia para mejorar su bienestar en varios aspectos.

Y justamente retomando estos aspectos relacionados con las tradiciones, los valores del contexto sociocultural y la importancia que tienen éstos dentro de cualquier programa de intervención, sobre todo en comunidades indígenas, es de entender el desarrollo del siguiente capítulo en donde se darán a conocer aspectos importantes de la región del Valle del Mezquital y de la cultura otomí, que habita este valle y al cual pertenece el grupo de mujeres de donde se obtuvieron los datos que serán analizados en la presente tesis.

## **CAPÍTULO III**

### **LOS OTOMÍES DEL VALLE DEL MEZQUITAL**

Es importante hacer mención dentro del marco teórico de esta investigación, como capítulo independiente, al grupo humano de donde se obtuvieron los datos que serán analizados en esta tesis. Pese a que esta investigación no es sociológica o antropológica, es de suma importancia conocer las características de la zona de estudio, además de las características de este grupo indígena que habita en el.

#### **3.1 EL VALLE DEL MEZQUITAL**

El Valle del Mezquital es una de las 10 regiones naturales que conforman geográfica y culturalmente al estado de Hidalgo (ver Fig. 5). Ésta región está conformada por un conjunto de valles rodeados por montañas en cuya vegetación cerril destaca el mezquite, y dada la presencia extendida en esta zona de este árbol, es que se le denominó con éste nombre a la región. Existen cinco zonas principales que son las más representativas: Actopan, Ixmiquilpan, Tasquillo, Tula y Alfajayucan. Sin embargo, sólo las tres primeras tienen el título de valles, en los casos de Tula y Alfajayucan no hay un consenso para denominarlos como valles o llanuras (Enciclopedia de los Municipios, 2010).

Se considera una de las regiones más pobres del país, su principal medio de subsistencia es la agricultura, teniendo como única fuente de riego para éstas tierras los canales de aguas negras que reciben los deshechos de Ciudad de México (Enciclopedia de los Municipios, 2010).

##### **3.1.1 LOCALIZACIÓN**

El Valle del Mezquital se ubica entre los 20° 11' y los 20° 41' de latitud norte y los 98° 50' y 99° 20' de longitud oeste. Se divide a la mitad por la serranía de San Miguel la cual se ramifica en a su vez en diferentes desniveles: al norte, el Valle de Ixmiquilpan, situado entre los 1700 y 1800 m de altitud; al sur el Valle de Actopan, levemente más bajo; al noroeste, un valle que comprende la parte septentrional del municipio de Ixmiquilpan y Cardonal sobre los 1900 metros. Estos tres valles no son uniformes y comprenden otras plataformas en niveles ligeramente desiguales, separados

por ondulaciones del terreno. Los montes que rodean al Valle son macizos con una altura promedio entre los 2500 y 3000 msnm (Pueblos indígenas de México, 1994).

**Figura 5.** Regiones geoculturales del estado de Hidalgo.



**Fuente:** Enciclopedia de los Municipios, 2010

Los municipios que conforman la región son los siguientes: Actopan, Ajacuba, Alfajayucan, El Arenal, Atitalaquia, Atotonilco de Tula, Cardonal (parte), Chapantongo, Chilcuautla, Francisco I. Madero, Huichapan, Ixmiquilpan (parte), Mixquiahuala, Nopala, Progreso de Obregón, San Agustín Tlaxiaca, San Salvador, Santiago de Anaya, Tasquillo, Tecozautla, Tepeji del Río, Tepetitlán, Tetepango, Tezontepec de Aldama, Tlahuelilpan, Tlaxcoapan y Tula de Allende. Estos municipios constituyen una superficie en forma de embudo de 7,018 kilómetros cuadrados (INEGI, 2000). Los límites físicos y culturales al norte están trazados en cierta medida, por la curva de nivel de los 2,000 sobre el nivel del mar, es decir la Sierra Gorda, que a nivel cultural, es una zona compartida históricamente con jonaces y pames, por lo que municipios como Ixmiquilpan y Cardonal, al igual que Zimapán, quedan repartidos en este caso, entre estas dos regiones geoculturales. Dadas estas circunstancias la superficie del Valle del

Mezquital representa el 33.4% de la superficie estatal, una tercera parte de ella. (Arroyo, 2001)

La región tiene como límites al norte los municipios de Zimapán, Nicolás Flores por el lado de Ixmiquilpan, y Tlahuiltepa por lo concerniente al Cardonal. Al sur limita con el estado de México; al este con los municipios de Eloxochitlán y Metztlán, Atotonilco el Grande, Mineral del Chico, Pachuca, Zapotlán, Tolcayuca y Tizayuca. Por el lado oeste, limita en su generalidad con el territorio queretano, siendo los ríos Moctezuma y San Juan, los que sirven como trazo natural entre ambas entidades (Arroyo, 2001).

## **3.2 LOS OTOMÍES**

Los otomíes son un pueblo indígena del centro de México. Está emparentado lingüísticamente con la familia otopame, cuyos antepasados han ocupado la Altiplanicie Mexicana desde hace varios milenios. Actualmente, los otomíes habitan un territorio fragmentado que va del norte de Guanajuato al sureste de Tlaxcala. Sin embargo, la mayor parte de ellos se concentra en los estados de Hidalgo, México y Querétaro. De acuerdo con las estadísticas de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México, la población étnica otomí sumaba 646.875 personas en la República Mexicana en el año 2000, lo que les convierte en el quinto pueblo indígena más numeroso del país. De ellos, sólo un poco más de la mitad hablaban el otomí. Al respecto, cabe decir que la lengua otomí presenta un alto grado de diversificación interna, de modo que los hablantes de una variedad suelen tener dificultades para comprender a quienes no hablan otro dialecto. De ahí que los nombres con los que los otomíes se llaman a sí mismos son numerosos: *ñätho* (valle de Toluca), *hñähñü* (valle del Mezquital), *ñäñho* (Santiago Mezquitlán en el Sur de Querétaro) y *ñ'yühü* (Sierra Norte de Puebla, Pahuatlán) son algunos de los gentilicios que los otomíes emplean para llamarse a sí mismos en sus propias lenguas, aunque es frecuente que cuando hablan en español empleen el etnónimo *otomí*, de origen náhuatl (CDI, 2009).

### **3.2.1 Antecedentes Históricos**

Se cree que el origen de los otomíes viene de aproximadamente entre 4000 y 1000 a.C. No se sabe a ciencia cierta cuándo llegaron al Valle del Mezquital. Algunos

autores afirman que durante la hegemonía de Tula, los otomíes jugaban un papel importante en la sociedad, aunque quienes tuvieron el control político fueron los nahuas. Después del colapso de la ciudad, entre 1050 y 1250 d.C. otomíes y nahuas se dispersaron hasta ocupar amplias zonas de la cuenca de México. La región se repobló rápidamente. Para este periodo los grupos étnicos que ocupaban el valle eran: en la parte norte, los ame-chichimeca, y hacia el centro-sur, otomíes y nahuas. En el centro de México los otomíes ocupaban el occidente del Valle de México, el Valle de Toluca, la provincia de Xilotepec, Teotlalpan y el Valle del Mezquital (CDI, 2009).

En 1220, se desplazaron de ahí hacia el este y fundaron el señorío de Xaltocan, al norte del Valle de México, el cual fue conquistado en 1395 por los tepatecas de Azcapotzalco. A partir de entonces muchos otomíes emigraron hacia el este y el sur, y se instalaron en las provincias de Meztitlán, Tototepec, Cempoalan y Tlaxcala. Hacia 1428 gran parte de los pueblos otomíes quedaron bajo la jurisdicción de Tlacopan. Durante el predominio de los aztecas los territorios otomíes de Teotlalpan, el Valle de Toluca y Ahuizotl-Xilotepec-Chiapan fueron conquistados por éstos. Por ello, algunos otomíes huyeron a las zonas tarascas y a Tlaxcala (CDI, 2009).

La información que aportan diversas fuentes sobre los siglos XV y XVI describe una situación estable a partir de 1520. A la llegada de los españoles, los otomíes vieron una posibilidad de liberarse del imperio azteca, razón por la cual le dieron todo su apoyo. Durante el siglo XVII, la ocupación de sus tierras, seguida por el establecimiento de una misión, creó situaciones de inestabilidad. Al fallar el intento de los misioneros, los españoles decidieron apresurar la conquista. En 1700 decidieron llevar a cabo la obra de exterminio: invadieron tierras, convirtieron las propiedades de las misiones en pastizales o en tierras de cultivo, y a los otomíes en dominados; quienes no se sometieron fueron asesinados u obligados a huir. A partir de este momento, los indígenas ya no estuvieron bajo a tutela de los misioneros sino bajo la dominación española militar y racista. Sin embargo, a pesar de no poder librarse de la crueldad de la encomienda y de la vida servil, los indígenas del Mezquital fueron favorecidos por la escasa riqueza de la zona, ya que no atrajo una importante migración por parte de los blancos, un territorio marginal debido a la peligrosidad de sus confines, la baja densidad de la población les permitió poseer territorios amplios, su capacidad para negociar con los chichimecas los hizo casi indispensables, sobre todo durante los siglos XVI y XVII, el naciente desarrollo de la actividad minera permitió la creación de una cierta economía de mercado. Sin embargo, en 1700 fueron expulsados a zonas más áridas y marginales

Los otomíes participaron en enfrentamientos bélicos junto con los independentistas para resarcirse de la explotación, el despojo y los abusos de que habían sido objeto (CDI, 2009).

El movimiento de Independencia no mejoró en nada sus condiciones económicas. Los latifundios fueron divididos en pequeñas propiedades para los criollos y mestizos, y los indios siguieron en calidad de peones. La producción minera en estado entró en crisis y muchos trabajadores emigraron a la Huasteca y Mineral del Monte por lo que se registró un descenso de la población masculina. Durante los años más difíciles de la guerra, muchos otomíes fueron concentrados por la fuerza en Tulancingo; sin embargo, este grupo ha sabido sobrevivir en el adverso medio del Mezquital. Su cultura proviene de la influencia de otras que, en determinada época, los sometieron y desplazaron, dejándolos aislados en el Valle del Mezquital y en la sierra de Tenango de Doria, en lo que hoy es el estado de Hidalgo. Los otomíes del Valle nunca perdieron su lengua, crearon sus propios cantos, danzas, artesanías y su cosmovisión (CDI, 2009).

### 3.2.2 Demografía

De acuerdo con el XIII Censo General de Población y Vivienda, en 2010 la población total en el estado de Hidalgo era de 2 665 018 habitantes. De éstos, 359 972 hablan alguna lengua indígena, lo que representa 15% de la población de la entidad. De cada 100 personas que declararon hablar alguna lengua indígena, 14 no hablan español. En total, hay 115 869 hablantes de otomí en Hidalgo (INEGI, 2010).

**Tabla 3.** Municipios con mayor número de población indígena otomí.

Municipio	Población Total	Población Indígena	Porcentaje	Hablantes de Otomí
Ixmiquilpan	75 833	53 220	70.2	29 231
San Salvador	28 980	15 721	54.2	6 358
Cardonal	16 943	13 897	82.0	8 862
Santiago de Anaya	13 582	11 653	85.8	5 569
Tasquillo	16 648	11 259	67.6	5 797
Chilcuautla	15 069	10 862	72.1	5 424
Zimapán	37 435	10 434	27.9	3 726

**Fuente:** INEGI 2010

### **3.2.3 Vivienda**

En el Valle del Mezquital, todavía existe la construcción tradicional, hecha con materiales que les proporciona el medio ambiente, como son el órgano y la laja para las paredes, el ocotillo, la guapia y el maguey para las cercas; el achón y la palma para el techo, para el cual también se utiliza la lámina de cartón y de asbesto. Predominan las casas de piedra o tabicón, las cocinas, en los lugares más alejados, se construyen con varas de achón y pencas de maguey. La organización social es patriarcal, los hijos casados después de vivir un tiempo con sus padres, construyen su propia vivienda muchas veces en un terreno cedido por éstos. La construcción de la misma se lleva a cabo con la colaboración de la familia, o bien con la ayuda recíproca entre los vecinos. En general, las casas tienen de 6 a 12 metros de largo por 3.5 a 4 de ancho, y están compuestas de una o dos piezas que sirven de estancia, comedor y dormitorio (hay casas donde la cocina es exterior, en otras se cocina en la misma pieza). Son contadas las casas que tienen letrina (CDI, 2009).

### **3.2.4 Indumentaria**

La vestimenta tradicional se ha perdido, se observa que sólo las mujeres mayores de edad usan la blusa de manta con bordados a mano de diferentes colores, sin mangas y una falda de algodón o de poliéster. En su gran mayoría, el vestido de las mujeres es sencillo y de materiales sintéticos, zapatos de hule o huaraches y sombrero. Los hombres usan la indumentaria mestiza: camisa y pantalón (de algodón, poliéster-algodón o nylon), tenis, zapatos o botas de hule, huaraches y sombrero de palma o sintético (CDI, 2009).

### **3.2.5 Artesanías**

La producción de artesanías es una actividad complementaria y se comercializa en los mercados locales. En Ixmiquilpan y sus alrededores, utilizan el carrizo para la elaboración de canastos, macetas, cavas, percheros, etcétera, y la fibra del maguey para estropajos y ayates; en Ixmiquilpan hay una tienda artesanal hhähñü (Cooperativa SEDAC-COVAC). Se trabaja la vara de sauz para la elaboración de chiquihuites, la palma para sombreros tejidos y cosidos a mano, y las tradicionales sonajas en forma de

palomas. Algunas comunidades del municipio de Alfajayucan hacen cántaros de barro para el agua o el pulque (CDI, 2009).

### **3.2.6 Organización Social**

En el Valle del Mezquital, la familia por lo general es extensa (de 7 a 15 personas). La residencia es patrilocal, es decir, los hijos varones viven en la casa del padre. Las relaciones sociales en las comunidades del valle se limitan a las reuniones ejidales y deportivas, a las que asisten principalmente los hombres. La zona cuenta con altos niveles migratorios, sobre todo a los Estados Unidos, lo cual ha ocasionado un cambio en la situación socioeconómica de sus habitantes, ya que la mayoría recibe remesas de manera constante desde éste país; esto ha provocado a su vez una extrema rigidez entre la dicotomía civil y religiosa; ya que la importancia de la jerarquía religiosa ha disminuido con respecto a la civil. Las responsabilidades de las autoridades del pueblo están siempre más ligadas a las instituciones administrativas actuales. El valor del cargo se refleja en el interior y el exterior de la comunidad, frente a la autoridad central. El conjunto de los cargos públicos se integra en el marco del "ayuntamiento constitucional", cuya cabecera es el centro político, con el presidente municipal al frente. A nivel poblado, los cargos varían y en orden de jerarquía ascendente son: mensajero, alguacil, policía, secretario y juez auxiliar (CDI, 2009).

### **3.2.7 Cosmogonía y Religión**

A pesar de que todos los aspectos de la actual religiosidad otomí están influidos por el catolicismo, en las comunidades más aisladas y tradicionales, subsiste un sustrato mágico-religioso de muy probable origen prehispánico, cuyo proceso relaciona las deidades nativas con las cristianas: el culto a los muertos, el nagualismo, la causalidad de las enfermedades y aspectos relacionados con la cosmogonía hñähñü. De igual manera en épocas recientes se han incorporado otros credos de corte protestante, los cuales han tenido un impacto importante dentro de la población, en algunos casos han causado distanciamientos y disputas entre los miembros de las comunidades; sin embargo, en otros ha contribuido a que algunos hombres dejen de beber. Al separarse de la organización civil, la organización religiosa ha perdido sensiblemente su autoridad en los puestos comunitarios de prestigio. La jerarquía de los cargos se ha vuelto más



flexible e indiferenciada en cuanto a sus funciones: mayordomos, alféreces, sargentos, fiscales, cargueros, rezanderos, cantadores, sirvientes y otros que trabajan en el cuidado de la iglesia (CDI, 2009).

Como se mencionó al principio de este capítulo, la intención no fue hacer una revisión profunda sobre este grupo indígena, sino más bien tener un panorama muy general, sobre las características físicas de la región, así como de cultura otomí que la habita.

## CAPÍTULO IV

### EL GÉNERO COMO CATEGORÍA DE ESTUDIO

*“Las mujeres se enfrentan a problemas que hasta hoy han sido casi exclusivamente suyos. Han cuidado siempre a otras personas, marido, hijas e hijos, nietas y nietos y, sin embargo, no tienen quién las cuide... Los hombres esperan recibir el cuidado de su pareja (lo saben cierto); las mujeres, sin embargo, se ven abocadas a confiar en el de sus hijas e hijos” (Arber, 1996).*

El género se ha constituido en una importante categoría de estudio dentro de las ciencias sociales; mientras tanto en las ciencias de la salud cada vez más se sugiere que se incluya al género, no sólo como categoría de diferenciación sexual, sino como una categoría explicativa, en donde al conocer los roles que tienen tanto hombres como mujeres dentro de una cultura y sociedad determinada, se podrá determinar el impacto que estas diferencias (sociales y no biológicas) tiene en la salud. Debido a esto y a las características del presente estudio, se consideró importante la inclusión de este apartado.

#### 4.1 ANTECEDENTES

Para poder entender la perspectiva de género como categoría de estudio, es necesario hacer una breve descripción sobre el feminismo, ya que es a partir de éste que se desarrollan los estudios de género.

Se podría entender que la historia del feminismo, es a la vez la historia de la lucha de las mujeres para explicar y conseguir el acceso a sus derechos y a su participación en la sociedad (Citado por Ramírez, 2005). Cabe aclarar que: “El pensamiento feminista ha dejado, desde hace mucho, de ser exclusivamente un voluntarismo o una militancia para convertirse en una disciplina con una genealogía, una historia, unos textos fundacionales, un cuerpo de doctrina y toda una serie de corrientes bien diferenciadas en sus componentes ideológicos y su geografía específica, amén de impregnar campos colindantes como puedan ser la crítica literaria, la historiografía, la crítica artística, la filosofía de la ciencia o la crítica cinematográfica” (Rodríguez, 2002).

Para las ciencias sociales, la teoría feminista se ha constituido como un sistema de ideas, que explican la vida social desde una perspectiva centrada en las mujeres: “Primero, su principal ‘objeto’ de investigación, el punto de partida es la situación (o las

situaciones) y experiencias de las mujeres en sociedad. Segundo, considera a las mujeres como ‘sujetos’ centrales del proceso de la investigación; es decir, intenta ver el mundo desde el distintivo y ventajoso punto (o puntos) de vista de las mujeres en el mundo social. Y tercero, la teoría feminista es una teoría crítica y activista que actúa en nombre de las mujeres; su objetivo es producir un mundo mejor para las mujeres y, por tanto, para toda la humanidad” (Ritzer, 2002).

Los estudios de género se derivan del movimiento feminista internacional y tienen como antecedente los estudios de la mujer, éstos inician en la década de los setenta en las universidades de países industrializados y comparten con los estudios de género las teorías feministas que les dan sentido (González, 2009).

En todo el tiempo que ha pasado desde la instauración de los estudios de género en el plano internacional, se han sucedido interesantes debates teóricos filosóficos y políticos en torno al término de género. El libro de Simone de Beauvoir “El segundo sexo”, los trabajos de la antropóloga Margaret Mead y los del profesor de psiquiatría Robert Stoller se consideran antecedentes en la construcción del concepto de género; este origen multidisciplinar ha dado lugar a muy diferentes énfasis en cuanto a los enfoques que se le da al término (González, 2009).

De Beauvoir denunciaba en 1949, que a lo largo de la historia de la mujer había sido construida como el “segundo sexo”, la “otra” del hombre. Plantea que las características humanas consideradas como “femeninas” son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo. Por su parte, Margaret Mead, en sus investigaciones etnográficas, había puesto en entredicho la visión biologicista que prevalecía en las ciencias sociales en Estados Unidos, acerca de la división sexual del trabajo en la familia moderna se debía a la diferencia innata entre el comportamiento instrumental de los hombres y expresivo de las mujeres (Scott, 1996).

El psicólogo John Money utiliza en 1951, el término *gender* para referirse a la dimensión cultural, principalmente la influencia educativa, en la formación de la identidad sexual. Los movimientos de liberación de los años sesenta en Estados Unidos generan un ambiente de cambio de posición hacia la homosexualidad, la transexualidad e intersexos, quienes hasta entonces eran clasificados por la medicina y la psiquiatría como “anormales” (González, 2009).

El profesor en psiquiatría en la Universidad de California (San Francisco) Robert Stoller, adopta el término género para distinguir el sexo social asignado del sexo

biológico. En su libro “Sex and gender: On the development of masculinity and femininity” (1968), desarrolla el concepto de identidad de género, estableciendo que éste se consolida a los 18 meses de edad. Sus investigaciones le confirmaban que ni los sentimientos, pensamientos o fantasías están determinados exclusivamente por la anatomía sexual. Influida por estas propuestas, la psicología social empezó a cambiar el término de rol sexual por el de rol de género (González, 2009).

#### 4.2 DEFINICIONES E INSTANCIAS DE ESTUDIO.

Las teorizaciones en torno al género ya han rebasado el enfoque feminista inicial, y el uso de esta categoría se encuentra en todas las esferas de investigación de los científicos sociales. Sin embargo, existe un predominio anglosajón, el cual es explicado por la acepción generalizada del término “gender”, dado que es unívoca y solo implica una clasificación relativa al sexo, haciendo que este vocablo sea mucho más preciso en inglés, que en otras lenguas, sobre todo en las romances (Rodríguez & Vázquez, 2005).

Marta Lamas (1996) señala la dificultad especial para utilizar esta categoría entre los hispanoparlantes. De acuerdo con esta autora, el término “gender” no corresponde cien por ciento con “género” en español. En inglés, “gender” apunta directamente a los sexos, o sea la relación, simbolización y construcción cultural entre hombres mientras que “género” en español, se refiere a la clase, especie o tipo al que pertenecen las cosas.

Para Turbay y Rico (1994), el concepto de género se ha empleado en español con significaciones como la de clase, especie o tipo al que pertenecen las personas o cosas; para clasificar al ser humano en género masculino y femenino, en otras ocasiones se emplea “para sustituir la categoría de sexo, la categoría de mujer, pasando por la asunción de diversos matices intermedios, hasta llegar a la acepción de género para referirse a la organización social a las relaciones entre los sexos, principalmente las relaciones de poder, históricamente determinadas, entre los mismos”.

Tan sólo en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2001), existen nueve acepciones diferentes de género: (Del lat. *genus*, *genĕris*). 1. m. Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes, 2. m. Clase o tipo a que pertenecen personas o cosas. *Ese género de bromas no me gusta* 3. m. En el comercio, mercancía, 4. m. Tela o tejido. *Géneros de algodón, de hilo, de seda*, 5. m. En las artes, cada una de las distintas categorías o clases en que se pueden ordenar las obras según rasgos comunes de forma y de contenido, 6. m. *Biol.* Taxón que agrupa a especies que

comparten ciertos caracteres, 7. m. *Gram.* Clase a la que pertenece un nombre sustantivo o un pronombre por el hecho de concertar con él una forma y, generalmente solo una, de la flexión del adjetivo y del pronombre. En las lenguas indoeuropeas estas formas son tres en determinados adjetivos y pronombres: masculina, femenina y neutra, 8. m. *Gram.* Cada una de estas formas y 9. m. *Gram.* Forma por la que se distinguen algunas veces los nombres sustantivos según pertenezcan a una u otra de las tres clases.

Cabe señalar que la problemática con el término no sólo se debe a un problema lingüístico, ni es exclusivo de hispanoparlantes. Un aspecto primordial se centra en las modificaciones conceptuales que ha experimentado el término género en los estudios críticos y las resistencias que ha generado su incorporación en diferentes disciplinas en ciencias sociales (Asakura, 2004).

Por ende, será importante conocer, de manera muy general, las diferentes acepciones que se le han dado al género a lo largo de su desarrollo desde que fue instaurado como categoría de estudio en las ciencias sociales.

Scott (1996) menciona que las feministas comenzaron a utilizar el término “género” como una forma de referirse a la organización social de las relaciones entre sexos. Lamas (1996) dice que el objetivo del feminismo académico de los setenta era “distinguir que las características humanas consideradas femeninas eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse naturalmente de su sexo”. Rechazaban el determinismo biológico que implícitamente presentaba el uso de los términos “sexo” o “diferencia sexual” (Scott, 1996; Moore, 1999; De Barbieri, 1993; Lamas, 1996; Fernández Poncela, 1998, Citado en Asakura, 2004).

Una de las definiciones utilizadas en esa época fue como sinónimo de “mujeres”, esta acepción tiene su origen en el esfuerzo por visibilizar a las mujeres y escuchar sus voces que se dio en los años setenta (Scott, 1996; Moore, 1999; Fernández Poncela, 1998 Citado en Asakura, 2004). Sin embargo se llegó a considerar que este tipo de investigación no era tan seria y objetiva, por lo que se empezó a utilizar el término género en lugar de mujeres, resultando más aséptico, neutral y objetivo. Bajo esta perspectiva, género no incluye necesariamente una declaración de desigualdad o de poder entre hombres y mujeres, tampoco hace evidente al grupo oprimido hasta entonces invisible, siendo esta una búsqueda de legitimidad académica en la década de los ochenta (Scott, 1996). Posteriormente, aparece el empleo de “género” para sugerir que

la información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres, es decir, que el estudio de un sexo implica al otro (Scott, 1996 Citado por Asakura, 2004).

En años más recientes el empleo de género rechaza las explicaciones biológicas sobre diferentes formas de subordinación femenina, a partir del hecho de que las mujeres tienen capacidad para parir y los hombres, mayor fuerza física. En esta fase es que el género aparece no como una categoría biológica sino como categoría social, como construcción (Asakura, 2004). Algunas definiciones basadas en esa premisa se describen a continuación:

Elsa Gómez (2000) menciona que a diferencia de "sexo", término generalmente usado para designar la diferenciación biológica entre hombre y mujer, el concepto de "género" hace referencia a las construcciones sociales que delimitan y articulan en relaciones de poder, los ámbitos culturalmente definidos como "femeninos" y "masculinos". Género constituye, pues, el significado social y político que adquiere en el tiempo y en el espacio, la diferencia biológica de sexo.

Lot y Matuso (1993, citado por Barbera 1998) plantean que "mientras el sexo es un conjunto limitado de características estructurales y fisiológicas innatas relacionadas con la reproducción, dividiendo a las especies animales en hembras y machos; el género es específico de la especie humana, y connota todos los atributos complejos adscritos por la cultura a mujeres y varones, respetivamente.

Scott (1996) dice que género se utiliza para hacer referencia a la producción social y cultural, es decir, al entramado de signos y símbolos que operan como pautas de significados que se fincan a partir del dimorfismo sexual. La evidente diferencia anatómica y fisiológica entre los cuerpos femenino y masculino se convierte en anclaje material de signos y símbolos sobre el que opera una construcción cultural, empleada inicialmente como una forma de diferenciar a los individuos a partir de su sexo biológico. Sobre dicha diferencia, el arbitrario cultural tiende a valorar lo masculino por encima de lo femenino y convertir las relaciones entre los sexos en una forma primaria de relaciones significantes de poder.

Flores (2001) hace una propuesta de definición psicosocial: "Género se define como un sistema ideológico cuyos distintos procesos orientan el modelaje de la representación social diferenciada de los sexos determinando formas específicas de la conducta asignadas en función del sexo biológico".

Lamas (2002) propone que “Género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de su simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres (Citado por Díaz, 2011).

Kendall (2004) concibe el género como una serie de características y funciones que se atribuyen culturalmente a hombres y a mujeres, y que van más allá de su condición biológica. El género constituye una serie de construcciones sociales, que muchas veces se traducen en prescripciones acerca del comportamiento que se considera aceptable en una mujer o en un hombre. Estas construcciones se aprenden a través de un intenso proceso de socialización que inicia desde el nacimiento y continúa a lo largo de la vida (Citado por Díaz, 2011).

Mabel Burin (1996) define el género como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimiento, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y varones. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no solo genera diferencia entre los géneros femenino y masculino sino que, a la vez, esas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos, es siempre relacional: nunca aparece de forma aislada sino marcando una conexión, por ello cuando nos referimos a los estudios de género siempre se alude a los estudios de las relaciones entre el género femenino y el género masculino históricamente de forma cambiante y dinámica (Citado por Díaz, 2011).

Para la OMS (2009), el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Estas diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.

Existen distintos niveles de estudio e instancias en las que se puede estudiar al género, una de ellas, es la que describe Lamas (1996), en donde manifiesta que género es una categoría en la que se articulan tres instancias:

- a) La asignación de género: Otorgada desde el nacimiento o incluso antes, en función de los genitales.
- b) La identidad de género: Se establece más o menos a la misma edad en que el infante adquiere el lenguaje (entre 2 y 3 años), anterior a cuando reconoce la diferencia anatómica de los sexos. Es cuando el niño se ubica como masculino y la niña como femenina, y esta ubicación permea su experiencia

vital, el género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos, actitudes, comportamientos y juegos.

c) El rol de género: Este se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.

#### **4.3 LA ASIGNACIÓN DE ROLES EN MUJERES INDÍGENAS**

De acuerdo con la Unidad de Género y Salud de la OPS (2005), los roles de género, así como las relaciones de las mujeres indígenas con los hombres, sus comunidades y la sociedad en general, determinan su capacidad para alcanzar una buena salud y su calidad de vida. En la región, las mujeres indígenas enfrentan una triple desventaja debido a su a) pertenencia étnica, b) sexo y c) residencia predominantemente rural.

Este mismo organismo señala que las comunidades indígenas, como la población general, definen roles culturales y normas específicas de comportamiento para los hombres y las mujeres, algunos de los cuales anteceden la colonización, y otros han sido integrados en las sociedades indígenas como resultado de éste proceso. La posición social de las mujeres indígenas se caracteriza principalmente por su subordinación a los hombres y por su triple carga de trabajo productivo, reproductivo y comunitario. De igual manera, mencionan que las mujeres se encargan del cuidado de los niños y del trabajo doméstico en el hogar, pero también participan en tareas “masculinas” como la agricultura comunitaria. El trabajo de las mujeres es extenso y arduo, disminuyendo sus posibilidades de tiempo para otras actividades como la educación, la participación en la toma de decisiones comunitarias, y la búsqueda de la atención de salud para sí mismas o sus hijos, lo cual tiene un impacto considerable sobre su estado de salud. Las niñas comienzan a ayudar a sus madres desde edades tempranas, a menudo postergando indefinidamente su educación. En muchos casos, se da preferencia a la educación de los niños.

Entre los pueblos indígenas convergen múltiples rezagos, exclusiones y discriminación que provienen de prácticas sociales y culturales, donde la exclusión étnico-racial ha jugado un papel preponderante. Como en muchas sociedades, donde la preservación de la cultura ha ido de la mano con la conservación de comportamientos



tradicionales, entre los pueblos indígenas los roles de género son lineamientos básicos para desempeñar y entender los comportamientos sociales. Los papeles femeninos, como en casi todos los grupos sociales, están íntimamente ligados a la maternidad y operan de manera primordial en la esfera doméstica/familiar. Las normas que gobiernan los roles de género y los derechos de hombres y mujeres forman parte del orden moral de una comunidad (Fernández, 2006).

La mujer indígena afronta el predominio de un rol tradicional y doméstico, en el cual se enfrenta a un dilema generando conflictos en cuanto a que las decisiones no son tomadas por ellas sino por los hombres de la comunidad (Bonfil, 2003).

Bonfil & Del Pont (1995) señalan dos rasgos distintivos y comunes de las mujeres indígenas, uno es el ser depositarias y encargadas de revitalizar, transmitir y preservar el uso de la lengua, la indumentaria, los usos y costumbres en el ámbito doméstico y por otro lado, las prolongadas jornadas de trabajo.

En su investigación de tesis, Morales & Trujillo (2007) mencionan que la vida laboral de las mujeres indígenas está siempre llena de tareas y responsabilidades: siendo niñas, deben realizar trabajos domésticos que sus hermanos no tienen porqué hacer; inauguran la pubertad asumiendo responsabilidades de la maternidad, su vida adulta es una cadena interminable de embarazos, partos, lactancias y jornadas agotadoras de trabajo que solo termina cuando mueren. En esta misma investigación, señalan que debido a que las mujeres indígenas se desarrollan en una cultura patriarcal en donde las costumbres, tradiciones, normas y modos de vida determinan que las relaciones cotidianas entre sus individuos estén impregnadas de elementos opresivos hacia las mujeres. Las mujeres indígenas son propiedad indiscutible de los hombres y están a su servicio, desde sus padres y esposos, hasta sus hijos. Por último, indican que en las culturas latinoamericanas tradicionales, los papeles asignados a los géneros están rígidamente definidos. Así, las mujeres son dadoras de amor y de cuidados, y prácticamente en todas las culturas, el papel tradicional de las mujeres implica la crianza de los niños y el cuidado del hogar, del marido y de la familia. Estos papeles se han asociado con importantes virtudes morales, tales como la preocupación altruista, la sensibilidad para las necesidades de los demás y una disposición para sacrificar sus propios intereses a favor de los otros, también señalan que sería difícil negar que la familia ha sido, si no el mayor, al menos uno de los más importantes sitios de presión de las mujeres.

Rogelio Díaz Guerrero (1990) declara que “la estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones principales: 1) La supremacía indiscutible del padre, y 2) El necesario y absoluto autosacrificio de la madre, en donde los papeles desempeñados por los miembros de la familia mexicana se derivan de las proposiciones socioculturales respecto a la superioridad biológica y natural del hombre sobre la mujer.

Para cerrar este capítulo se incluirá la tabla que desarrolló Julia Chávez (1991) sobre los roles asignados a la mujer indígena (ver tabla 4), además de sus funciones citadas por Adriana Amador en su trabajo de tesis “Asignación de roles de la mujer indígena hña hñu” (2007).

**Tabla 4.** Asignación de Roles a la Mujer Indígena.

Asignación de Roles a la Mujer Indígena
La función reproductiva (toma de decisión del hombre)
La crianza de los hijos (obligación como mujer)
Los quehaceres del hogar (obligación como esposa)
Apoyo al marido (en sus labores como la siembra, recolección, pastoreo, etc.)
Función económica de la familia
Apoyo emocional y psicológico (obligación como madre y esposa)

**Fuente:** Julia del Carmen Chávez Carapia. El papel de la mujer ante las necesidades sociales de su familia, Centro de Estudios de la Mujer, UNAM-ENTS 1991 p.10

- a) Las funciones reproductivas se refieren; a la situación biológica de reproducción humana en el cual el hombre decide si quiere tener más hijos o no, generalmente el varón se excluye del cuidado de los hijos, entregando exclusivamente esta función a la mujer, ya sea la madre, hermana, abuela o simplemente un familiar femenino.
- b) Los quehaceres del hogar implica, mantener limpia la casa, preparar los alimentos para cuando llegue el marido de trabajar y los hijos de la escuela, servir la comida, recoger la mesa, lavar los trastes, lavar y planchar la ropa...además de las actividades fuera de casa como hacerse cargo de los animales, recolectar lechuguilla, buscar hierbas para prepara la comida, realizar compras para satisfacer las necesidades básicas de los miembros de la familia. Tales actividades absorben totalmente el tiempo de la mujer, dejándola fuera de algún tipo de participación a favor del desarrollo de su comunidad y sobre todo,

la función del quehacer del hogar es una actividad devaluada, no remunerada y carece totalmente de prestigio, llevando a la mujer a ser dependiente económicamente del marido.

- c) El apoyo al esposo es una función extra que debe desempeñar la mujer independientemente de otras funciones que ya se mencionaron, debe estar pendiente si el esposo necesita alguna herramienta en el momento que esté realizando alguna actividad para que se la facilite o debe llevarle comida a las faenas, por otra parte cuando el marido no se encuentre en el hogar por alguna circunstancia, ella es quien se hace cargo totalmente de la crianza de animales, siembra y recolección, presentarse a reuniones de los comités o realizar trabajos en la escuela.
- d) La función económica familiar se refiere a la administración monetaria que el hombre entrega a la mujer para que ella se haga responsable de cubrir todos los gastos necesarios para la familia. Así, la mujer es la que jerarquiza las prioridades y necesidades que se presenten en su hogar, es importante mencionar que aunque esta función está asignada a la mujer, no la ejerce libremente sino que depende del marido, ya que para tomar decisiones importantes sobre algún gasto, debe consultarle primero.
- e) Una función más que se le asigna es la de apoyo moral y psicológico, que le brinda a sus esposo e hijos, dándoles palabras de aliento o simplemente quedarse callada y escuchar al esposo cuando éste platica con ella, no argumentando nada ni llevándole la contra. Esta función se le otorga a la mujer, ya que es quien asume las funciones de expresión de ayuda, comprensión y aceptación.

Como se pudo observar en éste capítulo, es importante considerar al género como un elemento indispensable en el estudio de los grupos humanos con relación a la salud; en donde las diferencias sexuales entre hombres y mujeres también conllevan diferencias no biológicas, que estarán determinadas por la sociedad y cultura en la que se desarrollan. Los roles de género establecen las relaciones de las mujeres con los hombres, sus comunidades y la sociedad en general. La mujer indígena se desarrolla en una cultura patriarcal en donde las costumbres, tradiciones, normas y modos de vida determinan que las relaciones cotidianas estén impregnadas de elementos opresivos hacia ellas. De ahí que se deben conocer estas interacciones y su relación con el apoyo social, para comprender mejor como ellas perciben, reciben y hacen uso de éste.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO**

### **5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las principales características del apoyo social en las mujeres indígenas de estas comunidades, ante el estrés provocado por el consumo excesivo de alcohol de sus esposos?

### **5.2 JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), se observa que la dependencia al consumo de alcohol es mayor en comunidades rurales e indígenas que en las zonas urbanas. Específicamente en el estado de Hidalgo, se reportó que el consumo diario en esta entidad está por encima de la media nacional, además de presentar una tasa de mortalidad por cirrosis hepática de 40.2 por cada 100 mil habitantes, lo cual la sitúa en primer lugar del país, ya que el promedio en el país es de 26.3 por cada 100 mil habitantes. Por lo anterior, podemos suponer que este importante problema de salud pública, no solo tiene un impacto considerable sobre la salud de los usuarios de alcohol en estas comunidades, sino que lo tiene también en la salud de un grupo más amplio de personas, como lo es la familia que tiene que enfrentarse al estrés que una situación como esta les provoca (Orford, et.,al 2005).

Bajo esta perspectiva, el apoyo social juega un importante papel, debido a que es un elemento que está directamente relacionado con el bienestar y la salud de las personas, en donde se ha demostrado que la disponibilidad de un apoyo de calidad es un determinante importante de la salud (Cohen & Wills, 1985). Además, es considerado un constructo que, por sus implicaciones prácticas constituye uno de los acercamientos más prometedores en la intervención social y comunitaria (Barrón, 1996). De ahí la importancia de estudiar el apoyo social e identificar los tipos de apoyo social con los que la familia cuenta, en este estudio, específicamente las esposas de los usuarios. De acuerdo a Orford (2005), la calidad del apoyo social brindado a los miembros de la familia tiene un impacto significativo en su capacidad para afrontar la situación y la experiencia de la situación de estrés.

Bajo el Modelo de estrés-tensión-afrontamiento-apoyo (Orford, et. al 2005), el apoyo social se define de una manera inclusiva, que abarca el apoyo que pueden provenir de un número de direcciones diferentes, tanto formal como informal, no se limita al apoyo de los miembros más cercanos de lo social de la red. Podríamos definir al apoyo social, como aquellos recursos sociales materiales, expresivos, reales o percibidos que son brindados en un contexto de relaciones interpersonales y sociales, los cuales pueden influir negativa o positivamente en los individuos.

En México se han hecho estudios bajo este modelo en población urbana (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora et al., 1998) y rural (Natera, Mora & Tiburcio, 1999), en donde se ha estudiado el papel del apoyo social en los familiares de los usuarios. En la investigación hecha en zona rural, se identificaron las principales barreras en la búsqueda de apoyo; sin embargo, es necesario ahondar más en los procesos del apoyo social, en las trayectorias, en las funciones y en su estructura para poder contribuir con aspectos teóricos sobre este constructo y a su vez proponer programas de prevención o intervención más adecuadas, centradas en un modelo integrador, en donde se fortalezca el apoyo social y se tome como un elemento básico en la búsqueda de la salud y el bienestar de las personas.

### **5.3 OBJETIVOS DE ESTUDIO**

#### **Objetivo General**

Identificar los diferentes tipos de apoyo social con los que cuentan las mujeres indígenas, ante la problemática producida por el consumo excesivo de alcohol por parte de su pareja.

#### **Objetivos Específicos**

1. Determinar el tipo de apoyo social que reciben y la percepción que tienen del mismo.
2. Identificar y describir la estructura del apoyo social, a través de las fuentes de apoyo más importantes.
3. Identificar las principales funciones del apoyo social en este grupo de mujeres.

## **5.4 SUPUESTOS**

De acuerdo con lo observado a lo largo de la revisión sobre el tema de apoyo social, las mujeres con determinadas características sociodemográficas, como son un mayor número de hijos, ser casadas, baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico y origen rural, tienden a presentar menor apoyo social y cuentan una red social muy limitada. Por lo tanto, en el presente estudio, podríamos esperar lo siguiente: a) que las mujeres indígenas de estas comunidades cuenten con poco apoyo social o que sea nula su presencia, b) con respecto a quien provee este apoyo, podemos esperar que esté dominado por el parentesco y la red no sea tan extensa y c) se podría esperar que los recursos proporcionados por profesionales o grupos de autoayuda no sean tan accesibles para estas mujeres.

## **6. MÉTODO**

En el área de la salud, tradicionalmente la investigación que se lleva a cabo es de tipo cuantitativa, obteniendo mediante esta perspectiva conocimientos considerados objetivos, medibles, reproducibles y generalizables. Sin embargo, desde hace ya algunas décadas en el área de la salud se ha aceptado el hecho que dentro de los procesos de salud y enfermedad están presentes elementos subjetivos, sociales y culturales que son parte importante de dichos procesos y son construidos en base a estas dimensiones. De ahí la importancia del uso aproximaciones cualitativas que ayuden a comprender mejor estos fenómenos.

Desde esta perspectiva, el enfoque cualitativo aplicado al área de la salud, nos brinda la oportunidad de conocer temas muy importantes y poco investigados, dándonos acceso a lo que las personas piensan, sienten y viven en los procesos de salud-enfermedad y de esta forma comprender actitudes, creencias, motivaciones y comportamientos. Una de las principales razones para realizar un estudio cualitativo es el hecho de poder profundizar más ampliamente en los aspectos subjetivos.

### **6.1 DISEÑO DE ESTUDIO**

Debido a las características del tema de estudio y a las condiciones de éste, además de los objetivos de interés, el presente estudio es un análisis secundario de datos

cualitativos, dentro de éste tipo de análisis existen diferentes estrategias; para el presente estudio se consideró la realización de un análisis a un subconjunto de datos, el cual se conformó por los casos que compartieron ser parte del grupo que aceptó la intervención (ver el resumen del estudio original) y que tienen como parentesco con el usuario excesivo de alcohol, el de esposa.

Dentro de las consideraciones de carácter metodológico y ético que se toman en cuenta en este tipo de estudios, existen una serie de recomendaciones (Hinds, Vogel & Clarke Steffen-1997, Szabo & Strang 1997, Thorne 1994), de las que se destacan tres cuestiones fundamentales, las cuales fueron consideradas para determinar la viabilidad de la presente investigación y son descritas a continuación:

1. Compatibilidad de los datos con análisis secundarios: aquí la pregunta a responder es ¿son los datos susceptibles de análisis secundario? De acuerdo con Thorne (1994), esto dependerá del "ajuste" entre el propósito del análisis y de la naturaleza y calidad de los datos originales. El alcance del análisis en profundidad puede variar dependiendo de la naturaleza de los datos, en donde de manera más general, la calidad de los datos originales también tendrá que ser evaluada (Hinds, Vogel y Clarke Steffen. 1997). Bajo estas condiciones, la base de datos de la investigación original cumple con los criterios y características para la realización de un análisis secundario de datos cualitativos, ya que las entrevistas también incluían un tópico relacionado a apoyo social. En cuanto a la estructura de las entrevistas, éstas fueron semi-estructuradas y a profundidad, lo que implica que los datos obtenidos pueden brindar un amplio contenido, por lo que se puede desarrollar un mejor análisis. Aunado a esto se cuentan con las grabaciones completas de las entrevistas y las transcripciones de las mismas.

2. Posición del analista secundario: ¿es el analista parte del equipo de la investigación original? Esto influirá en la decisión sobre si llevar a cabo un análisis secundario y, de ser así, los procedimientos a seguir. En este caso el analista secundario no fue parte de la investigación original, pero se contó con el acceso a los datos originales, incluyendo las cintas y notas de campo, esto con el fin de volver a examinar los datos, pero con un nuevo enfoque en mente. En la presente tesis se obtuvo el consentimiento por parte del investigador titular, además de que la investigadora principal del proyecto original funge como tutora de la presente tesis, por lo que el acceso es total a la base de datos y se tiene contacto permanente y directo con las psicólogas que realizaron las entrevistas y el trabajo de campo, por lo que esto hace que sea factible el análisis.

3. Presentación de informes de análisis de los datos originales y secundarios: tal es la complejidad del análisis secundario, que es particularmente importante que el diseño del estudio, los métodos y las cuestiones en juego sean reportadas en su totalidad. Lo ideal sería que esto debe incluir un resumen del estudio original y los procedimientos de recolección de datos, junto con una descripción de los procesos involucrados en la categorización y resumir los datos para el análisis secundario, así como una explicación de cómo las consideraciones metodológicas y éticas están dirigidas (Thorne 1994).

Y atendiendo a este señalamiento, el resumen de la investigación original se presenta en la siguiente sección.

### **6.1.1 Resumen del Estudio Original.**

El estudio original de donde se obtuvieron los datos para el presente estudio lleva por nombre, “Evaluación de Programas de Prevención en el Campo de las Adicciones”, llevado a cabo en una zona otomí entre el 2009 y el 2010. Éste tuvo como finalidad principal la aplicación de un modelo de intervención breve dirigida a los familiares de los consumidores de alcohol. El estudio consistió en evaluar los efectos de dicha intervención, parte de ésta consistió en llevar a cabo entrevistas a profundidad para conocer cinco aspectos: 1) escuchar la problemática familiar, 2) brindar información relevante, 3) analizar los estilos de afrontamiento utilizados, 4) búsqueda de fuentes de apoyo y 5) canalización en caso de requerir atención especializada. (Para profundizar sobre cada una de las secciones y sus objetivos correspondientes, revisar apéndice 1)

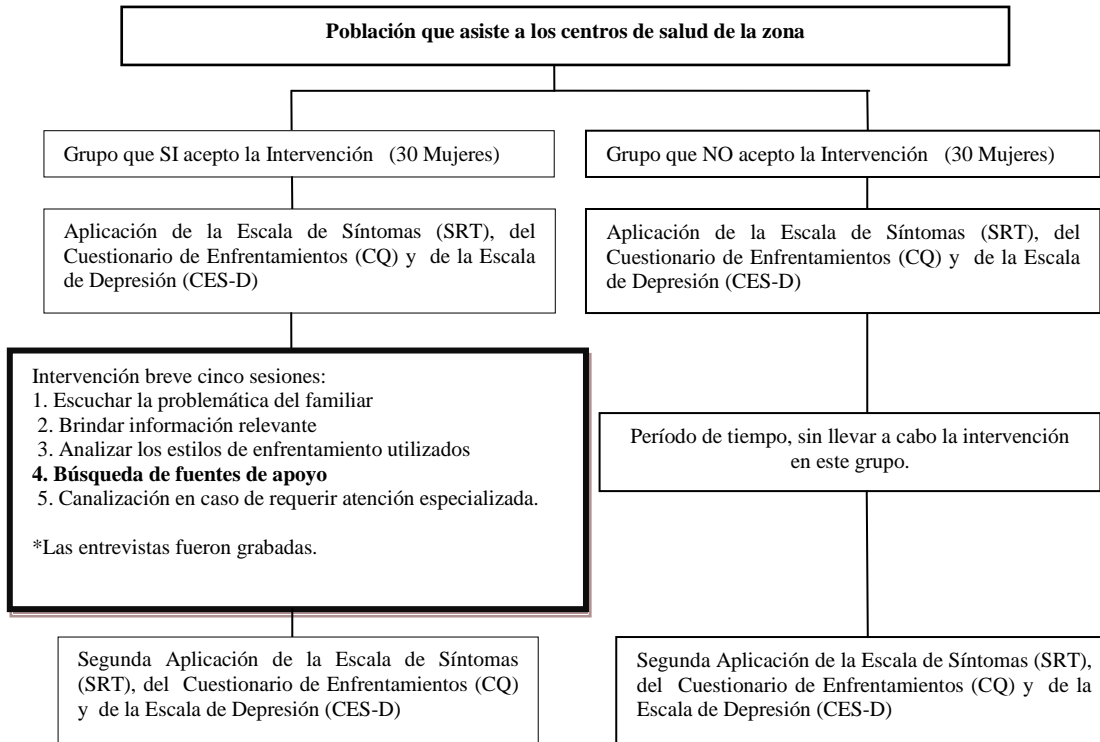
La muestra del estudio, estuvo conformada por 60 mujeres entre 18 y 65 años con problemas por el consumo de alcohol de un familiar (esposo, hermano o padre). Se integraron dos grupos, uno con intervención y otro sin ella. El personal de los centros de salud fue quien canalizó a los familiares con las orientadoras (dos psicólogas entrenadas en el programa de intervención) para recibir atención, que concluía una vez que las mujeres manifestaban confianza para utilizar nuevos estilos de afrontamiento, lo que ocurrió entre la sesión cuatro y seis. El «grupo sin intervención» se formó con quienes, teniendo el problema, no aceptaron acudir a las sesiones, pero accedieron a contestar los cuestionarios y a ser contactadas cuatro meses después para responder los instrumentos.

En la Fig. 6, se explica gráficamente el proceso del proyecto general, en donde el área remarcada indica la sección de donde se obtuvo la base de datos que será analizada



en la presente tesis, la cual fue obtenida mediante entrevistas semiestructuradas que fueron aplicadas al grupo de mujeres que recibieron la intervención breve.

**Figura 6.** Proceso del proyecto original.



## 6.2 PARTICIPANTES

Para el propósito del presente estudio, el tipo de muestreo fue por criterio, donde fueron seleccionados los casos bajo los siguientes juicios: a) que formaran parte del grupo con intervención; b) que tuviesen como parentesco con el usuario de alcohol el de “esposa”. Así se incluyeron 17 casos, donde prácticamente todas ellas son indígenas o de origen indígena y residentes del Valle del Mezquital en comunidades con no más de 400 habitantes.

En la Tabla 5 se pueden observar las características de la muestra seleccionada, los nombres utilizados en la siguiente lista son pseudónimos para garantizar el anonimato de las participantes, cabe señalar que todas ellas hablaban castellano.

**Tabla 5.** Características de la muestra

<b>Pseudónimos</b>	<b>Edad</b>	<b>Edo. Civil</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>
Guadalupe	57	Separada	Primaria Incompleta	Hogar
María	40	Unión Libre	Primaria Incompleta	Hogar
Juana	53	Separada	Primaria Incompleta	Hogar
Carmen	51	Casada	Primaria	Hogar
Margarita	30	Unión Libre	Secundaria Incompleta	Empleada
Verónica	52	Casada	Primaria	Hogar
Elizabeth	41	Casada	Secundaria	Hogar
Alejandra	34	Unión Libre	Secundaria	Hogar
Leticia	32	Casada	Bachillerato	Comerciante
Elena	52	Casada	Primaria	Hogar
Gabriela	44	Casada	Primaria Incompleta	Hogar
Ángeles	33	Casada	Primaria	Hogar
Patricia	33	Unión Libre	Primaria	Hogar
Josefina	48	Casada	Secundaria	Hogar
Ma. De Jesús	55	Casada	Primaria Incompleta	Hogar
Rosa María	26	Unión Libre	Primaria	Hogar
Alicia	35	Casada	Secundaria	Hogar

### **6.3 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS**

De acuerdo a Kvale (2011), existen básicamente dos formas para el análisis de entrevistas, uno es el análisis que se centra en el significado y otro en el lenguaje, éste autor señala que aunque el significado y el lenguaje están entremezclados, las técnicas en el análisis de entrevistas implica técnicas diferentes. En donde el análisis de entrevista centrados en el significado incluyen la condensación del significado, la categorización del significado y la interpretación de significado; en cambio el análisis de la entrevista centrada en el lenguaje incluye el análisis lingüístico, el análisis de conversación, el análisis narrativo, el análisis discursivo y la desconstrucción.

Fernández (2006) señala que cuando se habla de datos cualitativos generalmente se habla de textos y de narrativas, ella señala que es posible distinguir entre la tradición lingüística, en donde se trata al texto como un objeto de análisis en sí mismo, y la tradición sociológica, que trata al texto como una ventana a la experiencia humana.

Señala que la tradición lingüística incluye el análisis narrativo, el análisis conversacional (o del discurso), el análisis de ejecución y el análisis lingüístico formal. Por otro lado, menciona que la tradición sociológica incluye dos tipos de textos escritos: a) las palabras o frases generadas por medio de las técnicas de elicitación sistemática y b) textos libres, como las narrativas, los discursos y las respuestas a entrevistas no estructuradas o semi-estructuradas. Dentro de éste último se incluyen, por un lado, métodos para analizar textos “crudos” como el método de palabras claves en contexto, el conteo de palabras, el análisis de redes semánticas y los mapas cognitivos, por el otro, métodos que requieren la reducción del texto en códigos. Estos últimos incluyen la teoría fundamentada, el análisis de esquemas, el análisis de contenido clásico, los diccionarios de contenido, la inducción analítica y los modelos de decisión etnográficos.

Bajo esta perspectiva, en el presente estudio, debido a las características de mismo y a sus objetivos, se decidió realizar un análisis de contenido. Cabe señalar que codificar la información es un proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso (Rubin & Rubin, 1995 Citado por Fernández, 2006)

El análisis de contenido se basa en la codificación de los textos, en donde se puede realizar el análisis del mismo en relación a textos, renglones, párrafos completos, entre otros. Para el análisis de los datos de esta investigación se consideraron un total de 17 casos, los cuales dieron un total de 83 entrevistas, con un promedio de 5 entrevistas por caso. Cada entrevista tuvo una duración de entre 60 y 85 minutos. Estas grabaciones fueron transcritas en su totalidad, las grabaciones fueron hechas con grabadora de tipo digital y las transcripciones en el procesador de textos Word. Todo este material, tanto de audio como escrito, fue descargado en el programa de análisis cualitativo QSR NVivo 9, el uso de este software facilitó el proceso de análisis al administrar todo en un solo lugar, ayudando a codificar los recursos y recopilando el material en temas o nodos, de esta manera se facilitó la codificación, organizando los nodos en carpetas.

La codificación se realizó por medio de la lectura y relectura de las entrevistas, en donde se buscaron todos los textos que se relacionaron con apoyo social. Este proceso no fue de tipo lineal, ya que el análisis y la codificación fueron hechos de manera constante y circular, lo que permitió un flujo de ideas de ida y vuelta y de esta manera se pudo asociar la información que emergió con los códigos establecidos. En cuanto al

aspecto técnico de la codificación, se incluyeron las tres maneras de hacer codificación: 1) Línea por línea, 2) Afirmaciones o párrafos y 3) Examinando todo el documento.

Durante el análisis se incluyeron algunas estrategias que aportaron una mayor profundidad y comprensión del tema de estudio y ayudaron a la realización de una mejor codificación, estas incluyen: a) Examinar los datos específicamente en busca de emociones, significados y experiencias para tratar de llegar a lo que la gente está diciendo, b) Se observó la estructura narrativa de la entrevista, c) Se tomaron en cuenta ciertos factores como el tiempo, espacio, cultura, reglas, cuestiones financiera, políticas, entre otros y d) Se tomaron en cuenta todas las expresiones que las participantes brindaron por medio de metáforas o analogías, las cuales se clasificaron como códigos in vivo.

La codificación tuvo como eje principal, una serie de categorías bien establecidas que surgieron a partir de una investigación hecha en población urbana (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, et al., 1998), en donde se hizo un análisis del apoyo social en familiares de consumidores de alcohol y drogas en México y en Inglaterra. Estos códigos son: Apoyo Positivo, Apoyo Negativo, Apoyo Mixto y Apoyo Necesitado. Dichos códigos fueron tomados como guía para la codificación del apoyo social y son descritos de manera textual a continuación:

-Apoyo Positivo: Cualquier reporte por parte de la esposa que indique que ha recibido ayuda o apoyo útiles de cualquier tipo, de alguna otra persona. Las fuentes de apoyo positivo pueden incluir: otros miembros de la casa; miembros lejanos de la familia; amigos, socios de trabajo, vecinos, entre otros; agencias de tratamiento y grupos de auto ayuda; otras fuentes comunitarias como la policía, representantes de la comunidad, entre otros. Cubre: apoyo emocional, ejemplo, platica con ella, lo escucha, acepta a la esposa, esta disponible para la esposa, le da fuerza a la esposa, hace cosas con esposa, defiende a la esposa, es alguien que le gusta a la esposa. Apoyo constructivo en respuestas de enfrentamiento, ejemplo, se une con la esposa en respuestas de enfrentamiento de ayuda, relaciona con la esposa positivamente, ayuda al esposo, aconseja a esposo, mantiene informado al esposo, ayuda al esposo a contactar tratamiento, esta a tanto del problema, provee información, educación; le brinda apoyo material, ejemplo, le presta dinero, le compra cosas para la familia, le ofrece un lugar para quedarse; le ayuda a la esposa a cambiarse, ejemplo, provee a la esposa con una filosofía, ayuda a un cambio mental o emocional de la esposa, ayuda a la esposa a

cambiar el comportamiento, se reúne con la esposa y con otros miembros de la familia; provee la oportunidad de saber de personas en otras familias con el mismo problema, provee una oportunidad para la esposa de ayuda recíproca.

-Apoyo Negativo: Cualquier cosa que diga la esposa que indique que no ha recibido apoyo o de que otras personas o cualquier otro miembro de la casa no han prestado ayuda. Las fuentes de apoyo negativo incluyen todas aquellas listadas anteriormente en el Apoyo Positivo. Una importante fuente de apoyo negativo que debería ser incluido bajo este código consiste en los amigos o socios del esposo a los cuales la esposa considera que no han ayudado porque fomentan la bebida o drogadicción del marido o lo desalientan para abandonarlos. También deberían incluirse bajo este código referencias al vecindario que similarmente se refieran a aspectos que fomenten la bebida o la drogadicción de o le hagan más difícil dejarlas. Los tipos de apoyo negativo incluyen: falta de contacto, ejemplo, tienen poco contacto con la esposa, la esposa no habla con esta persona acerca del problema; falta de apoyo emocional, ejemplo, la esposa mantiene una relación pobre con él, es negativo hacia esposa, amenaza a esposa, la mantienen alejada; falta de apoyo constructivo en respuestas de enfrentamiento ejemplo, no se unen en respuestas de enfrentamiento de ayuda, no aprecian el problema en su totalidad, no mantienen a la esposa informada, son demasiado pequeños para ayudar, siempre estarán de acuerdo con la esposa, no están disponibles cuando los necesitan, no están disponibles cuando los necesitan, no proveen a la esposa con la ayuda que necesita, dicen a la esposa cosas inútiles, tienen un problema de bebida, fomentan la bebida en el esposo, ejerce una mala influencia sobre él, relaciona negativamente al esposo.

-Apoyo Mixto o Indiferenciado: Este código se puede usar cuando la esposa habla acerca de las acciones de apoyo de otra persona, sin que sea claro si el apoyo recibido es positivo o negativo, o cuando hay evidencia de que el apoyo es en parte positivo y en parte negativo. Este código debería utilizarse también para cubrir declaraciones acerca de la cantidad de contacto que la esposa mantiene con algún otro miembro lejano de la familia, si no se hace una declaración clara de si brinda algún tipo de apoyo o no (si una declaración claramente indica falta de contacto o muy poco contacto).

-Apoyo Necesitado: Este código se puede usar cuando la esposa expresa su necesidad de apoyo o hace una declaración acerca del tipo de apoyo que ella u otro miembro de la familia necesita ahora o haya necesitado en el pasado. Por ejemplo, la esposa siente que necesita ayuda de alguien para cuidar a su marido, de modo que la esposa pueda tener un poco de tiempo sin estar cerca del esposo.

Cabe señalar que dentro del análisis está la posibilidad de que surjan nuevos códigos relacionados con el apoyo social. Para esta tesis se analizaron las relaciones relevantes que hay entre las categorías ya establecidas y las que emergieron durante el análisis, esto con la intención de integrar todas estas relaciones y aportar elementos teóricos sobre el apoyo social en estas comunidades que contribuyan a la formación de teoría sobre este tema.

Durante el análisis se hizo uso de la técnica de saturación, en donde se considera que al analizar los casos, los propios datos nos dejen de proveer información nueva, en donde ya no emergerán datos novedosos o relevantes, esperando que las categorías hayan logrado un buen desarrollo en cuanto a sus propiedades y dimensiones, existiendo relaciones entre categorías bien establecidas y validadas. Lo cual permite tener un conjunto de conceptos bien desarrollados y relacionados que constituyan un esquema integrado que pueda ayudar a comprender el fenómeno del apoyo social en las mujeres de esta comunidad.

#### **6.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Dado que es prácticamente imposible obtener un consentimiento informado adicional, debido a que el presente estudio es un análisis secundario de datos, se consideró la estructura del consentimiento informado del estudio original, por lo que se anexa en esta tesis el consentimiento informado y la aceptación por parte del comité de ética (ver apéndices 2 & 3). Cabe señalar que las participantes al aceptar las entrevistas dieron igualmente su autorización para el análisis de sus datos. De igual manera, se realizó un juicio profesional sobre la reutilización de estos datos, en donde se consideró que hacer el presente análisis no viola el contrato hecho entre los sujetos del estudio y los investigadores del proyecto original.

En cuanto al estudio original, se puede asegurar que cumplió con los principios fijados por la XVIII Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki (1964), de los cuales se tendrán en cuenta los siguientes principios:

- Se consideró el bienestar de las personas que participan en la investigación. Se siguieron las normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Fueron considerados las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en México, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. Se protege la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. El proyecto y el método del estudio esta descrito en el protocolo original de la investigación, el cual contiene las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta. El protocolo incluye información sobre financiamiento, y posibles conflictos de intereses.
- El protocolo fue enviado al comité de ética del INPRF, institución que respaldó dicha investigación, se anexa carta de aprobación (Apéndice 3)
- La participación de las mujeres fue voluntaria y se tomaron todas las precauciones para resguardar su identidad y la confidencialidad de su información personal.
- Se brindó y se brindará la información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación.
- Las mujeres fueron informadas sobre el derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que la mujer había comprendido la información, el responsable del estudio solicitara por escrito, el consentimiento informado, libre y voluntario.
- Los resultados de la investigación fueron y serán publicados como documentos de investigación y contendrá toda la información recabada, tanto resultados negativos e inconclusos como los positivos.

De igual manera se cumplió con el reglamento de la Ley General de Salud consignados en el Título Quinto que se refiere a la Investigación en salud. (Artículos 96, 100 y 101). El estudio es considerado de riesgo mínimo por lo que no se expuso a las mujeres a riesgos innecesarios. Se contó con el consentimiento por escrito de las mujeres, y se les dio a conocer que podrían retirarse del estudio en el momento en que ellas lo decidieran. (Ver apéndice 2)

Por último, a aquellas participantes que requirieron atención especializada, fueron canalizadas a las instituciones correspondientes.



## **7. RESULTADOS**

Los presentes resultados fueron conseguidos mediante una cuidadosa y reflexiva lectura del material que fue obtenido en las entrevistas hechas a estas mujeres.

Se identificaron categorías de apoyo social establecidas de manera previa, a través de la codificación y categorización de los datos. El uso de citas textuales de las participantes en esta sección, funciona como el elemento de información que sustenta la identificación y/o surgimiento de cada categoría y subcategorías que serán presentadas.

El material que se obtuvo será presentado en cinco secciones: 1) Características sociodemográficas, 2) Principales factores de estrés, 3) Tipos de apoyo social que reciben y percepción que tienen del mismo, 4) Estructura del apoyo social determinada a través de sus principales fuentes de apoyo y 5) Principales funciones del apoyo social.

### **7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Como ya se ha mencionado anteriormente, la muestra estuvo conformada por 17 mujeres, todas ellas respondieron en la sección de parentesco con el usuario de alcohol, al de esposa, sin embargo sólo el 59 % esta casada, el 29% en unión libre y el 12% separada. Las edades de las participantes fluctúan entre los 26 y los 57 años, con un promedio de 42.1 años. Con respecto a la ocupación, en el momento de las entrevistas, sólo una de ellas, que corresponde al 5.9 % era empleada, otro 5.9% era comerciante, el 88.2% restante se dedicaban al hogar, además de que prácticamente todas ayudaban también con trabajos como en el campo, generalmente no remunerados porque trabajan en su propia milpa, además de comisiones dentro de la comunidad que en ocasiones ellas debían atender. Cerca del 59% mencionó haber trabajado fuera del hogar en algún momento, y el 100% mencionó que le gustaría trabajar. En cuanto al número de hijos, hay un promedio de 4 hijos por persona, con un rango de 1 a 7. Teniendo a su primer hijo en promedio a los 19 años. En cuanto a la edad en que comenzaron a vivir con su pareja, el promedio fue a los 18 años, con un rango de 16 a 24 años, presentándose 4 casos a los 16 años. En cuanto a la escolaridad, el 64.7% estudió la primaria, sin embargo sólo el 54.5% lo hizo de manera completa, el 29.4% estudió la secundaria, en donde el 20% de ellas lo hizo de manera incompleta. Sólo el 5.9 % estudió el bachillerato.

## 7.2 PRINCIPALES FACTORES DE ESTRÉS

Como se ha mencionado a lo largo de los primeros capítulos de esta tesis, el apoyo social es un importante amortiguador de los efectos que el estrés puede provocar en la salud. Por lo que de inicio para conocer como funciona el apoyo social en esta muestra, lo primero fue identificar cuales son las principales problemáticas que presentan y que están provocando estrés, derivadas del consumo excesivo de alcohol por parte de sus esposos. Aunque mencionaron otras “preocupaciones”, como la infidelidad del esposo, la salud del esposo, las agresiones físicas, entre otras, no son mencionados como un apartado independiente, dado que sólo fueron mencionados por un pequeño número de entrevistadas, nunca mayor a los cinco casos; sin embargo, no son temas aislados y se relacionan e interactúan con los tres apartados que si fueron incluidos. Estos tres fueron incluidos como los principales factores, porque fueron constantes y se mencionaron por prácticamente todas las participantes.

### 7.2.1 Economía

En todos los casos revisados, la situación que más les preocupa a estas mujeres es la falta de recursos económicos, ya sea para cubrir sus necesidades básicas inmediatas, como el alimento, vestido, calzado, la atención médica, o para cubrir los gastos escolares por parte de los hijos, además del pago de deudas que en muchos casos presentaban.

Un aspecto que destaca en estos casos es que sólo cuatro de ellas expresó que les preocupaba la salud de su esposo. No obstante, su preocupación se centraba en el hecho de los posibles gastos que se crearían al tener que llevarlo a atención médica, ya que ellos no cuentan con los recursos para este tipo de situaciones. Así como lo menciona Gabriela:

*...pues, ya como digo sola, lo voy a dejar nada más, ya, pero me duele, como le digo cuando se ponga mal, cuando urja, como dice mi hijo los que se friegan somos nosotros, haber de dónde sacamos dinero para llevarte al doctor, le dice, siempre andamos corriendo por ti, y así nos pagas...*

Prácticamente en todos los casos, son dependientes económicas del esposo, por lo que la falta de trabajo, el gasto en el consumo de alcohol, la falta de apoyo por parte del esposo para la crianza de los hijos produce mayor preocupación en las esposas.

A todas les gustaría trabajar para tener sus propios recursos y no tener que esperar a que el esposo les dé dinero. En los casos de las mujeres que tienen hijos pequeños o que no son independientes, su preocupación pareciera que es mayor. Cuando los hijos son mayores e independientes, estos se vuelven una importante fuente de apoyo económico, ya que se convierten en proveedores para con sus padres, sobre todo aquellos que han emigrado a los Estados Unidos. Otra fuente de recursos económicos es el Programa Oportunidades, con el que cuentan todas ellas, pero de acuerdo a lo que expresan, en ocasiones es administrado por el esposo y lo gasta en el consumo de alcohol, en lugar de ocuparlo para las necesidades de la familia. Un excelente texto que agrupa todas estas preocupaciones y problemáticas que viven estas mujeres los brinda Verónica:

*...quiero que salgan adelante (haciendo referencia a sus hijos), que encuentren un trabajo, aunque no sea un trabajo importante pero bus aunque uno chiquito pero que sea seguro que ganes algo, que digas pues ya gané, ya, ya gané para vestir. Gané, no esperes que alguien te lo dé, y pues hasta se siente bonito porque yo cuando trabajé pues así me paso, me alegré que salí, me alegré de haber comprado mis cositas para la casa que hacían falta, aunque no me compraba ropa, nada, pero por lo menos había algo para comer en la casa. Pues sí, que piensen en ellas, mis hijos, aunque nos sentemos aquí, nos veamos unos a otros no habrá nada, les digo, mejor hay que salir a trabajar, voy a trabajar, me vale que me pegue o no me pegue ese señor pero no me voy a quedar aquí, y si así lo hice, hasta me sentí contenta porque él pues nada más lo dejé libre, le di libertad, se puso a tomar, se emborrachaba, hizo lo que le daba la gana pero yo nunca dejé a mis hijos, les traía yo de comer y esa es la manera en que me pagan. Eso es lo que me duele, por eso a veces digo que voy a agarrar el camino e irme, porque sí me dijo mi hijo que yo tengo la culpa, es cierto le digo, pero pues yo quise salir a trabajar porque pensé en tus hermanos que estudiaban y pensé, pensé, dije que van a comer ellos y que voy a comer yo aquí, mejor voy a salir y que sigan estudiando ellos, y pues los ayudaba, aunque yo no me quedaba con nada, no me quedaba ni una moneda, con tal de que alcanzara para sus pasajes, les llegaba su beca, de hecho sí, pero cuando de verdad no había para comer, agarrábamos para comprar algo de comer, ya cuando trabajaba pues ya les daba para sus pasajes, para*

*sus trabajos y ya así. Sí le digo a mi hijo, es cierto es una cadena la que vivo, si es una cadena, un mal camino, pero hay salida, hay salida, pero lo malo es cuando me dices también que no me vas a ayudar (haciendo referencia al hijo que le dice que no le va a ayudar) con esta carga pues ni modo, ni modo, haber cómo le hago y, y con dolor y pena, aunque me duela pero yo voy a buscar quién se lo lleve, para que se acuerde, para que piense, y, sí aunque me tenga rencor después o que me mate porque nunca nos ha dejado, nunca nos ha dejado, ha estado aquí, se ha sentado aquí, nunca, nunca alguien lo ha llevado, y pues a lo mejor lo siente, va a decir estoy aquí solo que harán ellos, pues que lo piense un poco, pues eso es lo que pienso. Pero pues él nada va a hacer no lo va a llevar, que su papá no está loco, y si es así pues si le digo es verdad tu papá no está loco pero quiero que pienses en eso que haces porque, porque si mi hijo (el mayor) me dice que yo tuve la culpa por salirme e ir a trabajar, que lo acostumbré dice pero en lo que yo pensaba era en mis hijos, a mi me valía (no me importaba) si él buscaba de comer o no, porque en quienes yo pensaba era en mis hijos, pues si, siempre salía a buscar trabajo, a buscar algo para darles de comer, pues si ya por lo menos mi hija terminó sus estudios, bueno mi otro hijo terminó el bachiller, mi otra hija salió del bachiller.*

Otro ejemplo se muestra a continuación, en un pequeño texto de la entrevista con Margarita, en donde se puede observar cómo a partir del consumo de alcohol, se derivan problemas económicos importantes, en donde la esposa tiene que hacerse cargo de responder ante las consecuencias provocadas por parte del esposo al hacer uso de recursos económicos que no eran propios.

E: ¿Cuál sería el problema que le preocupa más a usted?

*M: pus ahorita, encontrar un trabajo mejor*

E: ¿Encontrar un trabajo?

*M: Ajá*

E: Ajá, ¿qué más?

*M: Pus horita también como le digo, este, él era representante de grupo y ahorita necesito este o se también, ahorita ya le van a pedir algo para comprar material para la escuela por eso y ahorita yo no puedo.*

E: ¿El material para qué?

*M: Es que este se va a ser un jardín en nuestra área de de salón y pus este el representante tiene que poner, ya puso un poco el (pausa) este el comité de padres de familia, pero pus el representante debe poner tiene que poner algo también*

E: No es cooperación de todos los padres

*M: (pausa) Sí, pero se supone que la cooperación se la dieron a mi marido y él pus no lo tiene*

En este otro ejemplo, para Alicia el hecho de que el esposo gaste el dinero en el consumo de alcohol es un verdadero problema, ya que se ocupan los pocos recursos con los que se tienen para pagar las deudas del esposo y por lo tanto, se quedan sin posibilidad de poder cubrir sus necesidades básicas.

*... bueno él, él dice que pues no, no paga nada, que le invitan, que le invitan y le invitan, a veces si hay un señor por acá, que si toma con él y si, siempre lo ha invitado pero al otro vecino de acá, él, se va así, se van una y una, tú pagas una y una, entonces, y a veces ni tiene, ya nada más pide fiado, cuando tiene las tiene que ir a pagar y entonces pues sí afecta, porque eso que fue a pagar puede servir para algo, las tortillas o no sé, así.*

Existen a lo largo de las entrevistas ejemplos en donde se puede observar que las condiciones de estas mujeres ya son limitadas por el propio hecho de ser mujeres indígenas viviendo en comunidades rurales catalogadas como de las más pobres del país. Además, se pudieron observar dentro de los textos en donde describen sus preocupaciones, aspectos relacionados con el apoyo social y sobre todo con el apoyo social negativo, en donde la falta de apoyo es predominante en la mayoría de los casos. Como se pudo observar, es muy claro que a partir del consumo de alcohol de los esposos, ellas se ven envueltas en situaciones más complejas aún, las cuales las llevan a tener un elevado nivel de estrés y preocupación, ya que al final ellas solas son las que deben buscar los recursos y hacer frente a estas situaciones, de ahí también la importancia del apoyo social, ya que será un importante elemento que podría ayudar a disminuir la tensión en la que viven.

### **7.2.2 La familia y el hogar**

En este caso, se hace referencia a las consecuencias fuera de lo económico que tiene el consumo de alcohol en la familia. Para la mujer, implica muchas más preocupaciones y responsabilidades, en primera instancia tiene que lidiar con el hecho de vivir con una persona consumidora de alcohol, lo cual ya es una fuente de estrés

importante, en muchos casos se tornan violentos, gritan o exigen ser atendidos. Esto produce miedo en los hijos cuando éstos son pequeños y cuando son mayores, buscan la forma de estar fuera de esa dinámica, es decir prefieren estar fuera de casa debido a los conflictos, malos entendidos y peleas provocadas por el consumo. Todo ello dificulta más la interacción y la integración de la familia, dado que la esposa debe lidiar con su esposo y con los hijos, siendo prácticamente ella la única responsable de la atención y educación de los hijos, por lo que se vuelve más difícil para ellas.

Verónica menciona una preocupación importante por los hijos, ya que debido al consumo del esposo, él no la apoya con la crianza y ella se siente sola ante la falta de interés por parte de él hacia sus hijos.

*“Bueno, me preocupo por mi esposo porque toma, toma pulque, mucho y eso me preocupa por mis hijos que ya crecieron y que no entienden que se cuiden y pues ven a su papá que no, que nos ve, que no les hace caso, sólo se emborracha, llega se enoja pero no sabemos ni de qué cosas se enoja porque no pregunta de sus hijas, no dice dónde están mis hijas, o que las ayude, pero que por lo menos les diga, ayuden a su mamá, pero quedito para que haya de comer o también para que se apuren a prepararse algo de comer, ayúdense. Pero presiento que no me ayuda en nada, en nada y mis hijos también preguntan, por qué mi papá, o que él también dijera voy a ayudarte, bueno él también ya hacía eso pero con ese vicio, porque sí, si voy a trabajar cuando llego ya ha puesto el maíz a cocer (para hacer masa para tortillas) dice voy a cocer el maíz porque cuando llegue ella ya está cansada, pero ahora otra vez con ese vicio que agarró otra vez y pues ahora hablé con él mi hijo mayor pero como que ahora veo que otra vez, ahora como que de vez en cuando toma, pues yo ya, ya me acostumbré, ya ahora veo las cosas difíciles con mis hijas, quieren tomar un mal camino, eso me preocupa porque ellas ven que su papá no les hace caso, no les llama la atención”.*

En el siguiente ejemplo, queda claro que las interacciones familiares se ven muy afectadas por el consumo de alcohol, ya que el esposo no está en condiciones de poder interactuar de manera adecuada con otros miembros de la familia, ocasionando una enorme preocupación a la esposa y sobre todo, en lo relacionado con los hijos, como en el anterior caso.

E: ¿El consumo de su esposo le afecta en la relación con sus vecinos, o que le afecta a su niña o que le afecta a usted emocionalmente?

**R: *Pues nos afecta mucho***

E: ¿Cómo, cree que sería más feliz si él no tomara?

**R: *Pues sí***

E: A su hija ¿cree que le afecte?

**R: *Pues sí***

E: ¿Cómo le afecta a ella?

**R: *Pues a veces que quiere jugar con él y pues el no, no, se enoja o no le tiene paciencia...***

Dentro de las relaciones familiares, los lazos emocionales son de suma importancia; sin embargo, estos pueden ser fracturados de manera muy importante por el consumo de alcohol, afectando de manera significativa a las personas alrededor del consumidor. Para estas mujeres, está claro que una de sus principales preocupaciones derivadas del consumo, es la interacción con los hijos ya que a ellas les gustaría poder cambiar las cosas y que las condiciones en las que sus hijos se desarrollaran fuesen diferentes. Un claro ejemplo es el de Carmen:

E. Y usted, ¿ha peleado con él, porque él toma?

**C. *Sí, mm, tanto tiempo, aunque le dice uno, deja esa tomadera, no te va dejar nada bueno, ponte a trabajar, quiere tus hijas, son las que mañana, pasado van a ver por ti, no, que para qué las quiero, que para que, inclusive la muchacha grande no le dice papá***

E. ¿No?

**C. *No. Y ahorita la niña, ayer me dijo, mamá dice, yo sí me da vergüenza de que él sea mi padre.***

E. ¿Y usted cómo se siente ante eso?

**C. *Pos mal, sí.***

### **7.2.3 La comunidad.**

En cuanto a este aspecto, se hace referencia al hecho que el contexto en el cual se desarrollan puede ser una factor importante que promueve el consumo de alcohol en el esposo y por lo tanto, es una importante fuente de estrés para ella, ya que es un factor

sumamente influyente y donde ellas están totalmente limitadas para lograr un cambio. Dentro de las entrevistas mencionan que es muy complicado que los esposos dejen de tomar y que les preocupa porque en cualquier sitio venden pulque o cervezas, por lo que es muy accesible. Además, la gran mayoría mencionó que el hecho de consumir alcohol está bien visto por los demás hombres de la comunidad, en donde exaltan a aquel que toma con ellos y donde son criticados aquellos que no permanecen con el grupo, siendo éstos vistos como débiles y que obedecen a su esposa. Esta situación en la comunidad complica más la situación y provoca cierta frustración en las esposas ya que esa realidad no la pueden modificar y sí les produce mucho estrés. Un buen ejemplo es el caso de Alicia, quien menciona cómo el entorno es una fuerte influencia para mantener el consumo por parte de su esposo, además denota la molestia que eso le provoca.

*... Mmm, pues bebe cuando está con sus amigos, mmja, bebe cuando está con ellos... De hecho, no lo critican, al contrario hasta lo halagan... No, le he dicho que toma porque quiere complacer a sus amigos, lo haces por complacer a tus amigos, sí porque, de hecho él casi no gasta en, o sea no gasta en cuando toman, no gasta, o sea sí toma es por que le invitan sus amigos.*

Otro ejemplo que demuestra las dificultades que viven estas mujeres en su contexto social es el que nos brinda Carmen:

*C. Y entonces, este, así paso esa vez, pero así, él siempre me pega, me, hubo una vez, este, eso fue en el ochenta y cuatro que hasta me puso una puñalada y este, pos lo demande, pero no me hicieron caso, o sea que no*

*E. ¿Dónde, a dónde fue?*

*C. Aquí, fue aquí, en el municipio, con el presidente.*

*E. Y, ¿por qué dice que no le hicieron caso, que fue lo que pasó?*

*C. No, no, no le dijeron nada, nomás le dijeron que tuviera yo este, que le diera yo otra oportunidad, que, este, él se iba a cambiar su forma de ser y que va, este, que va reaccionar, que me va a dar dinero, para mantener los niños y nunca me dio dinero, nunca me, este, nunca ha cambiado.*

*E. Y después de eso, él siguió pegándole.*

*C. Sí.*

*E. O sea...*



*C. No cambió, no, no cambió de nada, y entonces, este, yo agarré ese día pero, ¡no!, que, que voy ir a hacer y yo venía por no quedar mal, pero nunca, nunca lo citaron, ya dice uno pos para qué, no le hacen caso o no me hacen caso pos para que voy estar subiendo, por eso ya no este, sí ya no, este, no lo he de seguir, este haciendo y, no, pos gracias a Dios como dice, aunque sea poquito pero mis hijos son los que me están ayudando, apoyándome para comer, él no se preocupa, sí se va a trabajar un día, dos días, eso es para sus gustos, para su*

E. Su bebida.

*C. Su bebida, para sus amigos, para, eso es lo que le interesa sus amigos, en su casa no le interesa nada.*

El contexto social en el cual se desarrollan las pone en desventaja, ya que no tienen oportunidad de hablar abiertamente sobre las problemáticas que les causa el hecho de vivir con un consumidor de alcohol, provocándoles situaciones muy difíciles ya que tienen que sobrellevarlo ellas solas y en donde el contexto no les brinda más apoyo para poder hacer frente a esta situación de una mejor manera. O como en el último ejemplo, donde el entorno da una respuesta pero esta no es positiva para la mujer, sino la limita más aún y prácticamente la obliga a seguir viviendo en las mismas condiciones, sin brindarle apoyo positivo alguno.

### **7.3 TIPOS DE APOYO SOCIAL QUE RECIBEN Y PERCEPCIÓN QUE TIENEN DEL MISMO.**

A lo largo de las entrevistas, se identificaron los diferentes tipos de apoyo que estas mujeres han recibido, éstos fueron identificados a partir de una guía preestablecida. En cuanto a la percepción que estas mujeres tienen sobre el apoyo social en general, lo relacionan más con aspectos materiales que con emocionales o informativos, para la mayoría de ellas el apoyo con el que cuentan es limitado, aunque no lo expresa de manera explícita, si dejan ver mediante la estructura del apoyo, que la percepción no está relacionada con la cantidad de elementos, (personas o instituciones) que hacen parte de su red, si no del uso que ellas le dan a esta estructura, es decir de si solicitan o no la ayuda, o si existiendo elementos dentro de su red que podrían haber utilizado, no lo fue así, ya sea porque no lo solicitaron o porque este elemento no brinda el apoyo.

### 7.3.1 Apoyo Positivo

El apoyo más mencionado fue el apoyo positivo, el cual es definido como cualquier cosa que haya dicho la entrevistada, que indicara que ha recibido ayuda útil o apoyo de cualquier tipo de cualquier otra persona. Estas menciones más constantes pueden ser atribuidas en primer lugar a que estaban siendo parte de un programa en donde recibían una intervención breve por parte de las orientadoras, en todos los casos este elemento fue visto como una de sus principales fuentes de apoyo, demostrando la importancia que pueden tomar los servicios de salud en el bienestar de estas mujeres. Sin embargo, estos elementos no pueden ser considerados como parte de su estructura cotidiana, ya que no existen programas permanentes que puedan dar este tipo de apoyo a estas mujeres. Se pudo observar que esta intervención fue considerada por ellas como positivos y en donde los aspectos más importantes o las principales funciones positivas que se brindaron por parte de la orientadora fueron de tipo emocional e informativo. Con respecto a este punto, se puede retomar lo que menciona Patricia:

*...(Hablando de cómo es su vida, considera que podría ser mejor) pues sí, bueno ahorita con lo que, yo le agradezco la verdad con la plática ahorita que me ha dado, a veces decimos ya lo sé todo, pero no porque hay cosas allá que nos enseñan en, como se llama... Oportunidades que no es igual, entonces hay veces que uno, por ejemplo allá nos dan temas nada más de enfermedades, cómo evitarlas, también nos ayuda, pero esto es diferente porque es de la familia, nos ayuda a cómo actuar, cómo pensar, cómo todo, ayuda mucho. Hay veces decimos, pues yo ya sé todo, cómo él dice a poco me va a venir a decir alguien como voy a vivir, dice él piensa que ya sabe todo, pero no lo sabe porque sí yo le he platicado le dije que usted me enseñaba, y él dijo que no era necesario, pues para ti le dije, porque yo digo que si está bien, porque le digo así como nosotros pensamos, como todos pensamos que lo sabemos y no, porque hay muchas cosas que a poco lo sabes eso, como ese día que hablamos de la drogadicción y todo es, me dijo que te están platicando y ya le dije y dijo no, pero es que no es necesario y le dije pero por qué no, a poco tú ya todo lo sabes, ni tú, ni yo lo sabes, algún día así como podemos dar un consejo, si no sabemos, cómo o cómo le puedes hablar a tus hijos, así hay muchas cosas que nos ayudan...*

Con respecto a quién o quiénes ofrecen el apoyo positivo, éste fue brindado principalmente por los hijos, sobre todo cuando ya son mayores e independientes. Por

otro lado, prácticamente todas contaban con el Programa de Oportunidades, el cual en muchas ocasiones era administrado por el esposo, dadas estas circunstancias, un apoyo visto como positivo de primera instancia, puede dejar de serlo por el mal uso que puede tener.

Cabe señalar que el apoyo positivo es brindado principalmente por la familia, como en el siguiente ejemplo, en donde la cuñada le brinda algunos consejos a Margarita y se toma el tiempo para visitarla e ir a platicar con ella.

*...luego le platicaba a ella (su cuñada) y venia y decía no sé, ya has algo porque después te vas a arrepentir y así me decía, no pues tú tienes la culpa porque tú siempre todo lo que haces lo apoyas toma le das dinero, de todo por ejemplo ahorita, me dice ahorita que él está allá, cómo es posible que todavía que él sabe que no tienes trabajo por culpa de él hace, o sea tú estas apoyando al escuela y todo el dinero que se gastó o sea, ponte a pensar dice lo sigues apoyando y no sabes que te estás perjudicando, porque lo que estás ganando para tus hijos le estás quitando un poco para dar a la escuela cuando tú no tienes nada que ver en eso.*

En el caso de los profesionales o instituciones, las menciones fueron de manera mayoritaria respecto al apoyo recibido por la orientadora, esto como parte de la intervención, por lo que es importante tenerse en cuenta y delimitar el apoyo positivo real que reciben por parte de instituciones o profesionales. Por otro lado, aunque lo mencionaron algunas, muchas otras no cuentan con amigas o amigos cercanos a los cuales acudir para recibir determinado tipo de apoyo, y otro punto es que casi no tienen contacto con los vecinos, sólo en un par de casos hicieron mención del apoyo brindado por vecinos y sólo en un caso recibió apoyo de un amigo del esposo.

En cuanto al tipo de apoyo que reciben por parte de la familia, es importante señalar que es sobre todo de tipo emocional, y en ocasiones material, sobre todo de parte de los hijos que envían remesas. Como en el caso de Guadalupe:

*“Bueno pues ‘ora si arreglamos y ya yo me vine con mi hijo, el que está aquí abajo. Me vine a vivir unos días con él pero como su casa estaba más reducida, un cuartito nada más tenía así su cocinita, pu’s no, no cabíamos allí todos con mis dos hijos que todavía están conmigo. Enton’s ya le dije que me hiciera una casita, el terreno es de él y ya nos venimos pa’ca”.*

Con respecto a los amigos, el apoyo principalmente es de tipo emocional y en algunos casos de tipo material, como por ejemplo llevarles despensa para la familia, como en el caso de Margarita, en donde aunque habla de los patrones, ella los consideraba sus amigos.

*“Yo trabajaba con mis patrones desde hace seis años, ellos siempre me han apoyado mucho porque yo trabajaba solo los fines de semana y mi esposo y mis hijos iban conmigo yo trabajaba ellos solo me acompañaban pero allá nos daban de comer a toda la familia, eran nuestros amigos nos apoyaban y compartían con nosotros sus cosas”.*

Por parte de los profesionales o instituciones, el apoyo positivo sobre todo fue de tipo informativo y en algunos casos material, como por ejemplo al recibir atención médica. El apoyo positivo por parte de los amigos de usuario es prácticamente nulo. En cuanto al apoyo positivo brindado por vecinos es muy escaso y no perciben que exista ayuda por parte de ellos, además que la interacción que tienen entre ellos es limitada, aunque en un par de casos sí mencionan la presencia de apoyo positivo por parte de los vecinos.

### **7.3.2 Apoyo Negativo**

El apoyo negativo fue definido como cualquier cosa que dijera la esposa que indicara que no ha tenido apoyo o que otras personas no la han ayudado, fue el más mencionado después del positivo; pero cabe aclarar que en este caso, quienes proveen este tipo de apoyo son las personas más cercanas a estas mujeres, en todos los casos el esposo fue el más relacionado con el apoyo negativo. Un claro ejemplo lo expresa Margarita:

*...siempre he trabajado para sacar a mi hijo adelante siempre lo he hecho, siempre he trabajado para sacar a mis hijos adelante porque él nunca me ha apoyado, nunca ha sido responsable. Se fue a EU pero tampoco nos mandaba nada, yo siempre lo ayudé para que construyéramos la casa que tampoco hemos terminado porque él no me apoya. Yo cuando puedo, compro un bulto de cemento o algo para construir, por eso cuando llega el Programa Oportunidades y yo le compro zapatos o ropa a mis hijos él se molesta porque dice que a poco no puedo comprar mejor cemento para la casa*

*pero él no me ayuda, yo le he echado muchas ganas he pegado block, he echo mezcla, ayudé a hacer la fosa, bueno he hecho muchas cosas siempre he trabajado mucho.*

Bajo estas circunstancias, el nivel en donde es brindado este tipo de apoyo es el núcleo de desarrollo más importante y en donde al darse este tipo de apoyo, las mujeres se verán aún más limitadas al saber que la respuesta que tendrán será negativa. Como en el caso de Alejandra:

*...lo que pasa es que, con no sé con mi mamá con mis hermanas nada más le meten otras ideas en la cabeza (a su hija mayor de 15 años) o sea lo que pasa que, que no dicen que ella no tiene que pagar los platos, y bueno ahí si yo, yo la entiendo pero este pus se que, que ella no tiene la culpa, que yo esté yo trabajando y que yo los esté yo manteniendo a ellos que por eso está su papá y entonces por eso dice no pues yo total me voy dice pues mi mamá porque quiere sufrir pero yo no dice y yo me voy a tomar mis vacaciones y le dice su abuelita no pues si pues hay déjala si así quiso que se chingue pues así va a ser y pues ya que le digo, yo no importa aunque sufra con mis dos hijos llevándolos y trayéndolos no importa le digo, ha de regresar y va a querer así que la apoye, porque de hecho es que ella quiere que todo el tiempo nada más le suelte y le suelte dinero pero no me apoya, o sea que si ya me estaba empezando a apoyar pero ya después habló con sus tías y su abuelita y sí pues les, le cambio todo.*

Fue muy notorio el hecho de que las fuentes de apoyo negativa son principalmente por parte de la familia, de manera específica por parte del esposo. Aquí tenemos una mención hecha por Verónica:

*“Presiento que no me ayuda en nada (el esposo), en nada y mis hijos también preguntan, por qué mi papá, o que él también dijera voy a ayudarte, bueno él también ya hacía eso pero con ese vicio no me ayuda en nada”.*

Los amigos (as) de ellas no tuvieron ninguna mención como fuente de apoyo negativa, otro grupo que fue muy mencionado como fuente de apoyo negativo, fueron los amigos del esposo, y a en comparación al positivo, los vecinos fueron identificados de manera más constante en el apoyo negativo. Un claro ejemplo del apoyo negativo por parte de los amigos del esposo es lo que menciona Carmen:

*...en esa casa que le estoy diciendo, ese señor, no sé pero en su casa como decía tiene muchos años que yo no voy, no sé con que come y todo, ah pero eso si los lunes se va por 20 litros de aguardiente para darle a sus amigos, ya que les diera una copita, un vaso así diario, diario, tarde y mañana y los otros felices... hasta les deja su botella por ahí, ellos ya saben donde la dejan para que tomen cuando quieran, eso no es querer un amigo, querer un amigo sabes que, no tengo nada que invitarte, pero llévate un cuartillo de frijol, lo pones y lo comes con tus hijos, llévate uno cinco cuartillos de maíz con eso se comen una tortilla a gusto, pero no darles tanto de tomar, es cosa que perjudica, porque él no se lo toma, se los da a sus amigos para que se lo tomen, eso es lo que yo le digo que estoy pensando así...*

Y en cuanto a los profesionales o instituciones, fue muy notoria la ausencia de apoyo para hacer frente a la problemática de consumo del esposo.

Por otra parte, cabe señalar que aunque en su mayoría hicieron menciones sobre la ausencia de una respuesta ante sus necesidades de apoyo, la cual fue catalogada como apoyo negativo. Es de suma importancia reconocer que el apoyo negativo se da de igual forma cuando hay una respuesta en la interacción de apoyo, en donde el resultado para quien lo solicita o quién esta en una situación de estrés o con tensión es de tipo negativa, donde el resultado es contrario a lo esperado.

### **7.3.3 Apoyo Necesitado**

El apoyo necesitado se refiere a cuando la esposa expresa su necesidad de apoyo, este tipo de apoyo fue expresado más como un deseo, pero llama la atención que en general estas mujeres no solicitan apoyo, aunque parecieran que saben que lo necesitan. Esto podría estar relacionado con las limitaciones impuestas por los propios esposos y por su contexto en general en donde no pueden hablar sobre lo que pasa en casa y tienen que guardar la situación en la que viven de manera privada. Rosa María describe su experiencia, la cual la ha llevado a limitar más su interacción con los demás.

*...Yo no creo mucho en la gente, yo no confío mucho... es que aquí porque si tengo un amigo o cualquier persona aquí juzgan (porque es casada)... A veces salgo y saludo a las vecinas así platicamos un ratito con las vecinas y ya, pero yo casi no me gusta ir a meterme, por ejemplo con una vecina ahí a su casa o esto, no... La gente aquí y más en la otra colonia la gente no se ocupa de sus cosas, sino que nada más*

*están pendientes de los demás. Como vivía yo allá en la colonia, cada que podía venía a ver a mi mamá, como allá no había nadie, tenía poco que me había cambiado para allá, después mi suegra no estaba aquí, estaba en Pachuca. Y después vinieron y la señora de enfrente le contó no sé que tantas cosas a la señora, que nada más esperaba a que se saliera su hijo para que yo me saliera y que quien sabe a dónde iría... Yo no hago nada de lo que deba avergonzarme, si me ve que voy para adelante, que voy diario, la señora sabe que voy a ver a mi mamá, a ellos voy a ver, no tengo a quien más ver.*

En este tipo de apoyo es muy difícil definir la fuente de apoyo, ya que en general las expresiones de necesidad de apoyo no son dirigidas, es decir no mencionan de parte de quien quisieran recibir ese apoyo, bajo esta perspectiva tenemos el caso de Gabriela, en donde habla sobre ese deseo de que alguien, sin mencionar específicamente quién, le ayude.

E: ¿Cómo le gustaría ser ayudada?

*V: Pues me gustaría como que como que alguien llegara a casa y que estuviéramos reunidos una mañana, alguien que nos reúna una mañana para ver que opinan mis hijos, y que digan en qué van a ayudar, o les vale, o no nos quieren ayudar porque ven así a su papá pero que no le hagan caso, que piensen por ellos, le digo a mi hija.*

También hubo casos donde dejaban muy claro de parte de quien quisieran recibir dicho apoyo, en donde hicieron referencia a los miembros de la familia, hijos, mamá, hermanos (as), resaltando el papel del esposo, en donde pareciera que lo siguen considerando como una de sus principales fuentes de apoyo y por lo tanto, dentro del deseo mismo de recibir apoyo, él se vuelve el principal personaje del cual desearían recibir esta ayuda que necesitan, como en el caso de Ángeles:

*...ojalá que mis hijos y si es eso mi mamá me apoyen y yo tenga la oportunidad de que me apoyen ellos para que se o sea que con el apoyo de ellos también sería también que me ayuden a estudiar o a seguir con lo que yo quiera con lo que me gusta.*

De igual manera mencionaron a instituciones de las cuales quisieran recibir apoyo. Dentro de las entrevistas, las orientadoras realizaron preguntas específicas en donde

podemos observar, que las necesidades de apoyo se enfocan a aspectos materiales, como en el siguiente caso, en donde le hacen algunas preguntas específicas a Margarita y ella menciona lo siguiente:

E: ¿de qué instituciones le gustaría recibir apoyo?

**M: ahorita del DIF**

E: ¿qué tipo de apoyo le gustaría?

**M. pues ahorita más que nada que me apoyen con un poco de despensa ahorita**

E: ¿eso sería lo único que usted solicitaría?

**M: ahá**

Por último, aunque en muchos casos el apoyo necesitado es una expresión intrínseca de solucionar problemas derivados del consumo de alcohol, para la mayoría de ellas estas necesidades son de tipo material, aunque el emocional y el informativo también tuvieron una importante presencia en sus expresiones.

#### **7.3.4 Apoyo Mixto o Indiferenciado**

En este caso se identificaron apoyos que denotaban apoyo tanto positivo como negativo, y otros donde no quedaba claro el tipo de apoyo que estaban recibiendo. En cuanto a las fuentes de este tipo de apoyo, este tipo de apoyo se da casi exclusivamente por parte de la familia. Un ejemplo es el de Margarita, en donde habla no queda claro el tipo de apoyo que podría recibir.

E: ahá, ¿cuenta usted con el apoyo de su mamá?

**M: sí, ahorita sí, pero pus ella esta sola, ella sola el otro día que me fui de aquí me dice que estaba bien preocupada porque no sabía como le iba a hacer con sus hermanos.**

E: ¿pero si usted le pidiera que la apoyara a cuidar a sus hijos por ejemplo?

**M: sí los cuidaría pero tiene a mi abuelita ahí cuidándola y tiene que ir a este como se llama a al hospital y como tiene citas así mi abuelita y como ella no puede caminar anda con andadera o con silla de ruedas, entonces ella es la que está con ella, sí.**

Es de llamar la atención que este tipo de apoyo se presenta sobre todo en el nivel más inmediato de estas mujeres, es decir de las personas que serían las más cercanas



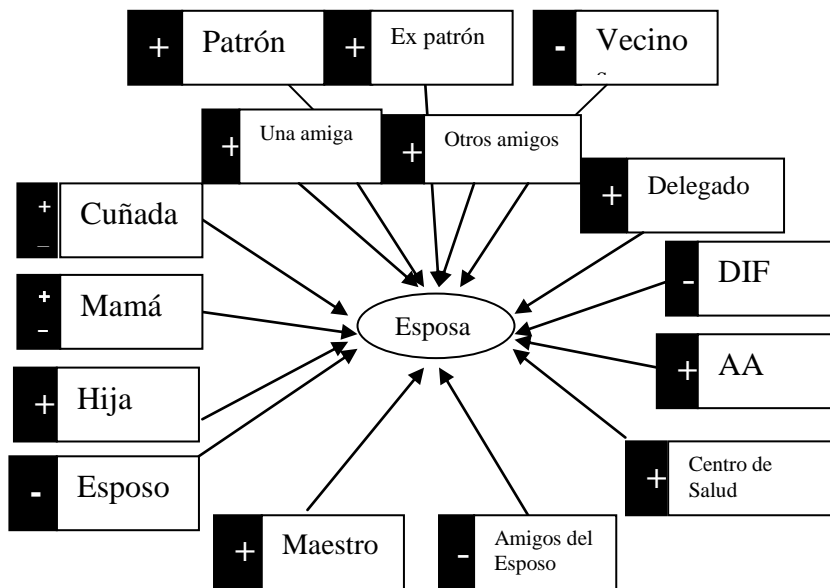
para ellas y que podrían ser consideradas como fuentes importantes de apoyo. Cabe señalar que no se encontraron tantos textos que pudieran ser codificados como apoyo mixto o indiferenciado, tal vez sólo en preguntas concretas en donde se preguntaba sobre de quien podría recibir ayuda, ellas sólo contestaban de parte de quien pensaban que podrían recibir ayuda, pero no se establecía el tipo de apoyo que podría ser, aunque de acuerdo con la percepción que ellas tienen del apoyo, se podría considerar que para ellas el apoyo siempre es de tipo positivo.

#### **7.4 ESTRUCTURA DEL APOYO DETERMINADA A TRAVÉS DE SUS PRINCIPALES FUENTES DE APOYO**

Dentro del proceso de análisis, uno de los elementos primordiales fue el de identificar la estructura del apoyo con la que cuentan estas mujeres. Como se mencionó, esto se realizó a través de la identificación de sus principales fuentes de apoyo. Por fines prácticos, sólo se presentan dos esquemas, uno que ejemplifica el caso de la esposa que cuenta con la red de apoyo más amplia, otra donde se muestra el caso de la esposa con la red más pequeña de apoyo. Cabe señalar que en general la mayoría de estas mujeres presentan estructuras de apoyo reducidas, las cuales están conformadas principalmente por miembros de la familia nuclear, es decir los hijos, hijas y la madre. En general, no cuentan con fuentes de apoyo fuera de la familia, son muy pocas las que mencionan tener amigas. Otra constante fue que el esposo aunque se podría considerar como fuente de apoyo, siempre tuvo una presencia negativa o nula.

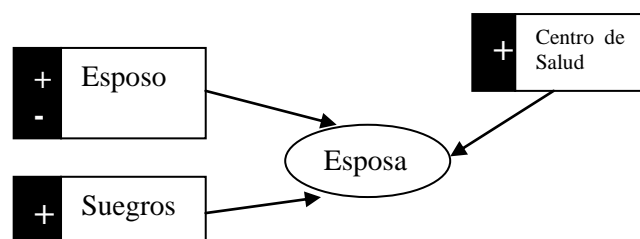
Cada persona o institución identificada como fuente de apoyo fue incluida en el esquema, se determinó manejar el mismo tipo de esquema utilizado por Orford et al., (1998a) en donde hicieron uso de signos positivos y negativos para representar el nivel de percepción positiva o negativa de apoyo desde la perspectiva de la esposa. Es importante señalar que el signo negativo, representa no solo una percepción, sino que puede indicar que una persona tiene el potencial para ser una fuente de apoyo, pero en ese punto particular de tiempo, el apoyo de dicha persona no llega (por ejemplo, otro miembro de la familia con la que el problema no se discute). De igual manera, representan a personas que podrían servirle de apoyo, pero que en ese momento no eran percibidos como tal.

**Figura 7.** Diagrama de la estructura del apoyo social que representa el caso con el mayor número de elementos.



En este esquema, se muestra la estructura del apoyo social correspondiente a la esposa que cuenta con un número mayor de fuentes de apoyo, se hizo una división en donde se mostraron elementos de la familia, vecinos, amigos, profesionales, amigos del usuario y comunidad. Como se mencionó con anterioridad, el uso de los signos “+” y “-”, hacen referencia a la percepción que la esposa tiene de cada uno de estos elementos con respecto al apoyo que les pueden brindar, además de incluir a personas o instituciones que podrían ser proveedoras de apoyo positivo y no lo son en ese momento. En este caso, la esposa que contó con una estructura de apoyo más amplia, fue justamente aquella que se encontraba laborando.

**Figura 8.** Diagrama de la estructura del apoyo social que representa el caso con el número menor de elementos.

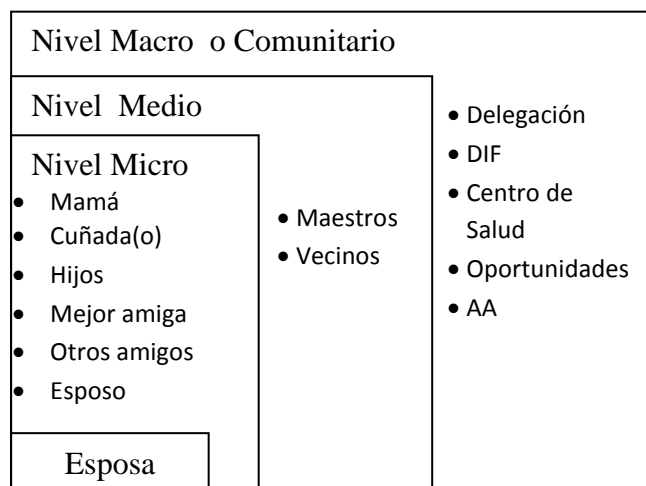


Este caso fue el que contó con un número menor de elementos, sólo mencionando e identificando tres. Pareciera que no mantiene relación con su familia o que no es de la

localidad y por eso no los considera como fuentes importantes de apoyo. Cabe señalar que este caso es poco común, ya que en general la mayoría incluía un número mayor de elementos. En este caso ella tiene sólo una hija de 5 meses y considera al esposo como su principal y casi única fuente de apoyo. No parece interactuar mucho con otras personas, vive en casa de los suegros y prácticamente está siempre en casa. Además de que en general no hay tanto contacto con los vecinos (as), debido a que se puede prestar a malas interpretaciones y las demás personas pueden hablar de ella, siendo este un elemento cultural que la limita en la búsqueda de otras fuentes de apoyo. Otra característica es que solo tienen un hijo y que es la de menor edad de la muestra, tal vez esto pueda estar relacionado con su percepción de apoyo y con el número de fuentes de apoyo.

Otra forma de realizar el análisis de las fuentes de apoyo social es mediante los tres niveles de análisis que mencionan Lin, Dean & Ensel (1986), los cuales corresponden al nivel micro o de relaciones íntimas, medio y comunitario o macro.

**Figura 10.** Esquema de las fuentes de apoyo, tomando en cuenta los niveles de análisis del apoyo social dados por Lin, Dean & Ensel (1986).



Este esquema nos muestra los diferentes niveles en los cuales el apoyo social puede ser analizado, cabe mencionar que se mantuvieron solo los elementos que fueron más constantes en todas las entrevistas. Es de llamar la atención que bajo esta perspectiva, el nivel que tuvo menor presencia fue el nivel medio. Siendo el nivel micro, el más inmediato y en donde se interactúa en mayor medida, por lo que se esperaría que ese nivel fuese el de mayor influencia para aportar apoyo a estas mujeres. Por otro lado,

también el nivel macro o comunitario tuvo menciones importantes, siendo instituciones o profesionales de la salud los que estarían inmersos en este nivel, lo cual denota que es importante para estas mujeres poder recibir apoyo en este nivel.

## **7.5 PRINCIPALES FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL**

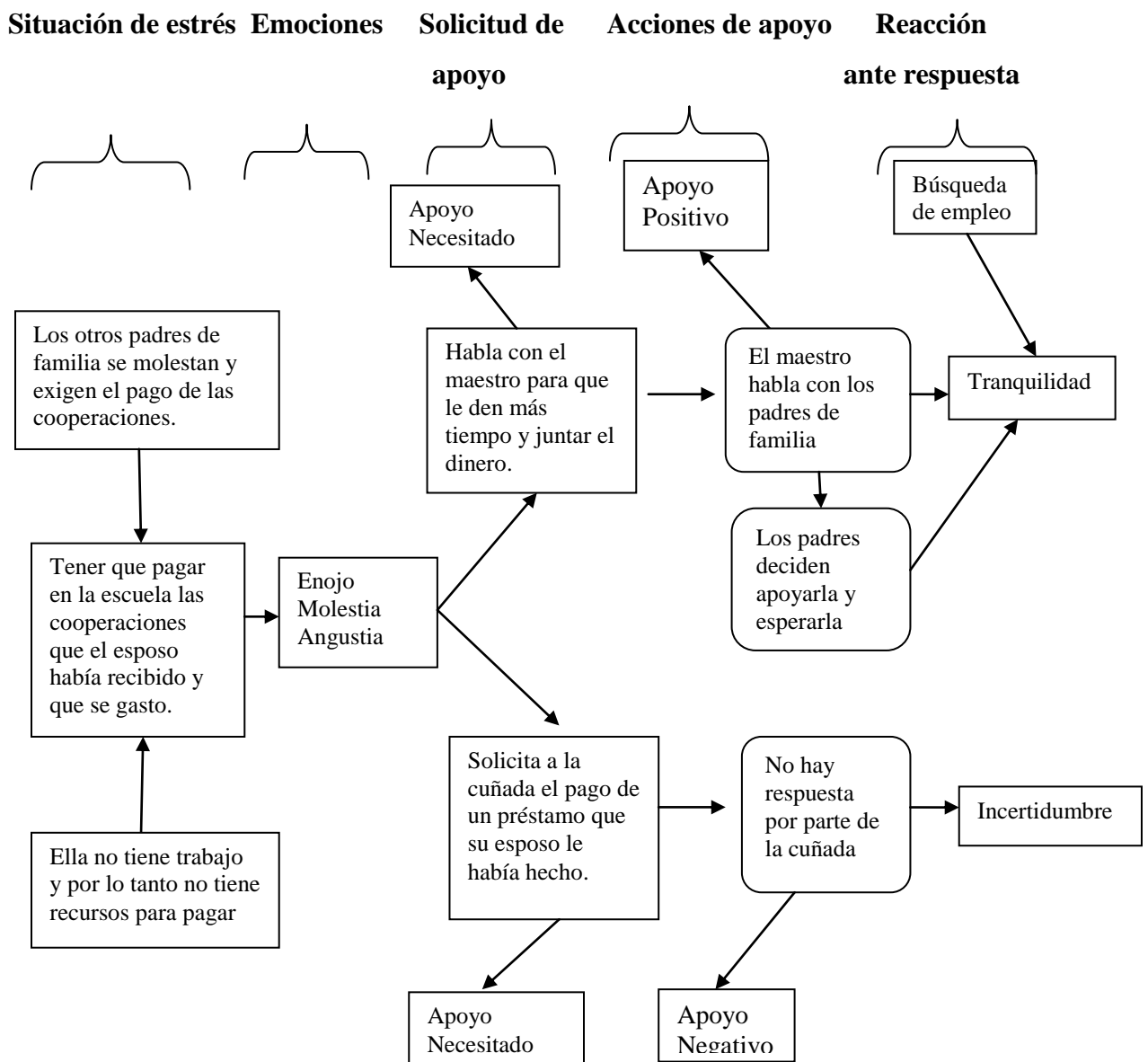
Las principales funciones del apoyo social hacen referencia al efecto que éste tiene sobre el bienestar de las personas. Se pudo observar que representa un recurso social sumamente importante con el que se pueden superar adversidades, como lo son las relacionadas con acontecimientos derivados por el consumo de alcohol del esposo.

Se consideró la descripción de un caso que pudiera aportar para la comprensión del apoyo social, mostrándonos la función que tiene y su trayectoria. Este es un ejemplo tomado de una de las participantes en donde se utilizó el pseudónimo de Margarita.

El esposo fue internado en el AA para recibir atención, después de golpear al patrón de su esposa, esto sucedió cuando el esposo se encontraba en estado de ebriedad. Ella perdió su trabajo y se quedó en casa sola con sus tres hijos, aunado a esto, en la escuela primaria le solicitaron el dinero que correspondía a cooperaciones de los padres de familia para la construcción de jardineras, el esposo fungía como tesorero, por o que las cooperaciones se le habían dado directamente a él; sin embargo ese dinero lo había gastado en el consumo de alcohol. Esta situación provocó en Margarita una preocupación excesiva (estrés), en ese momento ella tenía que cuidar a sus hijos, conseguir trabajo y pagar la deuda en la escuela, además de que los padres de familia exigen el pago cuanto antes. Ella siente “coraje” (Cabe señalar que coraje, lo conciben como enojo exacerbado) y molestia hacia su esposo, porque ahora ella tiene que pagar algo que no le corresponde, y se siente muy estresada porque no sabe de dónde sacará los recursos, ahora menos ya que no tiene trabajo. Solicita apoyo al maestro de la escuela y le explica la situación, el maestro le dice que convocará a reunión y que hablará con los otros padres de familia y les explicará esta situación para buscar una solución, al mismo tiempo ella le solicita a su cuñada el pago de un préstamo que su esposo le hizo. En el caso del maestro, su solicitud tiene una respuesta positiva, ya que al hablar con todo el grupo, le brindan su apoyo y le dicen que la esperarán el tiempo que sea necesario; en cuanto a la cuñada, nunca obtiene respuesta, le manda mensajes y no hay contestación.

En el siguiente esquema se muestra la trayectoria y el impacto que el apoyo tiene sobre situaciones de estrés y como a partir de esto el apoyo va siendo utilizado y tiene efectos en el estado de ánimo de Margarita, por lo que podríamos estar observando el efecto de amortiguación, en donde la presencia de un apoyo social positivo ayudará a disminuir la tensión provocada por dicho evento.

**Figura 9.** Un ejemplo de la Trayectoria de Apoyo.



Cabe señalar que en este ejemplo podemos denotar que la presencia de un apoyo positivo, mejora el estado de anímico de esta mujer, además de tener un mayor efecto que un apoyo negativo dado bajo un mismo evento estresante, por lo que se podría

considerar que la presencia de un apoyo positivo será de gran utilidad, sobrepasando incluso el efecto de apoyos negativos presentes, por lo que podemos considerar que la presencia de un apoyo positivo tendrá un mayor impacto para lograr el bienestar en las personas.

## **8. DISCUSIÓN, ALCANCES DEL ESTUDIO Y CONCLUSIONES.**

### **8.1 DISCUSIÓN**

La presente investigación tuvo como objetivo identificar los diferentes tipos de apoyo social con los que cuentan las mujeres indígenas, ante la problemática producida por el consumo excesivo de alcohol por parte de su respectiva pareja. Para lograr este objetivo se realizó un estudio de tipo cualitativo, efectuándose un análisis secundario de datos cualitativos. Esta base se obtuvo mediante entrevistas hechas a mujeres de comunidades otomíes en los municipios de Cardonal e Ixmiquilpan, en el estado de Hidalgo. En el análisis de entrevista se plantearon tres objetivos específicos: a) Determinar el tipo de apoyo social que reciben y la percepción que tienen del mismo, b) Identificar y describir la estructura del apoyo social a través de sus principales fuentes, y c) Identificar las principales funciones del apoyo social en este grupo de mujeres.

#### ***Aspectos sociodemográficos de las participantes***

Los datos obtenidos en este estudio muestran que las mujeres indígenas que viven en comunidades pequeñas dentro de zonas rurales de esta región siguen presentando un nivel educativo bajo, sólo una de ellas había realizado estudios de bachillerato, y fue justamente una de las más jóvenes dentro del grupo, ya que contaba con 32 años en el momento de las entrevistas, además se dedicaba al comercio. Dentro de la muestra sólo hubo dos mujeres que no se dedicaban al hogar. Lo cual corresponde con los datos que pueden observarse en prácticamente todas las zonas indígenas del país (Fernández, 2006). Al momento de realizar las entrevistas, estas mujeres vivían con el esposo, sólo dos de ellas se habían separado aunque mantenían relación con el cónyuge, seguían alimentándolos y atendiéndolos cuando iban a casa, en ambos casos las mujeres recibían apoyo económico por parte de los hijos que vivían en Estados Unidos. La mayoría de las esposas mayores tenían hijos que habían migrado a este país, por lo que en prácticamente todos los casos ellos se habían vuelto el principal apoyo económico para estas mujeres. El rango entre las edades fue muy amplio, de entre 26 a 57 años, las

principales diferencias que se pudieron obtener entre las edades, estuvo básicamente relacionado con las edades de los hijos y las circunstancias de éstos, dado que las mujeres que tenían hijos menores de edad y dependientes, mostraban mayor preocupación, sobre todo en dos aspectos, el económico debido a la falta de recursos para solventar las necesidades de ellos y el familiar, ya que debido a la situación del consumo de su esposo no se sienten apoyadas en la educación de sus hijos. En cuanto a las mujeres con hijos mayores, aunque lidiaban con muchas problemáticas similares a las otras mujeres, con respecto al consumo del esposo, la mayoría presentaba una menor preocupación ya que en muchos de los casos recibían apoyo material de sus hijos que ya estaban trabajando, de igual manera recibían también apoyo emocional por parte de estos. Se pudo observar que entre mayor número de hijos, mayor preocupación; sin embargo, se podría considerar que no tanto por la intensidad, dado que pareciera que teniendo uno o siete, el eje de sus vidas siempre son los hijos. Cabe señalar que las mujeres que trabajaban, una como comerciante y otra como empleada, parecían contar con redes de apoyo más amplias, además de que presentaban mayor capacidad para poder hacer uso de sus redes y de solicitar ayuda cuando la necesitaban. Esto sería interesante de analizar dado que existen estudios donde muestran que factores como el nivel educativo, el estado civil, el estatus socioeconómico, entre otros influye en el apoyo social disponible (Matud, et al., 2002; Lara, Navarro & Navarrete, 2004; Hertier, citado por Juárez et al., 2005).

En resumen, se podría considerar que debido a las características sociodemográficas de las mujeres que integraron este estudio, prácticamente todas ellas, se encontraban en una importante situación de vulnerabilidad social, ya que pertenecen a grupo indígena, viven en comunidades pequeñas en el medio rural, con poco o nulo acceso a servicios, con bajos niveles de escolaridad, sin empleo remunerado y con dependencia económica hacia el esposo, además del consumo de alcohol por parte del éste. Como se mencionó en el resumen del estudio original, estas mujeres eran usuarias del centro de salud y fueron los trabajadores del mismo los que las canalizaron e hicieron la invitación para participar y recibir la intervención breve, por lo que no son ellas las que solicitan directamente la ayuda, sin embargo sí la aceptaron cuando estuvo disponible.

### ***Factores de estrés que presentaron las participantes***

Según autores como Pearlin (1989) y Turner, Wheaton & Lloyd (1995), las experiencias estresantes no ocurren en un vacío sino que se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y económica, la raza, el sexo, la edad. Estos sistemas producen una distribución desigual de los recursos, de las oportunidades y por ello un bajo estatus en cualquiera de ellos puede ser en sí mismo origen de condiciones vitales estresantes. Aunado a todo esto, el hecho de convivir con un consumidor de alcohol provoca una mayor fuente de estrés.

De acuerdo con Orford et al. (2005), existe una serie de estresores universales a los que se enfrentan los familiares que viven con un consumidor excesivo de alcohol o drogas. Estos autores mencionan una lista de nueve factores de estrés, 1) Preocupación por la salud bebedor / usuarios de drogas o su rendimiento, 2) No es agradable la convivencia con un bebedor / usuarios de drogas, 3) Irregularidades financieras y los efectos en la economía familiar, 4) El impacto en toda la familia y el hogar, 5) La participación de otros miembros de la comunidad, 6) Preocupación por la frecuencia, cantidad o forma de beber de su familiar / consumo de drogas, 7) El hecho de que el usuario de alcohol / drogas desaparece, 8) La vida social de los miembros de la familia es afectada y 9) Los incidentes y crisis como resultado del consumo. Lo que se encontró en estas mujeres, mediante el análisis de las entrevistas fue que sus mayores preocupaciones, las cuales se podrían considerar como los estresores que ellas tenían en esos momentos, estaban relacionadas con problemas económicos, ya que debido al consumo de esposo, éste dejaba de trabajar y cuando tenía dinero lo gastaba en comprar pulque, cerveza u otra bebida alcohólica. Y ya que en su gran mayoría son dependientes económicas del esposo, esto causa irregularidades financieras que son su principal y más constante preocupación, ya que en muchos de los casos no cuentan con los recursos ni para cubrir sus necesidades básicas, como lo son la alimentación, y el vestido. Cabe señalar, que los datos encontrados confirman el hecho de que todos estos estresores se presentan independientemente de la cultura, en esta muestra prácticamente los nueve factores fueron enunciados; sin embargo, el único constante en todos los casos y el cual fue el principal para todas ellas, fue el relacionado con el factor económico, seguido por el impacto en las relaciones familiares.

En síntesis, no se identificaron factores diferentes que pudieran conformar otro factor que no se haya visto en población urbana, por lo que podemos decir que se confirman dichos factores como universales, ya que se presentan en cualquier entorno o cultura. Sin embargo, pese a que los factores de estrés básicamente son los mismos, la



importancia y la magnitud que tuvieron dichos factores en éstas mujeres, está relacionado con la situación de marginación y pobreza en la que de por sí viven las mujeres indígenas en nuestro país, además de la escasez de servicios a los que tienen acceso.

### ***Apoyo social que reciben y percepción del mismo***

Se pudo observar que estas mujeres presentaron poco apoyo social, cabe señalar que aunque el apoyo social positivo fue mencionado con mayor regularidad esto se debió al propio hecho de estar siendo parte de una intervención breve, en donde como ellas mismas lo señalan, el hecho de ser escuchadas y de recibir orientación, fue de gran ayuda para ellas; sin embargo, al dimensionar y extraer esta parte de la intervención, las mujeres presentaron poco nivel de apoyo y poco acceso a recursos para conseguirlo. Lo cual confirmaría lo encontrado en estudios hechos sobre el apoyo social, en donde los resultados muestran que en las mujeres, los factores como el nivel educativo, el estado civil y el nivel socioeconómico están relacionados con la disponibilidad del apoyo social, esto lo menciona Matud et al. (2002) en un estudio realizado en España, lo cual podría estar relacionado con los resultados encontrados en la presente tesis. De igual manera en México, Lara, Navarro & Navarrete (2004) encontraron que las mujeres con menores ingresos y menor escolaridad tienen menos apoyo social y experimentan más sucesos adversos. Bajo esta perspectiva, se esperaría que la percepción de apoyo o la disponibilidad de éste, estuviera limitada y de acuerdo con los resultados de esta investigación, así fue, ya que estas mujeres mencionaron tener una disponibilidad de apoyo limitada.

Siguiendo con la percepción que tienen del apoyo social, en México se realizó un estudio en 2005 por Juárez, Valdez & Hernández, en donde mencionan que las mujeres que cuentan con una red social establecida, prefieren recibir apoyo del grupo más cercano y significativo a ellas, en lugar de ir a centros de salud. En cambio, las mujeres que no cuentan con una red social establecida, acudirán a los servicios de salud. En este estudio, lo que se encontró es que las mujeres en general no solicitan apoyo, y es a su grupo más cercano al que consideran su principal fuente de apoyo. No obstante, cabe mencionar que pareciera que en estas poblaciones el aspecto cultural tiene un peso muy importante en la presencia, el uso y la percepción del apoyo social, ya que por las limitaciones que el contexto mismo les establece a las mujeres, ellas prefieren mantener sus problemas y necesidades de manera privada. Esto coincide con lo que menciona

Heritier (citado por Juárez et al., 2005), en donde señalan que las diferencias socioculturales condicionan la utilización de las redes de apoyo social; de igual manera coincide con lo que mencionan Natera, Mora & Tiburcio (1999) en donde mencionan que los factores que limitan el acceso a los servicios de atención y a las diferentes fuentes de apoyo formal e informal, están relacionadas con la cultura en la que se desarrollan. Todo este contexto en el cual se desarrollan estas mujeres, lo podríamos relacionar con el hecho de que generalmente no soliciten apoyo y por lo tanto ellas solas viven con esta situación y no se sienten con la libertad para poder solicitar ayuda. Emocionalmente, los sentimientos que ellas experimentan son muy variados; sin embargo, el que permaneció constante y que mencionado por todas ellas, fue el sentimiento de “coraje”, en donde podemos observar una gran molestia por la situación, pero al mismo tiempo frustración por el hecho de no contar con los elementos suficientes para salir de esa problemática, sería ahí donde el apoyo social tendría un papel sumamente importante en la búsqueda del bienestar de estas mujeres.

En cuanto al tipo de apoyo social recibido, cabe señalar que son mínimas las publicaciones que han utilizado la clasificación del apoyo que se utilizó en la presente tesis (Orford, Natera, et al., 1998), bajo esa perspectiva el apoyo positivo, que a grandes rasgos corresponde a cualquier cosa que dijo la esposa, que indique que ha recibido ayuda útil de cualquier otra persona. Fue uno de los más nombrados. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, esto estuvo influido por la presencia de la orientadora y el proceso de la misma intervención, por lo que estos elementos no son permanentes, ni están de manera constante en su contexto cotidiano. En cuanto al apoyo negativo, que podría definirse de manera breve como cualquier cosa que diga el familiar que indique que no ha tenido apoyo o que otras personas no lo han ayudado, fue el más mencionado después del positivo, pero cabe aclarar que en este caso, quienes proveen este tipo de apoyo son las personas más cercanas a estas mujeres, en todos los casos el esposo fue el más relacionado con el apoyo negativo. Los otros dos tipos de apoyo, aunque fueron identificados, el apoyo necesitado que se refiere a cuando el familiar expresa su necesidad de apoyo, fue el que más se expresó como un deseo de recibir apoyo. Llama la atención que en general estas mujeres no solicitan apoyo, aunque estén conscientes que lo necesitan, o por lo menos parecen estarlo, no lo solicitan, esto relacionado con las limitaciones impuestas por los propios esposos y por su contexto en general en donde no pueden hablar sobre lo que pasa en casa y tienen que guardar la situación en la que viven de manera privada.

Por último, comparando los datos que se mencionan en el presente estudio, con los que se obtuvieron por Orford, Natera, et al. (1998) en población urbana, podemos observar que coinciden en el hecho de que el apoyo positivo está dado mayormente por la familia. Sin embargo, una diferencia que llama la atención es con respecto al apoyo negativo, ya que es también la familia la que mayormente proporciona este tipo de apoyo. Es importante subrayar las limitantes que tienen estas mujeres para solicitar apoyo y para que éste pueda serles proporcionado. Existen elementos culturales como el machismo, el autosacrificio, el miedo al “chisme”, a los comentarios y la superioridad que se le asigna a los hombres sobre las mujeres, entre otros, provocan que vean limitada la posibilidad de recibir apoyo o de solicitarlo, aunado a la falta de recursos y servicios debido a las condiciones de pobreza y marginación en las que se encuentran.

### ***Estructura del apoyo social***

En cuanto a la estructura del apoyo social, ésta fue determinada a través de sus principales fuentes de apoyo, relacionando estos resultados con el punto anterior encontramos que al igual que en otros estudios (Orford, Natera et al., 1998; Matud, Carballeira et al., 2002; Juárez, Valdez & Hernández, 2005) la principal fuente de apoyo es el grupo de personas más cercanas y significativas para ellas. Es importante señalar que sus fuentes de apoyo son pocas, tanto en su percepción, como en la realidad. La familia como su principal fuente de apoyo, generalmente está representada por la madre o hermanas. En algunas ocasiones, los suegros y las cuñadas (os), amigos (as) cuentan con muy pocos, o no tienen, con los vecinos (as) prácticamente ninguna tenía una relación fuerte y no consideraban que ellos las pudieran apoyar, en cuanto a las instituciones era muy limitado el apoyo para lidiar con las problemáticas derivadas por el consumo del esposo. Es importante mencionar que aunque la principal fuente de apoyo es la familia, no siempre el apoyo fue positivo, en muchos de los casos el apoyo que se brindó fue de tipo negativo, sobre todo por el esposo. Esto podría coincidir con los resultados encontrados por Natera, Orford, Copello, Mora, Tiburcio & Velleman en 2003, en donde mencionan que en términos generales, en México se percibe un ambiente familiar más pobre y de mayor conflicto en comparación con otros países. De acuerdo con estos autores, esto podría representar por un lado, un mayor desacuerdo en las familias extensas para enfrentar el consumo de alcohol o drogas en un familiar, lo cual provoca un mayor conflicto, pese a ello los familiares pueden sentir cierto nivel de cohesión debido a influencias externas como la necesidad de mantener el consumo

como un secreto familiar, lo que permite solo tener una visión de aparente de cohesión, pero no entendida en términos de armonía y comprensión mutua descritos por Moss & Moss (Citado por Natera, Orford, Copello, Mora, Tiburcio & Velleman, 2003), sino de una manera muy peculiar de la cultura mexicana en donde “*a pesar de que todos peleamos, la familia es primero*”. En donde debido a esto, todos los miembros de la familia se esfuerzan para que la problemática no salga del ámbito familiar y eso los deja sin la posibilidad de buscar ayuda externa, la cual se presenta ya cuando la situación llega a extremos como la violencia familiar o la pobreza extrema (Natera, Mora & Tiburcio, 1999). Sin embargo, pese a que estos factores están relacionados, en este estudio se pudo observar que la intención de la familia no es guardar o mantener la problemática dentro del ámbito familiar, más bien estaría relacionada con el hecho de las limitaciones impuestas por el entorno cultural y social hacia las mujeres, en donde ellas tienen que asumir las circunstancias en las que viven como un hecho intrínseco en donde no pueden modificarlo, y donde tienen que aceptarlo por el simple hecho de ser mujer. Por lo tanto, se sienten limitadas, además de que cuando solicitan apoyo generalmente la respuesta no es positiva, por lo que pareciera que ellas preferirían recibir apoyo de personas ajenas a su círculo inmediato o a su contexto inmediato, como lo sería el apoyo formal por medio de profesionales, donde ellas se sentirían más a gusto y con mayor confianza de hablar sobre los problemas que vive. Sin embargo, como mencionan Natera et al., (2003), en los medios rurales e indígenas aún existen pocos centros de salud disponibles para atender a esta población que está extendida a lo largo de país y con niveles de pobreza muy elevados, lo cual les limita el acceso a estos servicios.

Para finalizar, es importante considerar que la presencia de apoyo formal a nivel institucional por parte de los servicios de salud sería un importante elemento que estas mujeres podrían utilizar y que les ayudaría, por otra parte es significativo mencionar que en las dos mujeres que trabajaban fuera de casa, mostraron o percibieron una mayor disponibilidad de apoyo. En todos los casos, mencionaron el deseo de querer trabajar, para tener sus propios recursos y no estar dependiendo de nadie más, por lo que también sería importante considerar actividades económicas dentro de los programas de salud.

### ***Funciones del apoyo social***

Las funciones del apoyo social han sido relacionadas a la disminución de los efectos del estrés psicosocial (Pearlin, 1989; Turner, Wheaton & Lloyd, 1995). Existen muchos teóricos que han tomado como base el modelo de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), del cual se desprende el modelo de estrés-tensión-afrontamiento-apoyo de Orford, Natera, et al., (2005), el cual es utilizado para los familiares de consumidores excesivos de alcohol y/o drogas. Lo que se encontró en la muestra del presente estudio, fue que el efecto del apoyo social es sumamente importante en el bienestar en estas mujeres, fue de gran importancia poder observar que un apoyo positivo tiene un impacto mucho mayor en el estado de ánimo y en el bienestar de estas mujeres, que cualquier otro tipo de apoyo, por lo que podríamos considerar que un apoyo positivo es de gran importancia en el restablecimiento de la salud en las personas y como regulador del estrés. En este mismo sentido, hablando sobre los aspectos funcionales del apoyo social, la gran mayoría de los teóricos hablan sobre un efecto de amortiguación o de amortiguador de apoyo social frente a eventos estresantes (Heller & Swindle, 1983; Lazarus & Folkman, 1986; Lin & Ensel, 1989). En este estudio se pudo observar el efecto de amortiguación que tuvo el apoyo social frente a situaciones de estrés específicas, que fueron provocadas por el consumo de alcohol o derivas de esto, en donde tuvieron un efecto sumamente importante frente a estas situaciones estresantes y donde claramente fue observado la disminución de la tensión que estaban viviendo y en donde el estado anímico de las personas fue modificado de manera importante y donde se observa el gran impacto que tiene el apoyo social frente al malestar provocado por eventos estresantes. Esto se relaciona con el *Efecto Buffer o Amortiguador*, en donde mencionan que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. (Barrón, Lozano y Chacón, 1988).

Desde esta perspectiva funcional han sido tres los tipos del apoyo social que se han usado en la mayor parte de las clasificaciones: emocional, material o instrumental e informacional (Barrón, 1996; Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981). Bajo esta perspectiva el apoyo que más se presentó en esta muestra fue el apoyo de tipo emocional, brindado sobre todo por su núcleo familiar, en gran medida por los hijos, la mamá, los suegros (as), hermanas (os) y cuñadas (os). También se consideró que por parte de la orientadora recibieron apoyo emocional e informacional. El apoyo material pareciera que es uno de los más necesarios en estas mujeres; sin embargo, está limitado prácticamente al programa de Oportunidades, aunque se cuenta con centros de salud, AA en la cabecera

municipal, entre otros, muchas veces no cuentan con la información adecuada para hacer uso de estos servicios, además de la dificultad para el traslado, ya sea por la lejanía o por la falta de recursos para poder trasladarse. También la familia es un importante proveedor de apoyo material, desde cuidar a los hijos pequeños de las esposas hasta proporcionar alimento cuando no se tiene o prestarle dinero para comprar lo que necesitan. En cuanto al apoyo informacional, pareciera que es muy importante porque en muchos casos se desconocen los recursos de los que podrían hacer uso, además de que con una información adecuada podrían afrontar sus problemáticas desde una perspectiva diferente. Ciertamente, haber tenido información y mayor conocimiento sobre su situación y las opciones con las que podría contar para solucionarlos, mejoró su estado de ánimo (así lo mencionan en las entrevistas); sin embargo, éste no lleva a arreglar realmente sus problemas, pareciera que este tipo de apoyo sólo tiene un efecto temporal, dado que la influencia de otros factores supera el efecto que éste tiene, por lo tanto no sólo sería necesaria la información, sino combinarlo con el apoyo material, es decir brindar los recursos adecuados para poder hacer uso de esta información y consolidar el efecto que el apoyo tiene sobre el bienestar del individuo.

En conclusión, para que una persona pueda acceder y emplear el apoyo social de una manera efectiva, dependerá tanto de la disponibilidad de los recursos, como de las características y experiencias del propio individuo. Además de lo que ya ha sido apuntado con anterioridad, las condiciones sociales y culturales en las que se desarrollen.

### ***Relación del género y el apoyo social***

Existen elementos muy importantes que pueden llevar a diferencias entre los géneros que se reflejan en la percepción y en el apoyo social que pueden recibir. De acuerdo con la Unidad de Género y Salud de la OPS, los roles de género, así como las relaciones de las mujeres indígenas con los hombres, sus comunidades y la sociedad en general determinan su capacidad para alcanzar una buena salud y su calidad de vida. Mencionan que en América las mujeres indígenas enfrentan una triple desventaja, debido a su pertenencia étnica, sexo y a su residencia predominantemente rural.

Lo que se pudo observar en esta muestra de mujeres es el hecho de que ellas más que recibir apoyo social, son una de las principales fuentes de apoyo para los demás miembros de la familia. Pese a que la mayoría de las mujeres mencionaron dedicarse al hogar, dos de ellas tenían un trabajo fuera de casa, una como comerciante y otra como

empleada. Todas ellas cumplían con las labores del hogar, como limpiar la casa, cuidar a los hijos, hacer la comida, entre otras; las mujeres que se dedicaban exclusivamente al hogar también debían de cumplir con otras tareas como pastorear, ir por leña, cultivar la milpa, entre otras, además de en ocasiones realizar trabajos temporales. En general, todas ellas cumplen con múltiples trabajos dentro y fuera de casa, además de ocuparse en la administración de los recursos para el cuidado de la casa, no obstante cabe señalar que esto no implicaba la libertad para la toma de decisiones, ya que debían considerar la opinión del esposo. Esto coincide con lo que menciona nuevamente la Unidad de Género y Salud de la OPS en donde menciona que la posición social de las mujeres indígenas se caracteriza principalmente por su subordinación a los hombres y por su triple carga de trabajo productivo, reproductivo y comunitario. De igual manera mencionan que las mujeres se encargan del cuidado de los niños y del trabajo doméstico en el hogar, pero también participan en tareas “masculinas” como la agricultura comunitaria. El trabajo de las mujeres es extenso y arduo, disminuyendo sus posibilidades de tiempo para otras actividades como la educación, la participación en la toma de decisiones comunitarias, y la búsqueda de la atención de salud para sí mismas o sus hijos, lo cual tiene un impacto considerable sobre su estado de salud. Las niñas comienzan a ayudar a sus madres desde edades tempranas, a menudo postergando indefinidamente su educación. Por otra parte, se da preferencia a la educación de los niños.

En cuanto al apoyo social, pareciera que existen elementos culturales importantes que llevan a estas mujeres a mantener de manera privada sus problemáticas, en muchos de los casos por la propia limitante impuesta por el esposo, en donde no está permitido ventilar las situaciones que se viven en casa, además de que están limitadas en el sentido de salir y de convivir con otras personas, debido a que es mal visto por el esposo y por los propios miembros de la comunidad. Por lo tanto, no son capaces o no tienen la oportunidad de solicitar el apoyo que necesitan o de hacer uso del apoyo que pudiesen brindarles otras personas.

En su trabajo de tesis, Morales & Trujillo (2007) mencionan que las mujeres indígenas se desarrollan en una cultura patriarcal en donde las costumbres, tradiciones, normas y modos de vida determinan que las relaciones cotidianas entre sus individuos estén impregnadas de elementos opresivos hacia las mujeres. Las mujeres indígenas son propiedad indiscutible de los hombres y están a su servicio, desde sus padres y esposos hasta sus hijos. Por último, indican que en las culturas latinoamericanas tradicionales,

los papeles asignados a los géneros están rígidamente definidos, así las mujeres son dadoras de amor y de cuidados, y prácticamente en todas las culturas, el papel tradicional de las mujeres implica la crianza de los niños y el cuidado del hogar, del marido y de la familia.

Estos papeles se han asociado con importantes virtudes morales, tales como la preocupación altruista, la sensibilidad para las necesidades de los demás y una disposición para sacrificar sus propios intereses a favor de los otros, también señalan que sería difícil negar que la familia ha sido, sino el mayor, al menos uno de los más importantes sitios de presión de las mujeres. Este punto es de suma importancia, dentro de lo observado en los resultados de esta investigación la esposa juega un rol sumamente importante en cuanto al cuidado y preocupación por todos los demás, excepto por ella misma, por lo tanto todo esto tiene un impacto negativo para ella, tanto en su salud física como en su salud mental. Además de sumar el hecho que básicamente estas mujeres se desarrollan en la esfera familiar, y siendo que la familia es uno de los mayores factores de presión hacia la mujer, el resultado es realmente complejo para ellas. Esto concuerda con lo que señala Matud, (2002) con respecto al papel del estado civil, donde este influye principalmente en la percepción de la disponibilidad del apoyo; señalan que para las mujeres casadas a menudo las redes sociales son más una fuente de demandas que de apoyo, el matrimonio en general implica una serie de papeles y tareas que afectan de manera negativa la percepción de disponibilidad de apoyo, las solteras por su parte perciben mayor disponibilidad de apoyo social.

Para finalizar, en el presente estudio se pudieron observar las relaciones de género dentro de este grupo de mujeres, confirmando que la asignación de los roles en las mujeres indígenas se basa en la función reproductiva, la crianza de los hijos, los quehaceres del hogar, el apoyo al marido y en el cuidado de todos los miembros de la familia; debido a todo ello se ven limitadas sus posibilidades para ser receptoras de apoyo social. A través de los resultados, se ha podido observar que estas mujeres sí harían uso del apoyo social, siempre y cuando éste estuviera disponible, además de que sería muy importante que las condiciones dentro de su contexto fuesen más flexibles.

## **8.2 ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

En este apartado se realiza una reflexión acerca de los alcances y las limitaciones metodológicas presentes en este estudio.



Los estudios de tipo cualitativo brindan un abordaje que promueve la evaluación de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, a través de procedimientos que favorecen el conocimiento del contexto en el que surgen los fenómenos y a su vez permiten la elaboración de propuestas teóricas para explicarlos (Ruíz & Morillo, 2008).

La ventaja de haber realizado un estudio de tipo cualitativo en la presente tesis se basa en el hecho de poder describir e interpretar el fenómeno del apoyo social en estas mujeres a través de sus propias percepciones, de sus palabras, de su propio sentir, dejando que sea su propia voz la que le de coherencia a la investigación, bajo esta perspectiva no se busca medir las variables, sino que se busca comprender el fenómeno, brindando la posibilidad de conocer mejor sobre el apoyo social en las esposas de consumidores de alcohol en comunidades indígenas.

En cuanto a las limitaciones del estudio, pese a que las entrevistas fueron elaboradas para que incluyeran un apartado sobre apoyo social, se recomienda que en próximas investigaciones se profundice más en la estructura y funciones del apoyo social. Otra limitante es que debido a que es un estudio cualitativo no puede generalizarse, por lo tanto los resultados sólo son válidos para esta población. Por último, sería importante considerar el estudio del apoyo social en aquella población que no participo en la intervención breve y saber cómo funciona el apoyo social en las personas que no consideraron necesaria la ayuda por parte de las orientadoras.

### **8.3 CONCLUSIONES**

A través del análisis de las entrevistas se pudo observar que las mujeres viven con “coraje” frente al consumo de alcohol del esposo, que se enfrentan a problemas derivados que influyen en su estabilidad económica, emocional y familiar, en donde la presencia de un apoyo social positivo fue un elemento clave para superar estas adversidades. Lo cual concuerda con el efecto de amortiguación que tiene el apoyo social frente a eventos estresantes.

Desgraciadamente el contexto en el cual se desarrollan estas mujeres, puede impedir que reciban dicho apoyo, debido a la poca disponibilidad que tienen de éste, y a las limitaciones culturales impuestas en una sociedad patriarcal, en donde no está bien visto que las mujeres hablen de sus problemas maritales fuera de casa, lo cual las lleva a no solicitarlo, siendo la familia su principal y en ocasiones su única fuente de apoyo. Cabe señalar que para estas mujeres el apoyo recibido por parte de las orientadoras fue positivo, por lo que podemos considerar que las mujeres que se ven limitadas a solicitar

ayuda dentro de su comunidad podrían aceptar los apoyos por parte de profesionales de la salud, infortunadamente el acceso a los servicios de salud para las personas que viven en zonas rurales es muy restringido, siendo prácticamente nulos los servicios relacionados con salud mental, por lo tanto estas mujeres están en desventaja para mejorar su situación y poder llegar a un estado de bienestar, de ahí la importancia de que se desarrollen programas de intervención para crear relaciones de apoyo y para dar atención dirigida a los familiares de los consumidores de alcohol en estas comunidades.

Por último, fue evidente que la mayor problemática con la que se enfrentan estas mujeres es la pobreza, la falta de oportunidades, la imposibilidad de poder decidir por ellas mismas, las limitaciones establecidas a partir de los roles de género establecidos por la cultura en la cual viven y las condiciones de marginación y pobreza en la que se encuentran la mayoría de los grupos indígenas en nuestro país, por lo que se deberían considerar estos elementos sociales y trabajar para superar estas inequidades en los programas de salud.

## REFERENCIAS

- Amador, A. (2007) *Asignación de roles de la mujer indígena hñã hñu*. México: Tesis UNAM
- Arber, S & Jay, G. (1996). *Relación entre género y envejecimiento; Enfoque sociológico*. España: Narcea.
- Asakura, H. (2004). ¿Ya superamos el “género”? Orden simbólico e identidad femenina. *Estudios Sociológicos*, 12(3), 719-743.
- Arroyo, A. (2001). *El Valle Del Mezquital: Una Aproximación*, México: Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo.
- Barberá, E. (1998). *Psicología del Género*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Barrera, M. (1988). Models of Social Support and Life Stress. H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and Methodological Issues* (pp. 211-236). Newbury Park: Sage.
- Barrón, A., Lozano, P. & Chacón, F. (1988). Autoayuda y Apoyo Social. A. Martín, F. Chacón & M. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria* (pp. 205-225). Madrid: Visor.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Bonfil, P. & Del Pont R.M. (1995). *La mujer indígena hoy; panorama y perspectivas; situación de la mujer en México, aspectos educativos y culturales*. México: CONAPO

- Bonfil, P. & Martínez, E.R. (2003). *Diagnóstico de la Discriminación hacia las Mujeres Indígenas*. México: CDI.
- Bustos, O. (2003). *Construyendo la equidad de género en la escuela primaria*. México: SEP/INM
- Canady, B. & Babcock, J. (2009). The protective functions of social support and coping for women experiencing intimate partner abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(2), 443-458.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept of development*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Caplan, G. (1976). *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Cassel, J. (1974). Psychological process and “stress”: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- CDI. (2009). *Otomíes del Valle del Mezquital – Hñähñü*. Recuperado 20 de febrero de 2012, de [http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=633:otomies-del-valle-del-mezquital-hnae-hnue-&catid=54:monografias-de-los-pueblos-indigenas&Itemid=62](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=633:otomies-del-valle-del-mezquital-hnae-hnue-&catid=54:monografias-de-los-pueblos-indigenas&Itemid=62)
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

- Cobb, S. (1979). Social support and health through the life course. En M.W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives* (pp. 93-106). Boulder: Westview Press.
- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L. & Krishnan, M. (2000). Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *Journal of Mental Health, 9*(3), 329-343.
- Copello, A., Velleman, R. & Templeton, L. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 24*, 369-385.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L & et al. (2009). The relative efficacy of two levels of primary care intervention of family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction, 104*, 49-58.
- Cortés, E.I. (2005). Género, envejecimiento y salud: un campo en construcción. *Altepeaktli Salud para la comunidad, 1*(1-2), 39-47.
- Cruz-Almanza, M., Gaona-Márquez, L. & Sánchez-Sosa, J. (2006). Empowering women abused by their problem drinker spouses: effects of a cognitive-behavioral intervention. *Salud Mental, 29*(5), 25-31.
- Díaz, R. (1990), *Psicología del México*. México: Edit. Trillas.
- Díaz, M. (2011). *Factores psicosociales en la sintomatología depresiva en mujeres portadoras de VIH/SIDA: una perspectiva de género*. México: Tesis UNAM.
- Diccionario de la Lengua Española. (2001). *Género*. Recuperado 12 de enero de 2013, de <http://lema.rae.es/drae/?val=g%C3%A9nero>
- Enciclopedia de los Municipios. (2010). *Hidalgo*. Recuperado 20 de febrero de 2012, de [http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM\\_hidalgo](http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM_hidalgo)

- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar los datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca*, Num.6
- Fernández, P., Tuirán, A., Ordorica, M., Salas, G., Camarena, R. & Serrano, E. (2006). *Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México 2006*. México: CDI-PNUD
- Flores, F. (2001). *Psicología Social y Género. El sexo como objeto de Representación Social*. México: Mc Graw-Hill
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). Censo de población y vivienda.
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (2005). Enciclopedia de los Municipios de México. Gobierno del Estado de Hidalgo.
- Galván, J., Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A., Colmenares, E. & Saldivar, G. (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, 29(3), 68-74.
- García, E. & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.
- García J, Gloria L. Principales causas de muerte en las etapas del curso de vida 1980-2002 Hidalgo. Consejo Nacional de Población CONAPO. 2005.
- Glantz-Wright, N., Martínez-Hernández, I., Tinoco-Ojanguren, R. & León-Ruiz P. (2004). “Si no tomara él...”. El consumo de alcohol y su pape en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 27(6), 50-56.
- Gi-Lacruz, M. (2002). Pautas de interacción y apoyo social en la pobreza de una comunidad autónoma española. *Revista Cubana de Psicología*, 19(2), 167-173.

- Gómez, E. (2000). *Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y el Caribe*. Perú: OPS
- González, N. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y apoyo social. *Revista Cubana de Psicología*, 18(2), 134-141.
- González, R.M. (2009). Estudios de género en educación; una rápida mirada. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 14 (42), 681-699.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. New York: Addison-Wesey.
- House, J.S., Robbins, C. & Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships activities with mortality: Prospective evidende from Tacumseh Community Health Studies. *American Journal of Epidemiology*, 116, 223-234.
- House, J.S. & Kahn, R.L. (1985). Measures and Concepts of Social Support. S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 83-108). Nueva York: Academic Press.
- House, J.S., Landis, H.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Howells, E. & Orford, J. (2006). Coping with a problem drinker: A therapeutic intervention for the partners of problem drinkers, in their own right. *Journal of Substance Use*, 11(1), 53-71.
- 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.
- Juárez, C., Valdez, S. & Hernández-Rosete, D. (2005). La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. *Salud Mental*, 28(4), 66-73.
- Kvale, S. (2011) *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Lamas, M. (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En: M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp.327-366). México: Porrúa-PUEG
- Landero, R. & González, M. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud, 16*(2), 149-157.
- Lara, M., Navarro, C. & Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México, 46*(5), 378-387.
- Lazarus, R.& Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, J., Pomeroy, E. & Bohman, T. (2007). Intimate partner violence an psychological health in a sample of asian an caucasian women: the roles of social support and coping. *Journal Family Violence, 22*, (2)709-720.
- Lin, N., Dean, A. & Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. London: Academic Press.
- Lin, N. & Ensel, W.M. (1989). Life Stress and Health: Stressors and Resources. *American Sociological Review, 54*, 382-399.
- Marrero, R. & Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental, 33*(1), 39-46.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y saud: análisis de género. *Salud Mental, 25*(2), 32-37.
- Morales, L. & Trujillo, T. I. (2007). *Violencia psicológica hacia la mujer indígena: Caso del Valle del Alto Mezquital*. México: Tesis UNAM.



- Mora-Ríos, J. & Natera, G. (2006). Transcultural comparison of symptom rating test (SRT) in women coping with an addiction problem in the family. *Salud Mental*, 29(6), 73-80.
- Natera, G., Mora, J. & Tiburcio, M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental, Núm. Especial*, 114-120.
- Natera, G. & Infante, S. (2001). Uso y abuso del concepto de codependencia. *LiberAddictus*, 52, 1-7.
- Natera, G., Orford, J., Copello, A., Mora, J., Tiburcio, M & Velleman, R. (2003). La cohesión y el conflicto en familias que enfrentan el consumo de alcohol y otras drogas, una comparación transcultural México-Gran Bretaña. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(3), 7-16.
- Natera, G. & Tiburcio, M. (2007). Tailoring an intervention model to help indigenous families cope with excessive drinking in Central Mexico. *Salud Mental*, 30(6), 32-42.
- OMS. (2009). *Temas de salud: Género*. Recuperado 29 de noviembre 2012, de <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- OPS. (2005). *Género, Etnia y Salud*. Recuperado 29 de enero de 2013, de <http://www.paho.org/generoysalud>
- Orford, J. (1992). Control, confront or collude: how family and society respond to excessive drinking. *British Journal of Addiction*, 87, 1513-1525.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., et al. (1998a). Social support in coping with alcohol and drug problema at home: findings from mexican and english families. *Addiction Research*, 6(5), 395-420.

- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., et al. (1998b). Tolerante, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12), 1799-1813.
- Orford, J., Natera, G., Velleman, R., Copello, A., Bowie, N., Bradbury, C., et al. (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96, 761-774.
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R. & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, 100, 1611-1624.
- Palomar, J. & Cienfuegos, Y. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology* 41(2), 177-188.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica moderna*. España: Mc Graw Hill.
- Rodríguez, C. & Vásquez, M.A. (2005). *El concepto de equidad de género en un grupo de docentes de educación básica desde la teoría de las representaciones sociales*. México: Tesis UNAM
- Rodríguez, M.R. (2002) Feminización de la cultura. *Revista Debats*, Núm.76.
- Salgado-de Snyder, V., Díaz-Perez, M. & González-Vázquez, T. (2003). Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *Salud Pública de México*, 45(1), 19-26.
- Scott, J. W. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa-PUEG

- Thoits, P.A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- 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.
- Tiburcio, M. & Natera, G. (2007). Adaptación al contexto ñahñú del cuestionario de enfrentamientos (CQ), la escala de síntomas (SRT) y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental*, 30(3), 48-58.
- Tobo, N. & Fontão, M. (2005). El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. *Revista Latino-am Enfermagem*, 13(número especial), 806-812.
- Turbay, C. & Rico, A. (1994). El problema: equidad/inequidad en las relaciones de género. En *Construyendo identidades: niñas, jóvenes y mujeres en Colombia. Reflexiones sobre la socialización de relaciones de género*. Bogotá: UNICEF
- Turner, R. & Brown, R. (2010). Social Support and Mental Health. T. Scheid & T. Brown. (Eds.), *A Handbook for the study of mental health. Social context, theories, and systems*. (pp. 200-212). New York: Cambridge University Press.
- Velleman, R., Copello, A. & Maslin, J. (1998). Living with a problem drinker. R. Velleman, A. Copello & J. Maslin. (Eds.), *Living with drink. Women who live with problem drinkers*. (pp. 3-8). London: Longman.
- Wong, S., Nordstokke, D., Gregorich., S & Pérez-Stable, E. (2010). Measurement Of social support across women from four ethnic groups: evidence of factorial invariance. *Journal Cross Cultural Gerontology*, 25(1), 45-58.

## APÉNDICE 1. GUÍA DE ENTREVISTA

1. Familia. El proposito es obtener una descripción amplia de la estructura familiar “familiograma”, edad, género, economía familiar, educación, empleo, asi como los antecedentes culturales y familiares (por ejemplo, historia migratoria, aspectos etnicos, cambios recientes, lengua y religión, etc.).
2. Historia de Consumo del Usuario. Se indagara con base en la percepcion del familiar entrevistado, sobre aspectos como frecuencia, volumen actual de ingeta del usuario, formas de administración, gasto economico en el consumo, lugares de consumo, además de los efectos en el usuario, etc.
3. Efectos del consumo de drogas en la salud y vida social de la familia. La finalidad es conocer las razones por la que los miebros de la familia, consideran problemático o no el consumo del alcohol / drogas, asi como las razones de su preocupación, se incluyen menciones sobre los efectos en la economía familiar, consecuencias positivs y negativas del consumo, inclutando violencia familiar.
4. Formas para hacer frente a la forma de beber o del consumo de drogas en los miembros de la familia. Este es un aspecto central en la investigación y el interés será profundizar en las acciones, sentimientos, actitudes, estrategias y en general los patrones de conducta de los miembros de la familia ante el consumo, así como la respuesta del usuario ante las reacciones de la familia y los cambios a través del tiempo en estas formas de respuesta.
5. Apoyos en la familia para enfrentar el problema. Estasección se interesa en identificar la ayuda que el familiar a recibido por parte de otros miembros de la familia, incluyendo a otras personas ajenas a ella, como vecinos, parientes y amigos, centros comunitarios e instituciones especializadas. Se incluye todo lo relacionado co las facilidades o dificultates del entrevistado para recibir apoyo.
6. Salud y bienestar del familiar y los demas miembros. Se explora el estado de salud fisica y psicologica del todos los miembros de la familia y sus efectos por el consumo del ususario.
7. Percepción del futuro. Para culminar la entrevista se indaga sobre las razones del familiar para explicar el consumo del usuario y sus expectativas hacia el futuro, incluyendo las necesidades de ayuda y asesoría.

## APÉNDICE 2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Proyecto: Evaluación de Programas de Prevención en el Campo de las Adicciones*

### Formato de Consentimiento Informado para el Modelo de Intervención Breve para Familiares de Alcohol en Comunidades Rurales

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en recibir orientación del especialista para que me ayude a enfrentar el consumo de alcohol de mi familiar. Esta orientación puede durar de una a cinco sesiones, cada sesión será aproximadamente de 50 minutos. Como parte de este proceso será necesario responder algunas preguntas, sobre mi salud y mi familia, antes de empezar y al terminar la intervención; esto puede llevar aproximadamente una hora más.

Estoy de acuerdo también, en que tres meses después de haber terminado las sesiones me visite un orientador y me haga una entrevista en la que me preguntará ¿Cómo continúa mi salud?.

La información que yo proporcione será confidencial, es decir, solo el orientador podrá conocerla.

El orientador puede aclarar cualquier duda que tenga antes de iniciar y durante el transcurso de las sesiones; lo puedo localizar en el Centro de Salud \_\_\_\_\_ o en el teléfono \_\_\_\_\_.

Ni los cuestionario, ni las sesiones con el orientador tendrán costo para mí; en caso de ser necesario, el orientador me sugerirá acudir a instituciones donde puedan darme atención especializada.

En cualquier momento se podrá suspender la entrevista si así lo decido; sin que afecte a otros servicios que esté recibiendo en el centro de salud.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

*Nota: Si el paciente no quiere firmar o poner su huella digital, pero otorga el consentimiento verbal, será respetado y válido, así también si no desea que firmen testigos.*

APÉNDICE 3. CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO ORIGINAL  
POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL INPRF.



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
Comité de Ética en Investigación

5 de diciembre de 2007.

Dra. Guillermina Natera  
Investigador Principal  
Presente

Estimada Dra. Natera,

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado: "Evaluación de Programas de Prevención en el Campo de las Adicciones" ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente

Dra. Lucía Martínez Mota.  
Vocal del Comité de Ética  
en Investigación.

C.c.p.: Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Secretario Técnico del Comité de la Investigación Científica.