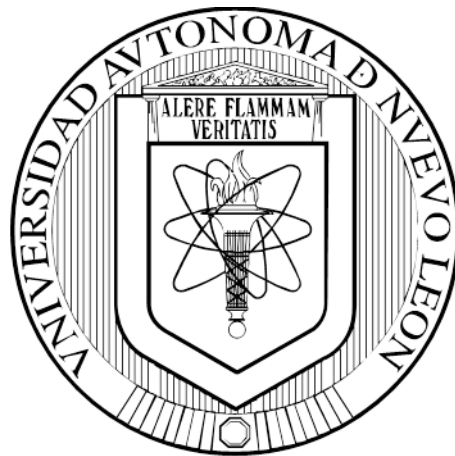


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE INCERTIDUMBRE Y AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR DE FAMILIARES DE DEPENDIENTES DEL ALCOHOL QUE ASISTEN A GRUPOS AL-ANON

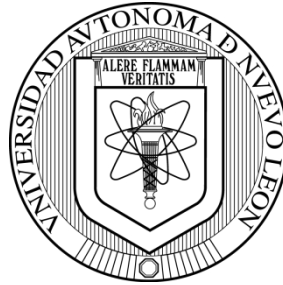
POR

MCE. LAURA HINOJOSA GARCÍA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE INCERTIDUMBRE Y AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL
BIENESTAR DE FAMILIARES DE DEPENDIENTES DEL ALCOHOL QUE
ASISTEN A GRUPOS AL-ANON

Por

MCE. LAURA HINOJOSA GARCÍA

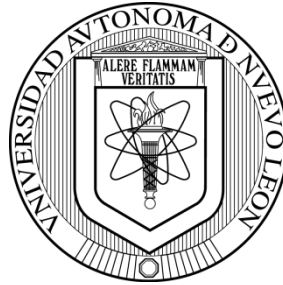
Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE INCERTIDUMBRE Y AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL
BIENESTAR DE FAMILIARES DE DEPENDIENTES DEL ALCOHOL QUE
ASISTEN A GRUPOS AL-ANON

Por

MCE. LAURA HINOJOSA GARCÍA

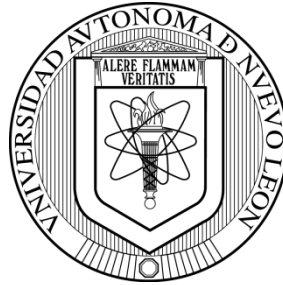
Asesor Externo

DRA. MARGARITA ANTONIA VILLAR LUIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE INCERTIDUMBRE Y AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL
BIENESTAR DE FAMILIARES DE DEPENDIENTES DEL ALCOHOL QUE
ASISTEN A GRUPOS AL-ANON

Por

MCE. LAURA HINOJOSA GARCÍA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

MODELO DE INCERTIDUMBRE Y AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL
BIENESTAR DE FAMILIARES DE DEPENDIENTES DEL ALCOHOL QUE
ASISTEN A GRUPOS AL-ANON

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Secretario

Dra. Karla Selene López García
1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
2do. Vocal

Dr. Javier Álvarez Bermúdez
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	
Marco Teórico	11
Substracción de la teoría	16
Re conceptualización de las Variables	27
Estudios relacionados	36
Definición de términos	52
Objetivo general y específicos	56
Hipótesis	57
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del Estudio	58
Población Muestreo y Muestra	58
Instrumentos de Medición	59
Procedimiento de Recolección de Datos	67
Consideraciones Éticas	69
Análisis de Datos	71
Capítulo III	
Resultados	
Confiabilidad de los Instrumentos	74
Estadística Descriptiva	75
Estadística Inferencial	101
Resultados componente cualitativo	121

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	141
Conclusiones	156
Recomendaciones	158
Limitaciones	158
Referencias	159
Apéndices	
A. Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol	177
B. Escala de Percepción de Incertidumbre en padres y miembros de familia	179
C. Escala de Tensión Percibida	182
D. Encuesta de Resultados de Apoyo Social	183
E. Escala de Perspectiva Espiritual	184
F. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	186
G. Escala Bienestar Social de Keyes	188
H. Escala de Codependencia de Spann y Fischer	190
I. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol	192
J. Guía de Preguntas Semi-estructuradas para entrevista individual	193
K. Consentimiento informado para datos cuantitativos	194
L. Consentimiento informado para datos cualitativos	197

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	75
2. Características sociodemográficas	76
3. Datos descriptivos de la Escala Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de Familia	77
4. Escala Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de Familia	79
5. Datos descriptivos de la Escala de Tensión Percibida	81
6. Escala de Tensión Percibida	81
7. Datos descriptivos del número de familiares y amigos cercanos Escala MOS-SSS	82
8. Datos descriptivos de la Escala de Apoyo Social MOS-SSS	83
9. Escala de Apoyo Social MOS-SSS	84
10. Datos descriptivos de la Escala de Perspectiva Espiritual	86
11. Escala de Perspectiva Espiritual	87
12. Datos descriptivos de la Escala Bienestar Psicológico	89
13. Escala Bienestar Psicológico	90
14. Datos descriptivos de la Escala de Bienestar Social	93
15. Escala de Bienestar Social	94
16. Datos descriptivos de la Escala de Codependencia	96
17. Escala de Codependencia	97
18. Datos descriptivos del dominio sensato del AUDIT	99
19. Datos descriptivos del dominio dependiente del AUDIT	100
20. Datos descriptivos del dominio dañino del AUDIT	101
21. Prueba de normalidad para las variables continuas e índices de los instrumentos	102

Lista de Tablas

Tabla	Página
22. Prevalencias de consumo de alcohol	103
23. Correlación de Spearman para las variables incertidumbre, estrés percibido, apoyo social, espiritualidad, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar físico (consumo sensato AUDIT)	104
24. Correlación de Spearman para las variables apoyo social, espiritualidad, AUDIT dependiente, dañino y codependencia	105
25. Correlación de Spearman para las variables sociodemográficas, incertidumbre y estrés percibido	106
26. Correlación de Spearman para las variables sociodemográficas, apoyo social y espiritualidad	107
27. Matriz de Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables continuas del estudio	109
28. Efecto de la variable incertidumbre sobre el estrés percibido	110
29. Efecto de la variable apoyo social sobre estrés percibido	110
30. Efecto de la variable espiritualidad sobre estrés percibido	111
31. Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT)	112
32. Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar psicológico	112
33. Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar social	113
34. Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el no bienestar físico (consumo dependiente y/o dañino AUDIT)	114
35. Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre la codependencia	115

Lista de Tablas

Tabla	Página
36. Modelo Lineal General Multivariante para incertidumbre, estrés percibido, apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT) codependencia, bienestar psicológico y social	116
37. Modelo Lineal General Multivariante para estrés percibido, apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT), codependencia, bienestar psicológico y social	117
38. Modelo Lineal General Multivariante para estrés percibido y apoyo social sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT), codependencia, bienestar psicológico y bienestar social	119
39. Tema I Significado del alcoholismo o dependencia al alcohol en la familia	124
40. Tema II Proceso de vivencias que conducen a la mujer a Al-Anon	130
41. Tema III Reconocer que se necesita ayuda respecto al significado de convivir con una persona dependiente del alcohol	136

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría Madre. Teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad M. Mishel (1990)	14
2. Primera proposición del estudio	21
3. Segunda proposición del estudio	22
4. Tercera proposición del estudio	23
5. Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de personas dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon	24
6. Estructura Teórica-Conceptual-Empírica	27
7. Comprobación del componente cuantitativo del Modelo de Incertidumbre y Afrontamiento para explicar el Bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon	120
8. Comprobación de componentes cuantitativo y cualitativo del Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon	140

Agradecimientos

Al Programa para el Desarrollo profesional Docente, para el Tipo Superior (PRODEP) por el apoyo brindado para la realización del Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al Dr. Gustavo Gutiérrez Sánchez, Director de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT por el apoyo y las facilidades otorgadas.

A mi directora de Tesis Dra. María Magdalena Alonso Castillo por su profesionalismo al dedicarme su valioso tiempo, paciencia, experiencia y la transmisión de su conocimiento.

A la Dra. Margarita Antonia Villar Luis, por sus aportaciones durante la estancia de investigación en la escuela de enfermería de Ribeirão Preto USP, Brasil.

A los miembros de mi jurado, Dra. Nora Angélica Armendáriz García, Dra. Karla Selene López García, Marco Vinicio Gómez Meza PhD y Dr. Javier Álvarez Bermúdez por su asesoría y aportación al presente trabajo.

Al personal administrativo de la FAEN por su gentileza, la orientación y el apoyo brindado en los trámites realizados durante el transcurso del doctorado.

A los catedráticos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León que de una u otra manera tuvieron participación en nuestra formación, gracias por compartir su experiencia y conocimientos.

A todos mis compañeros del grupo con quienes compartí momentos gratos y con los cuales tuve la oportunidad de crecer profesionalmente.

A las participantes del grupo de ayuda mutua Al-Anon.

Dedicatoria

A Dios por ser mi luz, mi guía, mi fortaleza, mi salvación y quien siempre me acompaña.

A mis familiares quienes me motivaron durante el trayecto del doctorado.

A mi esposo Raymundo y a mi hija Laura Iveth por todo su apoyo y comprensión en los momentos que no los atendí o acompañé por tener tareas que hacer o compromisos que cumplir.

Resumen

Laura Hinojosa García
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2017

Título del Estudio: MODELO DE INCERTIDUMBRE Y AFRONTAMIENTO PARA EXPLICAR EL BIENESTAR DE FAMILIARES DE DEPENDIENTES DEL ALCOHOL QUE ASISTEN A GRUPOS AL-ANON

Número de Páginas: 199

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito del presente estudio fue proponer un modelo basado en teoría denominado Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon, a partir de la Teoría de Incertidumbre ante la enfermedad de Mishel, de la que se derivaron tres proposiciones teóricas (1990). El diseño del estudio fue mixto con abordaje cuantitativo y cualitativo, la población estuvo conformada por familiares de personas dependientes del alcohol, que acuden a los Grupos Al-Anon de los municipios de Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo y Victoria Tamaulipas. El muestreo fue de tipo censal (grupo Al-Anon), para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 6 a 8 variables con un nivel de significancia de .05, con una potencia de .90 y un efecto de diseño de .12, obteniéndose un total de la muestra de 135 sujetos. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA), ocho instrumentos y una guía de preguntas semiestructuradas para entrevistas individuales (componente cualitativo). La Escala de Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de la Familia (PPUS-FM) reportó un Alpha de Cronbach de .90, la Escala de Tensión Percibida (PSS) obtuvo una confiabilidad de .88, el Alpha de Cronbach para el Cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) de Sherbourne y Stewart (1991) fue de .95, para la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) fue de .87, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff obtuvo una confiabilidad de .95, para la Escala de Bienestar Social de Keyes fue de .92, la Escala de Codependencia (ECD) de Spann & Fischer (1991), reportó un Alpha de Cronbach de .92 y para el Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) Babor (1989) validado en población mexicana por De la Fuente y Kershenobich fue de .77. Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas se aplicó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, no encontrándose distribución normal en los datos ($p < .05$), por ello se utilizaron pruebas no paramétricas.

Contribuciones y Conclusiones: el estudio permitió verificar empíricamente las tres proposiciones derivadas del Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon. De la primera proposición se documentó correlación positiva y significativa de la incertidumbre con el estrés percibido ($r_s = .616, p < .01$), y efecto positivo y significativo ($\beta = .579, F = 67.04, p < .001$) de la incertidumbre sobre el estrés percibido. Para la segunda proposición se documentó que el estrés percibido mostró relación negativa y significativa con el apoyo social ($r_s = -.616, p < .01$), y la espiritualidad ($r_s = -.395, p < .01$). Además, el apoyo social ($\beta = .597, p < .001$), y la espiritualidad ($\beta = .396, p < .001$) mostraron un efecto negativo y significativo sobre el estrés percibido. Respecto la tercera proposición se documentó relación positiva y significativa ($r_s = .653, p < .01$), y efecto positivo y significativo ($\beta = .645, p < .001$) del apoyo social con el bienestar psicológico, así como relación positiva y significativa ($r_s = .546, p < .01$), y efecto positivo ($\beta = .185, p < .001$) con el bienestar social. La espiritualidad mostró relación negativa y significativa con el bienestar físico ($r_s = -.267, p < .05$). No obstante, no fue predictor del bienestar físico ($p > .05$), sin embargo la espiritualidad mostró correlación positiva y significativa ($r_s = .506, p < .01$) y efecto positivo y significativo ($\beta = .185, p < .005$) con el bienestar psicológico, mientras que con el bienestar social reportó correlación positiva y significativa ($r_s = .323, p < .01$), pero el efecto no fue significativo ($p > .05$). Adicionalmente se observó la relación y efecto de las variables incluidas en el modelo con el no bienestar representado por el consumo dependiente y dañino de alcohol y codependencia; el apoyo social no mostró relación significativa con el consumo dependiente ni dañino de alcohol ($p > .05$), pero con la codependencia se observó relación ($r_s = -.561, p < .01$) y efecto negativo y significativo ($\beta = -.468, p < .001$). La variable espiritualidad no reportó significancia con el consumo dependiente ni dañino ($p > .05$), sin embargo, con la codependencia se correlacionó negativa y significativa ($r_s = -.414, p < .01$), y mostró efecto negativo y significativo ($\beta = -.198, p = .015$). Para complementar el modelo propuesto se responde al objetivo siete con el análisis cualitativo, donde se identificaron tres temas principales con sus respectivas categorías, tema I). Significado del alcoholismo o dependencia al alcohol en la familia, del cual se identifican tres categorías 1) vivir en una familia alcohólica, 2) reconociendo la enfermedad, y 3) hijos con dependencia al alcohol. El segundo tema que emergió fue II). Proceso que siguen los familiares que los conduce a Al-Anon, del cual se identifican cinco categorías 1) sentimientos o emociones, 2) actitudes, 3) pérdidas o consecuencias, 4) codependencia y 5) expectativas de recuperación. Un tercer tema fue III). Proceso de apoyo y recuperación familiar en el grupo de ayuda mutua Al-Anon y las categorías que emergieron fueron: 1) reconocer que necesita ayuda, 2) ayuda recibida en Al-Anon y 3) recomendar Al-Anon a otros familiares. Se recomienda continuar realizando investigación sustentada en teorías de enfermería, que permita aportar evidencia científica que enriquezca el cuerpo de conocimientos de la disciplina. Continuar llevando a cabo estudios con diseños mixtos, ya que a través del uso de ambas perspectivas (cuantitativa y cualitativa) se logra una mejor comprensión del fenómeno de estudio y la triangulación metodológica, permite aumentar la fiabilidad y la explicación de los resultados.

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

El consumo excesivo de alcohol a nivel mundial, es un problema de salud pública con grandes repercusiones en la familia y en la sociedad en general. Entre los diversos efectos causados por el abuso de alcohol se encuentran trastornos como la cirrosis hepática, pancreatitis, neoplasias, trastornos mentales, traumatismos, sexo inseguro, accidentes, violencia y suicidios. El 5.9% del total de las defunciones ocurridas a nivel mundial en el año se atribuyen al consumo de alcohol, lo cual equivale a 3.3 millones de defunciones y corresponde a una de cada veinte muertes ocurridas en el mundo. Además de altos costos económicos y sociales derivados de los gastos en salud y otros problemas relacionados con su uso indebido, como conflictos y sufrimiento familiar (Anderson, Gual, & Colon, 2008; Dias da Silva & Padilha, 2013; Lema, Varela, Duarte, & Bonilla, 2011; Organización Mundial de Salud [OMS], 2014).

La dependencia al alcohol es uno de los problemas más frecuentes y costosos con afectación a nivel mundial. En particular en los Estados Unidos de Norteamérica, entre el 4 a 5% de la población general se considera afectada. La OMS en 1964 definió el término de síndrome de dependencia alcohólica a un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos, en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él (OMS, 1994). Una característica central que se presenta en la dependencia al alcohol es el deseo poderoso y difícil de controlar el consumo de alcohol; el volver a beber después de un periodo de abstinencia a menudo se asocia con una rápida reaparición o recaída del síndrome (Babor, De la Fuente, Saunders, & Grant, 1989).

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 2011 reportó un incremento significativo en el porcentaje de dependencia al alcohol en el

lapso del 2002 a 2011 para ambos sexos, en el caso de los hombres aumentó de 8.3% a 10.8% y en las mujeres se triplicó 0.6% a 1.8%. En tanto en la población total, el incremento en el porcentaje de dependencia al alcohol fue de 4.1% a 6.2% durante el mismo período (Medina-Mora, et al., Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud, 2012).

Anderson, Gual y Colon (2008) indican que la conducta de consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia a la sustancia, coexisten a lo largo de un continuum. Los tipos de consumo no son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia adelante y hacia atrás dentro de este continuum de consumo de alcohol durante sus vidas. Según la OMS (2014) este continuum oscila desde la conducta de abstinencia hasta la dependencia al alcohol, pasando por el consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo y consumo perjudicial e incluso pueden dejar de ser dependientes al alcohol, abandonar la conducta o estar en sobriedad y volver a consumir la sustancia (recaída) de forma excesiva y dependiente.

Adicionalmente se puede indicar que existe una gama amplia de efectos o consecuencias sanitarias y sociales por la dependencia a la sustancia, que perjudican la vida y el futuro de la persona consumidora, a quienes los rodean (familia y amigos) y a la sociedad en general. El impacto de este fenómeno en las familias, puede causar más daño y dolor que cualquier otra influencia interna o externa de la unidad familiar, debido a que somete a todos los miembros a la tensión y a los temores de diversos tipos como el abuso verbal o emocional, llegando incluso al abuso físico. Además de devastar y producir un gran sufrimiento e indefensión a su familia y romper el tejido social en los colectivos (Alonso, Álvarez, López, Guzmán, & Martínez, 2008; Anderson, Gual, & Colon, 2008; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2013; Rosovsky, 2009).

A menudo se ha referido al alcoholismo (dependencia al alcohol) como una enfermedad de la familia, y ha sido considerado como el principal generador de

problemas y conflictos dentro del entorno familiar. Sin embargo, no todas las familias alcohólicas (con algún miembro dependiente), ni todos los miembros de la misma familia se ven afectados de la misma manera. Por lo general este impacto de abuso o dependencia se manifiesta de manera diferente con cada miembro de la familia, pudiendo incluso tener implicaciones a largo plazo (Ackerman, 2000; Dias da Silva & Padilha, 2013; Mackrill, Elklit, & Lindgaard, 2012; Tobo & Zago, 2005; Vázquez, Lucio, & Carrillo, 2013).

El padecer una enfermedad crónica como la dependencia al alcohol no ocurre en el vacío, ya que su alcance tiene impacto en todo el núcleo familiar. El sufrimiento que experimenta el familiar principal (esposa, madre, hermana, hija) del dependiente del alcohol puede ser identificado y percibido por él mismo, no obstante, es posible que inicialmente niegue u oculte la existencia del problema por desconocer la forma de afrontar los sentimientos de miedo, culpa, vergüenza, resentimiento y desprecio que la conducta del familiar dependiente genera en ellos a causa de su forma de consumo. En la relación familiar con la persona dependiente se presenta un continuo de sentimientos afectivos que pueden transitar de positivos a negativos, que se traduce en estrés, sufrimiento moral y emocional, e incluso en la destrucción de las relaciones y la comunicación al interior del núcleo familiar (Ackerman, 2000; Armas, 2013; Lima-Rodríguez, Guerra, Domínguez, & Lima, 2015; Tobo & Zago, 2005).

De igual forma se ha observado que los familiares o cuidadores principales de la persona dependiente del alcohol, en un intento por estabilizar el sistema familiar minimizan el problema, se aíslan socialmente y asumen los roles del familiar con la dependencia del alcohol buscando que sus vidas sean menos dolorosas. En estas familias la enfermedad (dependencia al alcohol de su familiar) simboliza lo desconocido, lo ambiguo, lo peligroso, el sufrimiento, la culpa, el caos, la ansiedad y el estrés (Ackerman, 2000; Black, 1991).

Otro tipo de respuesta que puede estar presente en los familiares de personas con enfermedades crónicas es la incertidumbre (Martínez, Morales, & Piza, 2010; Kazer, 2013). Mishel (1990) define a la incertidumbre como un estado cognitivo caracterizado por la inhabilidad de la persona para estructurar o determinar el significado de los hechos o acontecimientos relacionados a una enfermedad. Lo anterior permite que el individuo no pueda dar valores definidos a los hechos, y por lo tanto no puede predecir con alguna precisión los resultados, todo esto motivado por la falta de información y conocimiento. Por lo tanto, la incertidumbre que genera la dependencia al alcohol de un miembro de la familia es fundamentalmente una experiencia humana subjetiva derivada de la falta de información, imprevisibilidad, inseguridad y la duda acerca de los eventos y circunstancias que rodean a la enfermedad de su familiar.

La incertidumbre puede ser valorada a través de la inferencia de un peligro, lo que pudiera implicar un daño. Una valoración de peligro se construye a partir de las disposiciones de la personalidad (destrezas y comportamientos), de las creencias generales acerca de uno mismo y de la relación que tiene la persona con el ambiente. Las estrategias de afrontamiento son empleadas para reducir la incertidumbre, si las estrategias son efectivas ocurre la adaptación. Sin embargo para que sean efectivos estos recursos, los eventos deben estar representados objetivamente y corresponder a experiencias pasadas, ya que de no manejar en forma objetiva y efectiva estos eventos o circunstancias de la vida (perdida del trabajo, cambios de conducta, problemas económicos, violencia y dificultades de la pareja), derivados de la dependencia al alcohol de su familiar, pueden ser valorados como peligrosos y detonar respuestas o trastornos emocionales (estrés percibido) (Mishel, 1990; Nureña, 2011).

El modelo transaccional de estrés planteado por Lazarus y Folkman (1986) define al estrés como una transacción entre la persona y el ambiente, o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace. Es decir, el estrés es la situación que resulta cuando las interacciones entre una persona y

su ambiente la conducen a percibir una discrepancia (real o no) entre las demandas de su entorno y sus recursos psicológicos, biológicos y sociales para afrontarlo.

El estrés percibido se refleja en el grado de reacción o respuesta por parte del familiar principal ante los eventos o las situaciones de la vida (problemas de salud, pérdida del trabajo, cambios de conducta de su familiar, problemas económicos, violencia verbal y física, entre otros) relacionados con la conducta de consumo por parte de su familiar. Estos eventos o situaciones se perciben como impredecibles e incontrolables, y por lo tanto se valoran como estresantes y capaces de causar alteraciones en el bienestar físico, psicológico y social (Mechanic, 1976; Remor, 2006).

La exposición al estrés es psicológicamente angustiante y cuando no se cuenta con los recursos o estrategias emocionales para afrontarlo, puede desencadenar el consumo y abuso del alcohol (Armendáriz et al., 2012; Barnes, 2013; Keyes, Hatzenbuehler & Hasin, 2011; Kim et al., 2014). Adicionalmente se puede indicar que el tipo de evento estresante, el tiempo de duración, su frecuencia, durante el curso de la vida en que se presente y la severidad de la tensión experimentada determinará el tipo de consumo, los trastornos derivados del abuso de alcohol y en muchos de los casos la codependencia (Keyes et al., 2013; Fuller & Warner, 2000).

La codependencia ha sido definida como un síndrome que abarca una serie de comportamientos y rasgos de personalidad, representado por inadecuado manejo de los sentimientos, baja autoestima, depresión, obsesión, estrés, negación y control, en el cual el individuo suele olvidarse de sí mismo para centrarse en los problemas del otro (su pareja, un familiar, un amigo). De igual modo, como una “condición psico-social que se manifiesta a través de un patrón disfuncional de interacción con los otros y que se caracteriza por extrema focalización en el otro, escasa expresión de los sentimientos propios e intentos por buscar una definición personal a través de otros” (Fischer & Spann, 1991).

Diversos estudios evidencian rasgos de codependencia en familiares de dependientes al alcohol. Manifestada por conductas observables como ignorar sus propias necesidades y deseos, para satisfacer las necesidades y los deseos de otros, estar a la disposición de sus familiares, negar o justificar la adicción de su familiar, ayudar a la persona dependiente a conseguir el alcohol e incluso consumir con él, proteger la imagen del dependiente, asumir las responsabilidades del dependiente, además de minimizar o actuar como si el problema no existiera. La persona codependiente pierde el control de su propia vida y de sus límites, invirtiendo toda su energía en su familiar con la dependencia al alcohol (Biscarra & Fernández, 2010; Gandolfo, 2011; Laizane, 2012; Martins & Menéndez, 2011; Moral & Sirvent, 2007; Noriega, Ramos, Medina-Mora & Villa, 2008; Vargas-Mendoza & Hernández, 2012).

De igual modo Castañón y Luis (2008) identifican una importante relación de adicción/codependencia/género; señalando a la mujer (esposa, madre, hija, hermana) como el grupo con mayor vulnerabilidad para desarrollar codependencia, secundario a su rol de cuidadora principal de la persona dependiente y a los comportamientos socialmente aprendidos sobre la base de una división de género.

Sin embargo, existe evidencia de que también están presentes algunos mecanismos de afrontamiento que permiten a las personas dar respuesta a sus conflictos, eventos, incertidumbres y estrés percibido que les genera la enfermedad de sus familiares; uno de ellos es la espiritualidad (Gómez & Durán, 2012; Iranmanesh, Tirgari, & Forouzi, 2014; Larenjeira, 2011). Los individuos con enfermedades crónicas como el alcoholismo (dependencia al alcohol) que se encuentran en tratamiento en grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), utilizan recursos espirituales diversos como el pertenecer a una organización religiosa, la oración, la lectura espiritual y la meditación. La espiritualidad representa una estrategia de afrontamiento para el paciente y su familia, que les permite asignar un significado a su proceso de enfermedad, a través de la búsqueda de un Ser Supremo más allá de los límites observables que le ayude a la

reflexión, del apego a la fe, que coadyuven en minimizar su sufrimiento y tener esperanza durante el tratamiento y sus resultados (AA, 2014; Galvis-López & Pérez-Giraldo, 2011; Guerrero et al., 2011; Gutiérrez, 2014).

Algunos investigadores señalan que, dentro de la investigación sobre el alcoholismo o dependencia al alcohol, se atribuye gran relevancia a la variable de la espiritualidad y coinciden en señalar que esta es uno de los factores que protege a los individuos de la adicción, favorece el proceso de tratamiento y actúa como mediador de largos periodos de abstinencia (Díaz & Muñoz, 2013; Gutiérrez, Andrade, Jiménez, & Juárez, 2007; Martínez, 2013; Sauer-Zavala, Burris, & Carlson, 2014).

Por otra parte, el apoyo social también se ha identificado como un recurso que favorece el afrontamiento en los familiares de personas con enfermedades crónicas como la dependencia al alcohol, a través de brindar información, dar apoyo y esperanza a los familiares del enfermo y el paciente mismo. Las redes de apoyo social son de gran importancia, ya que por medio de estas se facilita el acceso a otro tipo de fuentes de información tales como publicaciones, materiales impresos y visuales, además de que se comparten experiencias comunes y se apoyan mutuamente, amortiguando con esto los efectos desencadenados de esta problemática. De igual forma, el apoyo social es considerado un factor protector de las recaídas del consumo de drogas y alcohol en pacientes que han alcanzado la abstinencia (Achury & Achury, 2011; Garmendia et al., 2008; Nureña, 2011; Timko, Young, & Moos, 2012).

El apoyo social es considerado un recurso de particular valor en la experiencia del cuidado, que reduce los efectos negativos de la crisis y puede promover la adaptación física, psicológica y social del sujeto y potencializar el bienestar. Por consiguiente, la alta percepción de apoyo social favorece la adaptación de la persona ante los acontecimientos vitales potencialmente estresantes como sería el padecer una enfermedad crónica; en este sentido, diversas investigaciones coinciden en referir que el apoyo social percibido se relaciona con un afrontamiento eficaz y una efectiva

adaptación a la enfermedad (Amaya 2013; Gondim & Carvalho, 2012; Nájera et al., 2010; Suzuki, 2012; Kang, 2011; Kang, Daly, & Kim, 2004).

Los grupos de ayuda mutua son uno de los recursos de apoyo social que representan un recurso adicional a los sistemas tradicionales de apoyo informal, como la familia y la comunidad local. Estos grupos de ayuda mutua atienden de cierta forma la carencia de servicios de atención a la salud o de orientación a familiares de personas con dependencia al alcohol y representan uno de los recursos más efectivos de ayuda (Timko, Young & Moos, 2012).

El grupo de ayuda mutua Al-Anon apoya a los familiares principales del dependiente del alcohol retomando los doce pasos de AA. El programa ofrece al familiar alternativas de solución a la problemática social y de salud derivada de su convivencia con una persona dependiente del alcohol, en estos grupos se eliminan antiguas creencias, temores y culpas. El pedir ayuda es el primer paso en los familiares para afrontar la problemática experimentada; no obstante aceptar recibir ayuda es un desafío, por ello muchos familiares de personas dependientes al alcohol se mantienen en secreto, muestran miedo y vergüenza y no buscan ayuda (Peled & Sacks, 2008). Admitir que necesita ayuda puede ser el mayor desafío al que se tiene que enfrentar el familiar del dependiente del alcohol, pero también puede ser el inicio del proceso de alcanzar el bienestar físico, psicológico y social, independientemente de que su familiar abandone o no el consumo (Al-Anon, 2014).

En el programa de Al-Anon, el alcoholismo es considerado una adicción capaz de generar estrés y desestabilizar todo el sistema familiar. Por lo que es probable que los miembros de la familia al estar expuestos o conviviendo con una persona dependiente al alcohol desarrollen problemas físicos y psicológicos como la dependencia al alcohol o incluso a otras sustancias o codependencia. El programa recomienda a los miembros de la familia que tomen cierta distancia emocional de la persona o familiar con dependencia al alcohol, para que puedan centrarse en ellos mismos y estén abiertos a recibir ayuda

para resolver su propio estrés emocional y aumentar las habilidades requeridas para afrontar la incertidumbre, el estrés y problemas inherentes derivados de vivir con su familiar que abusa del alcohol (Al-Anon, 2014; Timko, Young & Moos, 2012).

La literatura revisada permitió identificar que la espiritualidad, así como el apoyo social actúan favorablemente como mecanismos de afrontamiento que coadyuvan a la adaptación. La espiritualidad se relaciona positiva y significativamente con el bienestar psicológico; mientras mayor es el nivel de espiritualidad, mayor es el nivel de bienestar psicológico (Morales, 2014; Ureña, Barrantes, & Solís, 2014). De igual forma el apoyo social ha sido identificado como un importante recurso para el afrontamiento ante el estrés percibido y un favorecedor del bienestar psicológico y social (Amaya, 2013; Barra, 2012; Vivaldi & Barra, 2012).

El resultado que se obtiene de la adaptación, es el bienestar del familiar principal del dependiente del alcohol. El bienestar puede ser visto en tres dimensiones; bienestar físico (consumo sensato de alcohol), psicológico y social los cuales son considerados indicadores de salud.

Sin embargo, también es posible que el familiar de la persona dependiente del alcohol no logre la adaptación, aun cuando utilice mecanismos de afrontamiento y participe del programa de Al-Anon y evolucione a la no adaptación. Es decir, al no bienestar físico. El no bienestar se representó como la presencia de síntomas derivados del consumo y la cantidad de bebidas ingeridas de alcohol clasificándose como consumo dependiente y dañino, además de la codependencia.

De acuerdo a la literatura revisada, la problemática que enfrentan los familiares de la persona con dependencia al alcohol ha sido estudiada desde la perspectiva de la psicología, centrándose en el estrés percibido, desde la antropología y sociología se ha abordado a partir de la cultura de las familias y grupos con problemas de alcoholismo; no obstante, se identifica un vacío de conocimiento ya que hasta el momento no se han localizado estudios bajo la perspectiva holística de enfermería que aborde la

incertidumbre que experimenta el familiar principal ante la enfermedad crónica (dependencia del alcohol) que sufre su familiar, así como las formas de afrontarlo.

La investigación sobre las formas de afrontar la incertidumbre del familiar principal, derivada de la enfermedad crónica de su familiar (dependencia del alcohol), permite comprender el fenómeno de la incertidumbre desde la perspectiva de enfermería. En este sentido, la meta de la disciplina es generar evidencia científica sobre este fenómeno, que permita a futuro el diseño de estrategias de cuidado encaminadas al logro del bienestar físico, psicológico y social del ser humano (familiar principal) cuando experimenta la incertidumbre ante la enfermedad crónica (dependencia del alcohol) de su familiar.

En base a lo anteriormente descrito, se realizó un estudio con un diseño mixto (cuanti-cualitativo). Para la fase cuantitativa se utilizó un diseño de comprobación de modelo para determinar la capacidad explicativa del modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.

En la fase cualitativa se profundizó en la comprensión de los significados de la incertidumbre que experimenta el familiar principal de la persona dependiente, emergiendo los mecanismos de afrontamiento que utiliza y como ha sido el proceso de vivir con una persona con dependencia del alcohol. En este componente el marco interpretativo fue el Interaccionismo Simbólico (IS), se utilizó el método de la teoría fundamentada (interpretación continua y comparación de contrastes) y su fuente de recolección de datos fue a través de entrevista individual semiestructurada.

El poder utilizar dos aproximaciones metodológicas, integradas a través de una triangulación teórica empírica, permitió al final unir ambas aproximaciones para una comprensión más amplia del fenómeno de estudio. El conocimiento generado en este estudio, aporta a las proposiciones planteadas por Mishel en su teoría de incertidumbre; en un futuro puede ser una base para plantear intervenciones de enfermería asertivas y

específicas dirigidas a disminuir la incertidumbre, fortalecer el apoyo social y lograr el bienestar físico, psicológico y social en familiares principales de personas dependientes del alcohol.

De lo anteriormente descrito surge el siguiente propósito de investigación:

Determinar la capacidad explicativa del Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon

Marco Teórico

El marco teórico que sustenta el presente estudio se construye a partir de la Teoría de Rango Medio (TRM) incertidumbre ante la enfermedad de Merle Mishel (1990) y del interaccionismo simbólico de Blumer (1969).

La TRM incertidumbre ante la enfermedad ha sido ampliamente utilizada por profesionales de enfermería para el estudio de la incertidumbre en pacientes con enfermedades crónicas como virus de inmunodeficiencia humana (Nureña, 2011), cardiopatías (Achury & Achury, 2011), cáncer de mama (Zhang, Kwekkeboom, & Petrini, 2015) diabetes mellitus (Gómez & Durán, 2012) y en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (Brevis & Silva, 2011). De igual forma se ha utilizado en cuidadores de niños enfermos (Pirilla et al., 2012), padres de niños con enfermedades graves y cáncer (Judge, 2012; Madeo, O'Brien, Bernhardt, & Biesecker, 2012; Nájera et al., 2010) y también ha sido utilizada para medir la calidad de vida en pacientes con incertidumbre (Torres & Sanhueza, 2010); sin embargo hasta el momento no se han localizado estudios en la temática de las adicciones a las drogas, que aborden la incertidumbre de familiares principales que conviven con un integrante con una enfermedad crónica como la dependencia al alcohol.

Teoría de la Incertidumbre ante la Enfermedad.

La TRM incertidumbre ante la enfermedad tiene como objetivo lograr que el individuo con una enfermedad crónica, o sus familiares acepten la incertidumbre como

parte de su vida y como una oportunidad de afrontar la enfermedad con una nueva visión de vida. Esta es una teoría empírica explicativa de enfermería, y fue construida para ayudar a explicar los factores estresantes ante una enfermedad crónica o con potencial de recurrencia; o bien una condición de gravedad (Mishel, 1988).

Mishel (1990) define a la incertidumbre como un estado cognitivo caracterizado por la inhabilidad de la persona para estructurar o determinar el significado de los hechos o acontecimientos relacionados a una enfermedad. Esto hace que el individuo no pueda dar valores definidos a los hechos, y por lo tanto no pueda predecir con precisión los resultados, todo esto motivado por la falta de información y conocimiento.

Esta TRM evalúa cuales son las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad ya sea propia o la de un ser querido. La incertidumbre tiene cuatro dimensiones: 1) ambigüedad, la cual se relaciona con el estado de enfermedad; 2) la complejidad con relación al tratamiento y sistema de cuidado; 3) la falta de información acerca del diagnóstico y seriedad de la enfermedad; 4) la falta de predicción sobre el curso de la enfermedad y el pronóstico. El marco estructural de la teoría se compone de tres elementos principales: antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración y el afrontamiento de la enfermedad.

La fase de antecedentes de la incertidumbre (marco de estímulos) incluye los conceptos de: tipología de los síntomas, el cual hace referencia al grado en el cual los síntomas se presentan con suficiente consistencia para percibir que tienen un patrón o configuración repetitiva. La familiaridad de los hechos es el grado en el cual la situación es habitual, receptiva o contiene claves que se reconocen como familiares que permiten asociarlos con eventos de la memoria y su significado pueda ser determinado. El otro componente es la coherencia de los hechos el cual se refiere a la consistencia entre los eventos relacionados con la enfermedad, e implica confiabilidad y estabilidad de los eventos, facilitando así su interpretación y comprensión.

Éstos a su vez están influenciados por dos variables: una de ellas es la capacidad cognitiva, la cual es definida como la interpretación subjetiva de la persona acerca de los eventos relacionados con la enfermedad; y la segunda, los proveedores de la estructura (médico, el profesional de enfermería, trabajadora social) quienes son los recursos disponibles para ayudar a la persona en la interpretación del marco de estímulos, éstos reducen el estado de incertidumbre, tanto directa como indirectamente. La reducción de la incertidumbre ocurre indirectamente cuando los proveedores de la estructura ayudan a la persona a determinar el patrón de los síntomas, la familiaridad con los eventos y la coherencia de experiencias. Los proveedores de estructura son autoridades confiables por su nivel educativo y apoyo social.

La fase de valoración es el proceso en el cual se le da un determinado valor al evento de incertidumbre o situación. Consta de dos procesos a) la inferencia y b) la ilusión, la primera se construye a partir de las disposiciones de la personalidad y de las creencias generales acerca de sí mismo y de la relación que tiene la persona con el ambiente. La segunda es una creencia que nace de la incertidumbre y considera los aspectos positivos de una situación.

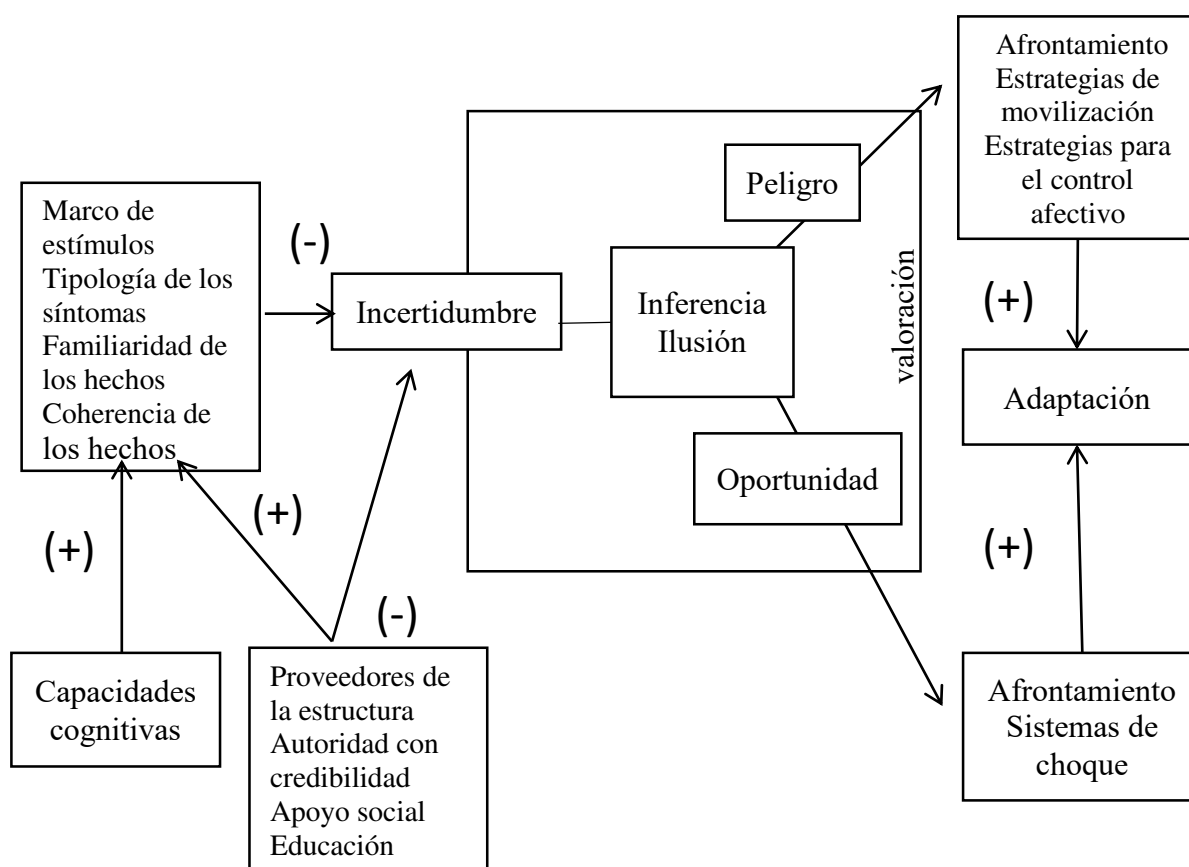
Basado en el proceso de valoración, la incertidumbre puede ser valorada como un peligro o bien como una oportunidad. Cuando la incertidumbre es valorada como un peligro, puede relacionarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro y asociarse con altos niveles de ansiedad y estrés percibido.

El afrontamiento constituye la tercera fase del modelo, se dirige a reducir la incertidumbre si esto es posible y a lograr la adaptación, mediante el manejo de las emociones generadas por esta evaluación de peligro (estrés percibido). Una de las estrategias de afrontamiento es la movilización dentro de la cual se encuentra la búsqueda de información. Una segunda estrategia para reducir la incertidumbre es el estar en contacto con otras personas que se han enfrentado a la misma situación; por ejemplo, los grupos de apoyo o asociaciones de enfermos y familiares. Otro mecanismo

de afrontamiento es el manejo del afecto y dentro de sus componentes se encuentra la fe o espiritualidad (figura 1).

Mishel reconoce la adaptación en términos del comportamiento psicosocial resultante de una persona con una nueva perspectiva de la vida, tras un proceso de afrontamiento efectivo de la incertidumbre. Para este estudio se utilizaron únicamente la fase de la valoración y afrontamiento de la teoría, y los conceptos que se emplearon fueron el de incertidumbre, inferencia/peligro, afrontamiento y adaptación.

Figura 1. Teoría Madre. Teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad (Mishel, 1990).



Fuente: Teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad Mishel (1990)

Interaccionismo Simbólico

El Interaccionismo Simbólico (IS), es un término que fue acuñado en 1937 por Herbert Blumer. Es una de las corrientes de pensamiento micro sociológica con raíces históricas en el pragmatismo y el conductismo social. El IS se relaciona con la antropología y la psicología social que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación. Se sitúa dentro del paradigma interpretativo y analiza el sentido de la acción social desde la perspectiva de los participantes. Este paradigma concibe a la comunicación como una producción de sentido dentro de un universo simbólico determinado y su interés central se sitúa en la influencia de los significados y los símbolos sobre la acción y la interacción humana.

Según Williams (1999) el IS se puede considerar como la escuela más influyente y exitosa de la sociología interpretativa. De acuerdo a Schwandt (1994) el IS es una ciencia interpretativa, una teoría psicológica y social, que trata de representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida. Esto es, a la comprensión de actores en lugares, en situaciones y en tiempos particulares.

Blumer (1969) señala que el IS se apoya en tres principales premisas, las cuáles constituyen su enfoque metodológico:

1. Las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas. Es decir, a partir de los símbolos. El símbolo permite además trascender el ámbito del estímulo sensorial y de lo inmediato, ampliar la percepción del entorno, incrementar la capacidad de resolución de problemas y facilitar la imaginación y la fantasía.

2. Los significados son producto de la interacción social, principalmente la comunicación, que se convierte en esencial tanto en la constitución del individuo como en (y debido a) la producción social de sentido. El signo es el objeto material que

desencadena el significado, y el significado el indicador social que interviene en la construcción de la conducta.

3. Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos.

El IS se utiliza para designar un enfoque relativamente definido del estudio de la vida de los grupos humanos y del comportamiento del hombre. Los principios básicos del IS consideran que el ser humano es básicamente distinto del resto de los animales, ya que está dotado de capacidades de pensamiento, la cual es modelada por la interacción social. Además de que los significados y los símbolos permiten a las personas o grupos sociales actuar e interactuar de una manera distintivamente humana. Mediante la interacción simbólica adquirimos información e ideas pudiendo inclusive cambiar, alterar o modificar sus significados para examinar sus posibles cursos de acción y valorar sus ventajas y desventajas relativas, para luego elegir uno. Estas pautas de acción e interacción constituyen los grupos y las sociedades.

Por lo señalado anteriormente se considera relevante indagar e incluir en el estudio el proceso seguido y construido de la experiencia del familiar principal de la persona dependiente del alcohol que convive con él, y que asume una serie de funciones en la búsqueda de la estabilidad de la familia. Además de las razones, motivos o hechos que le hicieron buscar ayuda y finalmente de qué manera su participación en el grupo Al-Anon le ha ayudado a afrontar la enfermedad de su familiar y conseguir la adaptación (bienestar físico, psicológico y social).

Substracción de la teoría

Para realizar la substracción de los conceptos de la TRM de la incertidumbre ante la enfermedad de Merle Mishel (1990) se tomaron en cuenta los cinco pasos propuestos por Walker y Avant (2010).

Las teorías de rango medio son parte importante como estructura del desarrollo de conocimiento de la disciplina. Ellas abordan el conocimiento sustantivo de la

disciplina al explicar y expandir los fenómenos específicos que están relacionados al proceso del cuidado. Por ejemplo, la teoría de incertidumbre ante la enfermedad explica cómo se evalúan las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad, ya sea la propia o la de un ser querido. Si el evento es afrontado de forma efectiva ocurrirá la adaptación; la incertidumbre se relaciona con la adaptación, uno de los enfoques identificados de la disciplina de la enfermería. Esta teoría ha sido utilizada en la investigación con enfoque tanto cuantitativo como cualitativo, así como para guiar la práctica de la enfermería.

La substracción tiene como resultado la teoría de rango medio que proporciona estructuras para la interpretación de la conducta, situaciones y eventos inicialmente desconcertantes, unificando además lo que se conoce por el sentido común. La teoría de rango medio se dirige a un fenómeno relativamente concreto y específico al afirmar lo que el fenómeno es, por qué ocurre o cómo ocurre, y su función, por lo tanto, es el de describir, explicar o predecir fenómenos (Walker & Avant, 2010).

Enseguida se muestra el empleo de los pasos propuestos por Walker y Avant basados en el fenómeno de estudio.

1. Identificar el fenómeno. El primer paso consiste en identificar el fenómeno a través de familiarizarse con la literatura del tópico de interés, para lo cual se realizaron búsquedas sobre familia y consumo de alcohol, dependencia al alcohol, incertidumbre, estrés percibido, afrontamiento, apoyo social, grupos de ayuda mutua Al-Anon, espiritualidad y codependencia. Se revisaron en bases de datos digitales reconocidas como PUBMed, Proquest, Ebsco, Dialnet, Medline, Scopus y Scielo. Se realizaron diferentes combinaciones en los idiomas inglés, español y portugués de las palabras claves utilizadas: alcoholics, alcoholic family, uncertainty, stress perception, coping, social support, self help groups, social support in Al Anon, spirituality, codependency, alcoholismo, familia alcohólica, incertidumbre, estrés percibido, afrontamiento, apoyo social, grupos de ayuda mutua, Al-Anon, espiritualidad, codependencia, alcoholismo,

familia alcohólica, incerteza, estresse percebido, enfrentamento, apoio social, grupos de auto-ajuda, Al-Anon, espiritualidade e co-dependência.

2. Identificar formas nuevas de analizar la temática de interés, particularmente desde diferentes áreas de conocimiento. La literatura identificada y analizada sobre las variables de estudio permitió conocer algunos estudios sobre ellas desde perspectivas psicológicas, antropológicas, sociológicas y de salud. No obstante, se identificó que algunas de las proposiciones de la Teoría de Rango Medio (TRM) de Incertidumbre ante la Enfermedad (Mishel, 1990), permiten describir, explicar y predecir el resultado final; es decir la adaptación física, psicológica y social del familiar principal ante la conducta de enfermedad (dependencia al alcohol o alcoholismo) en un integrante de su familia. Quien puede estar en proceso de abandono de la conducta de consumo excesivo o dependencia del alcohol, o se encuentre en estado de sobriedad y que puede ser parte de Alcohólicos Anónimos, o bien continuar con la conducta de enfermedad (dependencia del alcohol).

En la revisión de la literatura fue factible analizar la naturaleza del problema que es de salud con grandes repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, por lo que es posible estudiar el fenómeno desde el paradigma positivista y el interpretativo. El positivismo pretende conocer, analizar, explicar y predecir hechos y factores implicados en el fenómeno de manera objetiva que refleje la realidad tal como es y con independencia hasta donde sea posible de la subjetividad. En términos del paradigma interpretativo, se pretende comprender e interpretar el fenómeno buscando sentido desde la experiencia humana, de los actos intencionados que solo se pueden comprenderse en un contexto específico que es histórico, libre y finito. En otras palabras, se considera la perspectiva del participante. En este caso de los informantes clave los cuales serían los familiares principales de la persona dependiente del alcohol (las esposas, hijas, hermanas, madres) que son quienes viven la experiencia y su esencia en una determinada temporalidad. En este sentido se pretende indagar la realidad desde la

subjetividad del familiar que vive con una persona dependiente al alcohol, comprendiendo que ésta, es aquella que la persona construye y percibe como importante y significativa mediante la interacción social con la persona dependiente y con otras personas que experimentan una problemática similar y participan de los grupos Al-Anon (Starus & Corbin, 2002; Taylor, & Bogdan, 1990). En razón de ello el presente estudio tuvo las dos aproximaciones cuantitativa y cualitativa, por lo cual se trata de un diseño mixto (cuantitativo y cualitativo).

En la literatura revisada se documentaron artículos que sugieren relaciones entre la incertidumbre y los eventos estresantes a los que se enfrentan los familiares de personas con enfermedades crónicas, se identificaron también estudios que señalan que el padecer una enfermedad crónica como la dependencia del alcohol, no solo afecta al bebedor, sino a todo el núcleo familiar. De igual modo, se documentó relación entre las variables incertidumbre, apoyo social y espiritualidad como mecanismos de afrontamiento. Además, fueron identificados estudios que denotan que algunos factores personales como la edad, el género y la escolaridad se relacionan negativamente con la incertidumbre (Dias da Silva & Padilha, 2013; Hoth et al., 2014; Iranmanesh, Tirgari, & Forouzi, 2014; Mackrill, Elklit, & Lindgaard, 2012; Martínez, Morales, & Piza, 2010; Nájera et al., 2010).

3. Seleccionar una fuente de conocimiento, en este caso se eligió la Teoría de Rango Medio Incertidumbre ante la enfermedad de Mishel (1990), para poder realizar la derivación teórica conceptual empírica y utilizar la estructura de la teoría madre y solamente se dio contenido específico a cada una de las proposiciones de la Teoría respetando las relaciones originales. La selección fue fundamentada a partir de sus conceptos que tienen aplicación en el fenómeno de la incertidumbre en familiares de personas con enfermedades crónicas, en específico la dependencia del alcohol.

La teoría de la incertidumbre ante la enfermedad tiene como objetivo lograr que el individuo con una enfermedad crónica, o sus familiares acepten la incertidumbre

como parte de su vida y como una oportunidad de afrontar la enfermedad. El marco estructural de la teoría se compone de tres elementos principales: antecedentes de incertidumbre, el proceso de valoración y el afrontamiento de la enfermedad.

Mishel define a la incertidumbre como un estado cognitivo caracterizado por la inhabilidad de la persona para estructurar o determinar el significado de los hechos o acontecimientos relacionados a una enfermedad. Esto influye para que el individuo no pueda otorgar valores definidos a los hechos o conductas y por lo tanto no pueda predecir con precisión los resultados, lo anterior es motivado por la falta de información y conocimiento. Cuando la incertidumbre es valorada como un peligro, puede asociarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro lo que se asocia con altos niveles de estrés percibido. Por lo que el afrontamiento (espiritualidad y apoyo social) se dirige a reducir la incertidumbre si esto es posible, así mismo a disminuir las emociones generadas por esta evaluación de peligro (estrés percibido).

Mishel reconoce la adaptación en términos del comportamiento, psicológico y social resultando en una nueva perspectiva de vida de la persona, tras un proceso de afrontamiento efectivo de la incertidumbre. En este sentido según la teoría, la incertidumbre que experimenta el cuidador principal de la persona con la enfermedad crónica como es la dependencia al alcohol, puede gradualmente transitar de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de una forma nueva de valorar la vida. Aceptando la incertidumbre como parte de su realidad y consiguiendo la adaptación mediante un afrontamiento efectivo.

4.- El cuarto paso permitió a partir de las proposiciones originales darles contenido a estas de acuerdo con la temática de estudio y la evidencia empírica del propio campo y de otros campos del conocimiento. El desarrollo de estas proposiciones se basa en la Teoría madre y en evidencia científica identificada en la revisión de la literatura.

5. Finalmente en el quinto paso se redefinieron los conceptos que se emplearan en las proposiciones derivadas y adaptadas en contenido a la temática de estudio. Se establecieron nuevas definiciones de los conceptos acordes con la teoría madre y considerando la evidencia científica recuperada de la revisión de literatura.

Substracción de proposiciones

Las proposiciones de la teoría de incertidumbre ante la enfermedad de Mishel (1990) que guiaron la substracción fueron las siguientes.

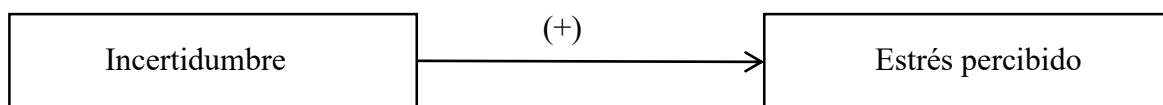
La primera proposición substraída señala que “Una exposición prolongada de la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos y a trastornos emocionales” (Mishel, 1990).

Se ha documentado que la conducta de la persona con dependencia al alcohol genera en su familia estrés percibido, el cual puede ser valorado como peligroso por las consecuencias que este produce en la salud de la familia, pudiendo provocar alteraciones emocionales como angustia, ansiedad y preocupación que estos experimentan (Martínez, Morales, & Piza, 2010; Kazer et al., 2013; Wineman, Schwetz, Goodkin, & Rudick, 1996).

Por lo que la primera proposición del estudio es:

“Una exposición prolongada de la incertidumbre (falta de certeza sobre el futuro de su familiar dependiente al alcohol) valorada como un peligro, puede generar estrés percibido” (figura 2).

Figura 2. Primera proposición del estudio.



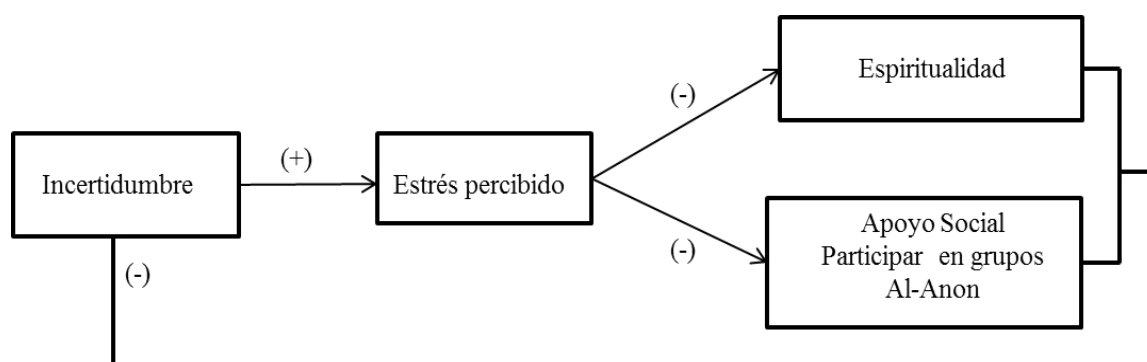
La segunda proposición substraída indica que "La incertidumbre valorada como un peligro, provoca una serie de mecanismos de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre" (Mishel, 1990).

La literatura documenta que cuando la incertidumbre es valorada como peligro, la espiritualidad y el apoyo social actúan como mecanismos de afrontamiento efectivos en la reducción de la incertidumbre, por ello el estrés percibido y las alteraciones emocionales del familiar principal de las personas con enfermedades crónicas disminuyen (Gómez & Durán, 2012; Hoth et al., 2014; Hui-Choi et al., 2012; Iranmanesh, Tirgari, & Forouzi, 2014).

Por lo que la segunda proposición del estudio es:

“La incertidumbre (falta de certeza sobre el futuro de su familiar dependiente al alcohol) valorada como un peligro, genera estrés percibido, lo cual requiere implementar estrategias de afrontamiento basadas en la espiritualidad y el apoyo social dirigidas a disminuir la incertidumbre” (figura 3).

Figura 3. Segunda proposición del estudio.



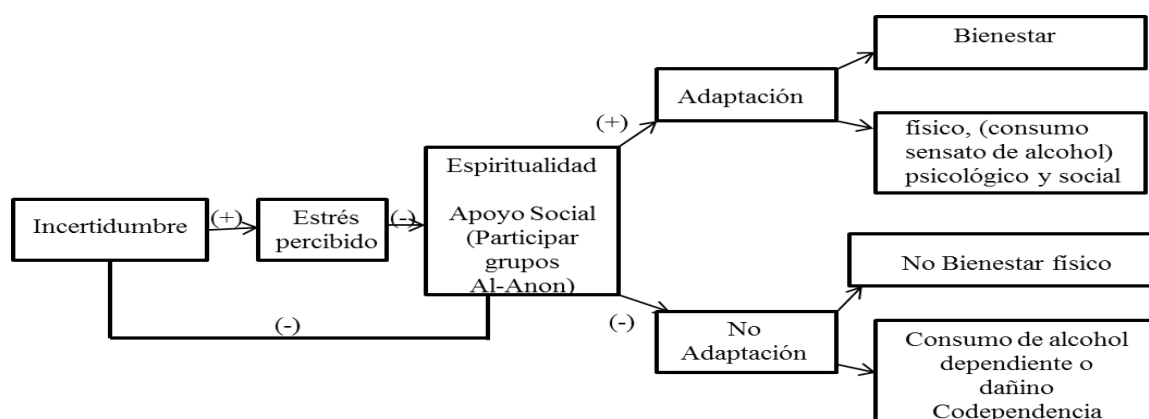
La tercera proposición postula “La relación entre los casos de enfermedad, incertidumbre, valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación” (Mishel, 1988).

Estudios realizados documentan que cuando los familiares de las personas con enfermedades crónicas valoran la incertidumbre como un peligro e implementan sistemas de afrontamiento a través de actividades relacionadas con la espiritualidad como es el apego a la fe, la oración y la lectura espiritual; así como el apoyo social recibido por parte de familiares, profesionales de la salud y grupos de ayuda mutua, logran transitar de un estado de incertidumbre a la adaptación (Amaya, 2013; Barra, 2012; Gondim & Carvalho, 2012; Ureña, Barrantes, & Solís, 2014; Zubieta & Delfino, 2010). No obstante, es posible que aun y con los recursos de afrontamiento, el familiar pueda reproducir la conducta de consumo y/o pueda manifestar la codependencia.

Por lo que la tercera proposición del estudio es:

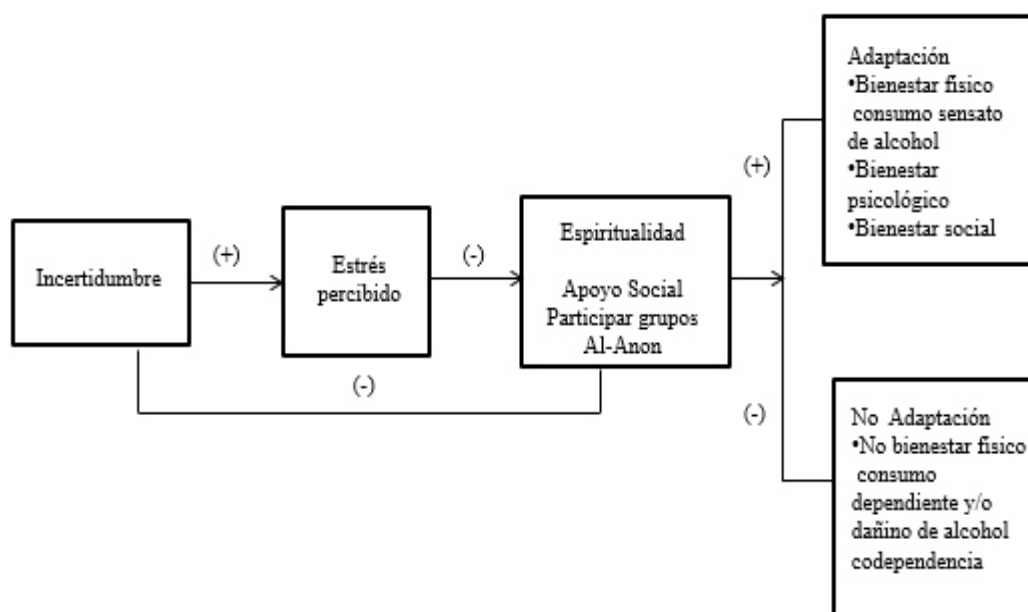
"La incertidumbre (falta de certeza sobre el futuro de su familiar dependiente al alcohol) valorada como un peligro (estrés percibido), los mecanismos de afrontamiento como la espiritualidad y el apoyo social, se dirigen a reducir la incertidumbre y lograr la adaptación física, psicológica y social" (Figura 4).

Figura 4. Tercera proposición del estudio.



La figura 5 es el resultado de la substracción de las tres proposiciones y de la síntesis de la evidencia científica, que puede ser utilizada como el origen de un nuevo modelo. Además de la comprobación de cada una de las proposiciones, el ajuste de esta construcción teórica fue comprobada mediante Modelos de Regresión Lineal Simple, Logística y Multivariante.

Figura 5. Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.



Aunado a esto, se construyó una estructura teórico-conceptual-empírica, producto del análisis final de la propuesta (Figura 6). Esta construcción se basa en la técnica de formalización teórica-conceptual-empírico (T-C-E) descrita por Fawcett

(1999). Con este diagrama es posible visualizar y evaluar los componentes teóricos, conceptuales y empíricos del Modelo.

La construcción de T-C-E se realiza mediante cinco pasos, los cuales se llevaron a cabo en este estudio. El primer paso es la identificación de los conceptos, que consiste en nombrar el modelo teórico de origen (Teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad, de Mishel, 1990) e identificar sus conceptos que serán utilizados para guiar esta investigación (incertidumbre, inferencia/peligro, afrontamiento y adaptación).

El segundo paso es la clasificación de los conceptos de la teoría propuesta. Los conceptos se clasificaron de acuerdo al continuum de observabilidad de Kaplan (1964), que indica qué tan directamente es observable un fenómeno. De acuerdo a este continuum, la incertidumbre se considera un concepto observable indirecto, debido a que no es posible observarla de manera directa, pero sí es posible derivarla, inferirla o documentarla por otros medios. Para este estudio el medio observable de aproximación a este concepto fue a través la escala de percepción de incertidumbre en padres y miembros de la familia PPUS-FM (por sus siglas en inglés) de Mishel (1997). De igual modo el estrés percibido es considerado como un concepto observable indirecto, y fue inferido por medio de la escala de tensión percibida de Cohen (1983).

La espiritualidad se considera como un concepto observable indirecto, y fue inferido a través de la escala de perspectiva espiritual SPS (por sus siglas en inglés) de Reed, 1983. Así mismo, el apoyo social fue considerado como un concepto observable indirecto, ya que constituye un fenómeno que no puede ser observable directamente, pero pudo ser inferido mediante el cuestionario de Apoyo Social de Mosss (1991), así como también a través de la guía de preguntas semiestructuradas en entrevistas individuales.

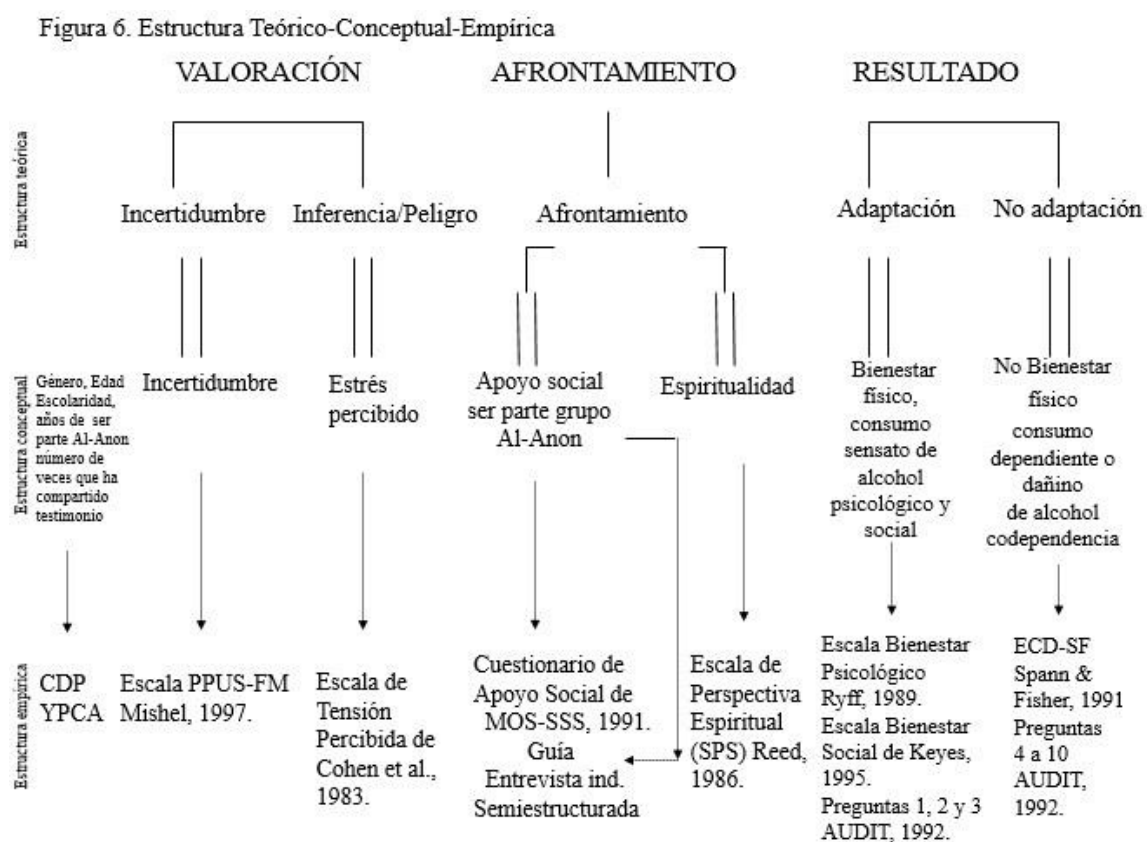
De igual forma, el bienestar psicológico se considera un concepto observable indirecto y fue medido a través de la escala de bienestar psicológico de Ryff (1989). El bienestar social, se considera un concepto observable indirecto, que fue inferido por

medio de la escala de bienestar social de Keyes (1995). Así mismo, dado que la conducta de consumo sensato representa el bienestar físico, donde no exista riesgo se consideraron también las preguntas de 1 a 3 del AUDIT y por último en el resultado del no bienestar se considera la codependencia una variable observada indirectamente y fue medida por medio de la Escala de Codependencia de Fisher y Spann, (1991) y el consumo dependiente y dañino de alcohol por medio de las preguntas 4 a la 10 del AUDIT (1992).

El tercer paso consiste en la identificación y clasificación de las proposiciones, que son enunciados declarativos sobre uno o más conceptos de la teoría. En este caso, las tres proposiciones de la Teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad son: 1) una exposición prolongada de la incertidumbre valorada como si se tratase de un peligro puede llevar a pensamientos molestos y a trastornos emocionales, 2) la incertidumbre valorada como un peligro, provoca una serie de mecanismos de afrontamiento dirigidos a reducir la incertidumbre y 3) la relación entre los casos de enfermedad, incertidumbre, valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va desde las situaciones de incertidumbre hasta la adaptación. Se considera que las tres proposiciones son de tipo relacional, ya que indican un vínculo positivo o negativo entre dos o más conceptos (Fawcett, 1999).

El cuarto paso es la ordenación jerárquica de las proposiciones. La clasificación de las proposiciones se realiza en base a su nivel de abstracción (de lo abstracto a lo concreto). De esta forma, las tres proposiciones propuestas en la Teoría de la Incertidumbre ante la enfermedad de Mishel, se consideran proposiciones abstractas o no restrictas, ya que son aplicables a fenómenos generales, por lo tanto, las proposiciones derivadas se consideran proposiciones medianamente abstractas, ya que están enfocadas a un fenómeno específico. Por último, las proposiciones entre variables operacionalizadas (hipótesis de estudio), se consideran de tipo concretas, ya que enlazan los indicadores empíricos del estudio.

Finalmente, el quinto paso consiste en la construcción del diagrama T-C-E (figura 6). Con este diagrama es posible determinar cómo se conjugaron todos los conceptos y proposiciones del Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.



Reconceptualización de las Variables

Incertidumbre

La literatura señala que la incertidumbre es un estado cognitivo neutral que se presenta como respuesta a un evento o enfermedad crónica propia o de un familiar cercano (dependencia del alcohol) que no es debidamente categorizado o estructurado por falta de información, convirtiéndose dichos eventos en la mayor fuente generadora

de estrés (Triviño & Sanhueza, 2005) que, de no emplear estrategias de afrontamiento efectivas, afectaría la adaptación física, psicológica y social del individuo (McCormick, 2002).

En el presente estudio la incertidumbre se define como la inhabilidad o falta de certeza del familiar principal de la persona dependiente, sobre el futuro de su familiar con dependencia al alcohol. Esta variable fue medida con la escala de percepción de incertidumbre en padres y miembros de la familia (PPUS-FM) de Mishel, (1997).

Peligro (estrés percibido)

Basado en la valoración, la incertidumbre puede ser un peligro o una oportunidad. Cuando la incertidumbre es valorada como un peligro, la posibilidad de un resultado perjudicial (estrés percibido) está determinada por la inferencia; una valoración peligrosa ocurre cuando la precisión predictiva de la inferencia es desconocida. La incertidumbre puede asociarse con una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro y asociarse con altos niveles de ansiedad, estrés y depresión. Por lo tanto, según la teoría la incertidumbre, es considerada como la fuente generadora de estrés.

Para fines de este estudio se definió el peligro como estrés percibido. Lazarus y Folkman (1986) definen al estrés como una transacción entre la persona y el ambiente, o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona realiza.

El experimentar eventos de la vida que se perciben como estresantes generan un grado de reacción que puede afectar el bienestar de las personas (Barra et al., 2006), además existe evidencia que señala que un número elevado de eventos estresantes podrían ser un factor relacionado a la dependencia del alcohol (Armendáriz, Villar, Alonso, Alonso, & Oliva, 2012; Calvete & Estévez, 2009) y la codependencia (Laizane, 2012; Martins, & Menéndez, 2011; Noriega, Ramos, Medina-Mora, & Villa, 2008; Vargas & Hernández, 2012).

Los sucesos, hechos o acontecimientos de la vida de las personas dan lugar a percibir estrés y tienen el potencial de desencadenar el consumo de sustancias como el alcohol. Sin embargo, las respuestas emocionales como el estrés percibido, dependen de la evaluación cognoscitiva realizada por el individuo, de sus características personales y sociales y de las variables moduladoras (Ávila, Heredia, Lucio, & Martínez, 2006).

Otro aspecto documentado es que el estrés percibido se puede relacionar con la espiritualidad ya que se ha identificado que algunos hechos o circunstancias como traumas y enfermedad psiquiátrica, o la pérdida de un ser querido puede ser afrontado mediante la espiritualidad (Corrigan, McCorkle, Schell, & Kideder, 2003; Oram, Bartholomew, & Landolt, 2004).

Para el presente estudio estrés percibido fue definido como el conjunto de emociones, sentimientos, pensamientos y dificultades que experimenta el familiar de la persona dependiente del alcohol, como resultado de la evaluación que realiza de la falta de certeza sobre el futuro de su familiar con dependencia al alcohol. La medición se realizó a través de la escala de estrés percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983).

Afrontamiento

Se define como cualquier actividad que el familiar de la persona dependiente del alcohol practica o recibe (tanto cognitiva como conductual), con el fin de enfrentarse a la falta de certeza sobre el futuro de su familiar con dependencia al alcohol.

Los métodos de afrontamiento se dirigen a reducir la incertidumbre y a manejar las emociones generadas por esta evaluación de peligro (estrés percibido). Existen dos estrategias de afrontamiento, la movilización dentro de la cual se encuentra la búsqueda de información, y el estar en contacto con personas que se enfrentan y experimentan la falta de certeza sobre el futuro de su familiar con dependencia al alcohol; por ejemplo, los grupos de apoyo (grupo de ayuda mutua Al-Anon) o asociaciones de enfermos. Otro

mecanismo de afrontamiento es el manejo del afecto y dentro de sus componentes se encuentra la fe o espiritualidad (Mishel, 1990).

En este estudio el afrontamiento estuvo representado por la espiritualidad y el apoyo social.

Espiritualidad

La espiritualidad es la experiencia interna del ser humano que se evidencia a través de la autoconciencia, las prácticas espirituales, las creencias espirituales y las necesidades espirituales (Reed, 1986). Así mismo la espiritualidad se refiere a la predisposición para construir significados a través de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a sí mismo (Reed, 1991).

En la literatura la espiritualidad se le ha relacionado como un elemento que contribuye al bienestar mental y físico de las personas (Coyle, 2002; Reed, 1987; Sánchez, 2004) y ha sido abordada desde dos perspectivas: la primera se enfoca en la religión, religiosidad, prácticas y compromisos religiosos, que han sido definidos como la participación en prácticas, creencias, actitudes y sentimientos que están asociados a una comunidad de fe organizada y la segunda reconstruye la espiritualidad dentro de las disciplinas sociales, con una visión de Dios más amplia, que incluye los valores y los principios que dan sentido y propósito a la vida (Glanter, 2000). En un estudio realizado en grupos de AA se encontró asociación significativa de mayor calidad de vida y mayor nivel de espiritualidad con la asistencia y participación regular en el involucramiento con el programa de doce pasos de AA con la finalidad de mantenerse en abstinencia (Wysong, 2007).

Para el presente estudio la espiritualidad es la experiencia interna del familiar de la persona con dependencia al alcohol que se evidencia por medio de la autoconciencia, las prácticas espirituales, las creencias y las necesidades espirituales, además de tomar la

espiritualidad como guía para la toma de decisiones. Fue medida a través de la escala de perspectiva espiritual (Reed, 1986).

Apoyo social

El apoyo social es la ayuda que recibe el familiar principal de la persona con una enfermedad crónica en su interpretación del significado de los hechos (Mishel, 1988; 1990). Diversos estudios identifican al apoyo social como uno de los sistemas de afrontamiento efectivo para la reducción de incertidumbre (Hui-Choi et al., 2012; Nájera et al., 2010). De igual forma, la participación en grupos de apoyo se asocia con menos ambigüedad, lo que se traduce en menor grado de incertidumbre (Hoth et al., 2014).

En el presente estudio el apoyo social fue definido como la ayuda, apoyo, consejo, afecto, fortaleza y esperanza que recibe el familiar del dependiente del alcohol de su participación en los grupos de ayuda mutua Al-Anon. Donde se emplea un derivado del programa de doce pasos de AA, cuyo objetivo es favorecer dinámicos cambios culturales al interior de los familiares. A partir de los discursos y acciones se busca modificar los múltiples aspectos de la vida cotidiana y se espera, que gradualmente ocurra la adaptación representada por el bienestar psicosocial. Las experiencias o vivencias comunes son la esencia que distingue este tipo de ayuda mutua o de apoyo social.

Fue medido a través de la encuesta de resultados de apoyo social MOS-SSS (por sus siglas en inglés) de Sherbourne y Stewart (1991). Así como a través de las entrevistas individuales semi- estructuradas que pretenden aproximarnos a la comprensión del proceso que viven los familiares desde la aparición del problema de dependencia al alcohol de su familiar, la búsqueda de ayuda y el proceso que siguen para recibir apoyo social en los grupos Al-Anon.

A través del marco interpretativo del interaccionismo simbólico y utilizando el método de la teoría fundamentada, se indagó sobre las interacciones que se dan entre las personas dependientes al alcohol y su familiar principal en relación a la incertidumbre,

sentimientos y emociones que experimentan al convivir con una persona dependiente del alcohol, así como sus creencias, interpretaciones y su manera de afrontar esta experiencia; además de conocer de qué forma los grupos de ayuda mutua favorecen este proceso de afrontamiento y les ayudan a conseguir y mantener el bienestar físico, psicológico y social

Adaptación

Se refiere al comportamiento saludable de la persona, o el bienestar definido de manera individual. El bienestar puede ser visto en tres dimensiones; bienestar físico, psicológico y social los cuales son considerados indicadores de salud.

Bienestar físico

El bienestar físico estuvo representado como la evaluación del consumo de alcohol por parte del familiar principal y la ausencia de síntomas derivados de éste, por lo que su equivalente es el consumo sensato de alcohol. Para el presente estudio consumo sensato, se refiere a la ingesta de no más de 20 gr. de etanol equivalente a dos bebidas estándar por ocasión de consumo no más de tres veces por semana en las mujeres y 40 gr. de etanol equivalente a 4 bebidas estándar por ocasión de consumo no más de tres veces por semana en los varones. Esta variable fue medida a través de la CDPYPCA y el AUDIT De la Fuente y Kershenobich (1992).

Bienestar psicológico

El bienestar psicológico es concebido como un constructo multidimensional que se construye a través de las actitudes ante la vida, y demuestra el funcionamiento positivo de la persona. El bienestar es considerado como auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal. Ryff (1989) señala que si la persona tiene bienestar psicológico se refleja en su salud mental y con la adopción de conductas positivas.

Se ha documentado relación positiva y significativa del bienestar psicológico y el apoyo social tanto en los hombres, como en mujeres (Barra, 2012); con la espiritualidad (Morales, 2014) y con el bienestar social (Zubieta & Delfino 2010).

Para el presente estudio bienestar psicológico se define como el funcionamiento emocional del familiar principal de la persona dependiente al alcohol que se demuestra a través de la auto-aceptación, el tener relaciones positivas con el familiar dependiente del alcohol y otras personas, mostrando autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento. Su medición fue a través de la escala de bienestar psicológico de Ryff, (1989).

Bienestar social

Keyes (1998) define al bienestar social como la valoración que realiza el individuo acerca de las circunstancias y su funcionamiento dentro de la sociedad e identifica cinco dimensiones: integración, aceptación, contribución, actualización y coherencia. El bienestar social está relacionado con el contacto social y con las relaciones interpersonales positivas con los demás. Así como el tener satisfechas necesidades relacionadas con el tener, amar, dar y recibir y ser persona (Ryff & Keyes, 1995).

En este estudio, el bienestar social se define como el punto de vista u opinión del familiar de la persona dependiente del alcohol sobre su desempeño y funcionamiento dentro de la sociedad, mostrando integración, contribución, actualización, aceptación y coherencia en su entorno y en la sociedad. Fue medido a través de la escala de bienestar social de Keyes (1998).

No adaptación

La no adaptación está representada por el no bienestar físico, que se traduce en consumo de alcohol de tipo dependiente o dañino y la codependencia por parte del familiar principal del dependiente del alcohol.

Consumo de alcohol dependiente y dañino

En México los tipos de consumo de alcohol se establecen en función de la cantidad y frecuencia de consumo, y se pueden categorizar en consumo sensato o sin riesgo, dependiente o de riesgo y dañino o perjudicial. Así mismo se ha incorporado en los últimos años por recomendación de la Organización Mundial de la Salud (1992) el tipo de consumo excesivo ocasional (binge drinking) en virtud de que este tipo de consumo está en aumento en grupos de adultos jóvenes.

En este estudio el consumo de alcohol dependiente o de riesgo, es cuando las mujeres ingieren de tres a cinco copas por ocasión. En tanto que para los varones el consumo es de cuatro a nueve copas, además de que hayan dejado de realizar actividades por consumir alcohol. Referente al consumo dañino o perjudicial, ocurre cuando las mujeres ingieren en un día típico seis o más copas, mientras que en los hombres el consumo haya sido de diez o más copas y que algún amigo, familiar o personal de la salud, le hayan manifestado preocupación por su forma de consumir alcohol (Babor et al., 2001; De la Fuente, & Kershenovich, 1992). En lo que respecta al consumo excesivo ocasional (binge drinking), este se valora mediante el consumo de más de cuatro bebidas estándar en un periodo de dos horas en mujeres y más de cinco para hombres en el mismo período de tiempo.

Otra forma sugerida de evaluar el consumo de alcohol es la propuesta por la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones [NOM-028-SSA2-1999] mediante la evaluación de la prevalencia que se define según (Beaglehole, Bonita, & Kjellström, 2008) el número de usuarios con una enfermedad, evento, problema o conducta como sería en este caso el consumo de alcohol en relación al tamaño total de la población en un momento dado del tiempo. Por lo que la prevalencia total o global es la proporción de personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida; la prevalencia lápsica se conoce como la proporción de personas que consumieron alcohol en el último año; la prevalencia actual la proporción de

personas que han consumido alcohol en el último mes y la prevalencia instantánea es la proporción de personas consumidoras de alcohol en los últimos siete días; estos cuatro tipos de prevalencia son considerados en el presente estudio.

La medición del consumo de alcohol se realizó en función de la frecuencia y cantidad referida por el familiar principal de la persona dependiente del alcohol que acude a grupos de ayuda mutua Al-Anon al momento de la entrevista. Se evaluó a través de la prueba de identificación de desórdenes por uso de Alcohol (AUDIT) De la Fuente y Kershenovich (1992) y de la cédula de datos personales y prevalencia de consumo de alcohol (CDPYPCA).

Codependencia

Se refiere a una condición psico-social que se manifiesta a través de un patrón disfuncional de interacción con los otros y que se caracteriza por extrema focalización en el otro, escasa expresión de los sentimientos propios e intentos por buscar una definición personal a través de otros. Por ello, la codependencia se considera en el modelo parte de la no adaptación.

El uso y la dependencia de sustancias adictivas como el alcohol y las drogas no afectan únicamente a quienes tienen la adicción, sino que involucra a todo el núcleo familiar. Especialmente a las mujeres, quienes cuidan y se responsabilizan de su familiar dependiente del alcohol en el diario convivir y sufren situaciones de violencia física, sexual y psicológica que resultan de la relación adicto/codependiente. Además de dañar la autoestima de estas mujeres, a quienes se etiqueta como “víctimas” de las personas con la dependencia al alcohol (Peled & Sacks, 2008); y ven afectado su equilibrio emocional, su forma de pensar, sentir y su comportamiento en general, por lo que se considera que en la actualidad es un problema social con grandes repercusiones (Castañón & Luis, 2008).

Para el presente estudio la codependencia es la conducta disfuncional del familiar del dependiente del alcohol que acude a grupo de ayuda mutua Al-Anon en la

interacción con su familiar dependiente del alcohol, manifestado por extrema focalización en su familiar dependiente, escasa expresión de los sentimientos propios e intentos por buscar una definición personal a través de su familiar con la dependencia al alcohol. Para medir esta variable se empleó la escala de codependencia de Fischer, Spann & Crawford (1991).

Estudios relacionados

En este apartado se presentan los estudios que guiaron la presente investigación, es importante destacar que no se han localizado suficientes estudios directamente relacionados con el consumo de alcohol o la dependencia a la sustancia con algunas de las variables del Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.

Por lo anterior se incluyen estudios en otras poblaciones con problemas de salud crónicos. En primer término, se presentan los relacionados a la incertidumbre y estrés, estrés y consumo de alcohol, seguidos por los de incertidumbre y apoyo social, incertidumbre y espiritualidad, apoyo social y bienestar psicosocial, espiritualidad y bienestar psicosocial, codependencia y estrés, y codependencia y consumo de alcohol.

Incertidumbre y estrés percibido

Martínez, Morales y Piza (2010) realizaron un estudio con el propósito de medir la incertidumbre de los padres frente al postoperatorio inmediato de sus hijos en la clínica universitaria Teletón de Bogotá, Colombia. El instrumento utilizado fue un test desarrollado por las autoras, en base a la teoría de la incertidumbre de Mishel. Se encontró que el 100% de los padres presentaron un alto nivel de incertidumbre manifestado por estrés, relacionado con el procedimiento quirúrgico de sus hijos. De ellos, el 80% reportó manifestar estrés casi siempre, mientras que el 20% restante reportó manifestar estrés siempre.

Kazer et al. (2013) investigaron la incertidumbre y la percepción de peligro, en 338 pacientes con cáncer de próstata sometidos a tratamiento por medio de

prostatectomía, braquiterapia o radioterapia de nueve hospitales estadounidenses. Se trató de un estudio de cohorte, prospectivo, longitudinal y multicéntrico, cuyo objetivo fue determinar el impacto de estos factores (incertidumbre y peligro) sobre la satisfacción con el resultado del tratamiento del cáncer de próstata en general. El instrumento utilizado para medir la incertidumbre fue la Mishel Uncertainty in Illness Scale (Mishel, 1988) y para evaluar la percepción de peligro (estrés) utilizaron la Appraisal Scale Interview de Folkman and Lazarus.

Los resultados mostraron que la percepción del peligro (estrés) se correlacionó positivamente con la incertidumbre ($r = 0.34, p < .001$) y negativamente con la satisfacción con el resultado del tratamiento ($r = -0.30, p < .001$), en el caso de la incertidumbre, de igual forma se reporta una correlación negativa y significativa con la satisfacción con el resultado del tratamiento ($r = -0.33, p < .001$). Los pacientes más jóvenes experimentaron menos incertidumbre ($r = 0.20, p < .001$) sin embargo, informaron mayor percepción de peligro ($r = -0.12, p < .03$). Finalmente se demostró que la educación juega un papel importante en la incertidumbre, ya que pacientes con niveles más bajos de educación tienden a reportar un mayor grado de incertidumbre ($r = -0.25, p < .001$).

Wineman, Schwetz, Goodkin y Rudick (1996) realizaron un estudio transversal, con el propósito de examinar las relaciones entre incertidumbre, estrés, afrontamiento y bienestar emocional en 59 participantes de un ensayo clínico de fármacos en E. U., las variables esperanza y estado de ánimo se incluyeron como indicadores de bienestar emocional. Los resultados indicaron que el nivel educacional se correlacionó negativamente con la incertidumbre ($r = -.32, p < .01$), incertidumbre y la eficacia de afrontamiento predicen la esperanza ($R^2 = 14\%, p < 0.01$ y $R^2 = 7\%, p < 0.02$), respectivamente.

Finalmente, la incertidumbre, el estrés percibido y la educación representaron el 36% de la varianza en el conjunto de las variables dependientes (esperanza y estado de

ánimo) ($R^2c = 0.60$, $F = 6.90$, $p < 0.01$, $gl = 8$, 106). Estos resultados indican que los sujetos con un alto nivel de incertidumbre y estrés tenían más probabilidad de experimentar trastornos del estado de ánimo y menos esperanza sobre la efectividad del tratamiento.

Se sintetiza que la incertidumbre se correlaciona positivamente con el estrés y con la edad y negativamente con el nivel educativo y el afrontamiento (Martínez, Morales & Piza, 2010; Kazer et al., 2013; Wineman, Schwetz, Goodkin, & Rudick, 1996).

Incertidumbre y apoyo social

Nájera et al. (2010) realizaron un estudio descriptivo, correlacional y transversal en una muestra de 30 sujetos en Puebla, México. El objetivo fue identificar la incertidumbre de los padres de niños con cáncer mediante la relación de las características sociodemográficas (edad, género, escolaridad y nivel socioeconómico), tiempo de diagnóstico y apoyo social, se aplicó una cédula de datos sociodemográficos, además de la Cédula de Apoyo Social de Norbeck (NSSQ), 1981 y la Escala de Percepción de Incertidumbre en Padres PPUS-FM de Mishel.

Se evidenció que la variable edad no se relacionó con la incertidumbre ($p < .023$) el género femenino refirió incertidumbre alta ($p < .010$); se observó relación negativa entre el nivel educacional y la incertidumbre ($p < -.025$), el nivel socioeconómico no fue predictor de incertidumbre ($p < .523$), finalmente se evidenció que a mayor apoyo social menor incertidumbre ($p < -.008$). Por lo tanto se puede concluir que la incertidumbre estuvo presente en los padres de niños con cáncer y que uno de los sistemas de afrontamiento efectivo para la reducción de la incertidumbre resultó ser el apoyo social.

Hoth et al. (2014) realizaron un estudio en una muestra de 472 personas residentes de EU diagnosticadas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). El propósito fue desarrollar una mayor comprensión de aquellos factores sociales que están asociados con la incertidumbre como son la ambigüedad

(incertidumbre sobre las señales físicas y síntomas) y la complejidad (percepción acerca del tratamiento y sistema médico). La incertidumbre fue medida con la Mishel Uncertainty Illness Scale (1997). Los resultados mostraron que el tener un familiar con EPOC se asoció con más ambigüedad ($\beta = 3.28$, $DE = 1.00$, $p < .001$). La participación en grupos de apoyo se asoció con menor ambigüedad, ya que las personas que declararon haber asistido a tres o más grupos de apoyo en el año anterior reportaron menos ambigüedad que los individuos que no habían asistido a ninguna ($\beta = -3.31$, $DE = 1.29$, $p < .010$). Por lo que se demuestra un efecto negativo y significativa entre la incertidumbre y el apoyo social; es decir a mayor apoyo social, menor incertidumbre.

Hui Choi et al. (2012) estudiaron las relaciones de apoyo social, incertidumbre, auto-eficacia, y el compromiso con el embarazo con la adaptación psicosocial prenatal en 550 mujeres de 3 hospitales públicos de Hong Kong. El muestreo fue por conveniencia y se utilizó un cuestionario de auto-reporte, que consistió en una serie de mediciones derivadas de un marco integrado de la Teoría de transición de vida y Teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Mishel. Las cuatro variables explicativas de la adaptación psicosocial fueron el apoyo social, la incertidumbre, la autoeficacia y el compromiso con el embarazo, las cuales se identificaron utilizando un Modelado de Ecuaciones Estructurales. El modelo mostro índices de ajuste razonables ($X^2 = (148) = 798.104$; $RMSEA = 0.099$) y permitió demostrar que el apoyo social se correlacionó negativamente con la incertidumbre ($r = -0.240$ $p < 0.05$).

En síntesis, se identifica relación negativa significativa entre la incertidumbre y el apoyo social; la edad no se correlacionó con la incertidumbre, mientras que el nivel educativo y la incertidumbre se relacionaron negativamente (Nájera et al., 2010; Hoth et al., 2014; Hui Choi et al., 2012).

Incertidumbre y espiritualidad

Gómez y Durán (2012) realizaron un estudio descriptivo, transversal y correlacional en Colombia, con el objetivo de correlacionar la espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en una muestra de 163 pacientes que tuvieran como mínimo dos meses de haber sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2; los instrumentos utilizados fueron la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS, 1986) de Reed y la Mishel Uncertainty Illness Scale (1997). Los resultados mostraron niveles de espiritualidad alta, el puntaje promedio obtenido en la escala de espiritualidad fue de 52.1 en mujeres y 50.1 en hombres por lo cual se determina que la espiritualidad no muestra diferencias significativas en relación al género ($t = 0.03, p > 0.05$). Con respecto a la incertidumbre, el 76.1% de la muestra reportó niveles de incertidumbre regular. El Coeficiente de Correlación entre espiritualidad e incertidumbre ($r = - 0.359, p < 0.05$) cual indica que a mayor espiritualidad menor incertidumbre.

Iranmanesh, Tirgari y Forouzi (2014) realizaron un estudio descriptivo y transversal en una muestra de 200 pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple que acudían a un centro de enfermedades en Kerman al sureste de Irán. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Incertidumbre ante la Enfermedad (MUIS-C) de Mishel y la Escala de Bienestar Espiritual (SWB), el propósito del estudio fue examinar la relación entre la incertidumbre y el bienestar espiritual; los resultados mostraron relación entre la incertidumbre y el bienestar espiritual ($r = - 0.345; p < .001$). Por lo que se concluye que, a mayor bienestar espiritual, menor incertidumbre.

Laranjeira (2011) realizó en Portugal, un estudio cualitativo a través del método del interaccionismo simbólico, con el objetivo de comprender las vivencias de quien experimenta la espera de un diagnóstico; así como validar el modelo teórico representativo de esa experiencia. La comprensión de la experiencia vivida por los sujetos que atraviesan una espera diagnóstica fue conceptualizada con el código teórico

“transitar” y fue descrita en categorías estructuradas en torno a cuatro patrones: incertidumbre, espera racional, negación y aceptación. La muestra estuvo conformada por 17 sujetos de ambos sexos hospitalizados en el área de medicina interna de un hospital y los datos fueron obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas.

Los participantes mostraron incertidumbre acerca de su futuro; “estoy impaciente y tenso, pero trato de no pensar en mis problemas” (p 10); los sujetos que usaban el patrón de la espera racional deseaban estar informados para poder basar sus juicios en hechos concretos “No se puede estar ansioso por cosas que se desconocen, se debe esperar hasta que se tenga un resultado. Yo me mantengo controlado” (P4). De igual forma, en el patrón de aceptación, la espiritualidad actuaba como un mecanismo de afrontamiento “creo en Dios y rezar es una forma de disminuir la angustia que siento” (p 8); “creo en Dios y la fe se ha convertido en una forma importante de mí” (p 10). Por lo anterior se puede concluir que la espiritualidad actúa como un mecanismo de afrontamiento ante la incertidumbre que genera el estar en espera de un diagnóstico. Además de que las personas pueden prepararse de distintas formas y transitar entre diferentes patrones, aun cuando haya una tendencia a usar un patrón más que otro. En síntesis, se identifica que la espiritualidad actúa como un mecanismo de afrontamiento, además de que se relaciona negativamente con la incertidumbre; es decir a mayor espiritualidad, menor incertidumbre (Gómez & Durán, 2012; Iranmanesh, Tirgari, & Forouzi, 2014; Laranjeira, 2011).

Estrés percibido y consumo de alcohol

Armendáriz, Villar, Alonso, Alonso y Oliva (2012) estudiaron la relación entre los eventos estresantes y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Monterrey, N. L, México. La muestra estuvo constituida por 220 estudiantes y se utilizaron dos instrumentos, los cuales medían las variables eventos estresantes y consumo de alcohol. Los resultados mostraron que la prevalencia del consumo de

alcohol fue mayor alguna vez en la vida (92.3%) y en el último año (83.6%). La mayoría de los estudiantes presentaron un patrón de consumo sensato de alcohol (48.9%) seguido por el riesgoso (27.2%). Se evidencian diferencias significativas respecto a la prevalencia de consumo de alcohol en la última semana por edad ($U = 4391.50$; $p < 0.05$), así mismo se observó diferencia significativa de prevalencia de consumo en la última semana por sexo ($\chi^2 = 5.86$, $p < .015$) fue más alto en hombres (39.3%) que en mujeres (24.1%).

En cuanto a las diferencias entre el tipo de consumo de alcohol y la presencia de los eventos estresantes, se lograron identificar diferencias significativas entre la presencia de eventos estresantes de salud ($H = 16.90$; $p < 0.01$) y tipo de consumo de alcohol, hubo más eventos estresantes en quienes reportaron consumo de alcohol dañino ($\bar{X} = 2.54$, $p < .001$) que en el consumo dependiente ($\bar{X} = 2.10$) y consumo sensato ($\bar{X} = 1.43$). De igual forma los eventos estresantes personales ($H = 6.48$; $p < 0.05$) que presentan los jóvenes universitarios son diferentes significativamente por tipo de consumo de alcohol, fueron más altos estos eventos en consumidores dependientes ($\bar{X} = 2.48$) que en consumidores dañinos ($\bar{X} = 2.11$) y consumidores sensatos de alcohol ($\bar{X} = 1.43$). En general, los eventos estresantes y el consumo de alcohol se relacionan positiva y significativamente entre los estudiantes universitarios ($r = 0.185$; $p < 0.05$). Por lo cual se puede concluir que existe relación positiva y significativa entre la presencia de eventos estresantes y el consumo de alcohol.

Kim et al. (2014) realizaron un estudio nacional en Norteamérica en 22,147 adultos que bebieron el año previo a la encuesta. El propósito del estudio fue identificar la relación entre los eventos estresantes de la vida y el deseo de beber alcohol en la población general. Los resultados mostraron diferencias significativas de la edad y el número de eventos estresantes reportados el año previo al estudio ($p < .001$). Se observó que aquellos adultos que reportaron 3 o más eventos estresantes aumentan las probabilidades de deseo moderado de consumir alcohol que aquellos que no reportaron

eventos estresantes (OR= 4.33, IC 95% = 2.30, 4.33) y también reportan mayor probabilidad del deseo de consumir alcohol en forma severa (OR = 8.47, IC 95% = 4.78, 15.01). Los acontecimientos estresantes de la vida fueron predictores del deseo severo de consumir alcohol. Por lo tanto, se concluye que existe relación directa entre los eventos estresantes de la vida (tres o más eventos) y el deseo de consumir alcohol.

Villegas-Pantoja, Alonso-Castillo, M., Alonso-Castillo, B. y Guzmán-Facundo (2014) estudiaron la relación de eventos estresantes con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. La población de adolescentes provenía de seis escuelas preparatorias técnicas del área metropolitana de Monterrey, México. La muestra fue probabilística y estratificada con un total de 416 adolescentes participantes. Los adolescentes de preparatoria técnica vivieron alrededor de 28.5 ($DE = 11.7$) eventos estresantes en el último año, sin embargo de forma global el número de eventos estresantes vividos por hombres ($\bar{X} = 28.7$, $Mdn = 28.0$) y mujeres ($\bar{X} = 28.3$, $Mdn = 27.0$) fue muy similar. Se identificó que el puntaje de eventos estresantes de la vida se relacionó con el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico ($r = .226$, $p < .001$).

Barnes (2013), examinó la asociación entre los eventos estresantes, consumo de alcohol y abuso con el alcohol en 601 parejas de Vancouver, Canadá. Los instrumentos utilizados fueron el Family Inventory of Life Events (FILE) el cual examina algunos estresores en el contexto familiar en el último año, el patrón de consumo fue medido por la cantidad de onzas de alcohol consumidas por día, en la última semana y último año y el consumo excesivo de alcohol fue evaluado a través de un auto reporte de la frecuencia de consumir ocho o más bebidas por semana en el año pasado.

Los problemas con el alcohol fueron evaluados por tres instrumentos incluyendo el CAGE, el Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) y la historia reciente de daños ocasionados por el alcohol. Las puntuaciones de los eventos estresantes tanto del padre como de la madre, se correlacionaron significativamente ($r = .45$, $p < .001$). Las

correlaciones evidenciaron que los eventos estresantes de los padres (papás) no se correlacionaron significativamente con alguno de los indicadores de problemas de alcohol de las madres, mientras que los eventos estresantes de las madres se correlacionaron significativamente con el CAGE y MAST de los padres ($r = .08, p < .056$).

En síntesis, se identifica relación positiva significativa del estrés percibido y el consumo de alcohol, al igual que con el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico (Armendáriz et al., 2012; Kim et al., 2014; Villegas et al., 2014).

Estrés Percibido y Espiritualidad

Kidwai, Mancha, Brown y Eaton (2014) realizaron un estudio transversal con el objetivo de evaluar el efecto de la espiritualidad sobre la relación entre los eventos negativos o estresantes de la vida y la angustia psicológica. El estudio se realizó en 1,071 adultos de la comunidad de Baltimore Maryland, EU., seleccionados de manera probabilística de un marco muestral de 175,211. Los resultados indican que los eventos negativos o estresantes de la vida tienen una asociación significativa con el aumento de la angustia en los participantes que presentan un nivel espiritual bajo ($b = 1.23, \beta = .092, p < 0.05$), y no muestran asociación con la angustia en los participantes con nivel espiritual elevado.

Tull, Doswell y Cort (2014) investigaron si la espiritualidad actúa como un atenuante ante el estrés psicosocial y los factores de riesgo metabólicos en 406 inmigrantes afro-caribeños de una población de Estados Unidos. La espiritualidad fue medida a través de la Subescala de Rogers Life Attitude Inventory (LAI), los resultados mostraron relación entre la espiritualidad y la edad ($r = 0.161, p < .01$), y el estado civil (estar casado) ($r = 0.117, p < .05$); sin embargo, no se demostró relación entre la espiritualidad y el estrés psicosocial ($p > .05$).

En síntesis, la espiritualidad se correlaciona positivamente con la edad, y con el estado civil; mientras que los eventos estresantes se asociaron significativa con el

aumento de la angustia en los participantes con un nivel espiritual bajo (Kidwai, Mancha, Brown, & Eaton, 2014; Tull, Doswell, & Cort, 2014).

Estrés y bienestar psicológico

Matus y Barra (2013) investigaron la relación del estrés percibido y el bienestar psicológico en una muestra de cien cuidadoras principales de pacientes con cáncer en fase terminal de un hospital chileno. Para medir el bienestar psicológico utilizaron la escala de bienestar psicológico de Ryff en su versión española (Díaz et al., 2006). Los resultados identificaron relaciones negativas entre el estrés percibido y el bienestar psicológico global ($r = -0.64, p < 0.01$) y cada una de sus dimensiones; destacándose como la relación de mayor magnitud la que hay con la dimensión de Auto aceptación ($r = -0.72, p < 0.01$).

Estrés y codependencia

Fuller y Walner (2000) realizaron un estudio en New Hampshire EU para determinar si los estresores familiares actuaban como predictores de codependencia, en una muestra de 257 alumnos de nivel licenciatura. Los estresores familiares valorados fueron de tres tipos: enfermedades físicas, enfermedades mentales y alcoholismo. Para medir el historial de alcoholismo se utilizó el Michigan Alcoholism Screening (MAST), 1971, la codependencia fue medida a través de la Escala de Codependencia de Spann y Fisher (1991).

Los resultados mostraron que la media de los niveles de codependencia en los miembros de familias estresadas fue alto ($\bar{X} = 46.59, DE = 10.30$), en comparación con las familias no estresadas ($\bar{X} = 43.50, DE = 9.60$); $t [255] = 2.43, p = .016$. En tanto, la puntuación media de los niveles de codependencia ($\bar{X} = 45.86, DE = 10.16$) fue mayor para las mujeres, que los hombres ($\bar{X} = 42.07, DE = 9.07$); $t [255] = 2.87, p = .004$.

Apoyo social y consumo de alcohol

Riquelme y Merino (2002) realizaron un estudio en Chile, con el objetivo de identificar los estilos de afrontamiento más utilizados y efectivos para las familias de

pacientes alcohólicos. La muestra estuvo constituida por un familiar de apoyo por cada familia, que totalizaron 46 personas. Se utilizaron 6 instrumentos incluyendo la Encuesta de Resultados de Apoyo Social (MOS-SSS) de Sherbourne y Stewart (1991). Los resultados mostraron que el apoyo social es significativamente importante para las familiares (femeninas) de pacientes alcohólicos ($\bar{X} = 3.49$, $DE = 2.08$, $p < 0.03$), dado que quizás se deba a la naturaleza sociable de las mujeres y la facilidad de movilizar recursos para enfrentar los problemas.

Concordantemente, resultó tener relación con este estilo el contar con algún familiar cercano al sector de residencia ($p < .009$), lo que probablemente explica la relación estadísticamente significativa que se plantea entre la adopción de este método de enfrentamiento y el pertenecer a grupos comunitarios ($p < 0.02$). La relación que se plantea entre el desarrollo del estilo apoyante y el nivel de proactividad es una de las relaciones esperadas y concordantes en sus planteamientos básicos, ya que un familiar que busca elementos de apoyo, de cualquier tipo, para enfrentar el alcoholismo de un familiar, necesariamente está desarrollando conductas proactivas con el fin de generar mejores oportunidades para su familia.

Garmendia et al. (2008) realizaron un estudio en Chile con el objetivo de analizar la relación entre el apoyo social y la abstinencia del consumo de drogas. El instrumento utilizado para evaluar el grado de apoyo social fue la Encuesta de Resultados de Apoyo Social (MOS-SSS) de Sherbourne y Stewart (1991). La población en el estudio mayoritariamente fueron hombres (76%), con una edad promedio de 32 años. En relación al apoyo social percibido, el promedio de amigos íntimos y familiares cercanos fue de 7.2, el apoyo social resultó ser un factor predictor del no consumo de drogas a los seis meses controlando el efecto de las demás variables. El índice global de apoyo social, mostró un efecto protector en el modelo univariado ($OR = 0.98$; $IC\ 95\% = 0.96, 0.99$) ante la recurrencia del consumo de drogas. Este estudio confirmó que el apoyo social es un factor protector de la recaída del consumo de

drogas, en pacientes que habían alcanzado la abstinencia del consumo, tras seis meses de tratamiento. Se encontró que, por cada punto de incremento en la escala de autopercepción de apoyo social, el riesgo de recaída disminuye en tres puntos porcentuales.

En síntesis, el apoyo social se relaciona significativamente con el género, y con el pertenecer a algún grupo comunitario; además de actuar como un factor protector de la recaída del consumo de drogas (Garmendia et al., 2008; Riquelme & Merino, 2002).

Apoyo social y bienestar psicológico

Barra (2012) realizó un estudio para identificar la influencia del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico en una muestra de 450 estudiantes universitarios de ambos sexos en Chile, los instrumentos utilizados fueron la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Gracia, Herrero y Musitu (2002). Los resultados mostraron una relación positiva y significativa del apoyo social y el bienestar psicológico tanto en los hombres ($r = 0.30, p < .001$), como en las mujeres ($r = 0.35, p < .001$) y en la población en general ($r = 0.32, p < .001$).

Vivaldi y Barra (2012) examinaron las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores de una comunidad chilena. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres. Para medir el bienestar psicológico utilizaron la Escala de Ryff, 1989 y el instrumento utilizado para medir el apoyo social fue la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet. Los resultados mostraron relación significativa entre bienestar psicológico y el apoyo social percibido en ambos géneros ($r = 0.52, p < 0.01$). Además de presentar relaciones significativas en ambos géneros en 3 dimensiones del bienestar psicológico: relaciones positivas ($r = 0.51, p < 0.01$), auto aceptación ($r = 0.48, p < 0.01$) y propósito de vida ($r = 0.46, p < 0.01$). Adicionalmente se identificó que las personas con pareja informaron mayor percepción de apoyo social que las personas sin pareja (con pareja $\bar{X} = 40.87$, sin pareja $\bar{X} = 38.06, p < 0.01$).

Rosa-Rodríguez et al., (2015) estudiaron la relación entre las dimensiones de apoyo social y el bienestar psicológico en una muestra de 768 estudiantes universitarios de pregrado y posgrado de una Universidad Portorriqueña. Utilizaron las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff y el Cuestionario de Apoyo Social MOS. Los resultados mostraron que la escala de auto aceptación tuvo una correlación positiva con la dimensión apoyo emocional ($r_s = .364, p < .001$), e interacción social positiva ($r_s = .369, p < .001$). Relaciones positivas con otros se correlacionó con el apoyo emocional ($r_s = .525, p < .001$), apoyo instrumental ($r_s = .302, p < .001$) e interacción social positiva ($r_s = .466, p < .001$). Por último, la escala de propósito en la vida obtuvo correlaciones moderadas con apoyo emocional ($r_s = .305, p < .001$), e interacción social positiva ($r_s = .321, p < .001$).

En síntesis, se identificó relación positiva y significativa del apoyo social y el bienestar psicológico (Barra, 2012; Rosa et al., 2015; Vivaldi & Barra, 2012).

Espiritualidad y consumo de alcohol

Staton-Tindall, Duvall, Stevens-Watkins y Oser (2013) analizaron la relación entre la espiritualidad y el consumo de alcohol, tabaco y cocaína en 206 mujeres afroamericanas consumidoras de drogas en el último año. Se trató de un estudio por conveniencia en personas pertenecientes al sur del estado de Kentucky, Estados Unidos de América. Los resultados mostraron una relación negativa y significativa entre la espiritualidad y el no consumo de alcohol ($r = - 0.16, p < .05$). Por lo que se concluye que la espiritualidad actúa como un factor protector para el no consumo de alcohol.

Kelly, Stout, Magil, Tonigan y Pagano (2011), examinaron las relaciones entre la espiritualidad/religiosidad y el consumo de alcohol. Se trató de un estudio controlado aleatorizado con grupo control y grupo experimental en 774 personas dependientes al alcohol, la intervención consistió en dar terapia conductual, terapia de mejora de la motivación y el programa de 12 pasos de AA, se realizaron mediciones al inicio del

tratamiento, a los 3, 6, 9, 12 y 15 meses posteriores. Se encontró que la espiritualidad contribuye a la explicación de porcentaje de días de abstinencia ($\beta = 0.30, p < .001$).

Felker (2011) exploró la influencia de la espiritualidad y la auto-trascendencia, sobre el consumo de alcohol en universitarios de Colorado E. U., la muestra estuvo conformada por dos grupos; el grupo uno fueron 80 estudiantes que habían violado la política de conducta de alcohol y drogas de su universidad (grupo de tratamiento obligatorio [TO]) y el segundo grupo (control) conformado por 219 estudiantes reclutados de clases de introducción a la psicología, los cuales recibieron crédito de clase por su participación.

Los resultados mostraron que el grupo TO tuvo mayor media de consumo de alcohol que el grupo control ($\bar{X} = 0.18, DE = 0.12$), ($\bar{X} = 0.06, DE = 0.09$), ($t_{(292)} = - 8.92, p < .001$). El grupo TO reportó problemas con el alcohol más altos que el grupo control ($\bar{X} = 1.37, DE = 0.51$), ($\bar{X} = 1.06, DE = 0.10$) ($t_{(295)} = - 8.92, p < .001$). En el grupo de TO, problemas con el alcohol no se relacionó con la espiritualidad o la auto-trascendencia.

La edad no se relacionó significativamente con la espiritualidad, el nivel de alcohol en la sangre o problemas con el alcohol. Las mujeres fueron significativamente más espirituales que los hombres en el grupo control ($\bar{X} = 4.19, DE = 0.57$), ($\bar{X} = 3.82, DE = 0.88$), ($t_{(217)} = - 3.43, p < .001$). Finalmente, la espiritualidad en las mujeres se relacionó negativa y significativamente tanto con el nivel de alcohol en sangre ($r = - 0.63, p < .005$) como con problemas con el alcohol ($r = - 0.51, p < .003$).

En síntesis, se identifica relación negativa y significativa entre la espiritualidad y el no consumo de alcohol; asociación positiva de la espiritualidad con el porcentaje de días de abstinencia y relación negativa entre la espiritualidad y consumo de alcohol por género (Felker, 2011; Kelly, Staton-Tindall, Duvall, Stevens-Watkins, & Oser, 2013; Kelly, Stout, Magil, Tonigan, & Pagano, 2011).

Espiritualidad y bienestar psicológico

Ureña, Barrantes y Solís (2014) estudiaron la espiritualidad en el trabajo y el bienestar psicológico, en una muestra de 655 funcionarios de ambos sexos de una universidad en Costa Rica. Para medir la espiritualidad utilizaron la Escala de Ashmos y Duchon, 2000 y para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Ryff, en su versión española. Los resultados mostraron que tres de los dominios del bienestar psicológico (auto aceptación, propósito de vida y crecimiento personal) se relacionaron positiva y significativamente con los tres dominios de la espiritualidad (vida interna, significado del trabajo y condiciones comunitarias).

Auto aceptación y significado de trabajo ($r = 0.35, p < .005$), auto aceptación y condiciones comunitarias ($r = 0.26, p < .001$), auto aceptación y vida interna ($r = 0.35, p < .001$); propósito de vida y significado de trabajo ($r = 0.32, p < .005$), propósito de vida y condiciones comunitarias ($r = 0.23, p < 0.05$) y propósito de vida y vida interna ($r = 0.37, p < .001$); en tanto el crecimiento personal y significado del trabajo ($r = 0.14, p < .001$), crecimiento personal y condiciones comunitarias ($r = 0.08, p < .001$) y crecimiento personal y vida interna ($r = 0.16, p < .001$). Adicionalmente se encontró que el dominio autonomía del bienestar psicológico se relacionó positiva y significativamente con el dominio vida interna de la espiritualidad ($r = 0.08, p < .005$).

Morales (2014) estudió la relación entre la espiritualidad y el bienestar psicológico en 387 estudiantes de dos recintos universitarios de la región oeste de Puerto Rico. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario titulado Espiritualidad, Bienestar Físico y Psicológico de los Estudiantes Universitarios (EBFSEU). El cual mostró evidencia de confiabilidad de .89. Los resultados mostraron una relación entre la espiritualidad y el bienestar psicológico ($r = .491, p < .001$), cuanto mayor es la espiritualidad, mayor es el bienestar psicológico; además se encontraron diferencias

significativas de la espiritualidad respecto al género, presentando las mujeres más altos niveles de espiritualidad ($t= 3.57, p < .005$) que los hombres.

En síntesis, se identifica relación positiva y significativa de la espiritualidad y el bienestar psicológico y diferencias significativas de la espiritualidad respecto al género (Morales, 2014; Ureña, Barrantes, & Solís, 2014).

Codependencia y consumo de alcohol

Vargas-Mendoza y Hernández-Herrera (2012) realizaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el porcentaje de codependencia en un grupo de 15 esposas de alcohólicos que acudían a grupos de ayuda mutua Al-Anon en Oaxaca, México. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Codependencia CC-3 de Novales, 2003; los resultados evidenciaron que el 100% de las encuestadas reportaron niveles de codependencia hacía sus parejas alcohólicas, encontrando que un 95% de la muestra total reportó codependencia leve, en tanto que un 5% codependencia moderada.

Noriega, Ramos y Medina-Mora (2008) realizaron un estudio epidemiológico y transversal para medir la prevalencia y los factores de riesgo asociados con la codependencia, en 845 mujeres que acudieron a un centro de atención primaria de salud de la Cd. de México entre septiembre y octubre del 2002. El instrumento utilizado para medir la codependencia fue el Codependency Instrument (ICOD) de Noriega y Ramos, 2002), el cual fue diseñado para detectar posibles casos de codependencia en mujeres mexicanas. Los resultados obtenidos permitieron identificar una tasa de prevalencia de codependencia del 25%.

Las mujeres con un padre con probable dependencia al alcohol tenían 4.7 veces más riesgo de codependencia ($OR = 4.70, p < .001$) que aquellas mujeres sin este tipo de padre. Además, el ser maltratadas físicamente por sus padres incrementó 3.6 veces más el riesgo de codependencia ($OR = 3.64, p < .001$), y el ser maltratadas sexualmente por su padre un 4.1 veces mayor riesgo ($OR = 4.16, p < .001$) que aquellas mujeres sin este

tipo de maltrato. Un hallazgo importante fue que el nivel educacional mayor se asoció con baja probabilidad de presentar codependencia (OR = .544, $p < .006$).

Laizane (2012) realizó un estudio en 315 adolescentes de ambos géneros, estudiantes de secundaria de la Cd. de Riga en Letonia, con el objetivo de investigar en qué medida los hábitos de consumo abusivo de alcohol de los padres, las relaciones de apego a la madre y el padre (la confianza, la comunicación, alienación) y los problemas de comportamiento internalizado y externalizado predecían los niveles de codependencia del adolescente. Para medir la codependencia se utilizó la escala de codependencia (CDE) de Fisher, Spann, & Crawford (1991).

Los resultados mostraron diferencia significativa por género de la variable hábitos de consumo abusivo de alcohol de los padres, las mujeres reportaron mayor intensidad de abuso del alcohol por parte del padre ($U = 8990.0$, $p < .001$) que los varones. De igual modo se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género en los niveles de codependencia ($U = 9982.0$, $p < .001$), las mujeres reportaron puntuaciones más altas que los varones; siendo los principales predictores la ansiedad ($\beta = 0.28$, $p < .001$), el mantenerse alejada de los padres ($\beta = 0.28$, $p < .001$) y la alienación de la madre ($\beta = 0.25$, $p < .001$).

En síntesis, se encontró diferencia significativa entre género y codependencia, además el nivel educacional alto se asoció con baja probabilidad de desarrollar codependencia (Laizane, 2012; Noriega, Ramos & Medina-Mora, 2008; Vargas-Mendoza & Hernández-Herrera, 2011).

Definición de términos

A continuación, se describe la definición de las variables del presente estudio. Los factores sociodemográficos son las características de las personas, incluyen las de tipo biológico como son la edad y género y las de tipo sociocultural que comprende escolaridad, ocupación y religión.

Edad

Es el número de años de vida cumplidos en el momento de la recolección de los datos, expresado por el participante. Esta variable sociodemográfica fue medida en la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA).

Género

Es el equivalente a la diferencia biológica entre hombre y mujer. Esta variable sociodemográfica fue registrada a través de la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA).

Escolaridad

Se refiere al grado académico que haya finalizado el participante y se clasifica en: primaria, secundaria, preparatoria, técnica, profesional y posgrado. Además, se medirá la escolaridad en términos del número total de años de estudio. Esta variable sociodemográfica fue medida a través de la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA).

Ocupación

Se consideran las actividades remuneradas o no remuneradas que realiza el participante. Se clasificará como: estudia, trabaja, estudia y trabaja. Esta variable sociodemográfica fue medida a través de la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA).

Religión

Es la religión que profesa el participante y se clasifica en: católico, cristiano, Testigo de Jehová, otra y ninguna. Esta variable sociodemográfica fue medida a través de la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA).

Incertidumbre

Es la inhabilidad o falta de certeza del familiar principal de la persona dependiente, sobre el futuro de su familiar con dependencia al alcohol. Esta variable fue

medida por medio de la Escala de Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de la Familia (PPUS-FM, 1997).

Peligro (estrés percibido)

Se define como el conjunto de emociones, sentimientos, pensamientos y dificultades que experimenta el familiar de la persona dependiente del alcohol, como resultado de la evaluación que realiza de la falta de certeza sobre el futuro de su familiar con dependencia al alcohol. La medición se realizó a través de la Escala de Estrés Percibido de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983).

Afrontamiento

Actividad cognitiva o conductual que el familiar principal de la persona dependiente del alcohol pueda poner en marcha, con el fin de enfrentarse a situaciones o problemas derivados del consumo de alcohol de su familiar. Definidas para este estudio como espiritualidad y apoyo social.

Espiritualidad

Es la experiencia interna del familiar principal de la persona con dependencia al alcohol que se evidencia por medio de la autoconciencia, las prácticas espirituales, las creencias y las necesidades espirituales, además de tomar la espiritualidad como guía para la toma de decisiones. Fue medida a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986).

Apoyo social

Ayuda, apoyo, consejo, afecto, fortaleza y esperanza que recibe el familiar del dependiente del alcohol de su participación en los grupos de ayuda mutua Al-Anon. Fue medido por medio de la Encuesta de Resultados de Apoyo Social (MOS-SSS) de Sherbourne y Stewart (1991). Así como a través de entrevista individual semiestructurada, donde se abordó el significado y la interrelación de vivir con su familiar dependiente del alcohol, y las situaciones a las que se enfrentaron antes de

tomar la decisión de acudir al grupo de ayuda mutua. De igual modo, como ha sido el apoyo social que han recibido en el programa de Al-Anon.

Adaptación

Para este estudio la adaptación es el bienestar físico, psicológico y social del familiar principal del dependiente del alcohol y el no consumo de alcohol o consumo sensato de alcohol.

Bienestar físico

El bienestar físico está representado como la evaluación del consumo de alcohol por parte del familiar principal y la ausencia de síntomas derivados del consumo de alcohol, por lo que su equivalente sería el consumo sensato de alcohol. Para el presente estudio el consumo sensato equivale a la ingesta de no más de dos bebidas estándar por ocasión de consumo, no más de tres veces por semana en las mujeres y a 4 bebidas estándar por ocasión de consumo, no más de tres veces por semana en los varones. Fue medido mediante el AUDIT De la Fuente y Kershenovich (1992).

Bienestar psicológico

Es el funcionamiento mental y emocional positivo del familiar de la persona dependiente del alcohol que se muestra en auto aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff, 1989). Fue medido a través de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989).

Bienestar social

Se refiere a la valoración que hace el familiar de la persona dependiente del alcohol, sobre las circunstancias y su funcionamiento dentro de la sociedad. Se midió a través de la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998).

No adaptación

La no adaptación se traduce en no bienestar y para ello se considera la codependencia y el consumo de alcohol dependiente o dañino por parte del familiar del dependiente del alcohol.

Codependencia

Condición psicosocial del familiar principal, manifestada a través de un patrón disfuncional de interacción con el familiar con dependencia del alcohol y que se caracteriza por extrema focalización hacia su familiar, escasa expresión de los sentimientos propios e intentos por buscar una definición personal a través de su familiar con dependencia al alcohol. Para medirlo se empleó la Escala de Codependencia ECD (Fischer, Spann, & Crawford, 1991).

Consumo de alcohol dependiente y dañino

Se evaluó de acuerdo a la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, así como de la presencia de algunos síntomas o consecuencias derivadas de dicho consumo. Fue referido por el familiar de la persona dependiente del alcohol que acude a grupos de ayuda mutua Al-Anon al momento de la entrevista.

El consumo dependiente o de riesgo equivale a la ingesta de cuatro a nueve copas por ocasión en los varones, en tanto que en las mujeres es de tres a cinco copas por ocasión, además de que hayan dejado de realizar actividades por consumir alcohol; referente al consumo dañino o perjudicial, ocurre cuando las mujeres ingieren en un día típico seis o más copas, mientras que en los hombres el consumo haya sido de diez o más copas y que algún amigo, familiar o personal de la salud, le hayan manifestado preocupación por su forma de consumir alcohol y fue medido mediante la prueba del AUDIT De la Fuente y Kershenobich (1992).

Objetivo general

Determinar la capacidad explicativa del modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.

Objetivos específicos

1. Identificar la relación que existe de la incertidumbre y el estrés percibido.

2. Verificar la relación que existe del estrés percibido con el apoyo social y la espiritualidad.
3. Determinar la relación de la espiritualidad y el apoyo social con el bienestar físico, psicológico y social.
4. Determinar la relación de la espiritualidad y el apoyo social con el no bienestar físico (consumo de alcohol dependiente o dañino y codependencia).
5. Determinar la relación de las características sociodemográficas con la incertidumbre y estrés percibido.
6. Identificar la relación de las características sociodemográficas con el apoyo social y la espiritualidad.
7. Comprender desde la experiencia de los familiares de la persona dependiente del alcohol, el significado y el proceso que viven desde el inicio de la dependencia al alcohol de su familiar, la búsqueda de ayuda y el apoyo social que reciben en los grupos Al-Anon.

Hipótesis

- H¹. La incertidumbre tiene efecto positivo sobre el estrés percibido.
- H². El apoyo social tiene efecto negativo sobre el estrés percibido.
- H³. La espiritualidad tiene efecto negativo sobre el estrés percibido.
- H⁴. El apoyo social y la espiritualidad afectan positivamente el bienestar físico (consumo sensato de alcohol), psicológico y social.
- H⁵. El apoyo social y la espiritualidad afectan negativamente el no bienestar físico (consumo dependiente, dañino de alcohol y codependencia).

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se reportan los aspectos metodológicos que fueron considerados en la realización del presente estudio, donde se incluye: el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, instrumentos de medición, procedimientos para la recolección de información, consideraciones éticas y análisis de datos.

Diseño del Estudio

El presente estudio es mixto, con un diseño explicativo-secuencial (Creswell, 1999; Ivankova, Creswell, & Stick, 2006) donde se inició con la fase cuantitativa seguida por la fase cualitativa y al final se conectaron los datos entre las dos fases. El componente cuantitativo fue guiado bajo un diseño de comprobación de modelo, debido a que el propósito del estudio fue proponer un modelo explicativo donde las variables espiritualidad y apoyo social predicen la conducta de bienestar o no bienestar (Burns & Grove, 2005, 2009). En el componente cualitativo dado que el marco interpretativo es el Interaccionismo Simbólico (IS), se utilizó el método de la Teoría Fundamental (interpretación continua y comparación de contrastes) y su fuente de recolección de datos fue a través de entrevista individual semiestructurada, para lo cual se realizaron 10 entrevistas, con lo cual se alcanzó la saturación de los datos o temáticas.

La triangulación metodológica de los dos métodos y fuentes de datos, permite aumentar la validez y fiabilidad de los resultados, además de ofrecer la oportunidad de sintetizar y analizar los resultados derivados de la utilización de múltiples métodos en una interpretación válida y coherente (Burns & Grove, 2009; Taylor & Bogdan, 1990; Strauss & Corbin, 2002).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por familiares de personas dependientes del alcohol, con edades entre 18 a 70 años que acuden a los Grupos Al-Anon de los municipios de Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo y Victoria Tamaulipas. El muestreo

fue de tipo censal (grupo Al-Anon). El tamaño de la muestra se determinó con el paquete estadístico nQuery Advisor® 7.0 (Elashoff, 2007). Se estimó para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 6 a 8 variables con un nivel de significancia de .05, con una potencia de .90 y un efecto de diseño de .12, lo cual es considerado un efecto entre mediano y grande (Cohen, 1988); obteniéndose un total de la muestra de 135 sujetos.

Para el componente cualitativo se utilizó el muestreo teórico, que consiste en recolectar datos que emergen en las realidades, como producto de la construcción que realizan los participantes sobre el el significado y el proceso que viven desde el inicio de la dependencia al alcohol de su familiar, la búsqueda de ayuda y el apoyo social que reciben en los grupos Al-Anon, hasta llegar a la saturación (Glaser & Strauss, 1967). Se realizaron 10 entrevistas individuales semiestructuradas, con lo cual se logró la saturación.

Criterios de Inclusión

Ser mayor de 18 años y tener un año o más tiempo de participar en alguno de los grupos de ayuda mutua Al-Anon.

Instrumentos de Medición

En este apartado se describen los instrumentos de medición que se utilizaron para la recolección de la información. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol (CDPYPCA) (Apéndice A), ocho instrumentos y una guía de preguntas semiestructuradas para entrevistas individuales (componente cualitativo). La CDPYPCA estuvo conformada por siete reactivos que indagan sobre datos biológicos y socioculturales los cuales incluyen edad, género, escolaridad, ocupación y religión. En un segundo apartado se indaga la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días. Además de una guía de preguntas acerca del consumo de alcohol de su familiar dependiente.

Para medir la variable incertidumbre se utilizó la escala de percepción de incertidumbre en padres y miembros de la familia (Apéndice B) (PPUS-FM) de Mishel (1997). La escala originalmente fue diseñada para medir la incertidumbre en personas adultas de Norteamérica con enfermedades graves. La autora posteriormente diseñó una escala para pacientes con enfermedades ambulatorias, para padres de niños con enfermedades graves, y finalmente la escala para medir la incertidumbre para padres y familiares de personas con enfermedades crónicas. La escala mide cuatro dimensiones de la incertidumbre en padres o familiares de personas con enfermedades crónicas. Los cuatro dominios incluyen la ambigüedad (reactivos 3, 4, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24 y 25), la falta de claridad (reactivos 2, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 29, y 31), la falta de información (reactivos 1, 12, 26, 28, y 30) y la imprevisibilidad (reactivos 11, 19, 23 y 27). Está conformada por 31 reactivos en una escala tipo likert con 5 opciones de respuesta, donde 1 equivale a totalmente en desacuerdo, 2 desacuerdo, 3 indeciso, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo. La escala tiene como puntaje global máximo 155 puntos y mínimo 31; donde a mayor puntaje mayor nivel de incertidumbre. La escala clasifica el nivel de incertidumbre percibida en función de tres puntos de corte de la siguiente forma: bajo nivel de incertidumbre < 62 puntos, regular nivel de incertidumbre entre 62 y 93 puntos y alto nivel de incertidumbre > 93 puntos.

Para este estudio solamente fueron utilizados 28 reactivos en virtud de la temática del estudio, por lo que la escala se evaluó de la siguiente forma: el puntaje global máximo fue de 140 puntos y el mínimo de 28; donde a mayor puntaje, mayor incertidumbre. Los niveles de incertidumbre consideraron los tres puntos de corte a partir de la eliminación de tres reactivos que no correspondían a la temática y estos fueron clasificados de la siguiente forma: bajo nivel de incertidumbre < 53 puntos, regular nivel de incertidumbre entre 53 y 84 puntos y alto nivel de incertidumbre > 84 puntos.

El instrumento ha sido utilizado en población estadounidense, en padres de niños con afecciones no diagnosticadas obteniendo un Alpha de Cronbach de .86 para la escala total (Madeo, O'Brien, Bernhardt, & Biesecker, 2012); en familiares de pacientes transferidos a la unidad de cuidados intensivos se reporta un Cronbach de .92 (Mitchell, 2003) y en población mexicana en padres de niños con cáncer reportando un Alpha de Cronbach de .90 (Nájera, Ledezma, Patiño, & Galicia, 2010).

El segundo instrumento a utilizar fue la Escala de Tensión Percibida (PSS) (Apéndice C), la cual fue diseñada por Cohen et al. (1983), para medir el grado en el cual los acontecimientos y circunstancias son percibidas como estresantes, la escala está conformada por 14 reactivos. Las calificaciones del PSS se obtienen invirtiendo las calificaciones de siete de los ítems positivos a negativos, las preguntas 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 son los ítems señalados positivamente que requieren conversión. La escala tiene cinco opciones de respuesta que van desde nunca con valor 1, casi nunca con valor 2, algunas veces con valor 3, frecuentemente con valor 4 y siempre con valor 5. La escala total tiene un valor mínimo de 14 y máximo de 70 puntos, lo que significa que a mayor puntuación mayor estrés. Estos reactivos se transformaron en índice con valor de cero a cien.

La escala fue diseñada para su utilización en población general y puede usarse también en población específica. Se aplicó por los autores en jóvenes preuniversitarios de la Universidad de Oregon, reportando un Alpha de Cronbach de .86 (Cohen et al. 1983); de igual modo fue utilizado en un estudio realizado en México, para identificar el nivel de estrés de los padres al recibir el diagnóstico de cáncer de sus hijos reportando una Alpha de Cronbach de .84 (Moral & Martínez, 2009) y en una muestra de amas de casa mexicanas para medir el estrés, obteniendo un Alpha de Cronbach de .82 (Moral, González, & Landero, 2011).

El apoyo social fue medido a través del Cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) de Sherbourne y Stewart (1991), el cual fue

diseñado para medir el apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas en población norteamericana. La escala fue adaptada al español por Londoño et al., 2012 (Apéndice D) siguiendo los mismos conceptos del apoyo social de la escala original. Mide el apoyo social en su dimensión estructural (el tamaño de la red social) y funcional (la utilidad que ésta tiene). El instrumento consta de 20 reactivos donde el primer reactivo se evalúa con porcentajes, el resto del instrumento se presenta en una escala likert con 5 opciones de respuesta que van desde nunca (con un valor de 1) hasta siempre (con valor de 5), la escala permite obtener una puntuación por cada dimensión.

De acuerdo al análisis factorial realizado por Londoño et al. (2012), la estructura con tres dimensiones tiene mejor valor estadístico. El factor 1 está constituido por los ítems 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18 y 19 y correspondería al denominado apoyo emocional/informacional, el factor 2 corresponde a los ítems 6, 10 y 20 y es el denominado apoyo afectivo. Finalmente, el factor 3 está formado por los ítems 2, 5, 12, 15 y conforman el apoyo instrumental. En la versión original de la escala publicada por Sherbourne y Stewart (1991) que se encuentra en idioma inglés, la escala tiene 4 dimensiones. Sin embargo, en el estudio de Londoño, et al. (2012) los ítems que en la versión original del cuestionario formaban la dimensión de interacción social positiva se incorporan en su totalidad a la dimensión de apoyo emocional/informacional. El primer reactivo se evalúa con porcentajes y el puntaje global de apoyo máximo es de 95, con valor medio de 57 y un mínimo de 19, donde entre mayor sea la puntuación, mayor es el apoyo social percibido.

El instrumento fue utilizado en población colombiana (Londoño et al., 2012) reportando un Alpha Cronbach de .94; en Chile para estudiar la violencia en la pareja, el apoyo social y el bienestar psicológico en adultos jóvenes, obteniendo un Alpha de Cronbach de .95 para la escala total (García et al., 2014); y en México fue utilizado para medir el apoyo social en adultos mayores, mostrando un Alpha de Cronbach de .91 (Morales, 2014).

La variable espiritualidad fue medida a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), (Apéndice E) elaborada por Reed (1986), para medir la visión espiritual de una persona y las interacciones relacionadas con la espiritualidad. Consta de 10 enunciados que se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, dónde a mayor puntaje mayor espiritualidad, las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca, 2) Menos de una vez al año, 3) Mas o menos una vez al año, 4) Mas o menos una vez al mes, 5) Mas o menos una vez a la semana y 6) Mas o menos una vez al día. Las preguntas del 5 al 10 son respondidas de la siguiente manera: 1) Extremadamente en desacuerdo, 2) Desacuerdo, 3) En desacuerdo más que en acuerdo, 4) De acuerdo más que en desacuerdo, 5) De acuerdo y 6) Extremadamente de acuerdo.

La escala mide un conocimiento de sí mismo, un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo. El instrumento se basa en la conceptualización de espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos donde se aumenta la conciencia de la mortalidad. El instrumento consta de una subescala denominada prácticas espirituales (1 al 4), y otra subescala denominada creencias espirituales (del 5 al 10); ambas se califican en un rango de 1 a 6, para un puntaje total de 24 la primera subescala y 36 la segunda. El puntaje de la escala total oscila entre 10 a 60 puntos, donde a mayor puntaje mayor espiritualidad.

El instrumento ha mostrado consistencia interna aceptable, fue utilizado para medir el nivel de bienestar espiritual y fortaleza relacionada con la salud en adultos mayores de una población mexicana, reportando un Alpha de Cronbach de .97 (Whetsell, Frederickson, Aguilera, & Maya, 2005) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de Tampico y Madero Tamaulipas .89 (Zavala, Martínez, & Whetsell, 2006); en estudiantes universitarios Latinos y no Latinos en el Suroeste de los Estados Unidos. 89

(Campesino, Belyea, & Schwartz, 2009) y en Cali, Colombia en una población de mujeres que reportaron maltrato .90 (Canaval, González, & Sánchez, 2007).

Para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) la cual se desarrolló con el propósito de medir el bienestar psicológico en adultos de Norteamérica. Fue adaptada y validada al idioma español por Díaz et al., 2006 (Apéndice F). El instrumento adaptado cuenta con un total de seis subescalas y 29 enunciados que se responden en una escala tipo likert, con opciones de respuesta que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo), donde a mayor puntuación mayor bienestar psicológico. Las subescalas están conformadas de la siguiente manera: auto aceptación, ítems 1, 7, 17, 24; relaciones positivas, ítems 2, 8, 12, 22 y 25; autonomía, ítems 3, 4, 9, 13, 18 y 23; dominio del entorno, ítems 5, 10, 14, 19 y 29; propósito de vida, ítems 6, 11, 15, 16 y 20 y crecimiento personal, ítems 21, 26, 27, 28.

De acuerdo al análisis factorial realizado por Díaz et al. (2006) a través de la comprobación de seis modelos teóricos; la reducción de la estructura del nuevo instrumento de 39 a 29 ítems, facilita su aplicación en diferentes ámbitos y mejora las propiedades psicométricas de las versiones originales en inglés.

La escala en la versión al español Díaz et al. (2006) mostró una consistencia interna aceptable, con valores comprendidos entre .70 y .84 para sus seis subescalas; además el instrumento fue utilizado en Chile por Barra (2012), en una población de jóvenes universitarios, y en un estudio realizado en docentes y alumnos de cuatro instituciones privadas de Iquique, Chile (Leal-Soto, Ramírez, & Valdivia, 2014) reportando un Alpha de Cronbach de .85 y .87 respectivamente.

El bienestar social fue medido a través de la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998) fue desarrollada con el propósito de valorar las circunstancias y el funcionamiento de los individuos dentro de la sociedad (Apéndice G). Posteriormente fue adaptada al español por Blanco y Díaz (2005) de acuerdo al análisis factorial

realizado por los autores, el modelo teórico de cinco factores propuesto, mostró un ajuste relativamente bueno con los datos. La escala consta de 25 ítems y evalúa la percepción que las personas tienen sobre cinco aspectos del entorno social que facilitan su bienestar psicológico: integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social. La forma de respuesta se basa en una escala tipo likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Para el análisis de sus puntuaciones en esta escala, se deben invertir las puntuaciones de los ítems: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24 y 25. Para evaluar la escala se suman los ítems según las sub-dimensiones y se dividen por el número total de ítems de esa dimensión.

El Alpha de Cronbach del total de la escala en español (Blanco & Díaz, 2005) es de .86; en tanto que para la dimensión de aceptación .83, coherencia .68, integración .69, contribución .70, y actualización .79; además fue utilizado en la comunidad de Guipúzcoa, España en docentes de educación primaria obteniendo un Alpha de Cronbach de .88 para la escala total y para la dimensión de aceptación .84, coherencia .71, integración .74, contribución .77 y actualización .67. (Alonso & Martínez, 2011).

Para medir la codependencia se empleó la Escala de Codependencia (ECD) de Fischer, Spann, & Crawford, (1991). Según las autoras, fue desarrollado con el propósito de contar con un instrumento fiable que mida la codependencia (Apéndice H). Se trata de un instrumento breve de autoinforme que se compone de 16 ítems, los cuales se contestan empleando una escala likert de 6 puntos va desde 1 muy en desacuerdo, 2 moderadamente en desacuerdo, 3 ligeramente en desacuerdo, 4 ligeramente de acuerdo, 5 moderadamente de acuerdo y 6 muy de acuerdo. La puntuación total oscila de 16 a 96 puntos y cuanto más alta sea la puntuación, mayor es la codependencia. Se establecieron como parámetros 67.2 puntos = alta codependencia y 37.3 puntos = baja codependencia.

Los autores examinaron la confiabilidad y validez del instrumento en una muestra de 236 sujetos voluntarios, constituidos por 192 estudiantes, 30 miembros de

Al-Anon y 14 pertenecientes a un grupo de codependientes anónimos. Obteniendo un Alpha de Cronbach de .86 (Fischer, Spann, & Crawford, 1991); en población peruana la escala mostro una confiabilidad aceptable de .77 en una muestra de 155 familiares de personas dependientes del alcohol (Guevara, 2002); de igual modo, la escala fue utilizada en Argentina por Biscarra, Brandariz y Cremona (2009), en familiares de personas en tratamiento por dependencia al alcohol y en miembros de grupos de autoayuda Al-Anon (n=45) reportando un Alpha Cronbach de .81 para la escala total.

El consumo de alcohol fue medido a través del Cuestionario de Identificación de Desordenes por Uso de Alcohol (AUDIT) elaborado por Babor (1989), con el propósito de detectar el consumo excesivo de alcohol. El instrumento fue adaptado a población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992). Consta de diez reactivos que examinan el uso de alcohol durante los últimos doce meses y sus consecuencias (Apéndice I). Consta de tres dominios, los reactivos del 1 al 3 determinan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol; los reactivos del 4 al 6 exploran la posibilidad de que exista dependencia al alcohol y los reactivos del 7 al 10 exploran el consumo dañino de alcohol. La escala oscila de 0 a 40 puntos, donde a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol. Si se obtiene un valor de 1 a 3 se considera un consumo sin riesgo (consumo sensato), si se obtienen de 4 a 7 puntos se tiene problemas con el consumo (consumo dependiente) y si se registran de 8 a 40 puntos se considera un consumo con riesgo elevado o consumo dañino.

Los autores de este instrumento reportaron una sensibilidad de 80% y una especificidad de 89% en población mexicana. Además, el AUDIT ha sido utilizado en México para medir el consumo de alcohol en adolescentes, en estudiantes universitarios, en personal de salud y en trabajadores de la industria maquiladora de Matamoros, Tamaulipas. Así como en población chilena. En estos estudios se ha reportado un Alpha de Cronbach de .77, .84, .89, .83 y .84 respectivamente (Armendáriz et al., 2012; Castillo-Carniglia et al., 2014; Hinojosa & Alonso, 2012; Villegas et al., 2014).

La guía de la entrevista semiestructurada estuvo conformada por tres preguntas de final abierto, que abordan las preguntas claves para comprender, desde la experiencia de los familiares principales de las personas dependientes del alcohol el significado y el proceso que viven desde el inicio de la dependencia al alcohol de su familiar, la búsqueda de ayuda y el apoyo social que reciben en los grupos de ayuda mutua Al-Anon (Apéndice J).

Procedimiento de Recolección de Datos

En primer término, se obtuvo la aprobación de las Comisiones de Investigación y de Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se solicitó la autorización de los coordinadores de los grupos Al-Anon de Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo y Victoria Tamaulipas, ya que cada grupo es independiente. Se les dio a conocer el propósito del estudio, los instrumentos, el tiempo de recolección de los datos para cada uno de los tres momentos (dos para los datos cuantitativos y uno más para los cualitativos). Además de solicitarles el área donde habitualmente se reúnen para que ahí fueran recolectados los datos, considerando que por ser un espacio conocido por ellos se sentirían cómodos. De igual modo les fueron aclaradas dudas acerca del estudio. Debido a que no se lleva un registro exacto de los miembros, se les solicitó un aproximado de asistentes por cada grupo, siendo éste de entre 5 a 8 participantes por grupo.

Posteriormente se realizó un acercamiento con los integrantes de cada grupo de Al-Anon con el fin de hacer la introducción al campo. Se acudió al lugar donde sesionan y se hizo la invitación para participar en el estudio, se invitó al total de los integrantes que estaban presentes y mediante una explicación clara y concisa se les dio a conocer los objetivos y formas de medición del estudio. Se les explicó lo referente al consentimiento informado y se hizo énfasis en la importancia de su participación en el estudio y de las consideraciones éticas acerca del anonimato y la confidencialidad al momento de aceptar ser parte del estudio. Se les entregó el consentimiento informado para el componente

cuantitativo (Apéndice K) y se les solicitó que lo leyeran y firmaran en caso de que aceptar participar.

La recolección de datos se llevó a cabo en tres momentos dado el número de instrumentos que se aplicaron; dos para los datos cuantitativos y uno más para los datos cualitativos. La recolección de datos se llevó a cabo por el investigador principal, en el primer momento de la recolección fueron aplicados la CDPYPCA y cuatro de los instrumentos. Los primeros cuatro instrumentos que se aplicaron fueron la escala de incertidumbre, el instrumento de estrés percibido, la encuesta de apoyo social y la escala de espiritualidad.

Se les entregó de manera individual un sobre color amarillo que contenía la CDPYPCA y los primeros cuatro instrumentos, al cual se le proporcionó un código que solo el investigador principal y el informante conocían a fin de respetar el anonimato, y así poder relacionarlo con las mediciones posteriores. Al término del llenado de los primeros cuatro instrumentos, se acordó la fecha y hora para la siguiente reunión con el objetivo de llenar los cuatro instrumentos restantes; la escala de bienestar psicológico, la escala de bienestar social, el instrumento de codependencia y el instrumento AUDIT. Al final de la segunda reunión se les hizo una invitación como recordatorio a participar en la entrevista semiestructurada, indicando que sería en forma individual, además del día, lugar, horario y la duración aproximada de la misma.

En el tercer momento de recolección se realizaron las entrevistas semiestructuradas, cada una en forma individual. Previo al inicio de la entrevista, se dio la bienvenida, se ubicó en un espacio procurando fuera cómodo y evitando distracciones externas. Se entregó un segundo consentimiento informado para el componente cualitativo (Apéndice L), donde se les explicó el objetivo, el procedimiento y el tiempo de desarrollo de la entrevista, el cual se calculó entre 30 y 45 minutos.

Una vez firmado el consentimiento, se les dio a conocer la metodología que se seguiría durante la entrevista, dejando en claro que no existen opiniones o respuestas

correctas o incorrectas. Se les solicitó su autorización para poder audio grabar la entrevista, indicando que la grabación será eliminada tan pronto se capturen los datos. Se les señaló que posteriormente se realizaría la captura de los datos en donde sus relatos nunca serían identificados con sus nombres. Al concluir la entrevista, se les agradeció su aportación y colaboración en el estudio. Una vez realizada la captura de los datos, tanto éstos como los instrumentos del componente cuantitativo serán resguardados por el autor principal por un lapso de 12 meses y posteriormente serán destruidos.

La entrevista estuvo orientada a recolectar datos sobre el significado y el proceso que viven desde el inicio de la dependencia al alcohol de su familiar, la búsqueda de ayuda y el apoyo social que reciben en los grupos Al-Anon. Así como sus percepciones, actitudes, opiniones, experiencias ya vividas, y de igual modo los proyectos de futuro. La entrevista es una técnica personal, que permite la recolección de la información. En donde el informante expresa o comparte oralmente y por medio de una relación interpersonal con el investigador su saber (opiniones, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes) respecto de un tema o hecho (Martínez, 2011). Se enfocó hacia la guía de preguntas semiestructurada, sin que ésta fuera una limitante se dejó fluir la información que brindaba el participante tocando incluso aquellos temas que eran de significancia para él. La guía semiestructurada abordó la experiencia de vivir con su familiar dependiente del alcohol y las situaciones a las que se enfrentaron antes de tomar la decisión de acudir al grupo de ayuda mutua, así como también como ha sido el apoyo social que han recibido en el programa de ayuda mutua Al-Anon.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987) en el cual se establece para el desarrollo de investigación en salud, se deben contemplar aspectos éticos que

garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos, en los artículos que a continuación se mencionan.

Se consideró lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe permanecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se respetó la decisión de las personas a participar o no en la investigación, así mismo se otorgó un trato profesional de respeto y consideración a su persona. Se acató lo estipulado en el Artículo 18, donde declara que el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, cuando el participante así lo manifieste o cuando presente eventualmente emociones negativas, volviendo a reiniciar la recolección cuando el participante así lo decida, esta situación prevista no se presentó.

Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, el desarrollo de la investigación se llevó a cabo posteriormente a la autorización de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y del personal responsable de cada grupo de ayuda mutua Al-Anon. De acuerdo al Artículo 16, se establece la protección a la privacidad del participante, para lo cual se contó con un espacio designado por la persona responsable de cada grupo Al-Anon, donde el participante se sintió cómodo y en completa libertad de contestar, cuidando en todo momento la confidencialidad y el anonimato.

Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio es considerado de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención sobre variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los participantes. Sin embargo, se utilizaron instrumentos que podrían causar emociones negativas, por lo que se tuvo previsto la suspensión temporal de la recolección de los datos, para retomarse cuando el participante así lo decidiera, lo anterior no se presentó.

Para que los dos consentimientos informados, tanto del componente cuantitativo como cualitativo tuvieran validez se acató lo estipulado en el Capítulo I, Artículo 20 y

21 en sus Fracciones VI, VII, VIII. En la Fracción VI se garantizó al participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información; de acuerdo a la Fracción VII, se informó al participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición en el grupo; y en la Fracción VIII se protegió la confidencialidad y el anonimato del sujeto al no identificarlo por su nombre.

Por último, se respetó lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57 y 58 que señalan que los participantes son un grupo subordinado. La participación fue de forma voluntaria y no fue influenciada por ninguna autoridad, además se garantizó que los resultados no serían utilizados para causarles algún perjuicio de su persona, ya que se mostrarán de forma general y nunca individualmente.

Análisis de Datos

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 21.0 para Windows (Arbuckle, 2007). Primeramente, se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach. Posteriormente se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas se realizó mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. Para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas se aplicó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, y decidir el uso de pruebas estadísticas paramétricas o no paramétricas que permitan dar respuesta a los objetivos e hipótesis.

Se obtuvieron Coeficientes de Correlación de Spearman (de acuerdo a la no normalidad de las variables) para identificar las relaciones entre las variables del estudio, de igual modo se realizaron Modelos de Regresión Lineal Simple, Regresión Logística y Modelos de Regresión Lineal Multivariante con el fin de determinar los efectos de las variables independientes sobre las dependientes.

Para dar respuesta a los objetivos se procedió de la siguiente manera: para el primer objetivo que señala identificar la relación que existe de la incertidumbre y el estrés percibido, y el segundo objetivo que enuncia verificar la relación que existe del estrés percibido con el apoyo social y la espiritualidad se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, de acuerdo a los resultados de la prueba de normalidad. Para los objetivos tres y cuatro que respectivamente expresan; determinar la relación de la espiritualidad y el apoyo social con el bienestar físico, psicológico y social; así como determinar la relación de la espiritualidad y el apoyo social con el no bienestar físico, fue utilizado el Coeficiente de Correlación de Spearman, de acuerdo a los resultados de la prueba de normalidad.

Para dar respuesta a los objetivos cinco y seis que señalan determinar la relación de las características sociodemográficas con la incertidumbre y estrés percibido e identificar la relación de las características sociodemográficas con el apoyo social y la espiritualidad, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para dar respuesta al objetivo siete que expresa, comprender desde la experiencia de los familiares de la persona dependiente del alcohol, el proceso que viven desde el inicio de la dependencia al alcohol de su familiar, la búsqueda de ayuda y el apoyo social que reciben en los grupos Al-Anon. Se efectuó el análisis cualitativo de forma artesanal, considerando la teoría fundamentada y la definición de las temáticas principales según el análisis de contenido. Se inició abriendo el texto, se continuó con el microanálisis o análisis línea por línea de los contenidos derivados de las narraciones de las entrevistas semiestructuradas y posteriormente, se realizó el proceso de codificación y categorización que plantea el análisis de contenido que comprende la reducción de los datos de acuerdo con los códigos, las categorías y, por último, se definieron las temáticas y las categorías principales.

Para verificar cada una de las cinco hipótesis de estudio que respectivamente señalan: la incertidumbre tiene efecto positivo sobre el estrés percibido, el apoyo social

tiene efecto negativo sobre el estrés percibido, la espiritualidad tiene efecto negativo sobre el estrés percibido, el apoyo social y la espiritualidad afectan positivamente el bienestar físico, psicológico y social y el apoyo social y la espiritualidad afectan negativamente el bienestar físico. Se utilizó un Modelo de Regresión Lineal Simple, Modelo de Regresión Logística y Multivariante, considerando controlar variables mediadoras como la edad, escolaridad, ocupación, religión y tiempo de pertenecer al grupo Al-Anon.

La comprobación de modelo se llevó a cabo a través de Modelos de Regresión Logística y Multivariante, lo cual permitió conocer los efectos y las relaciones entre las variables propuestas en el modelo.

Finalmente se realizó la triangulación deductiva de los datos, mediante la combinación entre dos métodos (between methods-across-methods) Quan a Qual; donde se inició con el análisis de los datos de la fase cuantitativa; seguida por el análisis e interpretación de los datos cualitativos y en una segunda fase, los datos obtenidos de ambas fases se integraron y complementaron.

La triangulación es una herramienta que permite la complementariedad entre métodos. Además de conferirle a un estudio rigor, profundidad, complejidad y permite dar grados variables de consistencia a los hallazgos. A la vez permite aumentar la validez y comprensión de un fenómeno (Patton, 2002).

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados del estudio Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon. El estudio se llevó a cabo en 135 sujetos miembros de grupos Al-Anon de los municipios de Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo y Victoria Tamaulipas. Los datos se ordenan de la siguiente forma: En primera instancia se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio, seguido a esto se reporta la estadística descriptiva, la cual incluye frecuencias y proporciones de los datos sociodemográficos y de las variables del estudio. Finalmente se muestra la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Para la estadística inferencial se obtuvieron índices, la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de los datos, posteriormente se obtuvieron los Coeficientes de Correlación de Spearman y se ajustaron Modelos de Regresión Lineal Simple, Modelos de Regresión Logística y Modelo Lineal General Multivariante. Posteriormente se presentan los resultados del componente cualitativo del estudio, describiendo los temas que emergieron, categorías y códigos vivos.

Confiabilidad de los Instrumentos

Para determinar la consistencia interna de los instrumentos utilizados, se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach, en la tabla 1 se observa que el total de los instrumentos reportaron consistencia interna aceptable (Silva, 2004).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	<i>n</i>	Reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de Incertidumbre (PPUS-FM)	135 ^{n^a}	1 - 28	.90
Escala Tensión Percibida (PSS)	135 ^{n^a}	1 - 14	.88
Encuesta de Apoyo Social (MOS-SSS)	135 ^{n^a}	1 - 20	.95
Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)	135 ^{n^a}	1 - 10	.87
Escala Bienestar Psicológico (EBP)	135 ^{n^a}	1 - 29	.95
Escala de Bienestar Social (EBS)	135 ^{n^a}	1 - 25	.92
Escala de Codependencia (ECD)	135 ^{n^a}	1 - 16	.95
AUDIT	91 ^{n^b}	1 - 10	.77

Nota: n^a = muestra total del estudio, n^b = muestra parcial del estudio que refirió consumo de alcohol en el último año

Estadística Descriptiva

En esta sección se informa sobre las características sociodemográficas de la muestra del estudio. La tabla 2 muestra que el mayor porcentaje de los participantes fueron mujeres (98.5%) y solo un 1.5% de hombres; respecto al rango de edad la mayor proporción se encuentra en el rango de los 51 a 60 años (31.1%), seguido por el rango de los 41 a 50 años (26.7%), y solo un 5.2% de las participantes se ubicaron en el rango de los 18 a 30 años. En relación al nivel de escolaridad, el 24% de la muestra cuenta con estudios de preparatoria, seguido por los estudios de secundaria 23%, mientras que un importante porcentaje (20.0%) de los participantes cuentan con estudios profesionales. En cuanto a la ocupación, el 56.3% trabajan, un 25.9% son amas de casa y solo un 6.7% mencionaron estudiar y trabajar. En relación a la religión, el mayor porcentaje de la muestra mencionó profesar la religión católica (70.4%), seguido por los cristianos con un total de 23 participantes (17.0%).

Tabla 2

Características sociodemográficas

Características	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	2	1.5
Femenino	133	98.5
Edad		
18 a 30 años	7	5.2
31 a 40 años	28	20.7
41 a 50 años	36	26.7
51 a 60 años	42	31.1
61 y más	22	16.3
Escolaridad		
Primaria	14	10.4
Secundaria	31	23.0
Preparatoria	33	24.4
Técnica	25	18.5
Profesional	27	20.0
Posgrado	5	3.7
Ocupación		
Trabaja	76	56.3
Trabaja y estudia	9	6.7
Jubilada	15	11.1
Ama de casa	35	25.9
Religión		
Católica	95	70.4
Cristiana	23	17.0
Testigo de Jehová	2	1.5
Otra	8	5.9
Ninguna	7	5.2

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 135

La tabla 3 muestra el análisis de los datos descriptivos de la Escala Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de Familia, posterior a sumar las opciones en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, más de la mitad de los participantes (57.1%) mencionaron no saber lo que está mal con su familiar, de igual forma, posterior a sumar las opciones de acuerdo y totalmente de acuerdo 48.9% refirieron tener muchas preguntas sin respuesta, mientras que el 40.7% están de acuerdo en que no están seguros si la enfermedad (dependencia al alcohol) está mejorando o empeorando.

Destaca que un 62.2% menciono estar de acuerdo en que les preocupa el dolor y sufrimiento de su familiar, el 57.8% señaló estar en desacuerdo en cuanto a que la explicación que le proporcionan sobre la enfermedad le parezca confusa, en tanto que el 57% está en desacuerdo en que no sea claro cuál es el mejor tratamiento para la enfermedad de su familiar. Un importante porcentaje (55.6%) está de acuerdo en cuanto a que los síntomas de su familiar cambian de un día para otro, el 65.9% están totalmente de acuerdo en que entienden lo que se les explica sobre la enfermedad de su familiar y como debe ser tratado; mientras que solo un 18.5% señalo estar totalmente de acuerdo en no saber cómo cuidar de su familiar, debido a los constantes cambios de la enfermedad.

El 55.6% están de acuerdo en que debido a los cambios constantes de la enfermedad de su familiar no pueden planear para el futuro. Un dato importante de destacar es que el 46.7% reportó estar de acuerdo en que es difícil saber cuánto tiempo podrá cuidar de su familiar y un 41.6% está totalmente en desacuerdo en poder suponer como va a evolucionar la enfermedad de su familiar; mientras que el 27.4% mencionó estar indeciso en saber si la enfermedad de su familiar es definitiva y no va a cambiar. Es importante destacar que un alto porcentaje de la muestra (64.1%) estuvo totalmente de acuerdo en que el lenguaje que se utiliza en las reuniones de Al-Anon es claro y sencillo para que pueda ser entendible lo que se dice sobre la enfermedad de su familiar. La tabla 4 muestra los reactivos de la escala.

Tabla 3

Datos descriptivos de la Escala Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de Familia

Reactivos	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente desacuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.-	22	16.3	27	20.0	6	6.7	36	26.7	41	30.3
2.-	21	15.6	45	33.3	5	3.7	38	28.1	26	19.3

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 3

Datos descriptivos de la Escala Percepción de Incertidumbre en Padres (continuación)

Reactivos	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indeciso		En desacuerdo		Totalmente desacuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3.-	20	14.8	35	25.9	17	12.6	33	24.4	30	22.3
4.-	33	24.4	51	37.8	5	3.7	28	20.7	18	13.4
5.-	13	9.6	35	25.9	9	6.7	42	31.1	36	26.7
6.-	15	11.1	39	28.9	4	3.0	32	23.7	45	33.3
7.-	15	11.1	36	26.7	18	13.3	33	24.4	33	24.5
8.-	31	23.0	44	32.6	11	8.1	28	20.7	21	15.6
9.-	49	36.3	40	29.6	13	9.6	23	17.0	10	7.5
10.-	20	14.8	55	40.7	7	5.2	31	23.0	22	16.3
11.-	26	19.3	21	15.6	17	12.6	46	34.1	25	18.4
12.-	59	43.7	41	30.4	4	3.0	16	11.9	15	11.0
13.-	23	17.0	46	34.1	8	5.9	34	25.2	24	17.8
14.-	28	20.7	52	38.5	4	3.0	30	22.2	21	15.6
15.-	32	23.7	43	31.9	5	3.7	31	23.0	24	17.7
16.-	40	29.6	55	40.7	2	1.5	24	17.8	14	10.4
17.-	25	18.5	41	30.4	9	6.7	27	20.0	21	15.6
18.-	37	27.4	41	30.4	9	6.7	27	20.0	21	15.5
19.-	14	10.4	39	28.9	9	6.7	34	25.2	39	28.8
20.-	14	10.4	39	28.9	9	6.7	34	25.2	39	28.8
21.-	20	14.8	43	31.9	14	10.4	34	25.2	24	17.7
22.-	31	15.6	28	20.7	18	13.3	55	40.7	13	9.7
23.-	9	6.7	21	15.6	13	9.6	55	40.7	37	27.4
24.-	18	13.3	36	26.7	30	22.2	35	25.9	16	11.9
25.-	15	11.1	24	17.8	37	27.4	32	23.7	27	20.0
26.-	68	50.4	42	31.1	15	11.1	3	2.2	7	5.2
27.-	14	10.4	18	13.3	5	3.7	55	40.7	43	31.9
28.-	87	64.4	40	29.6	5	3.7	1	.7	2	1.6

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 4
Escala Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de Familia

Reactivos	
1.	No sé lo que está mal con mi familiar (él o ella).
2.	Tengo muchas preguntas sin respuesta
3.	No estoy seguro de si su enfermedad está mejorando o empeorando
4.	Me preocupa el dolor y sufrimiento de mi familiar
5.	Las explicaciones que me dan sobre su enfermedad me parecen confusas
6.	No es claro para mí si hay un tx. efectivo para la enfermedad de mi familiar
7.	No sé cuándo él o ella vuelva a realizar sus actividades como antes
8.	Los síntomas de la enfermedad de mi familiar cambian de un día para otro
9.	Entiendo lo que se me explica sobre la enfermedad de mi familiar
10.	Es difícil saber si mejorara mi familiar de su enfermedad
11.	Puedo imaginar cuánto va a durar a su enfermedad
12.	La enfermedad de mi familiar es muy difícil de entender
13.	Es difícil de saber si con algún tratamiento mi familiar va a mejorar
14.	Las personas me dan opiniones diferentes sobre la enfermedad de mi fam.
15.	Debido a los cambios constantes de la enfermedad de mi familiar, no puedo planear para el futuro
16.	La enfermedad de mi familiar cambia, tiene días buenos y días malos
17.	No sé cómo cuidar de mi familiar por los cambios constantes de su enf.
18.	No tengo ni idea de lo que va a pasar con mi familiar en el futuro
19.	Generalmente se si mi familiar tendrá un día bueno
20.	No sé cuál es el mejor tratamiento para la enfermedad de mi familiar
21.	Es difícil saber cuánto tiempo podré cuidar de mi familiar
22.	Puedo suponer como va a evolucionar la enfermedad de mi familiar
23.	No es claro para mí si hay un diagnóstico específico de la enf. de mi fam.
24.	La angustia física de mi familiar es observable
25.	La enfermedad de mi familiar es definitiva y no va a cambiar
26.	Puedo confiar que tendré ayuda cuando la necesite
27.	No tengo claro que tan grave es la enfermedad de mi familiar
28.	El lenguaje que se utiliza en Al-Anon es claro y sencillo

En la tabla 5 se describen los datos descriptivos de la escala de tensión percibida, pudiendo observar que posterior a sumar las opciones frecuentemente y siempre, el 30.4% de los sujetos indicaron que en el último mes se han sentido molestos por algo que paso inesperadamente a causa del consumo de alcohol de su familiar, así mismo, posterior a sumar las opciones casi nunca y nunca, el 43% mencionó haberse sentido incapaz de controlar las cosas importantes; el 27.4% de la muestra afirmó que, en el último mes, frecuentemente se ha sentido nervioso/a y/o estresado/a.

Sin embargo, al realizar la suma de las opciones siempre y frecuentemente, el 37.8% de los participantes en el estudio, mencionaron que en el último mes han sabido manejar exitosamente los problemas derivados del consumo de alcohol de su familiar, y un 30.4% señaló que frecuentemente ha sentido que enfrentaba con efectividad los cambios que estaban ocurriendo y se sintió seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales y el 28.9% refirió que algunas veces sintió que las cosas iban bien. De igual forma, el 28.9% señaló que casi nunca se dio cuenta de que no podía manejar todas las cosas que tenía que hacer, mientras que el 41.5% mencionó que frecuentemente ha sido capaz de manejar las cosas que le enojan, sin embargo, casi la mitad de los encuestados (40.7%) mencionó que, en el último mes casi nunca sintió que tenía bajo control las cosas relacionadas con el consumo de alcohol de su familiar.

Posterior a sumar las opciones nunca y casi nunca, el 42.2% refirió haberse enojado por cosas que le ocurrieron que estaban fuera de su control. De igual modo, un elevado porcentaje (52.6%) admitió que, en el último mes, algunas veces se encontró pensando en cosas que pudo haber hecho, el 27.4% de los participantes, señalaron que en el último mes sintieron que las dificultades se iban acumulando hasta un punto de no poder superarlas. En la tabla 6 se muestra el total de reactivos que corresponden a la escala de tensión percibida.

Tabla 5

Datos descriptivos de la Escala de Tensión Percibida

En el último mes con qué frecuencia	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Fre- cuentemente		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.-	27	20.0	34	25.2	33	24.4	34	25.2	7	5.2
2.-	22	16.3	36	26.7	37	27.3	31	23.0	9	6.7
3.-	11	8.1	38	28.1	40	29.6	37	27.4	6	6.8
4.-	20	14.8	39	28.9	25	18.5	41	30.4	10	7.4
5.-	16	11.9	30	22.2	32	23.7	44	32.6	13	9.6
6.-	3	2.2	25	18.5	32	23.7	53	39.3	22	16.3
7.-	2	1.5	25	18.5	39	28.9	48	35.6	21	15.1
8.-	22	16.3	39	28.9	32	23.7	33	24.4	9	6.7
9.-	10	7.4	35	25.9	34	25.2	39	28.9	17	12.6
10.-	22	16.3	33	24.4	35	25.9	31	23.0	14	10.4
11.-	17	12.6	40	29.6	46	34.1	29	21.5	3	2.2
12.-	9	6.7	25	18.5	71	52.6	22	16.3	8	5.9
13.-	3	2.2	9	6.7	42	31.1	60	44.4	21	15.6
14.-	25	18.5	39	28.9	34	25.2	31	23.0	6	4.4

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 6

Escala de Tensión Percibida

Reactivos	
1.	¿Se ha sentido molesto por algo que paso a causa del consumo de alcohol de su familiar?
2.	¿Con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes?
3.	¿Se ha sentido nervioso/a y/o estresado/a?
4.	¿Ha sentido que ha manejado con éxito los derivados del consumo de alcohol de su familiar?

Tabla 6

Escala de Tensión Percibida (continuación)

Reactivos	
5.	¿Ha sentido que enfrentaba con efectividad los cambios que ocurrían?
6.	¿Se sintió seguro de su capacidad para manejar sus problemas personales?
7.	¿Sintió que las cosas iban bien?
8.	¿Se dio cuenta de que no podía manejar todas las cosas que tenía que hacer?
9.	¿Ha sido capaz de controlar las cosas que le enojan?
10.	¿Sintió que tenía bajo control las cosas relacionadas con el consumo de alcohol de su familiar?
11.	¿Se ha enojado por cosas que le ocurrieron que estaban fuera de su control?
12.	¿Conque frecuencia se encontró pensando en cosa que pudo haber hecho?
13.	¿Pudo dominar la manera en que usa su tiempo?
14.	¿Sintió que las dificultades se iban acumulando hasta un punto que usted no podía superarlas?

La tabla 7 muestra que el promedio de familiares cercanos fue de 3.5 ($DE = 3.2$), donde el mínimo de familiares cercanos fue de cero y el máximo de 30, mientras que el promedio de amigos cercanos, con que cuenta el familiar de la persona dependiente fue de 4.3 ($DE = 3.4$). Ambos resultados conforman el primer reactivo de la escala de apoyo social MOS-SSS.

Tabla 7

Datos descriptivos del número de familiares y amigos cercanos Escala MOS-SSS

Reactivos	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>V. Min</i>	<i>V. Máx</i>
1.- Número de familiares cercanos	3.5	3.0	3.2	0	30
2.- Número de amigos cercanos	4.3	3.0	3.4	0	20

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *Min* = mínimo, *Máx* = máximo, $n = 135$

Como muestra la tabla 8, el 60% de los participantes del estudio señalaron tener siempre a alguien que les puede ayudar cuando se enferman o sienten mal, el 75.6% refirió tener siempre a alguien con quien poder hablar y contar sus problemas, un 70.4% y 68.1% respectivamente, dijo tener siempre a alguien que le aconseje y cuyo consejo realmente desea escuchar. El 75.6% señaló siempre contar con alguien que le demuestra amor y afecto, y un 61.5% admitió siempre tener a alguien con quien pasar un buen rato, en tanto que un elevado porcentaje de los participantes (71.9%) refirió tener siempre a alguien que le informa y le ayuda a entender la situación que está viviendo.

Un dato importante de resaltar es que el 78.5% coincidió en siempre puede contar con alguien en quien confiar y con quien hablar de sus preocupaciones, además de que el 77.8% admitió tener siempre quien le dé un abrazo cuando lo necesita para olvidar sus problemas, mientras que 43.7% mencionó tener algunas veces a alguien que le ayude con las tareas domésticas si está enferma. El 66.7% de los participantes señaló tener siempre alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos, un 73.3% indicó siempre tener a alguien cercano que comprenda sus problemas y el 74.8% de los encuestados indicó tener siempre personas cercanas a quien amar. En tabla 9 se describen los reactivos de la escala de apoyo social MOS-SSS.

Tabla 8

Datos descriptivos de la Escala de Apoyo Social MOS-SSS

Reactivos	Nunca		Algunas veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2.-	4	3.0	50	37.0	81	60.0
3.-	4	3.0	29	21.5	102	75.5
4.-	6	4.4	34	25.2	95	70.4
5.-	21	15.6	35	25.9	79	58.5
6.-	3	2.2	30	22.2	102	75.6
7.-	11	8.1	41	30.4	83	61.5

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 8

Datos descriptivos de la Escala de Apoyo Social MOS-SSS (continuación)

Reactivos	Nunca		Algunas veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8.-	2	1.5	36	26.7	97	71.8
9.-	3	2.2	26	19.3	106	78.5
10.-	0	0.0	30	22.8	105	77.2
11.-	12	8.9	39	28.9	84	62.2
12.-	30	22.2	48	35.6	57	42.2
13.-	4	3.0	39	28.9	92	68.1
14.-	13	9.6	33	24.4	89	66.0
15.-	22	16.3	59	43.7	54	40.0
16.-	8	5.9	37	27.4	90	66.7
17.-	6	4.4	38	28.1	91	67.5
18.-	13	9.6	53	39.3	69	51.1
19.-	2	1.5	34	25.2	99	73.3
20.-	3	2.2	31	23.0	101	74.8

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 9

Escala de Apoyo Social MOS-SSS

Reactivos	
2.	Tengo a alguien que me puede ayudar cuando me enfermo o me siento mal
3.	Tengo a alguien a quien le puedo hablar y contar mis problemas
4.	Tengo a alguien quien me aconseja cuando tengo mis problemas
5.	Tengo a alguien que me puede llevar a consulta médica en caso necesario
6.	Cuento con alguien que me demuestre amor y afecto
7.	Tengo a alguien con quien puedo pasar un buen rato y olvidar mis problemas
8.	Tengo a alguien que me informa y me ayuda a entender la situación que estoy viviendo

Tabla 9

Escala de Apoyo Social MOS-SSS (continuación)

Reactivos	
9.	Tengo a alguien en quien confiar o con quien hablar de mi misma y mis preocupaciones
10.	Tengo quien me dé un abrazo cuando lo necesito para olvidar mis problemas
11.	Hay alguien con quien me puedo relajar para olvidar mis problemas
12.	Cuento con alguien que me prepare la comida si yo no puedo hacerlo
13.	Alguien cuyos consejos realmente deseo escuchar y me ayuden
14.	Cuento con alguien con quien hacer cosas que me sirven para olvidar mis problemas
15.	Alguien me ayudaría con mis tareas domésticas si estoy enferma
16.	Hay alguien con quien compartir mis temores y problemas más íntimos
17.	Hay alguien que me aconseje como resolver mis problemas personales (y con mi familiar)
18.	Tengo a alguien con quien puedo divertirse para olvidar mis problemas
19.	Tengo alguien cercano que comprenda y comparta mis problemas
20.	Tengo personas cercanas a quién amar y hacerle sentir que los quiero

Los datos descriptivos de la escala de perspectiva espiritual se muestran en la tabla 10, donde el 34.1% señaló que más o menos una vez al día menciona asuntos espirituales cuando habla con su familia o sus amigos, en tanto que un 53.3% mencionó que más o menos una vez a la semana comparte con otros sus problemas y alegrías de vivir de acuerdo a sus creencias espirituales, el 48.1% de los participantes del estudio, reportó que más o menos una vez al día lee materiales de contenido espiritual, mientras que el 74.1% afirmó que reza en privado o medita más o menos una vez al día.

Un dato relevante es que el 52.6% de la muestra indicó estar extremadamente de acuerdo en que el perdón es una parte importante de su espiritualidad, en tanto que el 58.5% mencionó estar extremadamente de acuerdo en ver la espiritualidad como una

guía para tomar decisiones en la vida diaria, en tanto que el 57.8% considera sus creencias espirituales como una parte importante en su vida. Un importante porcentaje (59.3%) señaló estar extremadamente de acuerdo en que frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o de un “poder más grande”, más de la mitad de los encuestados (60 %) consideran que sus creencias espirituales han influenciado su vida. El 59.3% mencionó estar extremadamente de acuerdo en que sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida. Los reactivos de la escala se presentan en la tabla 11.

Tabla 10

Datos descriptivos de la Escala de Perspectiva Espiritual

	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
Reactivos	%	%	%	%	%	%
1.-	1.5	1.5	0.0	17.0	45.9	34.1
2.-	0.0	0.0	0.7	14.1	53.3	31.9
3.-	1.5	0.0	0.0	9.6	40.7	48.2
4.-	0.0	0.0	0.0	1.5	24.4	74.1
	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que de acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
	%	%	%	%	%	%
5.-	0.0	0.0	0.0	2.2	45.2	52.6
6.-	0.7	0.0	0.0	1.5	39.3	58.5
7.-	0.0	0.0	0.0	3.0	39.3	57.7
8.-	0.0	0.0	0.0	3.0	37.8	59.2
9.-	0.0	0.0	0.7	2.2	37.0	60.1
10.-	0.0	0.0	0.0	3.0	37.8	59.2

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 11

Escala de Perspectiva Espiritual

Reactivos

1.-	Con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona asuntos espirituales?
2.-	¿Cuántas veces comparte los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias?
3.-	¿Cuántas veces lee usted materiales de contenido espiritual?
4.-	¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?
5.-	Considera que el perdón es una parte importante de su espiritualidad
6.-	Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria
7.-	Considera que sus creencias espirituales son una parte importante de su vida
8.-	Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande”
9.-	Considera que sus creencias espirituales han influenciado su vida
10.-	Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida

La tabla 12 describe los datos descriptivos de la escala de bienestar psicológico, donde se observa que el 30.4 % de los encuestados están moderadamente de acuerdo en la opción cuando repaso la historia de mi vida estoy contenta con cómo ha resultado, posterior a la suma de los porcentajes para las opciones total y moderadamente en desacuerdo, el 62.3 % refirieron a no sentirse solos por tener pocos amigos íntimos con quienes compartir, así mismo, posterior a la suma de las opciones moderada y totalmente de acuerdo, el 60 % de los participantes mencionaron no tener miedo de expresar sus opiniones, incluso si son opuestas a las de la mayoría, mientras que el 57.8% están totalmente en desacuerdo en que le preocupe cómo otra gente evalúa las elecciones que ha hecho en su vida.

El 32.6 % mencionó estar totalmente en que le resulta difícil dirigir su vida hacia un camino que le satisfaga, mientras que el 60 % y 67.4 % respectivamente está

totalmente de acuerdo en que disfruta mucho haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos, además de sentirse seguro y positivo consigo mismo. Un elevado porcentaje (57.7%) está totalmente en desacuerdo con la opción no tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.

Un 49.6% de la muestra, refirió estar totalmente de acuerdo en el reactivo he sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto, mientras que 62.9% y 68.1 % respectivamente señalan estar totalmente de acuerdo con los reactivos que señalan: soy una persona activa al realizar los proyectos que propongo para mí mismo y siento que en su mayoría mis amistades me aportan muchas cosas. Un dato relevante es que un importante porcentaje de los participantes (73.3%) reportó estar totalmente de acuerdo en el reactivo que señala: en general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.

El 62.2% mencionó estar totalmente de acuerdo para el reactivo me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro, mientras que el 60% señaló estar totalmente en desacuerdo con el reactivo siento que las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen demasiado, de igual forma el 51.1% y el 55.5% respectivamente están totalmente en desacuerdo en cuanto en que no han experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza en su vida y es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.

Así mismo, para los reactivos que enuncian: sé que puedo confiar en mis amigos y ellos pueden confiar en mí (50.4%), en general con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo (52.6%), tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona (48.9%), para mí la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento (48.9%), y si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla (56.3%), la opción de respuesta fue totalmente de acuerdo. Ver reactivos de la escala en la tabla 13.

Tabla 12

Datos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico

Reactivos	Total- mente en desacuerdo %	Moderada- mente en desacuerdo %	Ligera- mente en desacuerdo %	Ligera- mente de acuerdo %	Moderada- mente de acuerdo %	Totalmente de acuerdo %
1.-	11.1	11.1	7.4	14.8	30.4	25.2
2.-	43.0	19.3	9.6	11.9	8.9	7.3
3.-	5.2	6.7	9.6	18.5	31.9	28.1
4.-	35.6	22.2	8.9	14.1	11.9	7.3
5.-	32.6	14.1	6.7	23.0	11.9	11.7
6.-	7.4	10.4	7.4	14.8	30.4	29.6
7.-	3.7	9.6	7.4	11.9	24.4	42.8
8.-	40.7	17.0	11.9	11.9	9.6	8.9
9.-	45.2	14.8	10.4	11.9	8.9	8.8
10.-	6.7	15.6	9.6	18.5	27.4	22.2
11.-	3.0	11.1	8.1	14.8	25.9	37.1
12.-	0.0	5.2	4.4	22.2	27.4	40.8
13.-	34.8	20.0	14.1	12.6	8.9	9.6
14.-	5.2	5.9	3.7	11.9	31.1	42.2
15.-	8.9	7.4	6.7	14.8	29.6	32.6
16.-	5.2	8.9	11.1	13.3	27.4	33.1
17.-	4.4	5.2	9.6	11.1	31.9	37.8
18.-	4.4	5.9	8.9	17.8	29.6	33.4
19.-	39.3	20.7	11.1	17.8	6.7	4.4
20.-	3.7	6.7	6.7	16.3	23.0	43.6
21.-	4.4	3.7	9.6	13.3	16.3	52.7
22.-	34.1	17.0	12.6	15.6	11.1	9.6
23.-	37.0	18.5	10.4	14.8	13.3	5.9

Nota: $n = 135$, $f =$ frecuencia, $\% =$ porcentaje

Tabla 12

Datos descriptivos de la Escala de Bienestar Psicológico (continuación)

	Total- mente desacuerdo	Moderada- mente en desacuerdo	Ligera- mente en desacuerdo	Ligera- mente de acuerdo	Moderada- mente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Reactivos	%	%	%	%	%	%
24.-	4.4	4.4	7.4	12.6	28.1	43.0
25.-	0.7	3.0	4.4	13.3	28.1	50.4
26.-	43.0	18.5	11.9	10.4	8.9	7.4
27.-	3.0	3.7	8.9	16.3	19.3	48.9
28.-	4.4	6.7	6.7	13.3	20.0	48.9
29.-	3.7	1.5	4.4	11.9	22.2	56.3

Nota: $n = 135$, $f =$ frecuencia, % = porcentaje

Tabla 13

Escala de Bienestar Psicológico

Reactivos	
1.	Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contenta de cómo ha resultado
2.	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos con quienes compartir
3.	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso si son opuestas a las de la mayoría
4.	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida
5.	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga
6.	Disfruto mucho haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos
7.	En general, considero que me siento seguro y positivo conmigo mismo
8.	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar
9.	Tiendo a preocuparme en relación a lo que otra gente piensa de mí
10.	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto
11.	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
12.	Siento que en su mayoría mis amistades me aportan muchas cosas
13.	Tiendo a estar influenciado por la gente con muy fuertes convicciones
14.	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo

Tabla 13

Escala de Bienestar Psicológico (continuación)

Reactivos	
15.	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro
16.	Mis objetivos han sido más una fuente de satisfacción que de frustración
17.	Me gusta la mayor parte de los aspectos relacionados con mi personalidad
18.	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
19.	Siento que las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen
20.	Tengo muy clara la dirección y el objetivo de mi vida y de mi futuro
21.	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo
22.	No he experimentado muchas relaciones cercanas de confianza en mi vida
23.	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos
24.	En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo
25.	Sé que puedo confiar en mis amigos, y saben que pueden confiar en mí
26.	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona
27.	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona
28.	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
29.	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

La tabla 14 muestra los datos descriptivos de la escala de bienestar social, donde posterior a la suma de los porcentajes para las opciones moderada y totalmente de acuerdo, el 71.9% y 80% respectivamente mencionaron que son algo importante para la sociedad, y la gente los valora como persona, mientras que el 77.8% respondió estar totalmente de acuerdo en que, si tiene algo que decir cree que la gente lo escucharía, de

igual modo el 86.6% mencionó estar totalmente de acuerdo en sentirse cercano a otra gente. En tanto que, sumando las opciones de respuesta total y moderadamente en desacuerdo, más de la mitad de los participantes del estudio (58.5%) considera que, si tuviera algo que decir, creen que la gente no se lo tomaría muy en serio. Así mismo, posterior a la suma de las opciones total y moderadamente en desacuerdo, el 77%, 73.4% y 61.5% respectivamente refirió creer que la gente actualmente no es de fiar, que la gente es egoísta y hoy en día la gente es cada vez más deshonesto. De igual forma 60% mencionó estar totalmente desacuerdo en que las personas no se preocupan por los problemas de otros.

Un dato relevante, es que un importante porcentaje de los participantes en el estudio (74.9%) está totalmente de acuerdo en creer que puede aportar algo al mundo, aunado a lo anterior, el 73.4% y 71.1% señalaron estar totalmente en desacuerdo en no tener nada que ofrecer a la sociedad, y en que sus actividades no aportan nada a la sociedad. Mientras que el 74.8% está totalmente de acuerdo en que lo que hace es importante para la sociedad. Un alto porcentaje de la muestra (68.1% y 62.2%) estuvo en total desacuerdo en que la sociedad no le ofrece alicientes y en que la sociedad ya no progresa. En contraste, la opción de respuesta totalmente de acuerdo obtuvo un 74.8% para el reactivo que menciona, veo que la sociedad está en continuo desarrollo.

Posterior a la suma de las opciones de respuesta total y moderadamente en desacuerdo, el reactivo que señala no entiendo lo que está pasando en el mundo obtuvo un 48.9%, mientras que el 54.1% de los participantes mencionaron estar totalmente en desacuerdo en el reactivo que enuncia: el mundo es demasiado complejo para mí el, de igual modo un alto porcentaje de la muestra (75.6%) mencionó estar en desacuerdo en el reactivo que señala: no merece la pena intentar comprender el mundo en que vivo. Finalmente, más del 50% de los participantes señalaron estar moderada y totalmente de acuerdo en que muchas culturas son tan extrañas que no pueden comprenderlas. Los reactivos de la escala se presentan en la tabla 15.

Tabla 14

Datos descriptivos de la Escala de Bienestar Social

Reactivos	Totalmente en desacuerdo		Moderadamente desacuerdo		Indeciso		Moderadamente acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.-	5	3.7	4	3.0	29	21.5	43	31.9	54	39.9
2.-	4	3.0	4	3.0	19	14.1	43	31.9	65	48.0
3.-	4	3.0	2	1.5	24	17.8	49	36.3	56	41.6
4.-	2	1.5	8	5.9	8	5.9	55	40.7	62	46.0
5.-	51	37.8	28	20.7	22	16.3	26	19.3	8	5.9
6.-	60	44.4	44	32.6	11	8.1	19	14.1	1	0.8
7.-	45	33.3	46	34.1	10	7.4	30	22.2	4	3.0
8.-	53	39.3	46	34.1	8	5.9	24	17.8	4	2.9
9.-	45	33.3	46	34.1	9	6.7	31	23.0	4	2.9
10.-	39	28.9	44	32.6	17	12.6	27	20.0	8	5.9
11.-	34	25.2	47	34.8	18	13.3	28	20.7	5	5.8
12.-	2	1.5	8	5.9	24	17.8	48	35.6	53	39.4
13.-	70	51.9	29	21.5	25	18.5	8	5.9	3	2.2
14.-	68	50.4	28	20.7	22	16.3	12	8.9	5	3.7
15.-	76	56.3	32	23.7	14	10.4	10	7.4	3	2.2
16.-	6	4.4	4	3.0	24	17.8	50	37.0	51	37.8
17.-	58	43.0	36	26.7	25	18.5	9	6.7	7	5.1
18.-	54	40.0	38	28.1	25	18.5	12	8.9	6	4.3
19.-	1	.7	7	5.2	26	19.3	56	41.5	45	33.3
20.-	25	18.5	31	23.0	38	28.1	29	21.5	12	8.9
21.-	47	34.8	37	27.4	33	24.4	16	11.9	2	1.5
22.-	27	20.0	39	28.9	29	21.5	29	21.5	11	8.1
23.-	32	23.7	41	30.4	34	25.2	20	14.8	8	5.9

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 14

Datos descriptivos de la Escala de Bienestar Social (continuación)

	Total- mente desa- cuerdo		Mode- rada- mente desa- cuerdo		Inde- ciso		Mode- rada- mente acuerdo		Total- mente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
24.-	61	45.2	41	30.4	12	8.9	14	10.4	7	5.1
25.-	21	15.6	17	12.6	17	12.6	62	45.9	18	13.3

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 15

Escala de Bienestar Social

Reactivos	
1.	Siento que soy importante en mi comunidad
2.	Creo que la gente me valora como persona
3.	Si tengo algo que decir, creo que la gente escucharía
4.	Me siento cercano a otra gente
5.	Si tuviera algo que decir, creo que la gente no se lo tomaría muy en serio
6.	Creo que la gente actual no es de fiar
7.	Creo que las personas sólo piensan en sí
8.	Creo que no se debe confiar en la gente
9.	Creo que la gente es egoísta
10.	Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto
11.	Las personas no se preocupan de problemas de otros
12.	Creo que puedo aportar algo al mundo
13.	No tengo nada que ofrecer a la sociedad
14.	Mis actividades diarias no aportan nada
15.	No tengo el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad
16.	Pienso que lo que hago es importante
17.	Para mí el progreso social es algo que no existe

Tabla 15

Escala de Bienestar Social (continuación)

Reactivos	
18.	La sociedad no ofrece alicientes para mi
19.	Veo que la sociedad está en continuo desarrollo
20.	No creo que el gobierno mejore mi vida
21.	La sociedad ya no progresa
22.	No entiendo lo que está pasando en el mundo
23.	El mundo es demasiado complejo para mí
24.	No merece la pena intentar comprender el mundo en el que vivo
25.	Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas

Los datos descriptivos de la escala de codependencia se presentan en la tabla 16, el 74.1%, mencionó estar muy en desacuerdo en intentar convencer a los demás sobre lo que deberían pensar y como se sienten, 66.7% en culparse o criticarse siempre y 55.5% en sentirse forzado a ayudar a otras personas. De igual forma 76.3% mencionó estar muy en desacuerdo en dejar de lado sus valores para evitar el rechazo, y tengo que sentir que me necesitan para establecer vínculos con los demás (82.5%) mientras que el 29.6% estuvo de acuerdo en que a veces se concentra en su familiar con la dependencia, hasta el punto de descuidar otras relaciones o responsabilidades.

Los participantes eligieron la opción muy en desacuerdo para los reactivos que enuncian: siento que mi salud es peor que la de mi familiar 82.5%, cuando alguien me lastima resulta difícil decírselo 51.9%, no confío en mí mismo frente a situaciones nuevas 65.2%, hago a un lado mis propios valores por aceptar los de mi pareja o familiar 86%, me resulta difícil saber lo que realmente quiero y tiendo a tener relaciones que son dolorosas para mí 67.4%.

Un dato importante de señalar es que un importante porcentaje de los participantes (67.4%) afirmaron estar en desacuerdo con el reactivo, me siento cansado,

agotado o enfermo; de igual forma el 60% señaló estar en desacuerdo en que le resulta difícil manejar situaciones, mientras que el 75.5% refirió estar muy en desacuerdo en sentirse resentido cuando los demás no le permiten que les ayude.

En tanto que, los participantes reportaron estar muy en desacuerdo para los reactivos que mencionan: me disculpo demasiado con los demás 37.8%, me es difícil hablar con alguien con autoridad 46.7%, me preocupo por los problemas de los demás 32.6%, tiendo a tener relaciones donde yo siempre estoy para los demás, pero ellos no 39.3%, acepto hacerme cargo de demasiadas cosas 38.5% y tiendo a tener mejor opinión de los demás 34.1%. Ver reactivos de la escala en tabla 17.

Tabla 16

Datos descriptivos de la Escala de Codependencia

	Muy en Desa- cuerdo		En desa- cuerdo		Indeciso		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.-	42	31.1	58	43.0	18	13.3	12	8.9	5	3.7
2.-	34	25.2	56	41.5	20	14.8	19	14.1	6	4.4
3.-	28	20.7	47	34.8	16	11.9	32	23.7	12	8.9
4.-	46	34.1	57	42.2	23	17.0	6	4.4	3	2.3
5.-	17	12.6	34	25.2	25	18.5	44	32.6	15	11.1
6.-	35	25.9	52	38.5	8	5.9	33	24.4	7	5.3
7.-	33	24.4	44	32.6	18	13.3	34	25.2	6	4.5
8.-	17	12.6	23	17.0	30	22.2	44	32.6	21	15.6
9.-	39	28.9	61	45.2	24	17.8	6	4.4	5	3.7
10.-	63	46.7	48	35.8	10	7.4	10	7.4	4	2.7
11.-	29	21.5	41	30.4	16	11.9	40	29.6	9	6.6
12.-	37	27.4	51	37.8	18	13.3	23	17.0	6	4.5
13.-	38	28.1	58	43.0	17	12.6	18	13.3	4	3.0

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 16

Datos descriptivos de la Escala de Codependencia (continuación)

	Muy en Desa- cuerdo		En Desa- cuerdo		Indeciso		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
14.-	39	28.9	46	34.1	17	12.6	26	19.3	7	5.0
15.-	28	20.7	51	37.8	16	11.9	31	23.0	9	6.6
16.-	38	28.1	53	39.3	24	17.8	16	11.9	4	2.9
17.-	47	34.8	44	32.6	18	13.3	20	14.8	6	4.5
18.-	42	31.1	46	34.1	27	20.0	13	9.6	7	5.2
19.-	30	22.2	51	37.8	24	17.8	23	17.0	7	5.2
20.-	42	31.1	60	44.4	21	15.6	10	7.4	2	1.5
21.-	38	28.1	51	37.8	22	16.3	20	14.8	4	3.0
22.-	31	23.0	63	46.7	18	13.3	16	11.9	7	5.2
23.-	27	20.0	44	32.6	33	24.4	22	16.3	9	6.7
24.-	35	25.9	53	39.3	24	17.8	18	13.3	5	3.7
25.-	30	22.2	52	38.5	23	17.0	24	17.8	6	4.4
26.-	47	34.8	46	34.1	27	20.0	12	8.9	3	2.2

Nota: $n = 135$, f = frecuencia, % = porcentaje

Tabla 17

Escala de Codependencia

Reactivos	
1.	Intento convencer a los demás sobre lo que deberían pensar y sobre cómo se sienten verdaderamente
2.	Me culpo o critico mucho siempre
3.	Me siendo forzado a ayudar a otras personas
4.	Dejo de lado mis valores para evitar el rechazo
5.	A veces no sé realmente como me siento
6.	A veces me concentro en mi familiar, hasta el punto de descuidar otras relaciones
7.	Es difícil para mí tomar decisiones

Tabla 17

Escala de Codependencia (continuación)

Reactivos	
8.	Creo que la mayoría de las personas con problemas son incapaces de cuidarse a sí mismos
9.	Tengo que sentir que me necesitan para establecer vínculos
10.	Siento que mi salud es peor que la de mi familiar
11.	Cuando me lastiman resulta difícil decírselo
12.	No confío en mí mismo frente a situaciones nuevas
13.	Hago a un lado mis propios valores por aceptar los de mi pareja
14.	Me resulta difícil saber lo que realmente quiero
15.	Evito expresar mi opinión cuando sé que es diferente a la de mi pareja o familiar
16.	Tiendo a tener relaciones que son dolorosas para mí
17.	Me siento cansado, agotado o enfermo
18.	Valoro las opiniones y sentimientos de otras personas más que los propios, y temo expresarlos
19.	Me resulta difícil manejar situaciones
20.	Me siento resentido cuando los demás no me permiten que los ayude
21.	Me disculpo demasiado con los demás
22.	Me es difícil hablar con alguien con autoridad
23.	Me preocupo por los problemas de los demás
24.	Tiendo a tener relaciones donde yo siempre estoy para los demás pero ellos no
25.	Acepto hacerme cargo de demasiadas cosas
26.	Tiendo a tener mejor opinión de los demás que de mí misma

A continuación, se presentan los datos descriptivos del AUDIT clasificados por los tres dominios (sensato, dependiente y dañino). El primer dominio denominado consumo sensato de alcohol se muestra en la tabla 18. De acuerdo al primer reactivo del

AUDIT, se observa que el 63.3% de los encuestados consumen alcohol con una frecuencia de una o menos veces al mes, mientras que solo el 0.1% refirió consumirlo 4 o más veces a la semana. En cuanto a la cantidad de copas ingeridas en un día típico, el 52.2% de los participantes consumen de 3 a 4 bebidas, seguido de un 40% que consume de una o dos bebidas por ocasión. Referente a la frecuencia de consumo, el 93.3% refiere que nunca toma 6 o más bebidas en la misma ocasión y solo hubo una mención (0.1%) para la opción semanalmente.

Tabla 18

Datos descriptivos del dominio sensato del AUDIT

Reactivo		Nunca		Una o menos veces al mes		De 2 a 4 veces al mes		De 2 a 3 veces a la semana		4 o más veces a la semana	
1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
											0
2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebida alcohólica sueles tomar en un día típico de los que bebes?	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
											1 o 2
36	40	47	52.2	7	7.7	1	0.1	0	0		
3. ¿Con qué frecuencia tomas seis o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión?	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
											Nunca
84	93.3	6	6.6	0	0	1	0.1	0	0		

Nota: AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, *f* = frecuencia, *%* = porcentaje (consumieron en el último año), *n* = 91

Los indicadores de consumo dependiente de alcohol se presentan en la tabla 19, los participantes respondieron que durante el último año el 99.9% afirmaron que nunca les ha ocurrido que no pudieran parar de beber una vez que habían iniciado a consumir alcohol, y solo hubo una mención (0.1%) para la opción mensualmente. El 99.9% de los

participantes del estudio señaló nunca haber dejado de hacer algo que debía haber hecho por beber y un porcentaje muy bajo (0.1%) reportó que lo anterior, le ocurre mensualmente, en tanto que el 99.9% refirió nunca haber bebido por la mañana, después de haber bebido la noche anterior.

Tabla 19

Datos descriptivos del dominio dependiente del AUDIT

Reactivo										
4. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		Diario o casi diario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	90	99.9	0	0	1	0.1	0	0	0	0
5. Durante el último año, ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		Diario o casi diario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	90	99.9	0	0	1	0.1	0	0	0	0
6. Durante el último año, ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		Diario o casi diario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	90	99.9	1	0.1	0	0	0	0	0	0

Nota: AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, *f* = frecuencia, *n* = 91

Respecto al dominio dañino o perjudicial del AUDIT, la tabla 20 muestra que el 0.1% de los participantes refirieron que, en el último año, a diario o casi a diario y semanalmente se han sentido culpables o han tenido remordimiento después de haber bebido, mientras que el 98.8% indicó la opción nunca. En relación al reactivo ocho, solo hubo una mención (0.1%) que señaló haber tenido problemas para recordar lo que sucedió mientras estaba bebiendo. En el reactivo nueve se puede observar que el total de

la muestra mencionó durante el último año, no haberse lastimado o lastimado a alguien como consecuencia de su consumo de alcohol. Finalmente, en el reactivo diez se muestra que solo un participante 0.1% mencionó que algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por su forma de beber.

Tabla 20

Datos descriptivos del dominio dañino del AUDIT

Reactivo										
7. Durante el último año, ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		Diario o casi diario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	89	97.8	0	0	0	0	1	1.1	1	1.1
8. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?	Nunca		Menos de una vez al mes		Mensualmente		Semanalmente		Diario o casi diario	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	90	99.9	1	0.1	0	0	0	0	0	0
9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?	No		Sí, pero no en el último año				Sí, en el último año			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	91	100	0	0	0	0	0	0	0	0
10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes, o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?	No		Sí, pero no en el último año				Sí, en el último año			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	90	99.9	0	0	0	0	1	1.1	1	0.1

Nota: AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, *f* = frecuencia, *n* = 91

Estadística Inferencial

En la tabla 21 se presentan los índices de los instrumentos utilizados. La escala incertidumbre reporta una media del índice de 52.2 ($Mdn = 53.5$, $DE = 18.1$), la de estrés percibido la Media fue de 46.9 ($Mdn = 48.2$, $DE = 17.3$), la de apoyo social reportó una Media de 79.4 ($Mdn = 86.8$, $DE = 21.7$); mientras que la de espiritualidad mostró una media de 89.1 ($Mdn = 92.0$, $DE = 9.0$). La escala de bienestar psicológico mostró una media del 71.6 ($Mdn = 76.5$, $DE = 20.0$), la escala de bienestar social mostró una media de 70.6 ($Mdn = 72.0$, $DE = 16.8$), mientras que para la escala de codependencia la media fue de 34.1 ($Mdn = 31.7$, $DE = 19.7$) y para el AUDIT de 5.9 ($Mdn = 5.0$, $DE = 5.5$).

En relación con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, se encontró que solo la escala de incertidumbre y la escala de estrés percibido mostraron normalidad, en razón de ello se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis inferencial.

Tabla 21

Prueba de normalidad para las variables continuas e índices de los instrumentos

Variable	n	\bar{X}	Mdn	DE	Valor		D^a	p
					Min	Max		
Índice de Incertidumbre	135 ^a	52.2	53.5	18.1	7	98	.069	.200
Índice de Estrés Percibido	135 ^a	46.9	48.2	17.3	7	84	.056	.200
Índice de Apoyo Social	135 ^a	79.4	86.8	21.7	26	100	.173	.001
Índice de Espiritualidad	135 ^a	89.1	92.0	9.0	62	100	.173	.001
Índice de Bienestar Psicológico	135 ^a	71.6	76.5	20.0	3	99	.124	.001
Índice de Bienestar Social	135 ^a	70.6	72.0	16.8	8	100	.087	.014
Índice de Codependencia	135 ^a	34.1	31.7	19.7	2	89	.083	.023
Índice de AUDIT	91 ^b	5.9	5.0	5.5	2	50	.225	.001

Nota: \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, Min = mínimo, Máx = máximo, D^a = distribución con corrección de Lilliefors, p = significancia, n^a = total de la muestra, n^b = muestra de los que consumieron en el último año

En la tabla 22 se presentan las prevalencias de consumo de alcohol de los participantes en el estudio, se observa que la prevalencia alguna vez en la vida fue de 85.2% con un IC 95% entre 79, 91. Del total de la muestra, el 67.4% refirieron haber consumido en el último año IC 95 % [59, 75]; el 41.5 % en el último mes IC 95% [33, 50] y el 20.0 % señalaron haber consumido alcohol en la última semana. IC 95 % [13, 27].

Tabla 22

Prevalencias de consumo de alcohol

Prevalencia	<i>f</i>	%	IC 95%	
			LI	LS
Alguna vez	115	85.2	79.0	91.0
Último año	91	67.4	59.0	75.0
Último mes	56	41.5	33.0	50.0
Último semana	27	20.0	13.0	27.0

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC = Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, *n* = 135

A continuación, se da respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en el presente estudio.

Para dar respuesta al objetivo uno que señala identificar la relación que existe de la incertidumbre y el estrés percibido, se realizó la prueba de Correlación bivariada de Spearman. La tabla 23 muestra que la variable incertidumbre documentó relación positiva y significativa con el estrés percibido ($r_s = .616, p < .01$) es decir, a mayor incertidumbre mayor estrés percibido. De acuerdo con lo anterior se responde al primer objetivo.

El objetivo dos del estudio enuncia verificar la relación que existe del estrés percibido con el apoyo social y la espiritualidad. En la tabla 23 es posible observar que el estrés percibido mostró relación negativa y significativa tanto con la variable apoyo

social ($r_s = -.616, p < .01$), como con la variable espiritualidad ($r_s = -.395, p < .01$); es decir, a mayor apoyo social y espiritualidad menor estrés percibido. Con lo anterior se responde al segundo objetivo del estudio.

Para dar respuesta a la primera parte del objetivo tres del estudio, el cual menciona determinar la relación de la espiritualidad y el apoyo social con el bienestar físico, psicológico y social, se describe que la espiritualidad mostró relación negativa y significativa con el bienestar físico representado por el índice sensato del AUDIT ($r_s = -.267, p < .05$), a mayor espiritualidad, menor consumo de alcohol, además se correlacionó de forma positiva y significativa con el bienestar psicológico ($r_s = .506, p < .01$) y bienestar social ($r_s = .323, p < .01$), que se traduce a mayor espiritualidad, mayor bienestar psicológico y social.

En tanto que, la variable apoyo social se correlacionó de forma positiva y significativa con el bienestar psicológico ($r_s = .653, p < .01$) y el bienestar social ($r_s = .546, p < .01$); es decir, a mayor apoyo social, mayor bienestar psicológico y social. Sin embargo, con el bienestar físico representado por el consumo sensato del AUDIT no se presentó relación estadísticamente significativa ($p > .05$). Con lo anterior se responde al objetivo tres.

Tabla 23

Correlación de Spearman para las variables incertidumbre, estrés percibido, apoyo social, espiritualidad, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar físico (consumo sensato de alcohol)

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Incertidumbre	1						
2. Estrés percibido	.616**	1					

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; valores bilaterales

Tabla 23

Correlación de Spearman para las variables incertidumbre, estrés percibido, apoyo social, espiritualidad, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar físico (consumo sensato de alcohol) (continuación)

3. Apoyo social	-.356**	-.616**	1				
4. Espiritualidad	-.216*	-.395**	.437**	1			
5. Bienestar psicológico	-.476**	-.718**	.653**	.506**	1		
6. Bienestar social	-.445**	-.565**	.546**	.323**	.748**	1	
7. AUDIT sensato	.019	.074	.012	-.267*	-.119	-.099	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; valores bilaterales

Para dar respuesta al objetivo cuatro del estudio, el cual señala determinar la relación de la espiritualidad y el apoyo social con el no bienestar físico (representado por el consumo dependiente o dañino de alcohol y la codependencia). La tabla 24 muestra que la espiritualidad no mostró significancia con el índice del AUDIT dependiente ni dañino ($p > .05$), mientras que con la codependencia se correlacionó de forma negativa y significativa ($r_s = -.414$, $p < .01$), lo que significa que, a mayor espiritualidad, menor codependencia. En tanto que la variable apoyo social no mostró relación significativa con índice AUDIT del consumo dependiente ni dañino ($p > .05$), pero si con la variable codependencia, evidenciándose relación negativa y significativa entre ambas variables ($r_s = -.561$, $p < .01$), lo que significa que cuanto mayor es el apoyo social menor es la codependencia en familiares principales de personas dependientes del alcohol de grupos Al-Anon. Con los datos anteriormente descritos se da respuesta al cuarto objetivo planteado en el estudio.

Tabla 24

Correlación de Spearman para las variables apoyo social, espiritualidad, AUDIT dependiente, dañino y codependencia

Variable	1	2	3	4	5
1. Apoyo social	1				
2. Espiritualidad	.437**	1			
3. AUDIT dependiente	.108	.033	1		
4. AUDIT dañino	.081	.033	.710**	1	
5. Codependencia	-.561**	-.414**	.044	.055	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; valores bilaterales

El quinto objetivo del estudio expresa, determinar la relación de las características sociodemográficas (edad, años de estudio y edad de inicio de consumo) con la incertidumbre y estrés percibido. En la tabla 25 se observa que las características sociodemográficas edad, años de estudio, ni la edad de inicio de consumo mostraron relación significativa con la variable incertidumbre ($p > .05$). En tanto que la edad mostró correlación negativa y significativa con el índice de estrés percibido ($r_s = -.323, p < .01$), lo que significa que, a mayor edad, menor estrés percibido, de igual modo la edad de inicio de consumo mostró correlación negativa y significativa con el índice de estrés percibido ($r_s = -.210, p < .05$), lo cual se traduce como a menor edad de inicio de consumo, mayor estrés percibido. Con lo anterior se responde en su totalidad al objetivo cinco del estudio.

Tabla 25

Correlación de Spearman para las variables sociodemográficas, incertidumbre y estrés percibido

Variable	1	2	3	4	5
1. Edad	1				
2. Años de estudio	-.148	1			
3. Edad inicio de consumo	.217*	-.097	1		
4. Incertidumbre	-.104	-.070	-.132	1	
5. Estrés percibido	-.323**	-.018	-.210*	.616**	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; valores bilaterales

Para dar respuesta al objetivo seis del estudio el cual enuncia, identificar la relación de las características sociodemográficas con el apoyo social y la espiritualidad se presenta la tabla 26, donde es posible observar que la variable edad se correlacionó positiva y significativamente tanto con el apoyo social ($r_s = .248, p < .01$), como con la espiritualidad ($r_s = .224, p < .01$); mientras que los años de estudio y edad de inicio de consumo de alcohol no mostraron relación significativa ($p > .05$) con ninguna de las dos variables. Con los resultados anteriormente señalados, se da respuesta al objetivo seis del estudio.

Tabla 26

Correlación de Spearman para las variables sociodemográficas, apoyo social y espiritualidad

Variable	1	2	3	4	5
1. Edad	1				
2. Años de estudio	-.148	1			
3. Edad inicio de consumo	.217*	-.097	1		
4. Apoyo social	.248**	.082	.165	1	
5. Espiritualidad	.224**	.006	.043	.437**	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; valores bilaterales

La tabla 27 muestra que adicionalmente se encontró que la incertidumbre se relacionó positiva y significativamente con la codependencia ($r_s = .540, p < .01$). Aunado a lo anterior, se identificó relación negativa y significativamente de la incertidumbre con el índice de apoyo social ($r_s = -.356, p < .01$), la espiritualidad ($r_s = -.216, p < .01$), el bienestar psicológico ($r_s = -.476, p < .01$) y el bienestar social ($r_s = -.445, p < .01$).

De igual modo, el estrés percibido mostró relación positiva y significativa con la codependencia ($r_s = .736, p < .01$) y relación negativa y significativa con el bienestar psicológico ($r_s = -.718, p < .01$) y el bienestar social ($r_s = -.565, p < .01$).

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 27, el apoyo social mostró relación negativa y significativa con la incertidumbre ($r_s = -.356, p < .01$) y con el índice de estrés percibido ($r_s = -.616, p < .01$). Además, en relación a los años de estudio, se observa que existe relación positiva y significativa con el índice de bienestar social ($r_s = .218, p < .05$), y el índice AUDIT ($r_s = .214, p < .05$).

Se encontró relación positiva y significativa del reactivo de la escala de apoyo social número de amigos cercanos ($r_s = .474, p < .01$), con la variable espiritualidad ($r_s = .383, p < .01$), bienestar psicológico ($r_s = .599, p < .01$), y bienestar social ($r_s = .413, p < .01$). De igual forma, el número de amigos cercanos se relacionó negativa y significativamente con el índice de incertidumbre ($r_s = -.270, p < .01$), de estrés percibido ($r_s = -.473, p < .01$), y el índice de codependencia ($r_s = -.430, p < .01$).

En tanto que, el reactivo número de familiares cercanos de la escala de apoyo social, se correlacionó positiva y significativamente con los índices de la variable espiritualidad ($r_s = .238, p < .01$), bienestar psicológico ($r_s = .278, p < .01$), y bienestar social ($r_s = .203, p < .05$). De igual forma, la tabla 27 muestra correlación negativa y significativa del número de familiares cercanos con el índice de incertidumbre ($r_s = -.282, p < .01$), estrés percibido ($r_s = -.317, p < .01$), y codependencia ($r_s = -.274, p < .01$).

Tabla 27

Matriz de Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables continuas del estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Edad	1													
2. Años de estudio	-.148	1												
3. Años en Al-Anon	.345**	-.162	1											
4. Edad de inicio de consumo	.217*	-.097	.151	1										
5. Núm. de amigos cercanos	.231**	.111	.354**	.045	1									
6. Núm. de fam. cercanos	.300**	-.008	.190*	.106	.374**	1								
7. Incertidumbre	-.104	-.070	-.282**	-.132	-.270**	-.282**	1							
8. Estrés percibido	-.323**	-.018	-.454**	-.210*	-.473**	-.317**	.616**	1						
9. Apoyo social	.248**	.084	.359**	.161	.474**	.347**	-.356**	-.616**	1					
10. Espiritualidad	.224**	.006	.289**	.043	.383**	.238**	-.216*	-.395**	.437**	1				
11. Bienestar psicológico	.219*	.145	.472**	.175	.599**	.278**	-.476**	-.718**	.653**	.506**	1			
12. Bienestar social	-.008	.218*	.242**	.077	.413**	.203*	-.445**	-.565**	.546**	.323**	.748**	1		
13. Codependencia	-.143	-.098	-.394**	-.184*	-.430**	-.274**	.540**	.736**	-.561**	-.414**	-.775**	-.677**	1	
14. AUDIT	-.124	.214*	-.027	-.172	-.091	.162	.019	.074	.012	-.267*	-.119	-.099	.026	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .001$; valores bilaterales

Para verificar la hipótesis uno del estudio que señala, la incertidumbre tiene efecto positivo sobre el estrés percibido, se utilizó un Modelo de Regresión Lineal Simple. Los resultados muestran que la incertidumbre tiene un efecto significativo sobre el estrés percibido ($\beta = .579$, $F = 67.043$, $p = .001$), con un coeficiente de determinación de 33%. En base a estos resultados se acepta la hipótesis uno del estudio (Ver tabla 28).

Tabla 28

Efecto de la variable incertidumbre sobre el estrés percibido

Modelo 1	Coeficiente no estandarizado		<i>t</i>	<i>p</i>
	β	<i>SE</i>		
$R^2 = 33\%$				
(constante)	18.025	3.742	4.81	.001
Índice Incertidumbre	.554	.068	8.18	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, β = estadístico beta, *SE* = error estándar, *t* = estadístico de la prueba *t*, *p* = significancia

Para responder a la segunda hipótesis la cual enuncia, el apoyo social tiene un efecto negativo sobre el estrés percibido, fue utilizado un Modelo de Regresión Lineal Simple. La tabla 29 muestra que el índice de apoyo social tiene un efecto negativo y significativo sobre el estrés percibido ($\beta = .597$, $F = 73.790$, $p = .001$), con un coeficiente de determinación de 35%. Por lo anterior, se sustenta la hipótesis dos de investigación.

Tabla 29

Efecto de la variable apoyo social sobre estrés percibido

Modelo 1	Coeficiente no estandarizado		<i>t</i>	<i>p</i>
	β	<i>SE</i>		
$R^2 = 35\%$				
(constante)	84.528	4.533	18.64	.001
Índice de Apoyo social	-.473	.055	-8.59	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, β = estadístico beta, *SE* = error estándar, *t* = estadístico de la prueba *t*, *p* = significancia

Para comprobar la hipótesis tres del estudio la cual menciona, la espiritualidad tiene un efecto negativo sobre el estrés percibido, fue utilizado un Modelo de Regresión Lineal Simple. Los resultados se muestran en la tabla 30, donde es posible observar que la variable espiritualidad tiene un efecto negativo y significativo sobre el estrés percibido ($\beta = .396$, $F = 24.692$, $p = .001$), con un coeficiente de determinación de 15%. En base a lo anteriormente expuesto, es aceptada la tercera hipótesis del estudio.

Tabla 30

Efecto de la variable espiritualidad sobre estrés percibido

Modelo 1	Coeficiente no estandarizado		<i>t</i>	<i>p</i>
	β	<i>SE</i>		
$R^2 = 15\%$				
(constante)	114.847	13.726	8.36	.001
Índice de Espiritualidad	-.761	.153	-4.96	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, β = estadístico beta, SE = error estándar, t = estadístico de la prueba t , p = significancia

Para dar respuesta a la hipótesis cuatro del estudio la cual señala, el apoyo social y la espiritualidad afectan positivamente el bienestar físico representado por el consumo sensato de alcohol (AUDIT), bienestar psicológico y bienestar social, se presentan a continuación las tablas 31 a la 33.

Para determinar el efecto de las variables apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol), se llevó a cabo una Regresión Logística. La tabla 31 muestra los resultados, donde se observa que tanto el apoyo social como la espiritualidad resultaron no ser predictoras del bienestar físico (consumo sensato de alcohol) ($p > .05$).

Tabla 31

Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT)

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	43.819	2	21.910	.70	.496
Residual	2729.670	88	31.019		
<i>R</i> ² = -.007%					
Modelo	Coeficientes				
(<i>n</i> = 135)	β	<i>E</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante					
Apoyo social	.133	.032	1.07	.287	
Espiritualidad	-.124	.076	-.99	.321	

Nota: *R*² = coeficiente de determinación, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, *p* = significancia, β = Beta, *E* = Error típico, *t* = estadístico de la prueba t

La tabla 32 muestra los resultados para el efecto del apoyo social y la espiritualidad sobre el bienestar psicológico como variable dependiente. El modelo fue significativo para el bienestar psicológico el cual es explicado por la variable apoyo social ($\beta = .645$, $p < .001$) y espiritualidad ($\beta = .185$, $p < .005$), con un coeficiente de determinación del 56%. Los coeficientes Bootstrap reportan también significancia, con lo cual se reafirma que el apoyo social y la espiritualidad predicen el bienestar psicológico en un primer momento.

Tabla 32

Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar psicológico

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	30397.594	2	15198.797	86.38	.001
Residual	23223.383	132	175.935		
<i>R</i> ² = 56%					
Modelo	Coeficientes				
(<i>n</i> = 135)	β	<i>E</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante					
Apoyo social	.645	.060	9.82	.001	
Espiritualidad	.185	.146	2.82	.005	

Nota: *R*² = coeficiente de determinación, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, β = Beta, *p* = significancia, *E* = Error típico, *t* = estadístico de la prueba t

Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar psicológico (continuación)

Bootstrap para coeficientes					
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar Psicológico	Apoyo social	.589	.001	.440	.740
Bienestar Psicológico	Espiritualidad	.412	.024	.84	.771

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, β = Beta, *p* = significancia, *E* = Error típico, *t* = estadístico de la prueba t

La tabla 33 muestra los resultados del Modelo de Regresión Logística para determinar el efecto del apoyo social y la espiritualidad sobre el bienestar social como variable dependiente. Los datos muestran que el modelo fue significativo explicando que el bienestar social es influido únicamente por el apoyo social ($\beta = .631$, $p < .001$), con un coeficiente de determinación del 40%. Además, el coeficiente Bootstrap reporta significancia para el apoyo social, por lo que se reafirma que la variable apoyo social predice el bienestar social. Mientras que la variable espiritualidad no mostró significancia ($p > .05$) es decir, la espiritualidad no mostró ser predictora del bienestar social en familiares principales de dependientes del alcohol de grupos Al-Anon. Con lo anterior se da respuesta a la hipótesis cuatro del estudio.

Tabla 33

Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar social

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	15848.289	2	7924.144	46.89	.001
Residual	22306.037	132	175.935		
$R^2 = 40\%$					
Modelo	Coeficientes				
(<i>n</i> = 135)	β	<i>E</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Constante					
Apoyo social	.631	.059	8.27	.001	
Espiritualidad	.026	.143	.34	.729	

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, *p* = significancia, β = Beta, *E* = Error típico, *t* = estadístico de la prueba t

Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar social (continuación)

Bootstrap para estimación de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar Social	Apoyo social	.486	.001	.352	.610
Bienestar Social	Espiritualidad	.050	.781	-.270	.356

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, p = significancia, β = Beta, E = Error típico, t = estadístico de la prueba t

Para responder a la quinta hipótesis del estudio la cual enuncia, el apoyo social y la espiritualidad afectan negativamente el no bienestar físico representado por el consumo dependiente y/o dañino de alcohol (AUDIT) y codependencia, se presentan las tablas 34 y 35. Se encontró que en el modelo las variables apoyo social y espiritualidad no mostraron efecto significativo ($p > .05$) sobre el consumo dependiente y dañino de alcohol (AUDIT) como se muestra en la tabla 34.

Aunado a lo anterior, en la tabla 35 se observa que tanto la variable apoyo social ($\beta = -.468$, $p < .001$) como la espiritualidad ($\beta = -.198$, $p < .015$) mostraron efecto negativo y significativo sobre la codependencia, ambas variables explican el 33% de la varianza explicada. Con lo anterior se responde a la hipótesis cinco del estudio.

Tabla 34

Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el no bienestar físico (consumo dependiente y/o dañino AUDIT)

	SC	gl	CM	F	p
Regresión	43.819	2	21.910	.70	.496
Residual	2729.670	88	31.019		
$R^2 = 33\%$					
Modelo ($n = 135$)	Coeficientes				
	β	E	t	p	

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, p = significancia, β = Beta, E = Error típico, t = estadístico de la prueba t

Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre el no bienestar físico (consumo dependiente y/o dañino AUDIT) (continuación)

Constante				
Apoyo social	.133	.032	-1.07	.287
Espiritualidad	-.124	.076	-.99	.321

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, p = significancia, β = Beta, E = Error típico, t = estadístico de la prueba t

Tabla 35

Efecto del apoyo social y espiritualidad sobre la codependencia

	SC	gl	CM	F	p
Regresión	18220.684	2	9110.342	35.39	.001
Residual	33979.445	132	257.420		

$R^2 = 33\%$

Modelo ($n = 135$)	Coeficientes			
	β	E	t	p
Constante				
Apoyo social	-.468	.072	-5.81	.001
Espiritualidad	-.198	.176	-2.46	.015

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, SC = suma de cuadrados, gl = grados de libertad, CM = cuadrado medio, p = significancia, β = Beta, E = Error típico, t = estadístico de la prueba t

Para dar respuesta al objetivo general del estudio, el cual señala determinar la capacidad explicativa del modelo denominado Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon. Se realizó un Modelo Lineal General Multivariante, los resultados se presentan en las tablas 36 a la 38.

En la tabla 36 se muestra el modelo de las variables incertidumbre, estrés percibido, apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol), codependencia, bienestar psicológico y bienestar social. El modelo para las variables incertidumbre y espiritualidad no fue significativo ($p > .05$); no obstante fue significativo para el estrés percibido ($p = .001$) y el apoyo social ($p = .001$), el modelo indica que las variables estrés percibido y apoyo social explican el 3.9% del bienestar

físico, 68.1% de la codependencia, 48.1% del bienestar psicológico y el 53.9% del bienestar social.

Tabla 36

Modelo Lineal General Multivariante para incertidumbre, estrés percibido, apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT), codependencia, bienestar psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	gl del error	<i>p</i>	
Incertidumbre	.979	.44	4	83	.779	
Estrés percibido	.724	7.89	4	83	.001	
Apoyo social	.613	13.08	4	83	.001	
Espiritualidad	.934	1.47	4	83	.216	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Incertidumbre	Bienestar físico ^a (consumo sensato)	7.338	1	7.338	.24	.620
	Codependencia ^b	71.893	1	71.893	.56	.454
	Bienestar Psicológico ^c	212.494	1	212.494	1.51	.222
	Bienestar Social ^d	51.845	1	51.845	.33	.567
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
Estrés percibido	Bienestar físico ^a (consumo sensato)	148.137	1	148.137	5.00	.028
	Codependencia ^b	1736.367	1	1736.367	13.68	.001
	Bienestar Psicológico ^c	145.804	1	145.804	1.04	.311
	Bienestar Social ^d	3352.436	1	3352.436	21.36	.001
Apoyo social	Bienestar físico ^a (consumo sensato)	136.185	1	136.185	4.59	.035
	Codependencia ^b	4354.945	1	4354.945	34.33	.001
	Bienestar Psicológico ^c	4332.333	1	4332.333	30.89	.001
	Bienestar Social ^d	668.937	1	668.937	4.26	.042
Espiritualidad	Bienestar físico ^a (consumo sensato)	16.157	1	16.157	.54	.462
	Codependencia ^b	55.515	1	55.515	.43	.510
	Bienestar Psicológico ^c	243.209	1	243.209	1.73	.191
	Bienestar Social ^d	39.810	1	39.810	.25	.616
a) $R^2 = 3.9\%$		b) $R^2 = 68.1\%$		c) $R^2 = 48.1\%$		d) $R^2 = 53.9\%$

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *Valor* = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* = significancia, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo sensato, b) = codependencia, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

En la tabla 37 se muestra el Modelo Lineal General Multivariante que incluye las variables estrés percibido, apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT), codependencia, bienestar psicológico y bienestar social. Los resultados del modelo muestran que posterior a eliminar la variable incertidumbre, la espiritualidad persiste sin efecto significativo para el modelo ($p > .05$). En tanto que el estrés percibido ($p = .001$) y el apoyo social ($p = .001$), mantienen el efecto sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol) codependencia, bienestar psicológico y social, y ambas variables explican el 4.7% del bienestar físico, 54.3% de la codependencia, 68.2% del bienestar psicológico y el 47.8% del bienestar social.

Tabla 37

Modelo Lineal General Multivariante para estrés percibido, apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT), codependencia, bienestar psicológico y social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	gl del error	<i>p</i>	
Estrés percibido	.621	12.82	4	84.	.001	
Apoyo social	.603	13.83	4	84.	.001	
Espiritualidad	.930	1.59	4	84.	.184	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Estrés percibido	Bienestar físico ^a (consumo sensato)	175.490	1	175.490	5.97	.017
	Codependencia ^b	6141.330	1	6141.330	39.43	.001
	Bienestar Psicológico ^c	3471.336	1	3471.336	27.50	.001
	Bienestar Social ^d	693.436	1	693.436	4.91	.029
Apoyo social	Bienestar físico ^a (consumo sensato)	147.315	1	143.315	5.01	.028
	Codependencia ^b	732.263	1	732.263	4.70	.033
	Bienestar Psicológico ^c	4585.845	1	4585.845	36.33	.001
	Bienestar Social ^d	4673.533	1	4673.566	33.12	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *Valor* = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* = significancia, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo sensato, b) = codependencia, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Modelo Lineal General Multivariante para estrés percibido, apoyo social y espiritualidad sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT), codependencia, bienestar psicológico y social (continuación)

Espiritualidad	Bienestar físico ^a					
	(consumo sensato)	18.363	1	18.363	.62	.431
	Codependencia ^b	32.206	1	32.206	.20	.650
	Bienestar Psicológico ^c	44.940	1	44.940	.35	.552
	Bienestar Social ^d	288.965	1	288.965	2.04	.156
a) $R^2 = 4.7\%$		b) $R^2 = 54.3\%$		c) $R^2 = 68.2\%$		d) $R^2 = 47.8\%$

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *Valor* = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* = significancia, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo sensato, b) = codependencia, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

La tabla 38 muestra el Modelo Lineal General Multivariante final para las variables predictoras del bienestar físico (consumo sensato de alcohol), bienestar psicológico, bienestar social y codependencia. El modelo es significativo para las variables estrés percibido ($p = .001$) y apoyo social ($p = .001$), y de acuerdo al modelo ambas variables explican el 5.1% del bienestar físico, 68.5% del bienestar psicológico, el 47.2% del bienestar social y 54.7% de la codependencia.

El apoyo social, mostró efecto negativo y significativo con la codependencia ($\beta = -.197, p = .013$). De igual forma, se observó efecto positivo y significativo del apoyo social con el bienestar psicológico ($\beta = .474, p = .001$) y bienestar social ($\beta = .416, p = .001$). Mientras que con el índice del AUDIT no mostró efecto significativo ($\beta = .071, p = .415$).

El estrés percibido reportó efecto positivo y significativo con la codependencia ($\beta = .587, p = .001$). En tanto que, se observó efecto negativo y significativo del estrés percibido con el bienestar psicológico ($\beta = -.443, p = .001$) y bienestar social ($\beta = -.184, p = .020$), en familiares de personas dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.

Tabla 38

Modelo Lineal General Multivariante para estrés percibido y apoyo social sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT), codependencia, bienestar psicológico y bienestar social

Contrastes multivariados Lambda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	gl del error	<i>p</i>	
Estrés percibido	.616	13.26	4	85	.001	
Apoyo social	.580	15.41	4	85	.001	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Estrés percibido	Bienestar físico (consumo sensato)	188.045	1	188.045	6.43	.013
	Codependencia ^b	6281.533	1	6281.533	40.70	.001
	Bienestar Psicológico ^c	3578.176	1	3578.176	28.55	.001
	Bienestar Social ^d	617.004	1	617.004	4.32	.041
Apoyo social	Bienestar físico ^a (consumo sensato)	129.166	1	129.166	4.41	.038
	Codependencia ^b	1008.292	1	1008.292	6.53	.012
	Bienestar Psicológico ^c	5822.510	1	5822.510	46.46	.001
	Bienestar Social ^d	4491.714	1	4491.714	31.46	.001

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *Valor* = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* =significancia, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo sensato, b) = codependencia, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Modelo Lineal General Multivariante para estrés percibido y apoyo social sobre el bienestar físico (consumo sensato de alcohol AUDIT), codependencia, bienestar psicológico y bienestar social (continuación)

a) $R^2 = 5.1\%$ b) $R^2 = 54.7\%$ c) $R^2 = 68.5\%$ d) $R^2 = 47.2\%$

Bootstrap para estimación de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				LI	LS
AUDIT	Apoyo social	.071	.415	029	204
	Estrés percibido	.102	.392	- 027	288
Codependencia	Apoyo social	-.197	.013	- 337	- 025
	Estrés percibido	.587	.001	428	775
Bienestar psicológico	Apoyo social	.474	.001	318	647
	Estrés percibido	-.443	.001	- 591	- 248
Bienestar social	Apoyo social	.416	.001	267	572
	Estrés percibido	-.184	.020	- 332	- 030

Nota: R^2 = coeficiente de determinación, *Valor* = Lambda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *p* =significancia, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *CM* = cuadrado medio, a) = consumo sensato, b) = codependencia, c) = bienestar psicológico, d) = bienestar social

Con estos últimos resultados de las tablas 37 y 38 se determinó la capacidad explicativa del Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon de la forma siguiente: el estrés percibido tiene efecto negativo y significativo sobre el bienestar psicológico y bienestar social y efecto positivo y significativo sobre la codependencia. El apoyo social tiene efecto positivo y significativo sobre el bienestar psicológico y bienestar social y negativo y significativo sobre la codependencia. Respecto al bienestar físico evaluado por el consumo sensato de alcohol AUDIT, no mostró significancia con ninguna de las variables anteriores.

La figura 7 muestra la comprobación del componente cuantitativo, del modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon, de esta manera, la primera parte de los resultados del estudio queda concluida. Posterior a la figura 7 se reportan los resultados cualitativos.

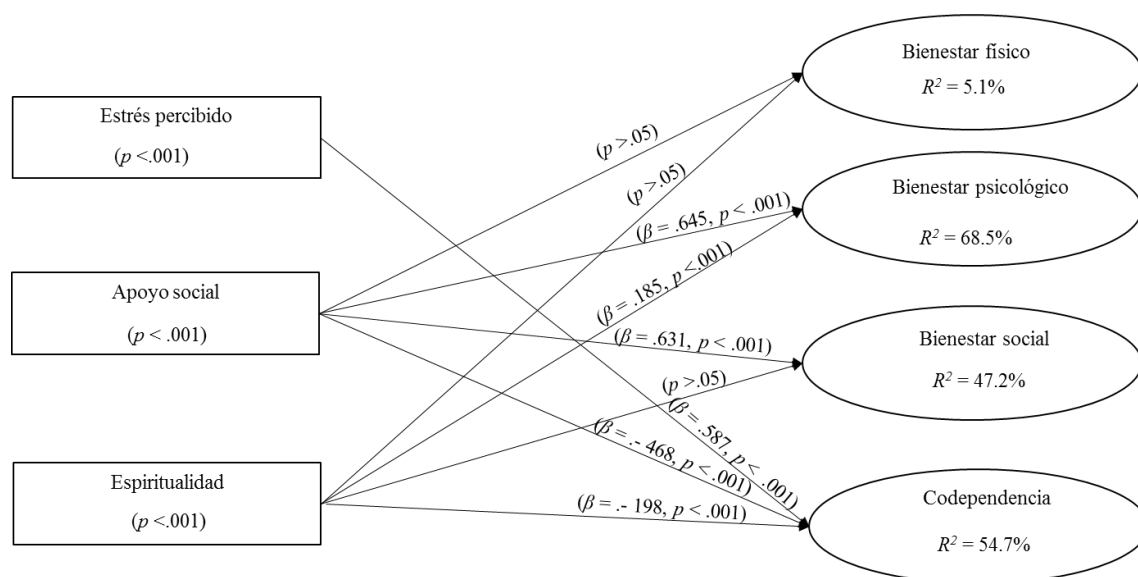


Figura 7

Comprobación del componente cuantitativo del Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.

Resultados componente cualitativo

Para responder al objetivo siete del estudio que enuncia, comprender desde la experiencia de los familiares de la persona dependiente del alcohol, el significado y el proceso que viven desde el inicio de la dependencia al alcohol de su familiar, la búsqueda de ayuda y el apoyo social que reciben en los grupos de ayuda mutua Al-Anon. El marco interpretativo utilizado fue el interaccionismo simbólico, se utilizó el método de la Teoría Fundamentada y su fuente de recolección de datos fue a través de entrevista individual semi-estructurada, participaron diez mujeres integrantes de grupos de ayuda mutua Al-Anon de los municipios de H. Matamoros, Reynosa y Nuevo Laredo Tamaulipas.

Las edades de las entrevistadas oscilaron entre los 22 y 54 años, en relación al grado escolar, una participante contaba con el nivel de primaria, cuatro de ellas con nivel de secundaria, tres mencionaron haber concluido la preparatoria, una con carrera técnica y una de ellas con nivel de licenciatura. En cuanto al tipo de actividad que desarrollan, cinco de ellas refirieron trabajar fuera del hogar y cinco mencionaron dedicarse a las labores del hogar. En relación al lazo parental con la persona dependiente del alcohol; seis eran esposas, tres madres de familia y una, tía de la persona dependiente.

De los contenidos de las diez entrevistas, considerando las representaciones sociales emergieron y que se construyen mediante la interacción de los familiares principales con otros que comparten un problema similar, que es la dependencia al alcohol de su familiar, los temas principales que emergieron fueron: I). Significado del alcoholismo o dependencia al alcohol en la familia, del cual es posible identificar tres categorías 1) vivir en una familia alcohólica, 2) reconociendo la enfermedad, y 3) hijos con dependencia al alcohol. El segundo tema identificado se denomina II). Proceso que siguen los familiares que los conduce a Al-Anon, del cual se identifican cinco categorías 1) sentimientos o emociones, 2) actitudes, 3) pérdidas o consecuencias, 4) codependencia y 5) expectativas de recuperación. Un tercer tema fue III). Proceso de

apoyo y recuperación familiar en el grupo de ayuda mutua Al-Anon y las categorías que emergieron de este tema fueron: 1) reconocer que necesita ayuda, 2) ayuda recibida en Al-Anon y 3) recomendar Al-Anon a otros familiares. A continuación, en las tablas 39 a la 41 se presentan los resultados de los tres temas identificados, ordenados por categoría y códigos vivos.

Respecto al tema I). El significado del alcoholismo o dependencia al alcohol en la familia, se identifican tres categorías. De acuerdo a la primera categoría acerca de vivir en una familia alcohólica, la tabla 39 muestra lo referido por las informantes clave, donde gran parte de ellas indican la presencia de la dependencia al alcohol en sus familias de origen experimentado por sus padres, hermanos, o bien en su pareja e inclusive en la actualidad por los hijos. La experiencia vivida, de acuerdo a sus narraciones las obligó a que crecieran y vivieran en un ambiente familiar complejo, algunas de las participantes comentan haber experimentado desde su niñez efectos negativos y formas de maltrato derivados del ser parte de una familia disfuncional donde estuvo presente el abuso de sustancias. Lo anterior se traduce en agresiones, según lo mencionó *Celia... mi papa era muy tomador, pero también era muy agresivo*, o bien descuido y abandono como se observa en el siguiente relato. *Rita...yo tenía mucho resentimiento también con mi madre, yo no podía acercarme a ella, estaba muy enojada con mi madre, yo sufrí abandono desde los dos años y medio, entonces pues, era algo que... crecí en un mundo donde vengo de una familia disfuncional... entonces yo me sentía sola y perdida en la vida*. En este sentido, Lloret (2001) hace referencia a la estrecha relación que existe entre el comportamiento de la persona con adicción al alcohol y los actos agresivos y de violencia que comete contra su entorno más cercano, es decir la familia.

De igual forma se identifica el desconocimiento de la dependencia al alcohol como una enfermedad (segunda categoría), aproximándose a un concepto de “vicio”, el cual con el tiempo puede cambiar, por los aportes que reciben de su inclusión a los

grupos Al-Anon, en este sentido van construyendo un relato diferente del alcoholismo como enfermedad. El no poder identificar al alcoholismo o dependencia al alcohol como una enfermedad, obedece al hecho de tener escaso o nulo conocimiento sobre este problema de salud y su tratamiento (Alves et al., 2006), así como a información errónea transmitida de generación en generación, como se observa en el siguiente relato...*Rita comentó... a mí me dijeron que eso era un vicio, entonces, pues yo creí que eso, que ese vicio se le iba a quitar, o que mi amor lo podía cambiar, entonces así viví 18 años.*

Un dato importante de resaltar es el hecho de que el significado de convivir con un familiar dependiente del alcohol es distinto cuando se trata de un hijo (tercera categoría), ya que es entonces cuando la mujer se derrumba y se niega a aceptar que la conducta de consumo abusivo se repita. La adicción al alcohol de un hijo dentro del núcleo familiar es un fenómeno complejo, la culpa está dirigida particularmente a las madres por su rol culturalmente impuesto de cuidadora y educadora, por lo que si falla en esta función, se le juzga como ineficiente y culpable (Nuño & González, 2004). Además las premisas socioculturales definen a la mujer como la principal responsable de la crianza de los hijos, son percibidas en el imaginario social como responsables de la conducta de sus hijos ante las drogas. Algunas madres experimentan sentimientos de inadecuación y auto culpabilidad, además de un profundo sentido de responsabilidad con respecto a los comportamientos de sus hijos y frecuentemente la madre asume la carga y culpa de la enfermedad de su hijo.

A menudo, las madres ven a sus hijos como extensiones de su propia identidad, es decir, el bienestar emocional de una madre está estrechamente vinculado a su hijo; por lo que, si no está bien el hijo, tampoco la madre lo está (Smith & Estefan, 2014). En relación a lo anterior *Adela comentó... Yo soy hija de padre alcohólico y soy esposa de alcohólico, yo llegué como madre de alcohólicos cuando me di cuenta que, el alcoholismo de un hijo es más difícil porque como que uno no se quiere rendir tan fácilmente verdad, porque yo creo que... y lo he comentado aquí, es muy difícil aceptar*

el alcoholismo de un hijo, porque ahí si me derrumbé, al ver que mis hijos estaban teniendo el mismo comportamiento de mi esposo, al ver que se repetía ese patrón y dije... ¡No, ya no!

Lo anteriormente señalado cobra relevancia ya que al aprender a vivir en un ambiente interno de alcoholismo en la familia; emerge un conjunto de conductas (actitudes, creencias, reproducción de la conducta de consumo abusivo de alcohol) que ayudan a regular la vida familiar y sus relaciones con el mundo exterior, pudiendo mantener a corto y largo plazo una conducta de abuso en los hijos o la esposa (Steinglass, Bennett; Wolin & Reiss, 1996).

Tabla 39

Tema I Significado del alcoholismo o dependencia al alcohol en la familia

Categoría	Códigos vivos
<p>1). Familia alcohólica</p> <p>Las familias alcohólicas son sistemas conductuales en los cuales el alcoholismo y las conductas vinculadas con éste se han convertido en principios organizadores centrales en torno a los cuales se estructura la vida de la familia.</p>	<p><i>Ana expresó... no es primera generación que tiene este problema...mi papá fue alcohólico, mis hermanos que ya fallecieron y luego, dos sobrinos también, entonces dije oye no, esto hay que pararlo, hay que ver cómo podemos controlar esto, detenerlo, ayudarlo sobre todo porque es muy joven, entonces si era de gran preocupación de gran angustia y sobre todo recordar esas situaciones anteriores no quería que se volvieran a repetir.</i></p> <p><i>Celia relató... mi papa era muy tomador, pero también era muy agresivo, y luego yo todo el tiempo, procuraba de traer novios pero que no tomaran, entonces mi esposo pos no tomaba, ya después con los años empezó a tomar... yo me mortificaba porque fueran mis hijos también a seguir la misma carrera de mi esposo alcohólico.</i></p> <p><i>Adela comentó... yo soy hija de padre alcohólico y soy esposa de alcohólico, yo llegué a Al-Anon como madre de alcohólicos.</i></p> <p><i>Dora señaló...Un hermano tuve alcohólico, mi mamá es neurótica y mi papá también, mi mamá fue muy agresiva con nosotros, entonces a mí eso me afectó mucho</i></p>

Rita...yo tenía mucho resentimiento también con mi madre, yo a mi madre no podía acercarme a ella estaba muy enojada con mi madre, yo sufrí abandono desde los 2 años y medio entonces pues, era algo que... crecí en un mundo donde vengo de una familia disfuncional... entonces yo me sentía sola y perdida en la vida.

Ana...yo no conviví con mis familiares directos porque mi familia se desintegró por causa del alcoholismo de mi padre y yo fui adoptada por unos tíos....si cuando yo estaba pequeña, mi familia de origen hubiera conocido este programa otra cosa hubiera sido, no se hubiera desintegrado.

Categoría	Códigos vivos
2). Reconociendo la enfermedad	<p><i>Rita comentó....yo estuve casada 18 años con un alcohólico drogadicto, en ese tiempo pues yo ignoraba muchas cosas y yo no sabía que esto era una enfermedad... yo estaba realmente, pues yo decía que muy enamorada, yo no creía que una persona podía dañarse así de esa manera, entonces, yo nada más veía que tomaba, yo por la forma en la que yo fui criada ...a mí me dijeron que eso era un vicio, entonces, pues yo creí que eso, que ese vicio se le iba a quitar, o que mi amor lo podía cambiar, entonces así viví 18 años.</i></p>
	<p><i>Dora...fue muy doloroso para mí, aceptar que era una enfermedad, y tratarlo como tal, pero era, era algo terrible era algo que no se lo, como dicen no se lo deseo a nadie porque es algo indescriptible y doloroso.</i></p>
	<p><i>Ofelia... pues yo viví 3 años... la enfermedad de mi esposo, ahorita ya no está activo, tiene como 6 meses desde que llegó al programa que no está bebiendo, pero esos 3 años que yo viví, la verdad es que si eran muy angustiosos porque yo no sabía que él era alcohólico, de hecho yo no sabía que era una enfermedad,...no me entero hasta que vengo al grupo, yo pensaba que bebía mucho, como yo pues que flojeo mucho, o veo la novela mucho o sea justificándolo.</i></p>
	<p><i>Nancy expresó... lo primero que a mí me dijeron en el grupo es que el alcoholismo es una enfermedad, tú no se la diste, tú no la vas a curar, y no la vas a controlar. Entonces, a partir de esa idea que me dieron, se me</i></p>

quitó como un peso de encima, que yo dije, no soy culpable bendito sea Dios, yo no tengo la culpa porque está enfermo y a mí nunca me habían dicho que el alcoholismo era una enfermedad.

Teresa...No ya no, ya no es miedo porque yo entendí que el alcoholismo es una enfermedad, entendí que el alcoholismo es una enfermedad y que ellos inconscientemente actúan. El alcohol hace que ellos actúen de esta manera y entonces entendí a tener paciencia a tener tranquilidad en él, o sea que él estuviera tranquilo y yo también tomar las cosas con calma verdad, porque yo entendí que yo no puedo hacerlo cambiar de que es...es decisión de él, si él quiere dejar de tomar.

Categoría

Códigos vivos

3). Hijos con dependencia al alcohol

Los hijos de alcohólicos tienen una probabilidad cuatro veces mayor que otros niños de convertirse en alcohólicos. La mayoría de los hijos de alcohólicos han experimentado cierta forma de abandono o abuso (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999).

Adela relató... el alcoholismo de un hijo es más difícil porque como que uno no se quiere rendir tan fácilmente verdad, porque yo creo que... y lo he comentado aquí, es muy difícil aceptar el alcoholismo de un hijo, porque ahí si me derrumbé, al ver que mis hijos estaban teniendo el mismo comportamiento de mi esposo, al ver que se repetía ese patrón y dije... ¡No, ya no!, yo ya no voy a seguir viviendo esto sola, vivir esta situación porque, bueno pues el esposo ni de mi sangre es, pero ver a un hijo que cada día se estaba consumiendo.

Rita mencionó... entonces, de repente pues yo me doy cuenta que mi hijo empieza a beber, pero empieza a beber ya no a escondidas mías, sino ya frente a mí, a faltar a la escuela, se hicieron más seguidas las quejas, a mí se me cerro el mundo en ese momento... dije, lo que está pasando es que él agarró el vicio más fuerte que el papá... eso era, me quedé ahí viendo a mi hijo porque yo ya tenía mucho miedo de que él se suicidara, o sea ya había tenido varios intentos, así que dije no puedo dejarlo solo, yo de verdad pase unos días muy angustiantes. Es muy difícil de aceptar el alcoholismo de un hijo.

Dulce...Yo decía, no pues no es alcohólico mi hijo, yo no lo aceptaba.

La tabla 40 representa la segunda temática identificada en el estudio, II) el proceso que siguen los familiares que los conduce a Al-Anon, del cual fue posible identificar cinco categorías 1) sentimientos o emociones, 2) actitudes, 3) pérdidas o consecuencias, 4) codependencia y 5) expectativas. En este proceso se ha internalizado un conjunto de sentimientos o emociones (primera categoría) derivados de las experiencias del diario vivir con la pareja o familiar dependiente del alcohol como angustia, dolor y terror fomentado por la incertidumbre y el estrés de no tener el control sobre “el cuándo y cómo vendrá...si viene”. El estar segura de no poder hacer nada, amplía esa incertidumbre, además de generar impotencia, desesperanza y aflicción.

El convivir con un familiar dependiente del alcohol implica un proceso difícil de afrontar que involucra cambios de comportamiento de los miembros del grupo familiar, quienes también muestran sentimientos de ansiedad, ira, tristeza e impotencia, afectando negativamente el bienestar físico y psicológico de todos los miembros de la familia (Nátera, et al., 2011; Pena & Gonçalves, 2010). Lo anterior se demuestra en el siguiente relato...*Dora dijo...para mí era angustia, terror, era una incertidumbre cada noche que, que lo esperaba, pasaba la ambulancia y pensaba que ya se lo habían llevado, pensaba que estaba muerto. Era una incertidumbre terriiible que no se quitaba hasta que lo veía llegar.*

Ese vivir inquieto y con desasosiego, genera en los familiares actitudes (segunda categoría) que caracterizan su estilo de vida, así como la presencia de síntomas físicos y psicológicos como el llorar constantemente, no dormir, tornarse violentas, sentirse sin ganas de continuar con sus labores diarias, incluso sin ganas de levantarse de la cama, y pesimistas en relación al futuro. Todos estos síntomas son sinónimo de sufrimiento y vulnerabilidad que se derivan de la interacción del familiar con la persona dependiente a la sustancia (Betancourt, Rodríguez, & Crespo, 2012) y parecen ser una constante del perfil de las personas que conviven con un familiar que abusa del alcohol. En este sentido, *Celia comentó...yo no dormía nada, toda la noche que el andaba bebiendo, yo*

me la pasaba en el carro de mi hijo, ahí toda la noche para ver por donde llegaba mi esposo.

Algunas maneras de afrontar inadecuadamente el conflicto que viven, es mostrar actitudes de negación del problema en un primer momento, una vez que lo aceptan, se muestran permisivas con la conducta de su familiar como una forma de mantener estable el ambiente familiar. De igual forma, se identifica que el familiar de la persona dependiente se aísla de la sociedad, de familiares y de las amistades en un intento por conservar la buena imagen y no ser señaladas, así como para evitar el rechazo social (Filizola et al., 2009), según se observa en el siguiente relato... *Ofelia...o sea, ya no salíamos con nuestros familiares, porque pues como él hacía problemas afuera, pues la gente empezó a rechazarnos, a él por su enfermedad y a mí por permitir que el hiciera ciertos abusos con mi persona, y yo empecé a tener algunas actitudes...pues arrebatos, cuando yo nunca en mi vida había sido así, entonces yo...me volví violenta.*

Además del daño emocional, otro tipo de consecuencias o pérdidas (tercer categoría) que sufre la familia con algún miembro dependiente del alcohol, es la afectación económica en el nivel de vida (Filizola et al., 2006). En principio, la cuestión de no proveer para las necesidades más básicas como la alimentación y costos de la casa, hasta necesidades que van a interferir en el futuro de los hijos como su educación. En este sentido Martins, Dos santos y Pillón (2008), señalan que las dificultades financieras derivadas de un consumo dependiente de alcohol pueden llevar a una inestabilidad emocional y, en consecuencia a una desestructura en la organización familiar. Lo anterior queda demostrado en el siguiente relato, *Oliva comentó...el vivir así te va destruyendo por dentro emocionalmente, te va afectando física, emocional y espiritualmente que llegas al borde de la locura. Destruye uno también a su familia, a sus hijos más que nada, y yo creo que ¡el vivir con un borracho es la muerte!...No había luz, no había agua, no había que comer, pero para el alcohol si había! ...no había para los niños la colegiatura, no había para los uniformes, pero para el alcohol, si había!*

Otra condición comentada por las participantes del estudio, es el hecho de que se reconozcan como codependientes (cuarta categoría), de acuerdo a Martins et al. (2011) y Vargas y Hernández (2012) la codependencia es una condición psicológica y emocional que afecta el comportamiento de una persona para relacionarse saludablemente, la persona codependiente deja de lado sus propias necesidades para satisfacer las del otro, al grado de vivir en función del otro, pudiendo tener implicaciones en el bienestar biopsicosocial de la persona codependiente. Estos rasgos han sido identificados en personas que cumplen el rol de cuidador de personas con enfermedades crónicas como lo es la dependencia al alcohol, o bien en personas que han crecido en familias alcohólicas. De acuerdo a sus narraciones, las informantes clave reconocen esta condición en su relación con su familiar dependiente del alcohol, es decir se reconocen como codependientes, lo anterior se puede observar en la narración de *Teresa...él, su problema es el alcohol y el problema mío es la codependencia porque yo decía ¿y si el no viene?... si él no estaba yo me sentía mal, llego aquí a Al-Anon buscando ayuda para él y me doy cuenta de que pues yo también estoy mal.*

No obstante, se constata que esas mujeres tienen expectativas de recuperación (quinta categoría) que se direccionan a la pareja e hijos. Identifican al dependiente como a una persona con una enfermedad crónica con posibilidades de rehabilitación, esperan recuperar su vida familiar anterior al consumo abusivo, la sobriedad de ese miembro de la familia y que sean otro ejemplo de persona, además de que las situaciones dentro del hogar se modifiquen y mejoren (Filizola et al., 2009; Nuño & González, 2004). Al respecto *Oliva señaló...siempre pensé que un día, él iba a dejar de beber, y pues no... ese día no llegaba, hasta de mucho tiempo después llegó.*

Tabla 40

Tema II Proceso de vivencias que conducen a la mujer a Al-Anon

Categoría	Códigos Vivos
1) Sentimientos	<i>Dora dijo...para mí era angustia, terror, era una incertidumbre cada noche que lo esperaba, pasaba la ambulancia y pensaba que ya se lo habían llevado, pensaba que estaba muerto. Era una incertidumbre terriible que no se quitaba hasta que lo veía llegar.</i>
Sentimientos negativos que tienen estrecha relación con la incertidumbre o falta de certeza que experimenta el familiar principal sobre el futuro de su familiar dependiente del alcohol.	<i>Oliva comentó...el vivir así es una angustia, es un dolor, mi angustia y dolor era demasiado.</i>
Comprende estados emocionales como angustia, temor, dolor, incertidumbre, rabia, enojo y culpa que el familiar principal experimenta en su cotidiano vivir derivados del comportamiento de su familiar que abusa del alcohol.	<i>Teresa señaló... es miedo, estrés, o sea, todo es un conflicto de emociones que...no podría explicarlos por completo, porque son muchas emociones que uno siente... sientes miedo, sientes temor, sientes estrés o sea...son muchas cosas.</i>
	<i>Ofelia...yo sentía temor, angustia, frustración, sentía con el paso de los días, durante estos 3 años pues era sentir... que no tenía una salida, que no tenía un camino... todo era inseguridad, temor, frustración y mucho resentimiento en contra de él.</i>
	<i>Adela relató...es un sentimiento de impotencia, de dolor...yo sufrí y todavía a veces sufro.</i>
	<i>Nancy...era una rabia, era un coraje, era un malestar general negativo, mi estima se fue bajando yo me sentía frustrada y muy culpable cada vez que él bebía.</i>
	<i>Rita mencionó... pase de estar deprimida a la ira... a decir, me voy a vengar, me voy a desquitar, le voy a pagar con la misma moneda.</i>
	<i>Dulce...sentía tristeza, siempre una angustia y una ansiedad todo el día y todos los días y yo ya no podía más.</i>

Categoría	Códigos Vivos
<p>2) Actitudes</p> <p>Estado o consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta del familiar principal de la persona dependiente del alcohol, ante determinados acontecimientos.</p>	<p><i>Dora... era de estar llorando, de estar angustiada, de no querer pararte a trabajar, de no querer hacer nada más que saber de esa persona que, que sabes que anda mal.</i></p> <p><i>Oliva comentó... era estar en la ventana hasta las 2, 3 de la mañana esperando a ver a qué horas llegaba, y que pasaba, que cuando llegaba, nomás donde yo lo miraba... mira nada más como vienes, no te importa lo que estoy sufriendo!, no te importa que tus hijos no hayan comido!, y él no me contestaba nada, él nomas buscaba la cama para acostarse, y yo todavía detrás del echándole, aventándolo, agrediéndolo, quería destruirlo!, quería matarlo!, quería tragármelo!, quería, tener una pistola para matarlo en ese momento!.</i></p> <p><i>Celia...yo no dormía nada, toda la noche que el andaba bebiendo, yo me la pasaba en el carro de mi hijo, ahí toda la noche para ver por donde llegaba mi esposo.</i></p> <p><i>Teresa señaló... en mi caso yo llegué aquí a Al-Anon sin ninguna esperanza, yo ya quería suicidarme porque yo ya no le veía sentido a la vida porque... deje de tenerle importancia a mis hijosdeje a un lado a mis hijos también...ya no les hacía caso, yo ya no le tenía sentido a nada, a nada !!!... para mí todo estaba perdido. No tenía yo ganas de vivir, ya no tenía ganas ni de levantarme.</i></p> <p><i>Rita mencionó... yo tenía un patrón de sumisión, mucha sumisión y muy permisiva, caía en momentos depresivos por meses, hacia mis labores y todo pero cuando yo me quedaba sola era terrible, yo me encerraba a llorar en el baño...todo mi mundo se había derrumbado, todo!</i></p> <p><i>Nancy...yo me fui volviendo obsesiva para el trabajo, trabajaba 16 horas diarias, no me cansaba porque traía una neurosis a todo lo que daba, entonces llegó un tiempo, ya casi al final en que yo toqué, yo digo que toqué ese fondo de sufrimiento, porque a pesar de que yo tengo 4 hijos varones, yo ya no quería vivir.</i></p> <p><i>Ofelia...o sea, ya no salíamos con nuestros familiares, porque pues como él hacía problemas afuera, pues la gente empezó a rechazarnos, a él por su enfermedad y a mí por permitir que el hiciera ciertos abusos con mi persona, y yo empecé a tener algunas actitudes...pues</i></p>

arrebatos, cuando yo nunca en mi vida había sido así, entonces yo...me volví violenta.

Categoría	Códigos Vivos
<p>3) Consecuencias o pérdidas</p> <p>Son efectos del consumo dependiente de alcohol consecuencias concretas para las relaciones familiares. De modo que dichas vivencias, ponen de manifiesto que toda la familia sufre pérdidas y daños; razón por la cual estas mujeres hablan de destrucción familiar.</p>	<p><i>Oliva comentó...El vivir así te va destruyendo por dentro emocionalmente, te va afectando física, emocional y espiritualmente que llegas al borde de la locura. Destruye uno también a su familia, a sus hijos más que nada, y yo creo que ¡el vivir con un borracho es la muerte!...No había luz, no había agua, no había que comer, pero para el alcohol si había! ...no había para los niños la colegiatura, no había para los uniformes, pero para el alcohol, si había!</i></p> <p><i>Nancy... yo la verdad, es que estaba fuera de mí, era ya una obsesión estar viendo con quien salió, a donde fue, a qué horas va a venir, él me decía déjame en libertad y para mí el que él me dijera que lo dejara en libertad era que le diera permiso de andar con otras mujeres, yo así lo interpretaba, yo me hice muy capaz para hacer historias que me dañaran a mí, porque realmente, pues él no sabía todo lo que yo estaba pensando, pero yo me hacía toda una historia para sentirme mal. Entonces llegaba él y pues a veces las cervezas podían estar hasta el sábado, pero yo desde el jueves ya estaba sufriendo, ya estaba preocupada porque decía... ya la va agarrar.</i></p>

Categoría	Códigos Vivos
<p>4) Codependencia</p> <p>Los cónyuges en un intento fallido por tratar de ayudar al alcohólico pueden desarrollar conductas que solamente son autodestructivas y facilitan la progresión de la enfermedad.</p>	<p><i>Teresa relató...él, su problema es el alcohol y el problema mío es la codependencia porque yo decía ¿y si el no viene?... si él no estaba yo me sentía mal, llego aquí a Al-Anon buscando ayuda para él y me doy cuenta de que pues yo también estoy mal.</i></p> <p><i>Rita mencionó... él se burló de mi muchos años, se burló de mí y me dijo insultos, que yo no valía nada, que yo no era nadie, que yo no iba a poder mantener a mis hijos y que yo no iba a poder hacer nada sin él y sí! ... era una dependiente emocional de él, yo era codependiente.</i></p> <p><i>Ofelia... yo mi enfermedad la sigo teniendo mi codependencia, sé que voy a estar en recuperación...ahorita siento que si controlo, pero no al cien por ciento porque hay mucho daño y mucho resentimiento.</i></p>

Categoría	Códigos Vivos
5) Expectativas de recuperación	<i>Dora...yo quería que el dejara de drogarse y alcoholizarse.</i>
A través de sus relatos, se constata que estas mujeres tienen expectativas que se direccionan a la pareja e hijos. Esperan recuperar su vida familiar anterior al consumo abusivo, desean la sobriedad de ese miembro de la familia y que sean un ejemplo de persona.	<i>Oliva comentó...siempre pensé que un día, él iba a dejar de beber, y pues no..., ese día no llegaba, hasta de mucho tiempo después llegó.</i>
	<i>Teresa...yo pensaba que aquí yo venía a cambiar a mi alcohólico, que yo entrando aquí iba a hacer que el dejara de tomar, que él cambiara su forma de ser hacia mí.</i>
	<i>Rita mencionó...pues yo creí que eso, que ese vicio se le iba a quitar, o que mi amor lo podía cambiar.</i>

La tabla 41 hace referencia al tercer tema, III) identificado como el proceso de apoyo y recuperación familiar en el grupo de ayuda mutua Al-Anon, del cual emergieron tres categorías 1) reconocer que necesita ayuda, 2) ayuda recibida en Al-Anon y 3) recomendar Al-Anon a otros familiares.

Según la percepción de las participantes, el convivir con su familiar dependiente del alcohol es muy difícil sino se tiene el apoyo social de Al-Anon. La búsqueda de apoyo no ocurre de forma espontánea y con rapidez, exige que se venzan resistencias y estereotipos sociales referentes al rol de la mujer, lo cual se puede lograr al ir construyendo gradualmente en los Grupos Al-Anon la confianza de contar con nuevos amigos que apoyan el proceso de reconocer que se necesita de ayuda (primera categoría) para controlar sus emociones y manejar la culpa, es el momento en que busca el apoyo del grupo Al-Anon, al respecto *Nancy comentó...a mí lo que me hizo llegar a Al-Anon, fue que yo ya no sabía si iba o venía, mis hijos muy bondadosamente me apoyaban en el trabajo y me cuidaban mucho, pero la verdad es que yo ya estaba fuera de mí.*

Además, en los relatos de las participantes queda explícito que no se trata de un proceso fácil, y que solo a partir de las reuniones en el grupo, el convivir con otros familiares (nuevos amigos) que tienen los mismos problemas, escuchar sus relatos,

compartir el mensaje y hacer lecturas referentes al tema, les permite obtener informaciones correctas y poder compartir el mensaje. En este sentido, Zapata (2009) señala que el vincularse a grupos de soporte o apoyo social, expresar sus emociones y compartir temores y expectativas con personas que están viviendo situaciones similares, facilita el desarrollo de nuevos conocimientos y actitudes en pro de cambios positivos. En este sentido, una de las informantes clave expresó...*el programa me ha ayudado a cambiar de actitud, a entender que el alcoholismo es una enfermedad, entendí que yo no puedo hacerlo cambiar, que es...es decisión de él si quiere dejar de tomar. Entonces, cambié yo en mi forma de ser y eso me ha ayudado bastante en la forma de la comunicación con él y entender que hay mucho por lo cual vivir... esperanza de que hay mucha vida por delante y primero que nada está el vivir para mis hijos, ellos necesitan a una mamá que sepa cuidarlos, que sepa amarlos y todo eso lo vengo aprendiendo aquí en Al-Anon.*

El ser parte del grupo de ayuda mutua Al-Anon, las empodera a direccionarse a conocer las posibilidades existentes en el programa que las pueden ayudar (segunda categoría), les amplía su percepción, les permite realizar cambios en su vida, a valorarse como persona, a eliminar estereotipos, a perdonar y perdonarse, a poner límites, además de concientizarse de que hay otras formas más saludables de vivir y relacionarse, y que el pedir ayuda no es una vergüenza o señal de flaqueza. *Dora...el programa me ha ayudado a, en primer lugar, a saber quién soy...me dio esa facilidad de saber que yo soy la que tengo que estar bien, que me tengo que ocupar de mi...a valorarme como persona, como mujer, como madre más que nada y a perdonar, a perdonar a toda esa gente que me lastimó.*

Es a través de la participación en el grupo de ayuda mutua Al-Anon, que se logra un cambio de actitud en la forma de lidiar con las situaciones generadas por la forma de consumo de su familiar (Filzola et al., 2009). Por esas razones, y por la construcción personal de la fortaleza y esperanza que se fomenta y se comparte en el grupo mediante

el interaccionismo simbólico, es posible obtener resultados positivos experimentados según el testimonio de los familiares, son capaces de pasar o compartir el mensaje a otras personas que viven su misma experiencia (tercer categoría), para ser escuchados, tratados con empatía y ayudarles a través del apoyo social a otros familiares principales de personas dependientes del alcohol para que logren la adaptación, es decir el bienestar físico, psicológico y social.

El reunirse en grupos como Al-Anon les permite apoyarse mutuamente a través del compartir experiencias personales vividas, el intercambio de algunos recursos, el acompañamiento durante la enfermedad del familiar con dependencia, son elementos coadyuvantes de la construcción del apoyo emocional e instrumental requeridos por la persona que vive en el contexto de un familiar con enfermedad del alcoholismo. El compartir el mensaje es el doceavo paso del programa de Al-Anon, no obstante la meta no ha concluido, porque ahora se trata de dedicar su tiempo y parte de su vida al servicio a la comunidad; testificando sus experiencias a otros familiares de personas dependientes, e invitándolos a mantenerse dentro del grupo, a fin de que encuentren el camino hacia el bienestar. El compartir ayuda a quien lo comparte, como aquel que lo recibe en este proceso de ayuda mutua.

Tabla 41

Tema III Reconocer que se necesita ayuda respecto al significado de convivir con una persona dependiente del alcohol

Categoría	Códigos vivos
1) Reconocer que se necesita ayuda.	<i>Dora...pero si, es algo muy difícil de aceptar....de aceptar que tenemos un problema en nuestras emociones.</i>
Aceptar que se necesita ayuda y apoyo	<i>Oliva comentó...Me di cuenta de que también era propiciadora de lo que estaba viviendo, porque no buscaba ayuda, necesitaba ayuda, pero no la buscaba.</i>

Teresa señaló...Llego aquí a Al-Anon buscando ayuda para él, y me doy cuenta de que pues yo también estoy mal, y empiezo a trabajar con mis defectos.

Ofelia...ya no sé qué hacer...que hago?... ya era una locura en mi persona, ya no había nada para mí, ya había llegado a mi límite, a pesar de que vivo como a 5 minutos yo no sabía del lugar, yo iba caminando con mi hija por aquí y me senté en una banca y me volteé y estaba justamente enfrente de la puerta de Al-Anon.

Nancy...a mí lo que me hizo llegar a Al-Anon, fue que yo ya no sabía si iba o venía, mis hijos muy bondadosamente me apoyaban en el trabajo y me cuidaban mucho, pero la verdad es que ya estaba fuera de mí.

Dulce...la necesidad ya me estaba llamando a que buscara una ayuda, y pues ya cuando empecé a venir, ya me di cuenta que me ayudó mucho, porque yo no podía soltarlo.

Categoría	Códigos vivos
2) Ayuda recibida en Al-Anon	<p><i>Dora ...el programa me ha ayudado a, en primer lugar, a saber quién soy...me dio esa facilidad de saber que yo soy la que tengo que estar bien, que me tengo que ocupar de mi...a valorarme como persona, como mujer, como madre más que nada y a perdonar, a perdonar a toda esa gente que me lastimó.</i></p>
	<p><i>Oliva comentó...a mí me ha apoyado emocionalmente, me ha liberado mucho del resentimiento, me ha liberado del dolor, me he recuperado, he recuperado mi autoestima, mi dignidad como ser humano, hoy me doy cuenta que soy una hija muy amada por Dios, porque el programa me lo ha hecho ver, y hoy me valoro, hoy sé que se puede vivir de otra manera, hoy sé que hay soluciones, hoy sé que tengo un poder más grande que mis problemas.</i></p>
	<p><i>Teresa señaló...el programa me ha ayudado a cambiar de actitud, a entender que el alcoholismo es una enfermedad, entendí que yo no puedo hacerlo cambiar, que es...es decisión de él si quiere dejar de tomar. Entonces, cambié yo en mi forma de ser y eso me ha ayudado bastante en la forma de la comunicación con él y entender que hay mucho por lo cual vivir... esperanza</i></p> <hr/>

de que hay mucha vida por delante y primero que nada está el vivir para mis hijos, ellos necesitan a una mamá que sepa cuidarlos, que sepa amarlos y todo eso lo vengo aprendiendo aquí en Al-Anon.

Ofelia... el programa me ayuda a mantener un equilibrio, es un trabajo de todos los días, pero realmente desde que yo llegué al programa para mí es una bendición en mí, en todo, en todo aspecto... en mi hogar, en mi persona, en mi familia, en todo aspecto...yo la verdad estoy muy agradecida con el programa.

Rita...mi vida cambió totalmente, me siento otra persona desde lo físico y lo emocional, he tenido ese desprendimiento emocional con mi hijo, y he podido perdonar al padre de mi hijo, me he podido perdonar yo y salir de esa negación.

Adela relató... le puedo decir que ha habido un cambio tan grande aunque todavía yo tengo dos hijos activos y uno que está en recuperación, pero ha habido un cambio de cómo dicen de 180 grados hasta con mi esposo que es un alcohólico seco, que tiene como 15 años que no bebe. El cambio ha sido porque yo he cambiado, ha mejorado el entorno, la comunicación, yo ahora acepto a mis hijos como son, pero también me ha ayudado el poner límites a mis alcohólicos, y los límites aquí los vine a aprender, aquí en Al-Anon.

Nancy...entonces en Al-Anon, a través de la literatura, a través de las reuniones donde compartimos la experiencia, la fortaleza y la esperanza que tenemos, aprendemos a vivir de una manera diferente, es como vamos entendiendo que fue lo que paso con mi alegría, con mis ganas de vivir, mis ganas de cantar, que paso conmigo, porque me disminuí tanto, nada más por tener un borrachito en la casa?... pues yo creo que no, entonces en Al-Anon aprendemos a vivir.

Dulce... aquí en Al-Anon pude soltar, darle las riendas a Dios, que me decían déjaselo a Dios y suéltale las riendas a Dios y era lo que yo no podía, pero aquí fue donde... hoy tengo un poco más de serenidad, más paz. Aquí poco a poco vas a ir adquiriendo amor, el amor a ti misma y el de tus compañeras y se hace un círculo muy bonito de amor y de comprensión.

Categoría	Códigos vivos
3) Recomendar Al-Anon.	<p><i>Dora... invitarlas a que conozcan el programa y se den el tiempo de conocerlo, no es mucha la gente que viene porque a veces queremos que la recuperación sea rápida y este es un programa de tiempo y de resistencia como decimos aquí. Hay que venir y hay que venir para entender, porque inicialmente cuando empezamos el programa, en los libros casi aparece nuestro nombre de todas esas actitudes con las que manejábamos nuestras emociones o las situaciones que vivíamos.</i></p>
Doceavo paso, pasar el mensaje	<p><i>Oliva comentó...la solución para salir de esos efectos del alcohol es Al-Anon, aquí es donde va a encontrar esa fortaleza, esa esperanza, donde te escuchan, donde te entienden, donde sienten lo mismo que tú, ... nos damos cuenta que vivimos lo mismo que tú...y al final lo que les damos es un abrazo de consuelo y decirles que si se puede.</i></p>
	<p><i>Celia... pues invitarlas para que venga aquí al grupo y estar con ellas todo el tiempo, porque es la ayuda que necesitan. Y pues a mí también me sirve, porque pues nosotros por las experiencias de todas las compañeras es que estamos aquí.</i></p>
	<p><i>Teresa señaló... yo quiero decirles a las personas que hay una esperanza, que no todo está perdido que... dicen que dentro de un cuarto oscuro siempre hay una lucecita que va a estar ahí para ti, entonces esa lucecita es Al-Anon.</i></p>
	<p><i>Ofelia...les diría que sí hay una solución, que hay un camino, que si se puede, que se pegue al grupo, que vaya, que tenga fe y sobre todo pues Dios.</i></p>
	<p><i>Adela relató...como dice el doceavo paso, que cuando queda un despertar espiritual, podemos pasar el mensaje a esa persona que todavía está sufriendo. Me gusta pasar el mensaje porque a mí me ayuda mucho, y yo no le puedo decir que ya no hay problemas, a veces hay más problemas, pero yo se ponerle una barrera a lo que me corresponde y lo que no me corresponde. Sé que es mi familia, la amo, la quiero la acepto, pero hay situaciones en las que ya no puedo meterme o como dice el lema...vive y deja vivir me ha funcionado y solo por hoy me mantendré tranquila, entonces eso es lo que Al-</i></p>

Anon me ha dado, y sí, yo le diría a otras personas que todavía están afuera que no conocen a Al-Anon que busquen la ayuda en frutos de familias Al-Anon, que no saben, les sorprendería la verdad, como puede ayudarles tan solo en una reunión.

Nancy...yo les diría que se acerquen a pedir ayuda y en este caso están los grupos para familiares y amigos de alcohólicos, donde vamos aprendiendo que el alcoholismo es una enfermedad que contagia a la familia a la mamá, a el papá, a la esposa, a los hijos. En Al-Anon aprendemos a vivir.

Ana relató...yo les recomendaría al 100% que se integraran a los grupos de familias de Al-Anon, porque compartimos un mismo problema, aquí se puede hablar libremente, nadie te juzga, es un programa espiritual y es un programa bien estructurado que ha ido creciendo poco a poco a través de los años y tenemos los 3 legados, los 12 conceptos y los 12 pasos.

La figura 8 intenta representar gráficamente la triangulación metodológica, complementando los hallazgos cuantitativos obtenidos en el estudio, con los relatos que emergieron de las entrevistas cualitativas, donde se construyen las explicaciones o temáticas principales primero en lo individual y al compartir las experiencias se construyen en lo grupal o social.

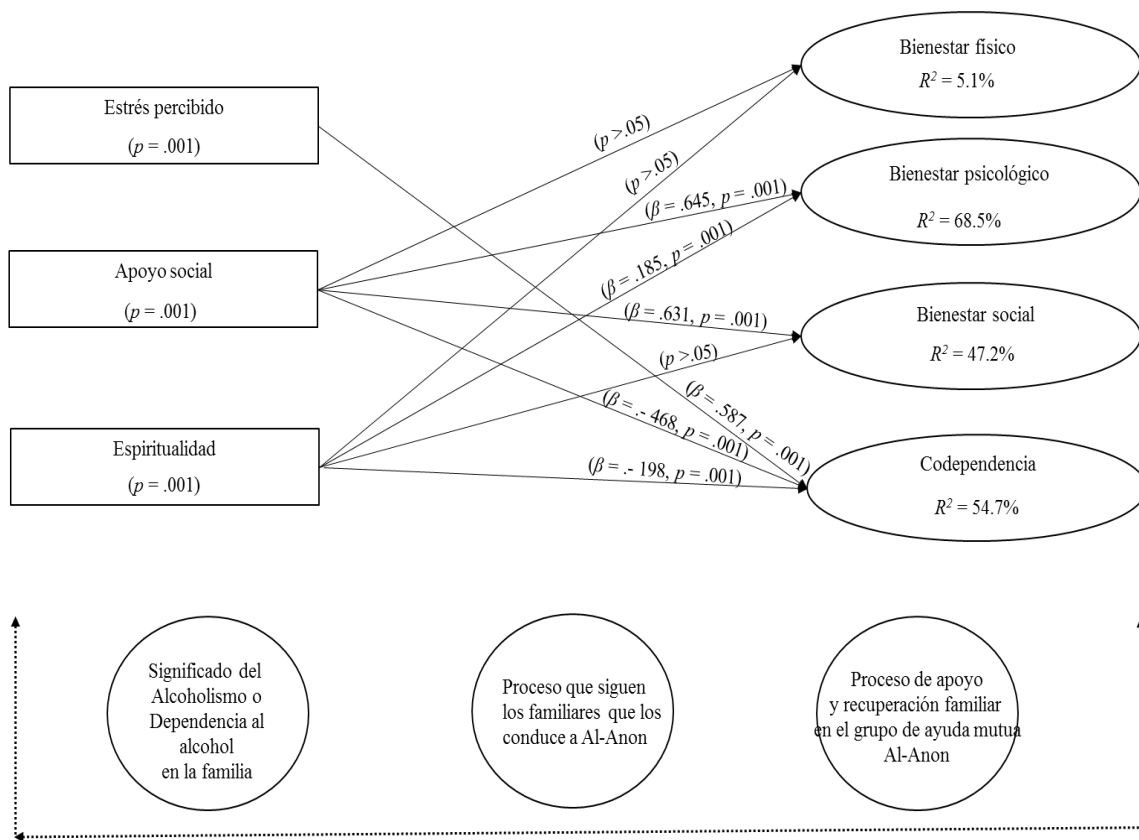


Figura 8

Comprobación de componentes cuantitativo y cualitativo del modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon (integración de componentes cuantitativo y cualitativo).

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio fue factible aplicar empíricamente algunos de los conceptos y proposiciones de la TRM incertidumbre ante la enfermedad de Mishel (1990), así como la aplicación de la perspectiva del interaccionismo simbólico de Blumer (1969). Ambas teorías apoyaron la construcción del estudio denominado Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon, en una muestra de 135 familiares de personas dependientes del alcohol, de grupos Al-Anon de los municipios de H. Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo y Cd. Victoria Tamaulipas.

El perfil sociodemográfico de los participantes del estudio mostró que el mayor porcentaje fueron mujeres (98.5%) y solo un 1.5% hombres, este perfil es consistente con lo reportado en estudios de cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas (Herrera et al., 2012; Madeo et al., 2012; Yamashita et al., 2013) y responde quizá al hecho del rol de cuidador se ha atribuido cultural y socialmente al género femenino. Respecto a la edad la mayor proporción se encuentra en el rango de los 51 a 60 años (31.1%), dato similar a lo reportado por Riquelme y Merino (2002), llama la atención que en el rango de 18 a 30 años solo se ubicaron 7 participantes (5.2%), lo anterior probablemente obedezca al hecho de que la búsqueda de ayuda no ocurre prontamente, en un inicio se niega y oculta el problema, por vergüenza y temor al rechazo relacionado al estigma social impuesto a la enfermedad del alcoholismo y solo después de varios años de sufrimiento, angustia y de sentir que han “tocado fondo”, es que se deciden a ir en búsqueda de la ayuda (Ackerman, 2000). Otra posible explicación es que la edad 51 a 60 años, es la etapa de retiro o jubilación y posiblemente estas mujeres han dejado ya de laborar y ahora es cuando pueden incorporarse a las reuniones de Al-Anon.

El 20.0% de la muestra son profesionales y un 3.7% cuenta con estudios de posgrado, en cuanto a la ocupación el 56.3% trabajan y un 25.9% son amas de casa.

Como se observa es alta la proporción de mujeres laborando, dato que es congruente con lo señalado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2016, que reporta que el 42% de las mujeres de la población mexicana laboran fuera del hogar. Posiblemente por las dificultades que ocasiona la dependencia al alcohol de su familiar y debido a que se requiere que la familia hasta donde sea posible cumpla con las necesidades de cada integrante, aunado a ello la sociedad ha ido cambiando y cada vez más las mujeres asumen un rol productivo.

En relación a la religión, el mayor porcentaje de la muestra mencionó profesar la religión católica (70.4%), seguido por los cristianos con un 17.0%, estos datos son similares a lo reportado por el INEGI (2016) donde se muestra que el 82.9% de la población mexicana es fundamentalmente católica.

A continuación, se discute el primer objetivo del estudio, el cual señala: identificar la relación que existe de la incertidumbre y el estrés percibido, así como la primera hipótesis, la cual enuncia: la incertidumbre tiene efecto positivo sobre el estrés percibido. Los resultados muestran que la variable incertidumbre se relacionó positiva y significativa con el estrés percibido, este resultado es similar a lo reportado por Martínez, Morales y Piza (2010) y Kazer et al. (2012) y es congruente con lo señalado por Mishel (1988) en su teoría de la incertidumbre ante la enfermedad, al indicar que cuando un individuo experimenta incertidumbre, puede ser el resultado de un evento crítico como la enfermedad (dependencia al alcohol) de un familiar, el desconocimiento de la misma y del futuro de su familiar y de la familia. Lo anterior genera altos niveles de estrés, mayores niveles de angustia emocional, disminución de la calidad de vida, y dificultades para la adaptación psicosocial.

En relación con lo anterior, el análisis cualitativo apoya los resultados de la hipótesis donde una de las participantes señala lo siguiente: Dora mencionó *“para mí era angustia, terror, era una incertidumbre cada noche que lo esperaba, pasaba la ambulancia y pensaba que ya se lo habían llevado, pensaba que estaba muerto. Era una*

incertidumbre terriible que no se quitaba hasta que lo veía llegar” lo que puede ser indicativo de que la persona está experimentado estrés, derivado de sus sentimientos negativos como angustia, terror e incertidumbre. Así mismo, el “Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon” en su primera proposición postula: la incertidumbre tiene efecto positivo sobre el estrés percibido, en este sentido, los resultados obtenidos en el presente estudio aportan conocimiento a la proposición, ya que se documentó efecto positivo y significativo de la incertidumbre sobre el estrés percibido.

Para discutir el segundo objetivo que propone verificar la relación que existe del estrés percibido con el apoyo social y la espiritualidad, además de la segunda y tercera hipótesis que respectivamente señalan: el apoyo social tiene efecto negativo sobre el estrés percibido y la espiritualidad tiene efecto negativo sobre el estrés percibido. Se encontró que el estrés percibido mostró relación negativa y significativa tanto con la variable apoyo social, como con la espiritualidad; es decir, a mayor apoyo social y espiritualidad menor estrés percibido. De igual forma se documentó efecto negativo y significativo del apoyo social y la espiritualidad sobre el estrés percibido.

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, en relación al apoyo social y el estrés percibido, coinciden con lo reportado por la literatura revisada, donde se describe que la alta percepción de apoyo social, favorece la adaptación de la persona ante los acontecimientos vitales potencialmente estresantes como sería el padecer una enfermedad crónica (Amaya 2013; Gondim & Carvalho, 2012; Nájera et al., 2010; Suzuki, 2012; Kang, 2011; Kang, Daly, & Kim, 2004). Sin embargo, es importante señalar que estos estudios fueron realizados en poblaciones distintas y diversos entornos, por lo que el presente estudio aporta conocimiento acerca de la relación del apoyo social recibido por los familiares de personas dependientes del alcohol, en los Grupos Al-Anon y por amigos y familiares cercanos, lo anterior coadyuva a reducir el estrés percibido.

En cuanto a la espiritualidad y el estrés percibido, los resultados obtenidos indicaron que a mayor espiritualidad menor estrés percibido, estos hallazgos son similares a los documentados por Kidwai, Mancha, Brown y Eaton (2014) quienes encontraron que los eventos estresantes de la vida no muestran significancia cuando se reporta un nivel espiritual alto. De igual forma, Reed (1991), señala que la espiritualidad permite construir significados a través de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a sí mismo; por ello la espiritualidad ayuda a las participantes a comprender la experiencia vivida con su familiar dependiente del alcohol y afrontar el estrés percibido. En este sentido, en el análisis cualitativo Nancy comentó... *“podemos hacer lo que este de nuestra parte, pero hay cosas que no podemos hacer y solamente nuestro poder superior, es el que nos puede ayudar”*.

Los resultados obtenidos documentaron además efecto negativo y significativo, tanto del apoyo social como la espiritualidad sobre el estrés percibido, aunado a lo reportado anteriormente, significaría que al disminuir el estrés probablemente se disminuye también la incertidumbre, por lo que se considera que estos resultados aportan evidencia a la segunda proposición del modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon, el cual postula: la incertidumbre (falta de certeza sobre el futuro de su familiar dependiente al alcohol) valorada como un peligro, genera estrés percibido, lo cual requiere implementar estrategias de afrontamiento basadas en la espiritualidad y el apoyo social dirigidas a disminuir la incertidumbre.

Respecto al tercer objetivo del estudio el cual menciona, determinar la relación de la espiritualidad y el apoyo social con el bienestar físico, psicológico y social. Así como la hipótesis cuatro la cual señala, el apoyo social y la espiritualidad afectan positivamente el bienestar físico (consumo sensato de alcohol), psicológico y social. Los hallazgos del presente estudio muestran relación negativa y significativa de

la espiritualidad con el bienestar físico representado por el consumo sensato de alcohol (AUDIT), datos similares a lo encontrado en el presente estudio son reportados por Staton-Tindall et al., (2013) y Kelly, Stout, Magil, Tonigan y Pagano (2011) quienes señalan que la espiritualidad actúa como un factor protector del consumo de alcohol y amplía los días de abstinencia a la sustancia. Además, lo anterior podría explicarse por el hecho de que en el programa Al-Anon, la espiritualidad es una de las tradiciones en las que se sustenta el programa y su práctica es a través de la oración, la meditación y la conexión con un ser superior, lo cual les brinda paz espiritual y bienestar. Adicionalmente se identifica que en las sesiones de grupo de Al-Anon, se analiza la problemática que se desprende del abuso y dependencia del alcohol, así como sus consecuencias en la generación de problemas familiares, por ello los participantes evitan el contacto con la sustancia o si consumen alcohol lo realizan de forma sensata. Sin embargo, es importante mencionar que en el modelo final la espiritualidad no mostró efecto significativo sobre el bienestar físico.

En relación a la espiritualidad y el bienestar psicológico, se documentó relación positiva y significativa, estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Morales, (2014) y Ureña, Barrantes y Solís (2014) quienes señalan que cuanto mayor es la espiritualidad, mayor es el bienestar psicológico. Lo anterior podría explicarse, por el hecho de que los participantes en el estudio forman parte de un grupo de ayuda mutua, en el cual la espiritualidad es un componente esencial y donde a través de practicar los 12 pasos (un derivado de los 12 pasos de AA) es que se logra ese despertar espiritual (Al-Anon, 2013).

Lo anterior se puede además explicar mediante el análisis cualitativo, donde las informantes clave comentan ser partícipes de las prácticas y creencias espirituales., Teresa comentó *“entendí que debo dejarle eso a Dios, todo, todo, que mi guía sea un poder superior que aquí yo lo concibo como mi dios... y al hacerlo, cambian mis actitudes y todo mi entorno mejora”*, Oliva mencionó *“hoy me doy cuenta que soy una*

hija muy amada por Dios, porque el programa me lo ha hecho ver, hoy me valoro, hoy sé que se puede vivir de otra manera, hoy sé que hay soluciones, hoy sé que existe un poder más grande que mis problemas”. Ambos relatos pueden indicar que estas mujeres se encuentran en bienestar psicológico.

Así mismo, se observó relación positiva y significativa de la espiritualidad sobre el bienestar social. Keyes (1998) señala que el bienestar social está relacionado con el contacto social y con las relaciones interpersonales positivas con los demás, y define cinco dimensiones: integración, aceptación, contribución, actualización y coherencia social. En este sentido, los resultados obtenidos pueden ser explicados en razón de que dentro del grupo Al-Anon, se les otorga significado a estas cinco dimensiones, ya que el fomento de integración al interior del grupo y el ser parte de un grupo que comparte problemáticas y experiencias de vida similares, así como el poder contribuir en beneficio propio y de los demás, el apoyarse mutuamente y compartir el mensaje, son prácticas que contribuyen al logro del bienestar social y psicológico. Sin embargo, es importante mencionar que en el modelo final la espiritualidad no mostró efecto sobre el bienestar social.

En cuanto al apoyo social y el bienestar psicológico, los resultados mostraron relación y efecto significativo del apoyo social sobre el bienestar psicológico, dichos hallazgos son similares a lo reportado por Barra (2012) y Vivaldi y Barra (2012); quienes señalan, que el apoyo social que percibe el individuo en su entorno actúa como un elemento protector de la salud mental, además de favorecer el funcionamiento positivo, el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal. De igual forma, Amaya (2013) identifica al apoyo social como un importante recurso para el afrontamiento del estrés percibido y un favorecedor del bienestar psicológico.

En este sentido, los grupos de ayuda mutua Al-Anon representan un excelente recurso de apoyo social, donde se ofrece al familiar principal alternativas que pueden coadyuvar para comprender y atender la problemática derivada de su convivencia con su

familiar dependiente del alcohol. No obstante aceptar que se necesita ayuda es un desafío, por ello, muchos familiares de personas dependientes al alcohol mantienen en secreto esta problemática y no buscan ayuda, o bien acuden tardíamente (Alazraki, 2006; Peled & Sacks, 2008). Lo anterior es evidente en el relato de Oliva, una de las informantes clave del componente cualitativo... *“me di cuenta de que también era propiciadora de lo que estaba viviendo, porque no buscaba ayuda, necesitaba ayuda, pero no la buscaba”*.

Sin embargo, una vez que se integran a los grupos de ayuda mutua Al-Anon, los beneficios del apoyo social que reciben son identificados por ellos mismos, como el cambio de actitud en su forma de pensar, de relacionarse y de vivir. Según se observa en el relato de Nancy *“entonces en Al-Anon, a través de la literatura, a través de las reuniones donde compartimos la experiencia, la fortaleza y la esperanza que tenemos, aprendemos a vivir de una manera diferente”*. Lo anterior sugiere que, el efecto de compartir sus temores, el convivir con personas que experimentan su misma problemática y el apoyo social recibido en el grupo de ayuda mutua Al-Anon, favorece estrategias de afrontamiento para que la persona logre el bienestar psicológico.

De igual forma, se documentó efecto positivo del apoyo social sobre el bienestar social, por lo que se considera que estos resultados aportan evidencia a la tercera proposición del modelo, la cual postula: la incertidumbre (falta de certeza sobre el futuro de su familiar dependiente al alcohol) valorada como un peligro (estrés percibido), los mecanismos de afrontamiento como la espiritualidad y el apoyo social, se dirigen a reducir la incertidumbre y lograr la adaptación física, psicológica y social. Sin embargo, es importante señalar que en la revisión de la literatura no se encontraron estudios donde se relacionen estas variables (apoyo social y bienestar social), por lo que los hallazgos de la presente investigación podrán servir de base para futuras investigaciones.

En relación al cuarto objetivo que señala determinar la relación de la espiritualidad y el apoyo social con el no bienestar físico (consumo de alcohol

dependiente o dañino y codependencia). Así como la quinta hipótesis que menciona, el apoyo social y la espiritualidad afectan negativamente el no bienestar físico. Se encontró que las variables apoyo social y espiritualidad no mostraron efecto significativo sobre el consumo dependiente y dañino de alcohol (AUDIT), dicho resultado podría ser explicado, debido a que los participantes del estudio no reportaron consumo de tipo dependiente ni dañino. Lo anterior quizá obedezca al hecho de no querer repetir el patrón de consumo abusivo de su familiar con la dependencia, por conocer y estar viviendo las consecuencias derivadas de ese tipo de consumo.

No obstante, tanto la espiritualidad como el apoyo social mostraron efecto negativo y significativo sobre la codependencia, lo cual se discute a continuación. En relación a la espiritualidad y la codependencia, los resultados son congruentes con lo señalado por Guirao (2013), quien identifica a la espiritualidad como una poderosa fuente de fortaleza que contribuye a que el individuo haga cambios positivos en su estilo de vida, limitando la codependencia y fomentando el bienestar.

Es importante señalar que aun cuando los resultados del estudio mostraron efecto negativo y significativo entre la espiritualidad y la codependencia, en el análisis cualitativo algunas de las informantes clave se reconocen como codependientes en proceso de recuperación, según se muestra en los siguientes relatos., Ofelia comentó “*yo mi enfermedad la sigo teniendo...mi codependencia, sé que voy a estar en recuperación...ahorita siento que, si me controlo, pero no al cien por ciento*”. Rita dijo “*él se burló de mi muchos años, se burló de mí y me dijo insultos, que yo no valía nada, que yo no era nadie, que yo no iba a poder mantener a mis hijos y que yo no iba a poder hacer nada sin él y ¡sí!... era una dependiente emocional de él, yo era codependiente*”.

Una posibilidad explicativa de lo anterior, sería el hecho de que aun cuando formen parte del grupo de ayuda mutua Al-Anon, los cambios no ocurran de forma rápida, implica un trabajo de perseverancia, por ello se observó en el estudio que el tiempo promedio de participar en el grupo fue de diez años o más. El participar en el

grupo es un trabajo de todos los días para que puedan ir sanando poco a poco las heridas y el daño emocional, limitando la codependencia lo que se indica en el siguiente relato, Dora comenta... *“no es mucha la gente que viene, porque a veces queremos que la recuperación sea rápida y este es un programa de tiempo y de resistencia como decimos aquí. Hay que venir y hay que venir para entender, porque inicialmente cuando empezamos el programa, en los libros casi aparece nuestro nombre de todas esas actitudes con las que manejábamos nuestras emociones o las situaciones que vivíamos”*.

Así mismo, de acuerdo a los hallazgos obtenidos, el apoyo social mostró efecto negativo y significativo sobre la codependencia. Lo anterior confirma lo postulado por el “Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon”, así como la quinta hipótesis del estudio, en razón de que el apoyo social tiene efecto negativo sobre el no bienestar representado por la codependencia. En este sentido, el apoyo social brindado por el grupo Al-Anon, ofrece a los familiares principales del dependiente del alcohol, una serie de herramientas necesarias para atender sus propias necesidades y no vivir a través de otros.

Lo anterior se confirma en los siguientes relatos de las informantes clave; Dora expresó... *“el programa me ha ayudado a, en primer lugar, a saber, quién soy...me dio esa facilidad de saber que yo soy la que tengo que estar bien, que me tengo que ocupar de mi”*. Además, Rita comentó... *“mi vida cambió totalmente, me siento otra persona desde lo físico y lo emocional, he tenido ese desprendimiento emocional con mi hijo”*. Es importante señalar que en la revisión de la literatura no se encontraron estudios donde se relacionen estas variables, por lo que los hallazgos podrán servir de base para futuras investigaciones.

El quinto objetivo del estudio menciona determinar la relación de las características sociodemográficas con la incertidumbre y estrés percibido. Se observó que ninguna de las variables sociodemográficas (edad, años de estudio y la edad de

inicio de consumo) mostraron relación significativa con la variable incertidumbre. En tanto que, con el estrés percibido tanto la edad, como la edad de inicio de consumo mostraron correlación negativa y significativa. Todo lo anterior se discute a continuación.

En cuanto a la edad e incertidumbre, los resultados difieren con lo señalado por Kazer et al. (2013) quienes indican que a menor edad mayor incertidumbre y coinciden con lo reportado por Nájera et al. (2010) quienes, al igual que en este estudio, no identificaron relación de la variable edad con la incertidumbre. Dichos resultados podrían entenderse, debido a que la mayoría de las participantes del estudio se encuentran en la edad adulta y han convivido gran cantidad de años con su familiar dependiente del alcohol, lo que sugiere hayan desarrollado cierto nivel de familiaridad de los hechos, lo cual Mishel define como el grado en el cual una situación es habitual, repetitiva o contiene pistas reconocidas (1990).

En relación a los años de estudio e incertidumbre, los hallazgos no muestran relación significativa. Estos datos concuerdan con lo encontrado por Kang en el 2011, quien señala que el nivel educativo no es un predictor de la incertidumbre; sin embargo, difieren con lo reportado por Wineman, Schwetz, Goodkin y Rudick (1996) y Kazer (2013) quienes señalan que el nivel educacional se correlaciona negativamente con la incertidumbre. En la presente investigación, el nivel de estudios no resultó ser un predictor de incertidumbre.

Así mismo, en relación a la edad y estrés percibido, se documentó correlación negativa y significativa, estos hallazgos difieren con lo reportado por Enríquez et al., (2011) quienes no encontraron significancia entre ambas variables. No obstante, los resultados son similares a lo reportado por Martínez-Lanz, Medina-Mora y Rivera (2005) y Kim et al., (2014), quienes señalan que, a mayor edad, menor estrés percibido. En el presente estudio, el resultado pudiera explicarse en razón de que los participantes de este estudio forman parte de grupos Al-Anon y la mayoría rebasa los cincuenta años

de edad. Probablemente, el que los participantes se encuentren en la etapa de vida de la adultez y sean parte de un grupo de ayuda mutua, les permita contar con mayores recursos psicológicos y utilicen además sistemas de afrontamiento como la espiritualidad y el apoyo social, coadyuve a disminuir la percepción de estrés.

De igual modo, la edad de inicio de consumo y estrés percibido mostraron correlación negativa y significativa. Este hallazgo probablemente se explique, por el hecho de que al tener menor edad la persona, cuente con menos desarrollo de recursos emocionales y afronte de forma inadecuada (ingesta de alcohol) el estrés generado por ser parte de una familia donde está presente el abuso de alcohol.

Respecto al sexto objetivo, el cual señala identificar la relación de las características sociodemográficas con el apoyo social y la espiritualidad. Se observó que la edad se correlacionó positiva y significativamente tanto con el apoyo social, como con la espiritualidad; mientras que los años de estudio y edad de inicio de consumo no mostraron relación significativa con ninguna de las dos variables.

En relación a la edad y apoyo social, los resultados obtenidos muestran relación positiva y significativa entre ambas variables. Sin embargo, en la revisión de la literatura no se encontraron estudios donde se relacionen ambas variables, por lo que los hallazgos podrán servir de base para futuras investigaciones.

En cuanto a la edad y espiritualidad, se observó relación positiva y significativa, lo cual difiere con lo señalado por Felker (2011) quien no encontró relación entre estas variables, mientras que estos resultados son consistentes con lo señalado por Canaval et al., (2007); Tull, Doswell y Cort (2014) y Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya (2005) quienes indican que entre mayor edad tenga la persona, mayor es su espiritualidad. Lo anterior, puede ser explicado en razón de que los participantes en su mayoría se encuentran en la quinta década de la vida, donde es común que las personas se acerquen más a su dimensión espiritual, en la búsqueda de un ser divino que dé

repuesta a su propósito de vida, que los fortalezca y los ayude a lograr la paz espiritual y el bienestar.

De acuerdo a los años de estudio y espiritualidad, estas variables no mostraron significancia, resultados que difieren a lo encontrado por Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya (2005) quienes señalan que, a mayor escolaridad, mayor es la espiritualidad. Lo anterior significa que la espiritualidad no se explica en este estudio por el nivel o grado de estudios.

En relación al séptimo objetivo del estudio que señala: comprender desde la experiencia de los familiares de la persona dependiente del alcohol, el significado y el proceso que viven, desde el inicio de la dependencia al alcohol de su familiar, la búsqueda de ayuda y el apoyo social que reciben en los grupos Al-Anon. Se realizó el análisis de los relatos de las informantes clave, de donde emergieron tres temáticas con sus respectivas categorías, las que se discuten a continuación.

El significado de los familiares principales acerca del alcoholismo o dependencia al alcohol en la familia (tema I), se construye a partir de las experiencias vividas desde la niñez, al recordar los episodios repetitivos de violencia tanto física como emocional derivada de la dependencia al alcohol de sus padres, el sufrir carencias y abandono, además de otras formas de descuido, y vivir en constante crisis parece ser una forma de vida de las familias alcohólicas. En este sentido, Lloret (2001) hace referencia a la estrecha relación entre el comportamiento de la persona con adicción al alcohol y los actos agresivos y violentos que comete contra su entorno más cercano, es decir la familia.

De igual forma, el reconocer al alcoholismo o dependencia al alcohol como una enfermedad no es fácil, sino más bien es un proceso largo y doloroso, ya que en un inicio los familiares principales ven a la dependencia no como una enfermedad crónica, sino más bien como algo transitorio, un “vicio” lo que tiene una connotación moral que, con el tiempo, y la sobreprotección al dependiente se puede incrementar el sufrimiento

familiar, y un retraso en la superación de la incertidumbre y estrés que experimenta el familiar.

Además el significado otorgado acerca del alcoholismo o dependencia al alcohol en la familia, por parte del familiar principal, es la constante preocupación de que lo vivido durante la infancia y adolescencia se reproduzca nuevamente, razón por la cual estas mujeres procuren evitar relacionarse con personas que consuman alcohol, ante el temor de que, en el futuro sus hijos “hereden” o tengan mayor riesgo a la dependencia por pertenecer a una familia alcohólica donde el padre padezca la enfermedad. En relación a lo anterior Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss (2001) mencionan que de acuerdo a la perspectiva genética, el alcoholismo es un estado biológicamente determinado, y la predisposición a la conducta alcohólica se encuentra codificada en el material genético de la persona y que, por consiguiente, dicha predisposición puede ser transmitida a las generaciones posteriores por medio de un “gen” alcohólico.

La construcción del significado acerca del proceso que siguen los familiares que los conduce a Al-Anon (tema II), involucra sentimientos y emociones negativas, como temor, angustia, dolor, rabia, tristeza, frustración, impotencia y un gran conflicto de emociones capaces de generar incertidumbre, gran tensión y estrés en todos los miembros de la familia. El sufrimiento y la desesperanza, propicia que el familiar principal experimente una serie de emociones como el llorar, no dormir, el no encontrarle un sentido a la vida e inclusive perder el deseo de continuar viviendo. Todas estos sentimientos y emociones son consistentes con lo reportado en la literatura (Alvarez et al., 2012; Betancourt, Rodríguez & Crespo, 2012; Filizola et al., 2006). Un elemento más que construye el significado de este proceso son las pérdidas o consecuencias económicas, además de las emocionales que sufre la familia, ya que, la persona dependiente al darle prioridad a la bebida, deja de lado sus actividades laborales, lo que ocasiona que no cumpla con su rol de proveedor, afectando necesidades de la

familia que van desde las más elementales como la alimentación hasta las educativas y de recreación.

Otro componente que se articula al significado que construye el familiar principal en torno al proceso que lo conduce a Al-Anon es la codependencia, un problema comúnmente asociado a la dependencia, capaz de provocar conductas autodestructivas en los familiares principales de la persona dependiente, hasta el grado de depender totalmente de las emociones y el control de su familiar que abusa del alcohol. En este sentido Castañón y Luis (2008) identifican al alcoholismo y la codependencia como una misma enfermedad, capaz de afectar la salud física y mental, tanto de quien consume, como de aquellos que conviven cotidianamente con el dependiente. Sin embargo, un importante elemento del significado del proceso, es la expectativa de recuperación del dependiente por parte del familiar principal. El deseo y la esperanza de estas mujeres en torno a que su familiar recupere la sobriedad se mantiene viva, lo que las empodera a movilizarse e ir en busca de alternativas de solución que les ayude a manejar sus emociones, reflexionar, reconstruir y aprender a pensar y actuar de manera positiva, que les permita crear un nuevo modelo de relación dentro del núcleo familiar.

El significado atribuido por los familiares principales al proceso de apoyo y recuperación familiar en el grupo de ayuda mutua Al-Anon (tema III), se construye a partir de que el familiar principal y la familia, aceptan que necesitan de ayuda, lo anterior implica primeramente reconocer que se tiene un problema, dejar de negarlo y de ocultarlo como si se tratara de un secreto de familia, además de dejar de aparentar que todo está bien. Una vez que es superado lo anterior, además de los sentimientos de pena o vergüenza, es que se dirige en busca del acompañamiento de los grupos de ayuda mutua (Rubio et al., 2013).

Otro elemento del significado del proceso de ayuda y recuperación familiar, es el apoyo social recibido en Al-Anon. Una vez que el familiar acude a los grupos de ayuda mutua, aprende a afrontar de manera diferente esta problemática, empiezan a darse

cambios positivos en su vida, a recuperar su dignidad, su autoestima y a valorarse como persona, lo que favorece el cambio de actitud. Además de que el practicar la espiritualidad, les enseña a saber perdonar; y el apoyo social recibido les ayuda a recuperar la alegría y las ganas de vivir, a mejorar el entorno familiar, a comunicarse mejor con su familiar con la dependencia y a lograr el bienestar físico, psicológico y social. Lo anterior es señalado por Rosa-Rodríguez et al. (2015) quienes identifican relación del apoyo social y el bienestar psicológico.

De igual forma el recomendar Al-Anon a otros familiares, forma parte del significado del proceso. El reconocer que en Al-Anon aprenden a tener una nueva concepción acerca del alcoholismo o dependencia, y que es por medio de los componentes del programa que adquieren la fortaleza necesaria para vivir de manera diferente, las motiva a poner en práctica el doceavo paso, pasar el mensaje a otras personas que estén experimentando la misma situación, por lo que Al-Anon se convierte en esa nueva esperanza (Al-Anon, 2014).

Para discutir el objetivo general del estudio, el cual enuncia determinar la capacidad explicativa del modelo denominado: modelo de incertidumbre, afrontamiento y bienestar en familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon. Se observó que la variable predictora del bienestar psicológico y bienestar social fue el apoyo social. El estrés percibido mostró efecto negativo y significativo con el bienestar psicológico y bienestar social, mientras que sobre la codependencia se observó un efecto positivo y significativo. Sin embargo, tanto el estrés percibido como el apoyo social no resultaron ser predictoras del bienestar físico, representado por el consumo sensato del AUDIT. Todos estos hallazgos han sido discutidos previamente.

Es importante resaltar la importancia del apoyo social brindado en los grupos de ayuda mutua Al-Anon, ya que es a través de este programa, que diversas personas que comparten un mismo problema de la dependencia al alcohol, se reúnen buscando mejorar o superar esta problemática. El compartir su experiencia y escuchar a personas

que compartan el mensaje, les facilita el identificarse con esas personas, lograr la empatía y propiciar la ayuda mutua. Por lo anterior, se considera relevante la labor de los grupos de ayuda mutua en el proceso de recuperación de los familiares de personas dependientes del alcohol (Lima, Guerra, Domínguez, & Lima, 2015). No obstante, llama la atención que el pertenecer y mantenerse activa en los Grupos Al-Anon, en promedio fueron 10 o más años, lo que debería estudiarse posteriormente ya que la codependencia podría transferirse al grupo, o bien podría surgir dependencia al grupo Al-Anon, lo que podría afectar a los propósitos del grupo o al bienestar de las participantes.

Adicionalmente el modelo se complementa con el componente cualitativo que contribuye a la comprensión y el significado de las etapas que describen el proceso que viven los familiares de las personas dependientes del alcohol, desde el inicio de la enfermedad, la búsqueda de ayuda, el apoyo social recibido en los grupos de ayuda mutua Al-Anon y el proceso de recuperación hasta el logro del bienestar. Esta complementación surge de los tres temas y las diez categorías que emergieron y coadyuva a reafirmar la importancia del apoyo social para el logro del bienestar físico, psicológico y social de los familiares de personas dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.

Conclusiones

La variable incertidumbre documentó relación y efecto positivo y significativo sobre el estrés percibido.

El estrés percibido mostró relación y efecto negativo y significativo con el apoyo social y la espiritualidad y efecto positivo y significativo sobre la codependencia.

La espiritualidad mostró correlación y efecto positivo y significativo sobre el bienestar psicológico y bienestar social, y correlación y efecto negativo y significativo sobre la codependencia.

La espiritualidad no mostró efecto significativo sobre el consumo sensato (bienestar físico), dependiente y dañino de alcohol (no bienestar físico).

El apoyo social tiene efecto positivo y significativo sobre el bienestar psicológico y bienestar social y negativo y significativo sobre la codependencia.

El apoyo social no mostró efecto significativo sobre el consumo sensato (bienestar físico), dependiente y dañino de alcohol (no bienestar físico).

La edad, años de estudio, y la edad de inicio de consumo mostraron relación significativa con la incertidumbre. La edad y la edad de inicio de consumo reportaron correlación negativa y significativa con el estrés percibido. La edad se correlacionó positiva y significativamente tanto con el apoyo social, como con la espiritualidad. Los años de estudio y edad de inicio de consumo no mostraron relación significativa con el apoyo social y la espiritualidad.

El estrés percibido tiene efecto negativo y significativo sobre el bienestar psicológico y bienestar social y positivo y significativo sobre la codependencia. El apoyo social tiene efecto positivo y significativo sobre el bienestar psicológico y bienestar social y negativo y significativo sobre la codependencia. Respecto al bienestar físico evaluado por el consumo sensato de alcohol AUDIT, no mostró significancia con ninguna de las variables anteriores.

La comprensión desde la perspectiva del familiar principal de la persona dependiente del alcohol se puede agrupar en tres temas principales: I). Significado del alcoholismo o dependencia al alcohol en la familia, con sus categorías: vivir en una familia alcohólica, reconociendo la enfermedad, e hijos con dependencia al alcohol. El segundo tema es el proceso que siguen los familiares que los conduce a Al-Anon, del cual emergen las categorías: sentimientos o emociones, actitudes, pérdidas o consecuencias, codependencia y expectativas de recuperación. Un tercer tema es el proceso de apoyo y recuperación familiar en el grupo de ayuda mutua Al-Anon y las

categorías que emergieron son: reconocer que necesita ayuda, ayuda recibida en Al-Anon y recomendar Al-Anon a otros familiares.

Recomendaciones

Se recomienda continuar realizando investigación sustentada en teorías de enfermería, que permita aportar evidencia científica que enriquezca el cuerpo de conocimientos de la disciplina. Además, seguir utilizando los supuestos y proposiciones de la teoría de la incertidumbre ante la enfermedad de Mishel (1990) en el área de las adicciones a las drogas.

De igual forma, continuar llevando a cabo estudios con diseños mixtos, ya que a través del uso de ambas perspectivas (cuantitativas y cualitativas) se logra una mejor comprensión del fenómeno de estudio y la triangulación metodológica, permite aumentar la fiabilidad y la explicación de los resultados.

Que los profesionales de enfermería reconozcan la existencia de los recursos de apoyo social disponibles en la comunidad, y las formas de ayuda de los grupos Al-Anon, para recomendar a las familias que tengan un integrante con dependencia al alcohol.

Continuar avanzando en la temática, mediante intervenciones de enfermería basadas en teoría, por medio de diseños controlados que contribuyan al bienestar biopsicosocial del familiar del dependiente del alcohol. De igual forma, es importante a futuro desarrollar instrumentos válidos y específicos para esta población, dado que algunos de los instrumentos utilizados en el estudio fueron diseñados para población general.

Limitaciones

Como limitación del estudio, se identifica la escasa apertura de algunos de los grupos de ayuda mutua Al-Anon, así como el hecho de que algunos de sus integrantes no quisieron compartir su experiencia, aun cuando uno de los 12 pasos del programa señala transmitir el mensaje.

Referencias

- Achury D. M. & Achury L. F. (2011). Aplicación de la teoría de la incertidumbre en el cuidado de la persona con cardiodesfibrilador implantable. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(2), 62-66.
- Ackerman, R. J. (2000). Alcoholism and the family. In S. Abbott (Ed.), *Children of alcoholics: Selected readings*. Rockville, MD: National Association for Children of Alcoholics, (2), 265-287.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (1980). *Grupos de familia Al-Anon*. (9ª. Ed.). México, D. F.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (2013). *Manual de servicio de Al-Anon y Alateen 2014-2017*. (2ª. Ed.). México, D. F.
- Al-Anon grupos de familia (2014). *Los doce pasos y tradiciones de los grupos Al-Anon*.
- Alazraki, Y. C. (2006). La dinámica familiar en familias con un miembro alcohólico. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.org.mx/>
- Aldwin, C. M. (1990). The Elders Life Stress Inventory (ELSI): Egocentric and non-egocentric stress. *Stress Later-Life Families*, 49-694.
- Alonso-Castillo, M. M., Alvarez-Bermúdez, J., López-García, K. S., Rodríguez-Aguilar, L., Alonso-Castillo, M. T. J. & Armendáriz, N. A. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-114.
- Alonso, L. M. & Martínez, T. C. (2011). Educación multicultural y adaptación social del profesorado. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 3(3), 32-37.
- Alves, F. C. L., Peron, C. J., (2006). Compreendendo o alcoolismo na família. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10 (4), 660-70.
- Amaya, R. M. A. (2013). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474.

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1999). Los Hijos de Alcohólicos. Recuperado de <http://www.aacap.org/publications/apntsfam/alcoholc.htm>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Recuperado de <http://www.psychiatry.org/>
- Anderson, P., Gual, A. & Colon, J. (2008). Alcohol y Atención Primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. *Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D.C.
- Arbuckle, J. L. (2007). AMOS (Versión 16.0.0) [Software de computación]. Chicago: SPSS Inc.
- Armas, M. A. (2013). Proceso de duelo en familiares de alcohólicos. Tesina no publicada. Asociación Mexicana de Tanatología A. C., México, D. F.
- Armendáriz, G. N. A, Villar, L. M. A., Alonso, C. M. M., Alonso, C. B. A., Oliva, R. N. N. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investigación en Enfermería Imagen Desarrollo*, 14 (2), 97-112.
- Barra, A. E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Revista diversitas perspectivas en psicología*, 8(1), 59-71.
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders, J. & Grant, M. (1989). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva.
- Barnes, G. E. (2013). Personality, life stress, alcohol consumption and alcohol problems in Vancouver couples. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 84, 1464-68.
- Black, C. (1991). *No Hablar, No Confiar, No Sentir*. México, D. F. Ediciones Conceptos S. A.

- Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellström, T. (2008). *Epidemiología clínica*. En: *Epidemiología básica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 113-121.
- Betancourt, S. M., Rodríguez, D. T. V. & Crespo, F. L. (2012). Roles de género, conductas y significados de la experiencia en la relación de pareja de mujeres que han convivido con hombres con la condición de alcoholismo en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 139-162.
- Biscarra, A., Brandariz, R. A. & Cremonte, R. (2009). Análisis dimensional de la escala de codependencia Spann & Fischer. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Biscarra, A. & Fernández, A. G. (2010). Codependencia: el lado oculto de los trastornos adictivos. *Nexos, Secretaria de ciencia y técnica*, 17(27), 14-18.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization (5th Ed)*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.)*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Calvete, E. & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.

- Campesino, M., Belyea, M., & Schwartz, G. (2009). Spirituality and cultural identification among latino and non-latino college students. *Hispanic Health Care International*, 7(2), 1-13.
- Canaval, G. E., González, M. C. & Sánchez, M. O. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 38(4), 72-78.
- Castañón, H. M. A. & Luis, V. M. A. (2008). Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. *Esc Anna Nery Revista Enfermería*, 12(4), 806-810.
- Castillo-Carniglia, A., Pizarro, D., Luengo, D. & Soto-Brandt, G. (2014). Consumo de alcohol y autoinforme de eventos violentos en Chile. *Adicciones*, 26(1), 46-53.
- Cohen, J. (1988). *Statiscal power analysis for the behavioral sciences*. Second edition. New York: Lawrence Erlbaum, Associates Publishers.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). Una medida global de estrés percibido. *Journal de Salud y Conducta Social*, 24, 385-396.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2008). Recuperado de <http://www.icn.ch/es/>
- Consejo Nacional Contra las Adicciones-Secretaría de Salud [CONADIC-SS] Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública. 2011.
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kideder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39, 487-499.
- Cotto, S., Zebrack, M. A., Rosenthal, S. L., Tsevat, J. & Drotar, D. (2006). Religion /spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescents Health*, 38, 472-480.
- Creswell, W. J. (1999). Mixed methods research: Introduction and application. In *Handbook of educational policy*, ed. T. Cijek, 455–72. San Diego, CA:

Academic Press. http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/10981_Chapter_1.pdf

- De La Fuente, J. R. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- De Pádua, L. H., Batista, B. V. A., Vieyra, C. L. & Oliveira, M. A. C. (2010). Significado do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com a saúde mental. *Enfermagem Florianópolis*, 19(3), 496-503.
- Dias da Silva, S. E. & Padilha, M. I. (2013). O alcoolismo na história de vida de adolescentes: uma análise à luz das representações sociais. *Enfermagem Florianópolis*, 22(3), 76-84.
- Díaz, et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz, H. L. P. & Muñoz, S. A. I. (2013). La espiritualidad y el consumo de bajo riesgo de alcohol en adultos jóvenes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 45-56.
- Enríquez, B. C., Colunga, C., Preciado, M. L., Ángel, M. & Domínguez, R. (2011). Factores psicosociales y estrés en el trabajo de Enfermería en Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(1),23-26.
- Fawcett, J. (1999). *The relationship of theory and research* (Third edition). Philadelphia. P. A: F.A. Davis Company.
- Felker, S. E. (2011). Protective factors against alcohol abuse in college students: spirituality, wisdom, and self-transcendence. (Disertación doctoral). Recuperada de la base de datos ProQuest Dissertations and Thesis Fulltext. (UMI 3489867).
- Filizola, C. L. A., Peron, C. J., Do Nascimento, M. M. A., Pavarini, S. C. & Filho, J. F. P. (2006). Compreendendo o Alcoolismo na Família. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10 (4),660-70.

- Filzola, C. L. A., Tagliaferro, P., Andrade, A. S., Pavarini, S. C. I. & Ferreira, N. M. L. A. (2009). Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3),181-186.
- Fischer, J. L., Spann, L. & Crawford, D. (1991). Measuring Codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 8, 87-100.
- Fuller, J. A & Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5-22.
- Gandolfo, S. (2011). Adicción a las relaciones y codependencia en mujeres. *Revista de Psicología.com*, 15(7), 1-12. Recuperado de <http://www.intersalud.es/>
- Galvis-López, M. A. & Pérez-Giraldo, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Revista AQUICHAN*, 11(3), 256-273.
- García, E. F., Wlodarczyk, A., Reyes, R. A., San Cristóbal, M. C. & Claudio, S. O. (2014). Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu*, 12(2), 246- 265.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M. & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136, 169-178.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Gómez, P. I. P. & Durán, V. M. M. (2012). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2. *Avances en Enfermería*, 3, 18-28.
- Gondim, K. M. & Carvalho, Z. M. F. (2012). Sentimentos das mães de crianças com paralisia cerebral à luz da teoria de Mishel. *Esc Anna Nery*, 16(1), 11-16.
- Guerrero, G., Zago, M. M., Zawada, N. O. & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 53-59.

- Guevara, O. G. (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familiares de pacientes drogodependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 5(2), 6-26.
- Guirao, G. J. A. (2013). La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *Revista de Enfermería*, 7(1), np.
- Gutiérrez, P. A. A. (2014). La religiosidad de Alcohólicos Anónimos. *Revista Científica de Investigaciones Regionales*, 36(2), 73-96.
- Gutiérrez, R. R., Andrade-Palos, P., Jiménez, T. A. & Juárez, E. F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos AA. *Salud Mental*, 30(4), 62-68.
- Herrera, A, Flórez, I. E., Romero, E. & Montalvo, A. (2012). Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan*, 12(3), 286-297.
- Hinojosa, G. L. & Alonso, C. M. M. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(1), 19-25.
- Hoth, K. F., Wamboldt, F. S., Ford, D. W., Sandhaus, R. A., Strange, CH., Bekelman, D. B. & Holm, K. (2014). The Social Environment and Illness Uncertainty in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Society of Behavioral Medicine*. p 1-10. DOI 10.1007/s12529-014-9423-5
- Hughes-Hammer, C., Martsolf, D. S. & Zeller, R. A. (1988). Development and testing of the Codependency Assessment Tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 264-272.
- Hui Choi, W. H., et al. (2012). The relationships of social support, uncertainty, self-efficacy, and commitment to prenatal psychosocial adaptation. *Journal of advanced nursing*, 2633-2646.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>
- Iranmanesh, S., Tirgari, B., Tofighi, M. & Forouzi, M. A. (2014). Spiritual wellbeing and perceived uncertainty in patients with multiple sclerosis in south-east Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(10), 483-492.
- Isla, X. (1996). Percepción de incertidumbre de los pacientes diabéticos, controlados en el Consultorio Adosado de Especialidades, del Hospital Herminia Martin de Chillán. Chile 1994-1995. *Revista Ciencia y Enfermería*, II(1), 71-80.
- Ivankova, V. N., Creswell, W. J. & Stick, L. S. (2006). Using mixed- methods sequential explanatory design: from theory to practice. *Field Methods*, 18(1), 3-20.
- Kang, Y. (2011). The relationships between uncertainty and its antecedents in Korean patients with atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1880–1886.
- Kang, Y., Daly, B. J. & Kim, J. (2004). Uncertainty and its antecedents in patients with atrial fibrillation. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 770-783.
- Kazer, M. W. (2013). Uncertainty and perception of danger among patients undergoing treatment for prostate cancer. *British Journal Urology International*, 111(300), 84-91.
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagona, M. E. (2011). Spirituality in Recovery: A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcohol Clinic Experimental Research*, 35(3), 454-463.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Stress and alcohol: epidemiologic evidence. *Alcohol research: Current Reviews*, 391-400.

- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L. & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218:1–17.
DOI 10.1007/s00213-011-2236-1
- Kidwai, R., Mancha, E. B., Brown, L. Q. & Eaton, W. W. (2014). The effect of spirituality and religious attendance on the relationship between psychological distress and negative life events. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(3), 487-497.
- Kim, J. H., et al. (2014). Association between *HTR7* genetic polymorphisms and alcohol dependence, using the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(9), 2354-2391.
- Kim, H. J., Martins, S. S., Shmulewitz, D., Santaella, J., Wall, M. M., Keyes, M. K., Eaton, R. N., Krueger, R., Grant, F. B. & Hasin, S. D. (2014). Childhood maltreatment, stressful life events, and alcohol craving in adult drinkers. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 38(7), 2048–2055.
- Laizane, I. (2012). Adolescent behavior problems and codependence in dysfunctional family context. *Engineering for Rural Development*, 24, 633-638.
- Laranjeira, C. (2011). De la incertidumbre a la aceptación de quien espera un veredicto médico. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(1), 66-78.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leal-Soto, F., Ramírez, J. D., & Valdivia, V. Y. (2014). Bienestar psicológico y prácticas docentes con efectos motivacionales orientadas al aprendizaje. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1037-1046.
- Lema, S. L., Varela, A. M., Duarte, A. C. & Bonilla, G. M. (2011). Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 264-271.

- Lima, R. J. S., Guerra, M. M. D., Domínguez, S. I. & Lima, S. M. (2015). Respuesta del enfermo alcohólico ante su enfermedad: Perspectiva de pacientes y familiares. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 23(6), 1165-72.
- Lloret, I. D. (2001). Alcoholismo: una visión familiar. *Salud y Drogas*, 1(1),113-128.
- Londoño, A. L. H., et al. (2012). Validación en Colombia del instrumento MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Mackrill, T., Elklit, A. & Lindgaard, H. (2012). Treatment-seeking young adults from families with alcohol problems. What have they been through? What state are they in?, *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(4), 276-286.
- Madeo, C. A., O'Brien, E. K., Bernhardt, A. B. & Biesecker, B. B. (2012). Factors Associated with Perceived Uncertainty among Parents of Children with Undiagnosed Medical Conditions. *American Journal of Medical Genetics*, 158A(8): 1877-1884. doi:10.1002/ajmg.a.35425.
- Martínez, E. P., Morales, V. M. & Piza, U. E. (2010). Incertidumbre de los padres frente al postoperatorio inmediato de sus hijos en la clínica universitaria, teletón 2010. (Tesis de especialidad no publicada). Universidad de la Sabana, Colombia, D. C.
- Martínez, E. S. (2013). La espiritualidad como factor de protección en la rehabilitación de drogodependencias en la Fundación Centro de Solidaridad Zaragoza: Proyecto Hombre. Tesis no publicada. Facultad de ciencias sociales y del trabajo. Universidad de Zaragoza.
- Martínez, R. J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Silogismo más que conceptos*, 8(1), 36-37.
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. E. & Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista Facultad Medicina UNAM*, 48(5), 191-197.
- Martins, D. R. M. & Menéndez, M. M. C. (2011). Depresión y/o codependencia en mujeres: necesidad de un diagnóstico diferencial. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, 34, 125-145.

- Martins, D. R. M., Menéndez, M. M. C., Gómez, B. J. & Silva, P. Y. F. (2011).
Codependencia y sus instrumentos de evaluación: un estudio documental.
Avaliação Psicológica, 10(2), 139-150.
- Matus, D. V & Barra, A. E. (2013). Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal.
Psicología y Salud, 23(2), 153-160.
- McCormick, K. M. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship, 34*(2), 127-131.
- Mechanic, D. (1976). Stress, illness, and illness behavior. *Journal of Human Stress, 2*, 2-6.
- Medina-Mora, M. E. et al; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol*. México D. F.
- Mitchell, L. M. & Courtney, D. M. (2004). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing, 20*(4), 223-231.
- Mishel, M. H. (1983). Adjusting the fit: development of uncertainty scale for specific clinical populations. *Western Journal of Nursing Research, 5*(4), 355-370.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Journal Nursing Scholarship, 20*(4), 225-231.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: Journal Nursing Scholarship, 22*, 256-2562.
- Mishel, M. H. (1997). Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research, 15*, 57-80.
- Mishel, M. H. (2011). Capítulo 28. En: Bailey Jr., Donald E, editores. Stewart J. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª. ed. España: Elsevier Science; 599.

- Moral, J. M. V. & Sirvent, R. C. (2007). Caracterosis en codependientes comparados con familiares control. 8° congreso virtual de psiquiatría. *Interpsiquis Psiquiatria.com*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4429>
- Moral, R. J. & Martínez, R. J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Moral, J., González, M. T. & Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 123-143.
- Morales, A. S. I. (2014). Relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 7(1), 7-14.
- Morales, J. A. (2014). *Factores de riesgo social que influyen en la carga alostática del adulto mayor*. (Tesis de doctorado no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León. Colección digital UANL, Monterrey, Nuevo León, México.
- Nájera, G. G., Ledezma, M. M. V., Patiño, M. J. N. & Galicia, A. R. M. (2010). Incertidumbre en padres de niños con cáncer. *Enfermería Neurológica*, 9(1), 20-22.
- Natera, R. G., Medina A. P. S., Callejas P. F., Juárez, F. & Tiburcio, M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol de una región indígena de México. *Salud Mental*, 34, 195-201.
- National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism. (2013). Recuperado de <http://www.niaaa.nih.gov/>
- Noriega, G., Ramos, L. & Medina-Mora, M. E. (2008). Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 199-210.
- Nivia, M. B., Plazas M., Sánchez, R., Arena, V. C. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 19, 673-83.

- Nureña, C. R. (2011). Información e incertidumbre en la trayectoria de vida con VIH: estudio etnográfico con personas con VIH de Lima, Perú. *Información, Cultura y Sociedad*, 25, 87-116.
- Nuño, B. G. L. & González, F. C. (2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública de México*, 46(2), 123-131.
- Oram, D., Bartholomew, K., & Landolt, M.A. (2004). Coping with multiple AIDS related loss among gay men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 16(2), 59-64.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). La dependencia de sustancias. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado/un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept de Salud Mundial y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht*. Ginebra Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Informe Sobre la Salud en el Mundo Cambiar la Situación. Ginebra Suiza.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed., Sage Publications, Thousand Oaks, CA, US.
- Peled, E. & Sacks, I. (2008). The self-perception of women who live with an alcoholic partner: dialoging with deviance, strength, and self-fulfillment. *Family Relations*, 57, 390-403.
- Pena, A. P. S. & Gonçalves, J. R. L. (2010). Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas, *SMAD*, 6(1),1-16.

- Pirilla, E., Amaro, Z., Martínez, J., Torres, I. & Jaimes, M. (2012). Incertidumbre percibida en cuidadores de niños enfermos. *Cuidado y Ocupación Humana*, 1(1), 55-62.
- Rosa, R.Y., Negrón, C. N., Maldonado, P. Y., Quiñones, B. A. & Toledo, O. N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43. doi: DOI:doi.org/10.12804/apl33.01.2015.03
- Reed, P.G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research and Practice*, 6(35), 368-374.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Riquelme, P. N., Merino, E. J. M. (2002). Sistemas de enfrentamiento en familias de enfermos alcohólicos. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 37-47.
- Ryff, C. (1989a). Beyond ponce de leon and life satisfaction: new directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, C. N., Maldonado, P. Y., Quiñonez, B. A. & Toledo, B. N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43. DOI: dx.doi.org/10.12804/apl33.01.2015.03
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Revista Desacatos*, 29, 13-30.

- Rubio, G., Martínez-Gras, I., Ponce, G., Quinto, R., Jurado, R. & Jiménez-Arriero, M. A. (2013). Integración de los grupos de auto ayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 25(1), 37-44.
- Sánchez, M. Z. & Nappo, A.S. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1),73-81.
- Sauer-Zavala, S., Burris, J. L. & Carlson, CH, R. (2014). Understanding the relationship between religiousness, spirituality, and underage drinking: the role of positive alcohol expectancies. *Journal Relig Health*. 53:68–78. DOI 10.1007/s10943-012-9598-5
- Schwandt, T. A. (1994). *Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, US. 118-137.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México.
- Sherbourne, D. C. & Stewart L. A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Silva, Rodríguez A. (2004). *Métodos Cuantitativos en Psicología*. México: Editorial Trillas.
- Smith, J. M. & Estefan, A. (2014). Family parenting adolescents with substance abuse-recovering the mother's voice: a narrative literature review. *Journal of Family Nursing*, 20(4), 415-441.
- Staton- Tindal, M., Duvall, J., Stevens-Watkins, D. & Oser, C. B. (2013). The roles of spirituality in the relationship between traumatic life events, mental health and drug use among Africans American women from on southern state. *Subs Use Misuse*, 48(12), 1246-1257.
- Steinglass, P., Bennett, L. A., Wolin, S. J. & Reiss, D. (1996). *La familia alcohólica*. Barcelona España: Ed. Gedisa, S. A.

- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Suzuki, M. (2012). Quality of life, uncertainty, and perceived involvement in decision making in patients with head and neck cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(6), 541-548.
- Tamers, S. L., Okechukwu, C., Bohl, A., Guéguen, A., Goldberg, M. & Zins. (2011). The impact of stressfull life events on excessive alcohol consumption in the French population: findings from gazel cohort study. *PLoS ONE*, 9(1): e87653. DOI: 10.1371/journal.pone.0087653
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La Búsqueda de Significados*. Primera reimpresión Editorial Paidós, España. 115-27.
- Timko, Ch., Young, B. L. & Moos, R. H. (2012). Al-Anon family groups: origins, conceptual basis, outcomes, and research opportunities. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7, 279-296.
- Tobo N. I. V. & Zago M. M. F. (2005). El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 13, 806-812.
- Torres A. & Sanhueza, O. (2006). Modelo Estructural de Enfermería de calidad de vida e Incertidumbre ante la enfermedad. *Ciencia y Enfermería*, 12(1): 9-17.
- Tull, E. S., Doswell, W. M. & Cort, M. A. (2014). Spirituality moderates the relationship of psychosocial stress to metabolic risk factors among Afro-Caribbean immigrants in the US Virgin Islands. *Journal Racial and Ethnic Health Disparities* DOI 10.1007/s40615-014-0056-9
- Triviño, V. Z. G & Sanhueza, A. O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*, 5(1), 20-31.

- Ureña, B. P., Barrantes, B. K. & Solís, B. L. (2014). Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción subjetiva de la salud en personal académico y administrativo de la Universidad Nacional. *Revista Electrónica Educare*, 18(1), 155-175.
- Vargas-Mendoza, J. E. & Hernández, H. L. (2012). Codependencia en esposas de alcohólicos. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 6(1), 25-29.
- Vázquez, A. A., Lucio, C. V. G. & Carrillo, C. A. L. (2013). Vivencias de esposas de adultos mayores en convivencia con el consumidor de alcohol. Problemática de los grupos vulnerables: visiones de la realidad. *Universidad Autónoma de Coahuila*, IV, 103-110.
- Villarreal, M., Sánchez, J. & Musitu, G. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Socio comunitario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253-264.
- Villegas, P. M. A., Alonso, C. M. M., Alonso, C. B. A. & Guzmán, F. F. R. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de tabaco y alcohol. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 35-46.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 22-29.
- Walker, L. & Avant, K. (2010). Strategies for theory construction in nursing. (fifth ed.). Prentice Hall.
- Whetsell, V. M., Frederickson, K., Aguilera, P. & Maya, J. L. (2005). Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Revista Aquichan*, 5(1), 72-85.
- World Health Organization. (1994). Lexicon of alcohol and drugs terms. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf

- Wineman, N. M., Schwets, M. K., Goodkin, E. D. & Rudick, A. L. (1996). Relationships among illness uncertainty, stress, coping, and emotional well-being at entry into a clinical drug trial. *Applied Nursing Research*, 9(2), 56-60.
- Williams, R. (1999). *Symbolic interactionism: the fusion of theory and research?*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, US.
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014.
- Wysong, L. (2007). The relationship between the level of involvement in the 12 Step Program Alcoholics Anonymous, Spiritual Growth and Life Satisfaction. A Dissertation for the degree of Doctor of Psychology in Clinical Psychology Alliant International University. California School of Professional Psychology. Fresno Campus California.
- Yamashita, H. C., Amendola, F., Correia, G. J., Martins, A. m. R., Campos, O. M. A. (2013). Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. *Revista Escola Enfermagem USP*, 47(6):1359-66.
- Zangh, Y., Kwekkeboom, K. & Petrini, M. (2015). Uncertainty, self-efficacy, and self-care behavior in patients with breast cancer undergoing chemotherapy in China. *Cancer Nursing*, 38(6), 19-26.
- Zavala, M. R., Martínez, O. V. & Whetsell, M. V. (2007). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Revista Aquichan*, 6(1), 8-21.
- Zubieta, E. M. & Delfino, G. I. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Facultad de Psicología. Anuario de Investigaciones*, 16, 277-283.
- Zapata, V. M. A. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES de Psicología*, 2(2), 86-94.

Apéndice A

Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol.

INSTRUCCIONES: a fin de realizar un estudio, solicito su colaboración para contestar las preguntas de la siguiente cédula de datos personales, todas las respuestas son importantes, ninguna se considerará correcta o incorrecta y nadie realizará juicio de sus respuestas. La información que se obtenga será de carácter confidencial. Agradezco su colaboración.

DATOS PERSONALES:

1.- Género: Masculino Femenino

2.- Edad: (años cumplidos)

3.- Escolaridad: nivel educativo

Primaria Secundaria Preparatoria Técnica

Profesional Posgrado

Número total de años de estudio

4.- Ocupación:

Estudia Trabaja Estudia y trabaja jubilada otra

5.- Religión:

Católico Cristiano Testigo de Jehová Otra Ninguna

6.- ¿Cuánto tiempo tiene de pertenecer a Al-Anon?

Años

7.- Especifique número de veces ha compartido su testimonio _____

Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol

- ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? SI NO

- ¿A qué edad inicio a consumir alcohol? _____

- ¿En el último año ha consumido alcohol? SI NO

- ¿En el último mes ha consumido alcohol? SI NO

- ¿En la última semana ha consumido alcohol? SI NO

- ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal que consuma alcohol? _____

- ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consume? _____

Las siguientes preguntas son sobre el consumo de alcohol de su familiar

1. En un día típico cuantas bebidas alcohólicas cree toma / tomaba su familiar _____

2. En el lapso de un mes cuantas veces llega o ha llegado a casa en estado de embriaguez _____

3. Alguna persona, amigo o familiar le dijo a usted que su familiar tenía problemas con su forma de beber si no

4. Usted le recomendó a su familiar que debía buscar ayuda para dejar de beber si no

5. Alguna persona, amiga o familiar le dijo a usted que debía buscar/recibir ayuda en los Grupos Al-Anon si no

6. Como fue que usted llego al Grupo AL-ANON _____

Apéndice B

Escala de Percepción de Incertidumbre en Padres y Miembros de Familia.

INSTRUCCIONES: Por favor lea cada afirmación y coloque una " X " en el número que mejor describa cómo se siente en relación con el miembro de su familia hoy.

1.- No sé lo que está mal con mi familiar (él o ella).				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
2. Tengo muchas preguntas sin respuesta.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
3. No estoy seguro de si su enfermedad está mejorando o empeorando.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
4. Me preocupa el dolor y sufrimiento de mi familiar por su enfermedad.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
5. Las explicaciones que me dan sobre su enfermedad me parecen confusas.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
6. No es claro para mí si hay un tratamiento efectivo para la enfermedad de mi familiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
7. No sé cuándo él o ella vuelva a realizar sus actividades (laborales, personales, domésticas) como antes.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
8. Los síntomas de la enfermedad de mi familiar cambian de un día para otro.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
9. Entiendo lo que se me explica sobre la enfermedad de mi familiar y como debe ser tratado.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
10. Es difícil de saber si mejorara mi familiar de su enfermedad.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)

11. Me puedo imaginar cuánto tiempo va a durar a su enfermedad.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
12. La enfermedad de mi familiar es muy difícil de entender.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
13. Es difícil de saber si con algún tratamiento mi familiar va a mejorar de su enfermedad.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
14. Las personas me dan opiniones diferentes sobre la enfermedad de mi familiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
15. Debido a los cambios constantes de la enfermedad no puedo planear para el futuro.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
16. La enfermedad de mi familiar cambia por momentos, tiene días buenos y días malos.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
17. No sé cómo cuidar de mi familiar por los cambios constantes de la enfermedad.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
18. No tengo ni idea de lo que va a pasar con mi familiar en el futuro.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
19. Generalmente se si mi familiar tendrá un día bueno o malo.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
20. No sé cuál es el mejor tratamiento para la enfermedad de mi familiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
21. Es difícil saber por cuanto tiempo podre cuidar de mi familiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
22. Puedo suponer como va a evolucionar la enfermedad de mi familiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)

23. No es claro para mí si hay un diagnóstico específico de la enfermedad de mi familiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
24. La angustia física de mi familiar es observable y por eso sé, cuándo va a mejorar o a empeorar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
25. La enfermedad de mi familiar es definitiva y no va a cambiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
26. Puedo confiar en que tendré ayuda cuando la necesite.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
27. No tengo claro que tan grave es la enfermedad de mi familiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)
28. El lenguaje que se utiliza en las reuniones de Al-Anon es claro y sencillo para que pueda entender lo que se dice sobre la enfermedad de mi familiar.				
Totalmente de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Indeciso (3)	En desacuerdo (2)	Totalmente en desacuerdo (1)

Apéndice C
Escala de Tensión Percibida.

INSTRUCCIONES: Las preguntas en esta escala son acerca de sus pensamientos y sentimientos durante el último mes. Para cada caso, se le pedirá indicar que tan frecuentemente se sintió o pensó de cierta forma. Aunque algunas preguntas son muy parecidas existen diferencias entre ellas y cada pregunta debe responderse por separado. Por favor marque con una X la respuesta que más indique su forma de sentir y pensar de acuerdo con las siguientes opciones:

1= Nunca 2= Casi nunca 3= Algunas veces 4= Frecuentemente 5= Siempre.

1	En el último mes. ¿Con que frecuencia se ha sentido molesto por algo que pasó inesperadamente a causa del consumo de alcohol de su familiar?	1	2	3	4	5
2	En el último mes. ¿Con que frecuencia he sentido que era incapaz de controlar las cosas importantes en mi vida?	1	2	3	4	5
3	En el último mes ¿Con que frecuencia se ha sentido nervioso y/o estresado?	1	2	3	4	5
4	En el último mes ¿Con que frecuencia ha sentido que ha manejado exitosamente los derivados del consumo de alcohol de su familiar?	1	2	3	4	5
5	En el último mes ¿Con que frecuencia ha sentido que enfrentaba con efectividad los cambios importantes que estaban ocurriendo en lo relacionado con el consumo de alcohol de su familiar?	1	2	3	4	5
6	En el último mes ¿Con que frecuencia se sintió seguro acerca de su capacidad para manejar sus problemas personales?	1	2	3	4	5
7	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que las cosas iban bien?	1	2	3	4	5
8	En el último mes ¿Con que frecuencia se dio cuenta de que no podía manejar todas las cosas que tenía que hacer debido al consumo de alcohol de su familiar?	1	2	3	4	5
9	En el último mes ¿Con que frecuencia ha sido capaz de controlar las cosas que le irritan o enojan por el consumo de alcohol de su familiar?	1	2	3	4	5
10	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que usted tenía bajo control las cosas relacionadas con el consumo de alcohol de su familiar?	1	2	3	4	5
11	En el último mes ¿Con que frecuencia se ha enojado por cosas que le ocurrieron que estaban fuera de su control?	1	2	3	4	5
12	En el último mes ¿Con que frecuencia se encontró usted pensando en cosas que pudo haber hecho?	1	2	3	4	5
13	En el último mes ¿Con que frecuencia pudo dominar la manera en que usa su tiempo?	1	2	3	4	5
14	En el último mes ¿Con que frecuencia sintió que las dificultades se iban acumulando hasta un punto que usted no podía superarlas?	1	2	3	4	5

Apéndice D

Encuesta de Resultados de Apoyo Social.

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos cercanos o familiares cercanos tienen Usted? (personas con las que se encuentra a gusto y que puede hablar con confianza acerca de todo lo que se relacione con su vida).

Escriba el número de amigos cercanos _____ y familiares cercanos _____

INSTRUCCIONES: Favor de leer cuidadosamente y marcar con una X uno de los números de cada fila, según sea su caso.

¿Con qué frecuencia dispone usted de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	Nunca	Algunas veces	Siempre
2. Tengo a alguien que me puede ayudar cuando me enfermo o me siento mal	1	3	5
3. Tengo a alguien a quien le puedo hablar y contar mis problemas	1	3	5
4. Alguien que me aconseja cuando tengo problemas	1	3	5
5. Tengo a alguien que me puede llevar a consulta médica en caso necesario	1	3	5
6. Cuento con alguien que me demuestre amor y afecto	1	3	5
7. Tengo a alguien con quien puedo pasar un buen rato	1	3	5
8. Tengo a alguien que me informa y me ayuda a entender la situación que estoy viviendo	1	3	5
9. Tengo a alguien en quien confiar o con quien hablar de mi misma y mis preocupaciones	1	3	5
10. Tengo quien me dé un abrazo	1	3	5
11. Hay alguien con quien me puedo relajar	1	3	5
12. Cuento con alguien que me prepare la comida si yo no puedo hacerlo	1	3	5
13. Alguien cuyos consejos realmente deseo escuchar	1	3	5
14. Cuento con alguien con quien hacer cosas que me sirven para olvidar mis problemas	1	3	5
15. Alguien me ayudaría con mis tareas domésticas si estoy enferma	1	3	5
16. Hay alguien con quien compartir mis temores y problemas más íntimos	1	3	5
17. Hay alguien que me aconseje como resolver mis problemas personales (y con mi familiar)	1	3	5
18. Tengo a alguien con quien puedo divertirse	1	3	5
19. Tengo alguien que comprenda mis problemas	1	3	5
20. Tengo personas a quién amar y hacerle sentir que los quiero	1	3	5

Apéndice E

Escala de Perspectiva Espiritual.

INSTRUCCIONES: Favor de leer cada enunciado que se encuentra a continuación.

Enseguida, marque con una X la respuesta que se apegue más a su realidad.

	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?						
4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?						

Reed, 1986.

	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.						
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones						

en su vida diaria.						
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un "poder mas grande" en momentos importantes de su vida diaria						
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida						
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

Reed, 1986.

Apéndice F

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

INSTRUCCIONES: a continuación, usted encuentra una serie de enunciados, podría indicar que tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones, marcando con una X en la casilla que mejor se ajuste a su respuesta.

(1) Totalmente en desacuerdo (2) Moderadamente en desacuerdo (3) Ligeramente en desacuerdo (4) Ligeramente de acuerdo (5) Moderadamente de acuerdo (6) Totalmente de acuerdo

Afirmación	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2. <i>A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones</i>						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4. <i>Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida</i>						
5. <i>Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga</i>						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos						
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8. <i>No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar</i>						
9. <i>Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí</i>						
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
13. <i>Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones</i>						

14.En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
15.Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
16.Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
17.Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
18.Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
19. <i>Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen</i>						
20.Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
21.En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
22. <i>No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza</i>						
23. <i>Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos</i>						
24.En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo						
25.Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
26. <i>Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona</i>						
27.Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
28.Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
29.Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						

Los ítems inversos se presentan en letra cursiva.

Ryff, 1989.

Apéndice G

Escala de Bienestar Social de Keyes.

INSTRUCCIONES: a continuación, usted encuentra una serie de enunciados, podría indicar que tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones, marcando con una X en la casilla que mejor se ajuste a su respuesta.

(1) Totalmente en desacuerdo (2) Moderadamente en desacuerdo (3) Indeciso

(4) Moderadamente de acuerdo (5) Totalmente de acuerdo

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.- Siento que soy una parte importante de mi comunidad.					
2.- Creo que la gente me valora como persona.					
3.- Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.					
4.- Me siento cercano a otra gente.					
5.- <i>Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.</i>					
6.- <i>Creo que la gente no es de fiar.</i>					
7.- <i>Creo que las personas sólo piensan en sí mismas.</i>					
8.- <i>Creo que no se debe confiar en la gente.</i>					
9.- <i>Creo que la gente es egoísta.</i>					
10.- <i>Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesto.</i>					
11.- <i>Las personas no se preocupan de los problemas de los otros.</i>					
12.- Creo que puedo aportar algo al mundo.					
13.- <i>No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.</i>					
14.- <i>Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.</i>					
15.- <i>No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.</i>					
16.- Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.					
17.- <i>Para mí el progreso social es algo que no existe.</i>					

18.- <i>La sociedad no ofrece alicientes para gente como yo.</i>					
19.- Veo que la sociedad está en continuo desarrollo					
20.- <i>No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.</i>					
21.- <i>La sociedad ya no progresa.</i>					
22.- <i>No entiendo lo que está pasando en el mundo.</i>					
23.- <i>El mundo es demasiado complejo para mí.</i>					
24.- <i>No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.</i>					
25.- <i>Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.</i>					

La cursiva indica ítems inversos.

Keyes, 1995.

Apéndice H

Escala de Codependencia de Fischer, Spann y Crawford.

INSTRUCCIONES: Por favor, lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones e indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas según su manera habitual de actuar, marcando con una X la opción que mejor lo describe a Ud.

(1) Muy en desacuerdo (2) En desacuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

(4) De acuerdo (5) Muy de acuerdo

1. Intento convencer a los demás sobre lo que deberían pensar y sobre cómo se sienten verdaderamente	1	2	3	4	5
2. Me culpo o critico mucho	1	2	3	4	5
3. Me siendo forzado a ayudar a otras personas como a mi familiar con problemas de alcohol a resolver estos problemas (por ejemplo ofreciéndoles consejos)	1	2	3	4	5
4. Dejo de lado mis propios valores e integridad para evitar el rechazo o enojo de los demás	1	2	3	4	5
5. A veces no sé realmente como me siento	1	2	3	4	5
6. A veces me concentro en mi familiar con problemas de alcohol, hasta el punto de descuidar otras relaciones o responsabilidades	1	2	3	4	5
7. Es difícil para mí tomar decisiones	1	2	3	4	5
8. Creo que la mayoría de las personas con problemas de alcohol son incapaces de cuidarse a sí mismos	1	2	3	4	5
9. Tengo que sentir que me necesitan para establecer relaciones o vínculos con los demás	1	2	3	4	5
10. Siento que mi salud general es peor que la de mis familiares y amigos	1	2	3	4	5
11. Cuando alguien lastima mis sentimientos o hace algo que no me agrada me resulta un poco difícil decírselo	1	2	3	4	5
12. No confío en mí mismo frente a situaciones nuevas tanto como yo quisiera	1	2	3	4	5
13. Hago a un lado mis propios valores o convicciones por aceptar los de mi pareja (o de mi familiar con problemas de alcohol)	1	2	3	4	5
14. Me resulta difícil saber lo que realmente quiero hacer de mi vida	1	2	3	4	5
15. Evito expresar mi opinión cuando se que es diferente a la de mi pareja o a la de otras personas(mi familiar con problemas de alcohol)	1	2	3	4	5

16. Tiendo a involucrarme en relaciones que son dolorosas para mi	1	2	3	4	5
17. Me siento cansado, agotado o enfermo	1	2	3	4	5
18. Valoro las opiniones y sentimientos de las otras personas más que mis propios opiniones o sentimientos, y tengo temor de expresarlos cuando son diferentes a los de los demás	1	2	3	4	5
19. Me resulta difícil manejar situaciones inesperadas	1	2	3	4	5
20. Me siento resentido o enojado cuando los demás no me permiten que los ayude	1	2	3	4	5
21. Me disculpo demasiado con los demás por lo que digo o hago	1	2	3	4	5
22. Me resulta difícil hablar con alguien con autoridad (jefe, profesor, padres, policía)	1	2	3	4	5
23. Me preocupo mucho por los problemas de los demás	1	2	3	4	5
24. Tiendo a tener relaciones donde yo siempre estoy para los demás pero ellos rearas veces están para mi	1	2	3	4	5
25. Acepto hacerme cargo de demasiadas cosas y después me pregunto porque lo hice	1	2	3	4	5
26. Tiendo a tener mejor opinión de los demás que de mí mismo	1	2	3	4	5

Fischer, Spann y Crawford (1991).

Apéndice I

Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol.

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan algunas preguntas sobre consumo de alcohol; por favor subraya la respuesta que se acerque más a tu realidad.

<p>1.- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal)?</p> <p>0) Nunca 1) Una o menos veces al mes 2) De 2 a 4 veces al mes 3) De 2 a 3 veces a la semana 4) 4 a más veces a la semana</p>	<p>6.- Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>2.- ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?</p> <p>0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7 a 9 4) 10 o más</p>	<p>7.- Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?</p> <p>0) nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>8.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>4.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>9.- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0) No 2) Sí, pero no en el último año 4) Sí, en el último año</p>
<p>5.- Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>0) No 2) Sí, pero no en el último año 4) Sí, en el último año</p>

Apéndice J

Guía de Preguntas Semi-estructuradas para entrevista individual.

1. ¿Podría comentar conmigo acerca del proceso que usted ha vivido con su familiar que tiene problemas con el alcohol (que pensamientos, sentimientos y emociones le surgen cuando usted lo ve llegar a casa bajo los efectos del alcohol)?.
2. ¿Podría compartir conmigo cuales fueron las razones, motivos o hechos que le hicieron a usted buscar ayuda, podría platicarme de ello?.
3. ¿Podría compartir conmigo de qué manera su participación en el grupo Al-Anon la ha apoyado?: ¿usted ha realizado cambios en su forma de relacionarse con su familiar, ha habido cambio en sus pensamientos sentimientos emociones respecto a su familiar cuando está bajo los efectos del alcohol?, ¿podría platicarme de esto?, ¿Que podría decirle usted a otras personas que están pasando por esta situación similar a la de usted que tiene un familiar con problemas de alcohol, que le platicaría usted?

Apéndice K

Consentimiento informado para datos cuantitativos.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Modelo explicativo de incertidumbre, afrontamiento y bienestar en familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.

Autor del estudio: MCE. Laura Hinojosa García.

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo.

Prólogo:

Estamos interesados en identificar algunos aspectos relacionados con las personas que conviven con un familiar dependiente del alcohol, conocer las formas que le ayudan a afrontar el proceso de enfermedad de su familiar, además de investigar el proceso que sigue en los grupos Al-Anon. Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado. Si usted decide participar, deberá firmar el presente consentimiento informado.

Propósito del Estudio:

Conocer cómo se sienten los familiares de las personas dependientes del alcohol respecto a sus preocupaciones, angustias, mortificaciones, si hace algo para resolver dichas preocupaciones, si tiene alguna ayuda de personas o grupos como Al-Anon. La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del estudio/procedimiento:

- Se le aplicarán ocho cuestionarios, en las mismas instalaciones donde asiste a sus reuniones frecuentemente, para lo cual se destinará un horario específico que

no interrumpa con sus actividades, cuidando en todo momento su privacidad y anonimato.

- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida, no tendrá ningún perjuicio en sus actividades dentro del grupo.

Riesgos e inquietudes:

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Si usted se siente indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo, en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas para el beneficio de los familiares de personas con dependencia al alcohol.

Costos: No existe ningún costo para el participante.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información que usted proporcione durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a ninguna persona o institución. Los resultados encontrados serán únicamente publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial. Los cuestionarios serán resguardados por el autor principal por un lapso de 12 meses y posteriormente serán destruidas.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, por favor comuníquese con la responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], a quien se

puede localizar en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro. Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Firma del testigo (1)

Fecha

Firma del testigo (2)

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Apéndice L

Consentimiento informado para datos cualitativos.

UNIVERSIDAD AUTONÓMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Modelo explicativo de incertidumbre, afrontamiento y bienestar en familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos AL-Anon.

Autor del estudio: MCE. Laura Hinojosa García.

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo.

Prólogo:

Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados con las personas que conviven con un familiar dependiente del alcohol, conocer las formas que le ayudan a afrontar el proceso de enfermedad de su familiar, además de investigar el proceso que sigue en los grupos Al-Anon. Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado. Si usted decide participar, deberá firmar el presente consentimiento informado.

Propósito del Estudio:

Conocer cómo se sienten los familiares de las personas dependientes del alcohol respecto a sus preocupaciones, angustias, mortificaciones, si hace algo para resolver dichas preocupaciones, si tiene alguna ayuda de personas o grupos como Al-Anon. La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del estudio/procedimiento:

- Se le realizarán una serie de preguntas que deberá responder de acuerdo a su experiencia personal.

- Durante la entrevista estará el autor principal y dos profesionales de enfermería previamente capacitados que fungen como observadores.
- La entrevista será grabada con la única finalidad de poder contar con toda la información y evitar se pierdan datos importantes, el tiempo aproximado de la entrevista será de 60 minutos.
- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida, no tendrá ningún perjuicio en sus actividades dentro del grupo.

Riesgos e inquietudes:

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Si usted se siente indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo, en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas en beneficio de los familiares de personas con dependencia al alcohol.

Costo: No existe ningún costo para el participante.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información que usted proporcione durante la entrevista será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial. Las audio grabaciones serán resguardadas por el autor principal por un lapso de 12 meses y posteriormente serán destruidas.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, por favor comuníquese con la responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], a quien se puede localizar en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro. Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento:

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Firma del testigo (1)

Fecha

Firma del testigo (2)

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Resumen Autobiográfico

MCE. Laura Hinojosa García

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: Modelo de incertidumbre y afrontamiento para explicar el bienestar de familiares de dependientes del alcohol que asisten a grupos Al-Anon.

LGLC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Biografía: Nacida en H. Matamoros Tamaulipas, el 20 de Mayo de 1960, hija del Sr. Lucio Hinojosa García y la Sra. Ma. del Carmen García Fernández.

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma de Tamaulipas en 1978 y Licenciatura en la Universidad Regional Miguel Hidalgo en 1998. Egresada de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en 2007. Especialista en Investigación de Alcohol y otras Drogas Psicoactivas en 2016, por la Escuela de Enfermería en Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil. Becario del Programa Profesional Docente para el tipo de Superior (PRODEP). Reconocimiento Perfil PRODEP y Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau, capítulo Tau Alpha.

Experiencia Profesional: jefe de piso en el Hospital General de Matamoros de 1979 al 2010. Profesor de tiempo completo Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT de 2004 a la fecha.

Correo electrónico: laura2hg@hotmail.com