



Investigación Original

Resiliencia y mecanismos protectores en parejas de alcohólicos de un grupo de ayuda mutua para usuarios de atención primaria, en México D.F, México.

Resilience and protective mechanisms alcoholic's couples of a self-help group for Primary Health Care users, in Mexico City, Mexico.

RESUMEN

Mariela García Urrea. Med Dr.
MF(1), Omar Fernando Ramírez
[de la Roche Ant. Mag.\(2\)*](#)

Objetivo: Identificar el grado de resiliencia y los mecanismos protectores en mujeres, parejas de enfermos alcohólicos de un grupo de autoayuda.

Diseño: Investigación cualitativa, con base en una población usuaria de una unidad de atención primaria.

Ámbito: Grupo de autoayuda Al-Anon para parejas de pacientes alcohólicos atendidos en un Centro de Salud Urbano de la ciudad de México.

Participantes: 20 mujeres que acudieron al grupo Al-Anon en el periodo comprendido entre 1° agosto del 2008 a 31 de enero del 2009.

Principales mediciones: Variables sociodemográficas, violencia intrafamiliar, mecanismos protectores y resiliencia.

Resultados: La mayoría de las mujeres entrevistadas sufrieron violencia en sus distintos tipos siendo el tipo predominante la violencia intrafamiliar. Debido al consumo familiar de alcohol en sus propios progenitores, algunas de estas mujeres enfrentaron inadecuadamente estas adversidades, originándose otras adicciones y desintegración familiar. Otras mujeres aprendieron de las crisis familiares, logrando salir adelante con sus hijos, y recuperar la convivencia familiar.

Conclusiones: El sostén de los grupos de autoayuda, así como del apoyo multidisciplinario de los servicios de salud a este tipo de mujeres y sus familias, contribuiría a crear familias resilientes.

Palabras claves: Resiliencia, mecanismos protectores, alcoholismo.

Investigación original sujeta a arbitraje.
Fecha de presentación: 15 de Junio
2010
Fecha de aceptación: 20 de Octubre
2010
Fecha de publicación on-line: 1 de
Septiembre 2011

MPA e-j. med.fam.aten.prim.int. 2011
5(1): 7-12

Este artículo esta disponible en [www.
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

Filiación de los Autores:

*Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México (1). Departamento de Investigación Educativa, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México. (1, 2)

Méd.Dr.: Médico Titulado. Med Fam: Médico Especialista en Medicina Familiar. Ant: Antropólogo, Mag. Adm. Sal: Magister en Administración en Salud

Correspondencia para el autor: Dra Mariela García Urrea:
Carnesi_777@hotmail.com



ABSTRACT

Objectives: To identify the degree of resilience and protective mechanisms in women, couple of alcoholic patients of a self-help group.

Design: Qualitative Research based in a users of a Primary Health Care Unit.

Settings: Al-Anon Self-help group intended to orient young women, couple of alcoholic patients attended by a Health Center.

Participants: 20 women that participate of the Al-Anon group between August 1st 2008 and January 31 2009.

Main outcome measures: Socio-demographic variables, familiar violence, protective mechanisms and resilience.

Results: Most part of studied women had violence of different types, prevailing the familiar violence. Due to familiar use of alcohol in their parents, some of these women faced inadequately this problems, leading to addictions and family disintegration. Other women learning with the familiar crisis, achieving a successful recovering of his live with this families and these children

Conclusions: Self-help groups and multi-discipline health could create resilient families.

Keywords: Resilience, protective mechanisms, alcoholism

INTRODUCCION

Se puede definir a la resiliencia como la capacidad de hacer frente a las dificultades de la vida, superarlas y ser transformados positivamente por ellas, así como a la capacidad del ser humano de sobreponerse a sus dificultades y al mismo tiempo aprender de sus errores, al igual que la capacidad de la familia de adaptarse y construir a partir de la adversidad. La resiliencia humana se define como la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente, a pesar de las difíciles condiciones de vida y más aún, de salir fortalecidos y ser transformados por ellas [1,2].

La resiliencia distingue dos componentes: a) la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y por otra parte, b) la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles [3]. La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Por tanto, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que los niños nacen, ni que adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre los infantes y su medio [4,5].

Los pacientes alcohólicos tienen repercusiones en las familias originarias, creando mecanismos de defensa en negación o resignación ante el problema que presenta el familiar, tanto ante la sociedad como ante el mismo núcleo familiar

El objetivo general del estudio fue describir el grado de resiliencia y los mecanismos protectores desarrollados por las parejas de enfermos alcohólicos participantes de un grupo de autoayuda para usuarios de un Centro de Salud Urbano en la ciudad de México, empleando una metodología cualitativa de investigación [6].



MATERIALES Y METODOS

Diseño del estudio

Cualitativo en base a la población usuaria de un Centro de Atención Primaria en la Salud

Área y Población de Estudio

Familiares de pacientes enfermos alcohólicos consultados en primer nivel de atención, específicamente pertenecientes al grupo de auto ayuda llamado Al-Anon "Buscando un amigo" de Tlalpan. Este grupo de auto ayuda apoya a usuarios enfermos alcohólicos del centro de salud "Dr. José Castro Villagrana" de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México con pláticas semanales.

Muestra

Veinte mujeres parejas de enfermos alcohólicos con por lo menos 10 años de vivir con su pareja, y que acudieron del 1 de agosto del 2008 al 31 de enero del 2009, al grupo de auto ayuda previamente referido.

Recolección de los datos

Durante una de las sesiones, al grupo de mujeres de la muestra se les aplicó un cuestionario con doce preguntas abiertas para identificar los mecanismos protectores y el grado de resiliencia. Las integrantes del grupo firmaron una carta de consentimiento informado.

Variables e Instrumento

El instrumento se construyó según lo reportado por la literatura acerca de la resiliencia y los mecanismos protectores en las parejas de enfermos alcohólicos. y se incluyeron variables sociodemográficas, mecanismos protectores y marcadores del grado de resiliencia [1,3,4,7]. El instrumento contenía las siguientes variables: a) fecha, edad, religión, estado civil, escolaridad, años de vivir con su pareja y número de hijos, b) el segundo apartado se constituyó de 12 preguntas, las 7 primeras preguntas indagaban por el desarrollo de la resiliencia en la pareja del alcohólico, la pregunta número ocho valoraba la introspección, la número nueve la independencia, la diez la interacción, la número once la iniciativa y la doce el humor.

Análisis de la información

Una vez concluidas los cuestionarios, se capturaron textualmente de datos y en una hoja del programa EXCEL 2003 de Microsoft Office, posteriormente se distribuyeron en 12 matrices cualitativas, de las que se derivaron categorías primarias y secundarias para iniciar su análisis.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Caracterizando a los 20 sujetos que constituyeron a muestra vemos que el promedio de edad de los participantes fue de 42.5 años, con una media de 18.7 años de convivencia con su pareja y 2.5 hijos. En lo que respecta al estado civil, hubo un 65% de casados y 35% de unión libre. En cuanto a la religión (elemento de la resiliencia desde el punto de vista espiritual) se encontró que la católica era profesada por el 85% de ellos (aunque solamente el 15% refirieron ser consistentemente religiosos), otro 10% dijo ser atea y un 5% refirió pertenecer a los Testigos de Jehová. Un 35% de las participantes tenía su escolaridad en secundaria, otro 30% en primaria, 20% en preparatoria y una sola de las entrevistadas (5%) tenían licenciatura.

Estos resultados son consistentes con la literatura que en relación al nivel escolar, reporta que tanto el alcoholismo como la convivencia con un enfermo alcohólico como pareja sentimental no está asociado con un nivel escolar ni estrato social [8,9].

Los acontecimientos que originaron el consumo de alcohol en las parejas de las mujeres del estudio se pueden dividir en dos categorías:

a) Consumo antes de iniciar una nueva familia, observándose que los patrones de crianza son enseñados en las familias de origen. Se desprende entonces que la violencia vivida y aprendida fueron los principales acontecimientos que originaron el consumo de alcohol. En la literatura existente se menciona que los patrones de repetición son frecuentes, cuando en las familias de origen se vive con un enfermo alcohólico [7,9,10].

b) Consumo de alcohol posterior a la unión con sus respectivas parejas,



principalmente motivado por el ambiente laboral y social, o acontecimientos como la muerte de una persona cercana. Contrariamente a lo reportado por la literatura, la pérdida del empleo fue una causa infrecuente (ocupó el último lugar en frecuencia) de inicio del alcoholismo [11].

Para las mujeres del estudio, la culpa, la tristeza, y en algunas de las entrevistadas la baja autoestima, fueron sentimientos derivados del consumo o aumento del consumo de alcohol por parte de sus parejas.

Las transformaciones percibidas por estas mujeres en sus vidas, fueron muy variadas; principalmente la fortaleza adquirida, el aprendizaje, la independencia y el inicio de la vida laboral. Estos cambios positivos permiten ver la capacidad resiliente de estas mujeres. Sin embargo, algunas de ellas, continuaron con baja autoestima, aumento de la violencia intrafamiliar, y presentaron casos extremos de disolución de la relación de pareja.

Familias con múltiples conflictos, violencia intrafamiliar y de pareja, aislamiento social, autoestima baja y adicciones en otros miembros de la familia, fueron los principales daños referidos por las mujeres del estudio. Los patrones de conducta en este tipo de familias suelen estar marcadas por la violencia, y la indiferencia hacia los miembros más vulnerables [9]. Las parejas de los pacientes fueron los miembros de la familia principalmente afectados por el daño del alcoholismo, causando resentimiento hacia los pacientes y en sus hijos produciendo actos de repetición de conductas nocivas [7].

La manera en que las mujeres comenzaron a resolver la crisis familiar fue apoyándose en grupos de autoayuda, mejorando la comunicación de pareja, apoyándose en el amor que sienten por su cónyuge, contando con redes de apoyo familiares y sociales. Pese a esto hubo quien no pudo enfrentarse a la crisis y la manera de lidiar con ello fue con enojo permanente contra su pareja e indiferencia.

En cuanto a la situación actual en las familias de las mujeres del estudio que

lograron superar sus crisis, se encontró que la comprensión de que “el alcoholismo es una enfermedad y el alcohólico un enfermo”, ayudó a estas familias a enfrentarla y resolverla y con ello lograron una mejora en la convivencia familiar. Por otro lado, en las familias de las mujeres que no lograron superar estas crisis, la situación posterior de estos núcleos fue de adicción en otros miembros de la familia, la disolución de la relación de pareja, así como patrones de repetición, lo que muestra que no fueron resilientes [9].

Algunas de las mujeres del estudio reflexionaron sobre sus actos, al hacerlo el aprendizaje sobre sus vivencias mejoró su vida, provocando un cambio de actitud. Otras sin embargo, no reflexionaron o prefieren no hacerlo, negando de esta manera la presencia de la crisis, provocando apatía, y desánimo.

La toma de decisiones sin tener que consultar a alguien por parte de las mujeres del estudio mostró la independencia de algunas de ellas, esta acción principalmente fue motivada por sus hijos y la necesidad económica de su hogar, ya que no contaban con el apoyo de su pareja. Hubo mujeres a las que no les fue posible tomar una decisión sin tener que consultarlo, o que definitivamente delegaban esta responsabilidad a alguien más [12].

Para las mujeres del estudio el contar con amistades fue muy importante, pues se constituyeron en redes de apoyo, y muchas de ellas fueron amistades hechas en las reuniones del grupo de Al-Anon, con las cuales se identificaron y crearon una unión muy estrecha. Algunas mujeres debido a la enfermedad alcohólica aunada a la celotipia de su pareja, decidieron aislarse socialmente por lo que prefirieron no tener amigas, lo que les impidió hacer amistades e interactuar con otras personas [9].

Una parte de las mujeres de la investigación aprendieron a tener la iniciativa para resolver los problemas que se les presentaron, por no contar con el apoyo de su pareja, muchas veces buscando el máximo beneficio para su familia y la solución de problemas familiares que requerían una pronta respuesta.



Por último, el darse cuenta de las circunstancias positivas en las situaciones difíciles ayudó a las mujeres del estudio para afrontar las crisis, a ser felices dentro de lo difícil de las situaciones que las rodeaban procurando a su vez que los demás miembros de la familia lo fueran. Para algunas mujeres, el lado negativo de las situaciones fue la única visión que tuvieron de sus problemas.

Es importante no obstante, reconocer que por las características del estudio se tenía el riesgo potencial de la introducción de varios sesgos tales como los de selección, de modalidad de no respuesta, de medición por falta de sensibilidad del instrumento, entre otros. Otras limitantes del estudio fueron el tiempo para la realización, así como el tipo de investigación, que trabaja con preguntas subjetivas e involucra sentimientos, los cuales suelen ser difíciles de interpretar.

Consideramos que el seguimiento de este grupo de mujeres será importante, especialmente para algunas de ellas que se encuentran en un proceso de aceptación, o para quienes por tener una patología de base como la depresión, no les es posible desarrollar la resiliencia. Consideramos que con el tiempo y el apoyo necesario, es posible que estas mujeres puedan ver cambios en sus vidas.

En conclusión, la investigación realizada, la cual presta relevancia a la resiliencia como un mecanismo protector en las parejas de pacientes alcohólicos, encontró que la mayoría de las mujeres que acudieron al grupo de autoayuda de Al-Anon desarrollaron mecanismos protectores de resiliencia mostrando además que sus familias podían ser resilientes. La introspección, la independencia, la capacidad de interacción con otras personas, la iniciativa y el humor, fueron algunos mecanismos desarrollados y puestos en marcha por estas mujeres. Sin embargo, algunas de ellas aun no han aceptado el hecho de que el alcoholismo es una enfermedad y no una manera de vivir y requieren mayor apoyo.

El término “resiliencia” fue introducido por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar

de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos [13,14]. Después de la segunda guerra mundial Victor Grinkel y Spiegel fueron los pioneros en el estudio de la resiliencia, iniciando sus investigaciones sobre las causas por las cuales algunas de las personas que habían pasado por situaciones traumáticas extremas -como el campo de concentración o la pérdida de un hijo- habían logrado superar positivamente esas experiencias, mientras que otros entraban en depresiones irreversibles o cuadros psiquiátricos graves [1,2,14]. La Dra. Wermer en sus estudios con personas desde su nacimiento hasta que cumplieron 40 años, notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro— de considerarse todos los factores de riesgo que presentaban— llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. Algunos de ellos procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de grupos étnicos disgregados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. La observación de estos casos condujo a la autora, en una primera etapa, al concepto de niños invulnerables. Se entendió el término “invulnerabilidad” como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas. Posteriormente se vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y que podía cargarse de connotaciones biologicistas, con énfasis en lo genético. Se buscó, entonces, un concepto menos rígido y más global que reflejase la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos; y se encontró el de “capacidad de afrontar” [15]. Fue la investigadora Scoville quien por primera vez utiliza este concepto en relación con la psicología y psiquiatría. Dentro de este ámbito son distintas las definiciones generadas alrededor de este concepto. La más aceptada en estos días es la de Edith Grotberg y dice que la resiliencia es la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o, incluso, transformado [16].

Como parte de nuestra formación



como médicos familiares, es necesario tener presentes los procesos de salud-enfermedad-atención que atañen a la población y siendo nuestra unidad de análisis la familia, sabemos que lo que afecte a su dinámica y estructura, repercutirá en cada uno de sus miembros. Por ello, identificar a la enfermedad alcohólica como un problema de salud pública, es muy importante, pero sabemos que, no solo basta el manejo farmacológico o dietético, si no que es necesario que exista motivación por parte del paciente, y apoyo por parte de su familia [17].

La familia como unidad social básica, es la responsable de introducir a las nuevas generaciones en la cultura, los valores y las normas de la sociedad,

por lo que debe cumplir con una serie de funciones. Cuando alguna de estas funciones no se realiza rompe la homeostasis. Al fomentar la resiliencia entre nuestros pacientes o sus familiares ayudamos a que adquieran recursos para enfrentar situaciones adversas, además de que una familia resiliente es capaz de aportar miembros socialmente responsables, individuos con la capacidad de enfrentarse a situaciones difíciles, resolverlas y sobre todo salir transformados de ellas. La resiliencia es un atributo que se puede fomentar desde la etapa escolar, se puede fomentar dentro de la familia y a nivel individual, con el fin de formar individuos y familias fuertes con recursos emocionales suficientes para hacer frente a las adversidades.

REFERENCIAS

- (1) Mucci R. Resiliencia: la esencia humana de la transformación frente a la adversidad. El concepto de resiliencia. 2011. citado en: 15 Febrero 2011. Disponible en: <http://www.logoforo.com>.
- (2) Lara ME. Resiliencia. 2009. citado en: 20 Marzo 2011. Disponible en: <http://www.apsique.com>.
- (3) Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla A. Estado de Arte en Resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud - Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.; 1997.
- (4) Nuñez C. Aplicaciones clínicas de la resiliencia en el niño y la familia. Rev de Psiquiat y Salud Mental Hermilo Valdizan. 2003; 4 (2): 63-75.
- (5) Solar M. La esencia humana de la transformación frente a la adversidad. México: 2008. citado en: 15 Marzo 2011. Disponible en: http://msolarg-laresiliencia.blogspot.com/2008_08_01_archive.html.
- (6) Rodríguez GG, Gil FJ. Metodología de la investigación cualitativa. 2da Ed. Malaga: Aljibe; 1996.
- (7) Canaval GE, González C, Sánchez MO. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. Rev Colom Med. 2007; 38 (4 Sup 2): 72-8.
- (8) González GR, Alcalá RJ. Consumo de alcohol y salud pública. Rev Fac Med. 2006; 49 (6): 238-41.
- (9) Natera-Rey G, Borges G, Medina ME, Solís L, Tiburcio M. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. Revista de Salud Pública de México. 2001; 43 (1): 17-26.
- (10) Schiera A. Uso y Abuso del concepto de resiliencia. Rev IIPSI. 2005; 8 (2): 129-35.
- (11) Valderrama JC. Alcohol y medio laboral. Alicante: 2000. citado en: 15 Marzo 2011. Disponible en: http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/vivir_sano/doc/alcohol_y_drogas/doc/doc_alcohol_medio_laboral.htm.
- (12) Trujillo MA. La resiliencia en la psicología social. 2011. citado en: 20 Marzo 2011. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com>.
- (13) Kotliarenco MA, Munist M, Santos H, Suárez- Ojeda F, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes. 1ra Ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
- (14) Kotliarenco MA, Aceitón H. La Resiliencia como ventana de oportunidad. Un Análisis sobre resiliencia y pobreza. En: III Conferencia de la red Latinoamericana y del Caribe de Child-watch International; 2006.
- (15) Hardy SE, Concato J, Gill T. Resilience of Community-Dwelling Older Persons. American Geriatrics Society. 2004; 52 (2): 256-62.
- (16) Figueroa D. La resiliencia: una alternativa de prevención. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilo Valdizan. 2005; 6 (2): 81-8.
- (17) Salgado AC. Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. Liberabit de Psicología. 2005; (11): 41-8.

