



AFRONTAMIENTO DE LAS FAMILIAS DE UNA COMUNIDAD ANTE LOS PROBLEMAS EXPERIMENTADOS CON EL ALCOHOL

COPING WITH THE FAMILIES OF A COMMUNITY TO THE PROBLEMS EXPERIENCED WITH ALCOHOL

*Gabriela Camacho-Miranda,
IMSS-Querétaro.*

*Ma. Alejandra Hernández
Castañón,
Ruth Magdalena Gallegos-Torres,
Aurora Zamora-Mendoza y
María del Carmen
Castruita-Sánchez,
Universidad Autónoma
de Querétaro
Facultad de Enfermería.*

*Autor para correspondencia:
gabyenfermera_17@hotmail.com

Fecha de recepción: 20/06/2013
Fecha de aceptación: 13/09/2013

Resumen

Se considera al alcohol como un factor de integración social, sin embargo, el abuso en su consumo se ha conformado como un problema de salud pública a nivel mundial. Objetivo: Analizar los estilos de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar con un integrante alcohólico en una comunidad del Estado de México. Metodología: Diseño transversal correlacional, la muestra estuvo constituida por 100 habitantes de la comunidad, mayores de edad y que manifestaron contar en su familia con al menos una persona con problemas en su forma de beber. Se utilizó el cuestionario COPE-28 previo consentimiento verbal. Se empleó análisis descriptivo e inferencial. Resultados: Edad promedio de 37 años (SD +11.28), 59% femenino, 60% casados; 36% con estudios de secundaria, 91% católicos. Se observan correlaciones estadísticamente significativas ($p < .05$), para afrontamiento conductual activo

con ser hombre y tener mayor escolaridad. El afrontamiento emocional pasivo se correlacionó con menor escolaridad y los afrontamientos conductual y cognitivo pasivo situación que se modifica en función de una mayor escolaridad. Conclusiones: Los entrevistados asumen el rol de cuidador y protector, no perciben el alcoholismo como problema de salud y utilizan estilos de afrontamiento pasivo. Reconocer el alcoholismo como un problema social permitirá al personal de salud establecer estrategias de apoyo educativo y de promoción de la salud a nivel comunitario.

Palabras clave: Alcoholismo, Estilos de Afrontamiento, Familia, Promoción de la salud

Abstract

Alcohol is considered as a factor of social integration, however, abuse its consumption has made as a public health problem worldwide. Objective: To analyze coping styles used by the family to cohabit with a community member alcoholic Mexico State. Methodology: A cross-sectional correlational, the sample consisted of 100 residents of the community, older and have expressed in your family with at least one person with problems in their drinking. COPE questionnaire was used-28 verbal consent. We used descriptive and inferential analysis. Results: Mean age 37 years (SD +11.28), 59% female, 60% married, 36% with secondary, 91% Catholic. Statistically significant correlations were observed ($p < .05$) for active behavioral coping with being male and having more schooling. The passive emotional coping was correlated with lower levels of education and cognitive behavioral confrontations passive, situation changes according to more schooling. Conclusions: Respondents assume the role of caretaker and protector, not perceive alcoholism as a health problem and use passive coping styles. Recognize alcoholism as a social problem staff will develop strategies to support health education and health promotion at the community level.

Keywords: Alcoholism, Coping Styles, Family, Health Promotion

Introducción

El alcohol puede ser al mismo tiempo un alimento, una droga y un artefacto cultural sumamente elaborado con significados simbólicos importantes; el alcohol como alimento y bebida es utilizado como un medio de socialización y placer, como

instrumentos de hospitalidad y como intoxicante. El alcohol es una sustancia tóxica en términos de sus efectos directos e indirectos sobre una amplia variedad de órganos y sistemas y algunos de sus impactos adversos pueden ser producto del binge drinking, que es el consumo de más de cinco tragos en una sola ocasión (OPS, 2010).

En la actualidad se establecen las siguientes categorías para el consumo de alcohol (Menéndez, 2011):

Tipo de Consumo	Hombres	Mujeres
Potencialmente beneficioso	10 gramos de alcohol cada segundo día	5 gramos de alcohol cada segundo día
Bajo riesgo	Consumo regular diario de hasta 40 gramos	Consumo regular diario de hasta 20 gramos
Consumo de riesgo	Consumo regular diario de 40 a 60 gramos	Consumo regular diario de 20 a 40 gramos
Consumo perjudicial	Consumo regular diario de más de 60 gramos	Consumo regular diario de más de 40 gramos

El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. Afecta más a los varones adultos, pero ha aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes.

El consumo del alcohol, dentro de su proceso de normalización social, es reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia, relaciones sociales, rituales y fiestas, observándose en casi todas las culturas, por lo que es una droga permitida que reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar, por lo que Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013), consideran que definir el fenómeno de las drogas desde una perspectiva de salud pública permite reconocer el uso de las sustancias en su interacción con las personas que las usan o tienen potencial para hacerlo, que viven en contextos

con mayor o menor riesgo para experimentar en incluso llegar a la dependencia por una combinación de factores heredados y adquiridos.

En este sentido, el consumo de alcohol y otras sustancias, es un fenómeno enraizado en muchas sociedades, en el que los amigos, los pares más cercanos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante, por lo que consumir alcohol hace parte de la selección y socialización ya que debe existir aprobación por parte de los otros (Cicua, Méndez y Muñoz, 2008)

El alcoholismo a nivel mundial es progresivo, con predominio del sexo masculino, aunque son cada vez mayores las cifras en el sexo femenino y en los jóvenes en general. El consumo de alcohol está considerado como el tercer factor de riesgo más importante y causa del 5,55% del total de mortalidad, sus consecuencias están presentes en accidentes de carretera, accidentes laborales y malos tratos en la familia (Ortiz, 2007).

El uso nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la carga de enfermedad en las Américas, contribuyendo a la violencia, lesiones, suicidios, enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos de salud mental, además de la dependencia del alcohol; afecta a personas, familia y sociedad en países de ingresos bajos y empeora la desigualdad en salud (OPS, 2010).

En países en vías de desarrollo como Brasil, México y Chile entre otros, el consumo per cápita es similar al de los países desarrollados (9.0 de alcohol puro per cápita en personas de 15 años y más) y el porcentaje estimado de bebedores intensos es ligeramente menor (9.1%), aunque el patrón promedio de ingesta es de 3.1 litros en comparación con los 2.0 litros que se consumen en Estados Unidos y Canadá (Monteiro, 2007)

En el contexto de las adicciones, la familia definida por Gallego (2012), como el conjunto de personas que están unidas por vínculos de afectividad mutua, mediada por reglas, normas y prácticas de comportamiento, tiene la responsabilidad social de acompañar a todos sus miembros en el proceso de socialización primario para que puedan ingresar con éxito a la socialización secundaria.

En este sentido, la dinámica familiar en el hogar de procedencia del alcohólico genera una “crisis familiar no transitoria”, manifestada por divorcio, enfermedades crónicas o muerte de uno o ambos padres, hostilidad excesiva, violencia doméstica, pérdida de la estimación hacia el bebedor, descuido de los hijos, ocasionando un 4,5% de abusos sexuales en la infancia en hombres y 7,8% en mujeres, malas relaciones interpersonales, entre otras (Freedman, 1992; Bolet, 2000; Sánchez, 2006).

Beber compulsivamente afecta al alcohólico y al mundo que le rodea, siendo los más afectados quienes están en contacto directo con el alcohólico y los que se preocupan por él e intentan controlar la bebida del consumidor; se avergüenzan de las escenas que el alcohólico hace en público, pero en privado asumen un rol de acusador, com-

portamiento conocido como co-dependencia (ALANON, 2008).

La co-dependencia alcohólica es una enfermedad presente en las familias, donde uno (o más) de sus integrantes es adicto al alcohol y también están presentes los co-dependientes. (Talera, 2008). Por lo anterior, la familia con frecuencia practica su propia forma de negación o afrontamiento ante el alcoholismo, lo cual incluye la reasignación de los roles familiares, determinados por la enfermedad, poniendo así a la familia en desequilibrio (Smith, 2001).

Los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores, por ejemplo, “locus” de control, percepción de control, auto eficacia, autoestima, sentido del optimismo, entre otros (Sandín, 2003), El apoyo familiar puede conceptualizarse como la disponibilidad y accesibilidad de los miembros de la familia para ayudar al paciente en el afrontamiento de las dificultades a las que debe enfrentarse, sin embargo, en familias de drogodependientes las interacciones se caracterizan por utilizar amenazas, castigo y decepción para controlar a sus miembros, lo que entorpece la dinámica familiar (Martínez-González, Albein-Urrios, Munera y Verdejo-García, 2012)

Por lo anterior, el afrontamiento es considerado como un factor estabilizador, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes. El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés, son las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida. Zeidner y Hammer (1990) definen el afrontamiento “como características o conductas en curso que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición”. Se denominan es-

trategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes.

El alcoholismo por tanto, ocasiona un desequilibrio en todos los ámbitos del ser humano y de su familia, deformándose las relaciones entre los miembros más cercanos al alcohólico. No obstante, la familia aun en medio de situaciones estresantes, puede redescubrir formas de afrontar la problemática, por lo que en este sentido, se planteó la necesidad de realizar el estudio en una comunidad del municipio de Jilotepec de Molina Enríquez, Estado de México, para identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias al cohabitar con una persona alcohólica.

Esta comunidad se ubica en la zona central y montañosa del estado de México, limita al norte con Hidalgo, al sur con Chapa de Mota y Timilpan, al sudeste con Villa del Carbón, al este con Soyaniquilpan de Juárez, Hidalgo, y al oeste con Polotitlán, Aculco y Timilpan. Tiene una altitud de 1670 msnm, una superficie de 586.53 Km², con 19 pueblos, 20 rancherías, 2 barrios, 4 colonias, 1 villa, su población aproximadamente es de 52609 habitantes, su gentilicio es Jilotepecense, la cabecera municipal se denomina "Jilotepec de Molina Enríquez (Huitrón, 1999).

Con lo anteriormente señalado, se estableció en esta investigación, el objetivo de determinar las estrategias de afrontamiento que utiliza la familia para cohabitar, con un familiar alcohólico, en la comunidad de Villa de Canalejas, Municipio de Jilotepec, Estado de México.

Metodología

El enfoque del estudio fue transversal y correlacional; se aplicaron encuestas en familias con al menos un integrante con problemas en su forma de beber, de una comunidad del Municipio del Jilotepec, estado de México.

Para la recolección de datos, se utilizó el COPE 28, instrumento multidimensional para identificar estrategias de afrontamiento que pueden ser or-

ganizadas en distintas categorías desde un punto de vista conceptual y factorial, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés de Carver (1997).

El Brief COPE consta de las siguientes sub escalas:

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos, eliminar o reducir al estresor.
2. Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
6. Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
13. Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
14. Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

Para establecer el número de personas a entrevistar, se llevó a cabo un muestreo sistemático, considerado para seleccionar a los participantes mayores de 18 años de las familias que se ubicaran en el perímetro de trabajo, se tomó como punto de referencia el boulevard que atraviesa la comunidad en dirección norte - sur, comenzando por las calles de la derecha y seleccionando sistemáticamente cada tres casas hasta que terminara la calle, regresando al punto de partida para continuar con las casas del lado izquierdo. Se consideró un 95% de confianza, 5% de error, por lo que se estableció un tamaño de muestra de 100 participantes. Se realizó la aplicación del COPE si se identificaba la presencia de un familiar alcohólico.

Los criterios de inclusión de los sujetos fueron integrantes de familias de la comunidad que cohabitaban con al menos una persona con problemas con su forma de beber, mayores de edad y que aceptaran participar en la investigación. Como criterios de exclusión estuvieron los menores de edad, familiares que no aceptaron colaborar con el estudio, las personas alcohólicas. Como criterios de eliminación estuvieron las familias que cambiaron de domicilio, que se retiraron del estudio o por defunción de la persona alcohólica.

El análisis de resultados arrojados por el COPE 28, se realizó a partir de la clasificación de los afrontamientos conductual, cognitivo y emocional, los cuales se dividen en activo y pasivo (Lazarus y Folkman, 1986; Carver y Scheier, 1981). Para poder hacer esta determinación de los afrontamientos, se trabajó con los ítems del instrumento teniendo como resultado 14 sub escalas de afrontamiento las cuales se componen de 2 ítems cada una. La mitad de las sub escalas evalúan un afrontamiento activo y el resto afrontamiento pasivo.

El proceso de análisis de datos fue con base en la elaboración de una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 17. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva (frecuencia y porcentajes) y de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar). Para la prueba de hipótesis se utilizó la correlación de Pearson.

Los resultados se presentan en cuadros y gráficos para su interpretación.

Resultados

De los participantes, se encontró una edad promedio de 37 años (SD +11.28) con un rango entre 18 y 60 años, el 59% es femenino, 60% son casados y 34% solteros; en relación con su escolaridad el 36% tenía secundaria y 21% profesional, 91% profesan religión católica. De los entrevistados, el 27% se dedica al hogar y 21% son profesionistas. Al finalizar la aplicación del instrumento, se le pregunto a el o la participante en el estudio, en quien pensó al momento de darnos la respuesta obteniéndose los siguientes resultados: 22% pensó en el cuñado, suegro y en sí mismo, 17% en amigos o vecinos, el 16% en hermanos (as), y 13% en los padres. El análisis descriptivo de los afrontamientos se realizó a partir de las opciones siempre y casi siempre, de ahí que en relación con el Afrontamiento conductual activo, 59% realizan esfuerzos en hacer algo por la situación en la cual están viviendo, 56% toma medidas para hacer que su situación mejore, el 54% intentan una estrategia sobre qué hacer con el alcoholismo o bien 50% piensa cómo enfrentarlo.

En relación al apoyo instrumental, 37% intentan conseguir ayuda o consejo de otras personas y cuando lo hacen, el 51% casi siempre o siempre lo consiguen.

Afrontamiento conductual pasivo.

Para el análisis de este afrontamiento, se ubicaron las respuestas nunca o casi nunca, por lo que el 65% de los participantes nunca dejan de ocuparse del alcohólico sin embargo, el 57% no hacen frente al problema del alcoholismo.

Sobre la auto distracción, el 63% recurre al trabajo u otras actividades para apartar las cosas de su mente como ir al cine o ver televisión para pensar menos. El 75% no utiliza alcohol u otras drogas para sentirse mejor.

Afrontamiento cognitivo activo.

Sobre la reformulación positiva, el 52% de los

participantes en el estudio siempre o casi siempre intentan ver la situación con otros ojos para que parezca más positivo, el 66% buscan algo bueno de lo que está pasando, por lo que el 57% acepta la realidad de lo que ha sucedido y el 54% aprende a vivir con el fenómeno y el 59% no hacen bromas referentes al alcoholismo.

Afrontamiento cognitivo pasivo.

En este tipo de afrontamiento la negación de los participantes ante el fenómeno, se ve reflejado en el hecho de que el 63% no cree que la situación que vive sea real y en esta misma proporción no buscan consuelo en su religión, aunque un 40 % hizo alusión a rezar en momentos de crisis.. Cabe resaltar que el 52% de los entrevistados nunca se critica a sí mismo, o culpa a otras personas por la situación que viven (73%).

Afrontamiento emocional activo.

En relación al apoyo emocional, 50% de los participantes nunca o casi nunca consiguen apoyo emocional de otros y sobre conseguir el consuelo y la comprensión de alguien, el 56% casi siempre o siempre lo busca.

Afrontamiento emocional pasivo.

La sub escala descarga emocional reflejó que el 55% de los participantes en el estudio no dan rienda suelta a sentimientos desagradables, en tanto que el 54% no expresan sentimientos negativos sobre el alcohólico.

Para la prueba de hipótesis, se observan correlaciones estadísticamente significativas (p<.05), para afrontamiento conductual activo con ser hombre y tener mayor escolaridad. El afrontamiento cognitivo pasivo se correlaciona con una menor escolaridad y con el estilo conductual activo y cognitivo activo. El afrontamiento emocional activo se correlacionó con conductual y cognitivo activo. Finalmente, el afrontamiento emocional pasivo se correlacionó con menor escolaridad y los afrontamientos conductual y cognitivo pasivo, así también emocional activo (Tabla 1). Por lo anterior, se observa que los afrontamientos pasivos son los más utilizados por los entrevistados, situación que se modifica en función de una mayor escolaridad.

Variabilidad	Sexo	Edad	Escolaridad	Conductual activo	Conductual pasivo	Cognitivo activo	Cognitivo pasivo	Emocional activo	Emocional pasivo	
Sexo	Coefficiente de correlación	1,000								
	Sig. (bilateral)	.								
	N	98								
Edad	Coefficiente de correlación	-.029	1,000							
	Sig. (bilateral)	,773	.							
	N	98	98							
Escolaridad	Coefficiente de correlación	-.174	.319**	1,000						
	Sig. (bilateral)	,088	,001	.						
	N	98	98	99						
A. Conductual activo	Coefficiente de correlación	,214*	,213*	-.150	1,000					
	Sig. (bilateral)	,037	,038	,146	.					
	N	95	95	96	97					
A. Conductual pasivo	Coefficiente de correlación	,010	-.047	-.101	,099	1,000				
	Sig. (bilateral)	,925	,653	,334	,345	.				
	N	93	93	94	93	95				
A. Cognitivo activo	Coefficiente de correlación	-.049	-.150	,005	,032	,194	1,000			
	Sig. (bilateral)	,679	,199	,966	,784	,097	.			
	N	75	75	76	75	74	77			
A. Cognitivo pasivo	Coefficiente de correlación	,179	,202	-.287**	,316**	,193	,274*	1,000		
	Sig. (bilateral)	,110	,070	,009	,004	,086	,031	.		
	N	81	81	82	80	80	62	82		
A. Emocional activo	Coefficiente de correlación	,196	,127	-.092	,460**	,092	,282*	,205	1,000	
	Sig. (bilateral)	,057	,221	,374	,000	,383	,014	,068	.	
	N	95	95	96	95	93	75	80	97	
A. Emocional pasivo	Coefficiente de correlación	,137	,053	-.322**	,255*	,355**	,128	,247*	,262*	1,000
	Sig. (bilateral)	,182	,604	,001	,012	,000	,271	,026	,010	.
	N	97	97	98	96	94	76	81	96	99

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Conclusiones

El estudio de investigación que se realizó en una comunidad del municipio de Jilotepec de Molina Enríquez, Estado de México, con la finalidad de identificar las estrategias de afrontamientos que utilizan las familias para cohabitar con un integrante alcohólico, mostró que el alcoholismo, es frecuente en adultos y jóvenes quienes toman en calles, tiendas y campos de futbol, así como en reuniones familiares, pero mencionan que las personas que toman son conocidas y los consideran no agresivos.

En este sentido, en la comunidad se hace patente el rol de cuidador y protector que asume la familia, pues como habitualmente sucede, la misma gente cuida del alcohólico y en la comunidad no se alcanza a percibir que el alcoholismo es un problema de salud, esto posiblemente derivado de que entre la población de estudio predominan los estilos de afrontamiento pasivos, por lo que es difícil desentenderse de su familiar alcohólico al grado de aceptar y a la vez negar la situación. Aunado a lo anterior, se puede mencionar que los habitantes de esta comunidad refieren que no se cuenta con centros de ayuda pública y los particulares son caros y alejados de la localidad.

Cabe destacar que los estilos de afrontamiento pasivo que predominantemente asumen los familiares ante esta situación, es un área de oportunidad para que el personal de salud de manera conjunta con la comunidad, establezcan acciones específicas que permitan prevenir o modificar conductas de riesgo como lo es el uso abusivo de alcohol.

Con los resultados de la presente investigación, se tuvo una reunión con las autoridades de la comunidad, participantes en el estudio, maestros y jóvenes de la comunidad, quienes propusieron conformar un comité organizador (presidente, tesorero, secretaria) con la orientación del Instituto Cultural del Deporte, educativas y autoridades municipales. Este comité organizó un torneo de voleibol mixto, en el que participaron equipos conformados por habitantes de la comunidad,

entregándose premios para los tres primeros lugares del torneo y auspiciado por las autoridades municipales.

A raíz de la participación de la comunidad, se planeó la organización de actividades físicas y culturales con la participación de familias afectadas, dando por tanto, prioridad a las actividades de promoción y prevención para la salud, pues se ha demostrado que las estrategias preventivas dirigida a la población en general que permitan el desarrollo o modificación de habilidades sociales son más efectivas para evitar o disminuir el consumo de alcohol, pero también pueden modificar el comportamiento de la familia ante el alcoholismo de alguno de sus miembros, donde Enfermería tienen un papel preponderante, al ser considerado el personal idóneo para la Atención Primaria a la Salud.

Referencias bibliográficas.

- AL-ANON, 2008. Ayuda para personas afectadas por convivir con un Alcohólico.
- Carver CS. 1997. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief-Cope. *Int J Behav Med.*;4:94-100.
- Carver CS, Scheier MF. 1981. Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior. New York: Springer-Verlag.
- Freedman A, Kaplan H, Sadock B. 1992. Alcoholismo y psicosis alcohólica. En: Morris E, Chafetz MD, eds. *Tratado de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; p.1481-97. (Edición Revolucionaria).
- Bolet Astoviza1 M. 2000. La prevención del alcoholismo en los adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 16(4):406-9.
- Cicua D, Méndez M y Muñoz L. 2008. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*. Vol 4,(11). 115-134. Disponible en <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtua- loj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/83/247>
- Gallego AM. 2012. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, Núm. 35; 326-345. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362017>
- Martínez-González JM, Albein-Urios N, Munera P y Verdejo-García A. 2012. La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research* V5 (1); 18-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539003>

Medina-Mora ME, Real T, Villatoro J, Natera G. 2013. Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Publica Mex*;55:67-73. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131h.pdf>

Menéndez R. 2011. Un criterio taxonómico para los patrones de consumo etílico. *Rev.cub.salud pública* Vol 37 (1):132-143. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n1/spu11111.pdf>

Monteiro, M. 2007. Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción. Organización Mundial de la Salud.

Lazarus RS, Folkman S. 1986. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Sánchez N, Aguilar L. 2006. Estudio de los aspectos biopsicosociales de alcoholismo en una población. (Cuba).

Sandín, B. 2003. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.

Smith, D. E. y Seymour, R. B. 2001. *Clinicians Guide To Substance Abuse*. New York, EUA: Mc Graw Hill.

Huitrón A 1999. *Jilotepec Monografía Municipal, México, 1ª Edición*, Asociación Mexiquense de Cronistas Municipales, A.C.

Talera, R. 2008. *La co-dependencia alcohólica en la familia*. (raul@caminosnuevos.com).

Organización Panamericana de la Salud. 2010. *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. Washington, C.C.: OPS. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2836>

Ortiz V. 2007. *El alcoholismo, un problema de familia*, Sevilla, ABC. es de Sevilla Agosto

Zeidner, M., y Hammer, A. 1990. Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 11, 693-703.