

Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México

Guillermina Natera Rey¹, Perla S. Medina Aguilar,¹ Fransilvania Callejas Pérez,¹ Francisco Juárez,¹ Marcela Tiburcio¹

Artículo original

SUMMARY

The 2008 National Addictions Survey reports that dependence on alcohol consumption is higher in Mexico's rural and indigenous communities (10.6%) than in urban areas (9.5%), and that its consequences for the social and health environment are correspondingly greater. This is compounded by the marginalization and poverty of these regions and the scant resources available for dealing with health, particularly alcoholism. The study was carried out in the indigenous zone of El Mezquital in the state of Hidalgo. In this state, the National Addictions Survey (2008) reports that daily consumption is 1.4% and habitual consumption is 6.6% while the index of abuse and dependence is 6.8%, all of which are above the national mean of 0.8%, 5.3% and 5.5%, respectively. One of the consequences is having a mortality rate for hepatic cirrhosis of 40.2 for every 100 000 inhabitants, making this the area with the highest mortality rate from this cause in Mexico, which has an average rate of 26.3 cirrhosis-related deaths for every 100 000 inhabitants.

The family is the most immediate group affected by the alcoholism of one of its members, which has severe implications for the psychological and physical health of the other members. Since little is known about the way families in Mexico's indigenous or rural zones deal with this problem, a research project was carried out to find out more about the situation. To this end, an ethnographic study was undertaken to identify the role of alcohol in everyday life and determine families' needs for support and the cultural challenges that must be overcome to undertake an intervention. The results of the ethnographic exploration showed that alcohol consumption is a deeply-ingrained custom in the community that provides group identity and solidarity, particularly for men. Its consumption is closely linked to work, particularly agricultural activities and construction. One important aspect was women's complaints that they did not know what to do about the consequences of excess alcohol consumption on the family's health and economy. In addition to this, a powerful patriarchal influence was identified that prevented women from seeking psychological assistance for the problem of alcohol abuse, which is essentially male.

Poverty is one of the characteristics of the desert area of El Mezquital where this study was carried out. It constitutes yet another obstacle to seeking and requesting help, partly because of the adverse geographical conditions that limit transport. In addition to the scant transport services, there are communities in which the nearest health center is just over an hour's walk away. Moreover, families' scant resources are used to cover basic needs, ignoring both physical and mental health aspects. On the basis of an ethnographic study, an intervention program was

linguistically and culturally adapted to provide support for families. This resulted in a specialized manual suitable for the region, designed to train health professionals to help relatives cope with a family member's excess consumption. This intervention was carried out between 2008 and 2009 and the results are presented in this study.

Intervention model

This brief intervention, based on the stress-coping-health model, is designed to help relatives find means of coping with their relatives' consumption in a more beneficial way for their health and to establish or strengthen support networks on the basis of their needs. Three coping styles have been documented: committed, tolerant and independent.

The intervention consists of five steps that can be carried out in approximately five sessions. These involve: 1. Exploring family concerns; 2. Providing essential information on the effects of alcohol consumption; 3. Analyzing the coping styles used; 4. Exploring social support networks; and 5. Referring family members to specialized care, where necessary. Through these five stops, the intervention seeks to: a) Reduce the presence of physical and psychological symptomatology; b) Improve coping styles in a way that will benefit the relative's mental health and c) Reduce the presence of depressive symptomatology.

Method

Objective: The purpose of this study was to evaluate the effects of the brief intervention on relatives of a person who consumes excess amounts of alcohol and to compare these results with relatives who, despite having the same problem, refused to participate in the intervention program. *Procedure:* the intervention was carried out by two psychologists (facilitators). Health center personnel referred relatives to the facilitators (group that experienced the intervention). The intervention ended when the women felt confident enough to be able to use the new coping styles, which took between 4 and 6 sessions (which lasted from 6 to 8 weeks). The «group without intervention» consisted of those that did not agree to attend the sessions yet agreed to answer the questionnaires and be contacted 3 months later so that the questionnaires could be re-applied. The questionnaires were administered by three interviewers. On this occasion, they were invited to attend the intervention again, but no-one accepted. *Sample:* Sixty women aged 18 to 65 with problems due to a relative's alcohol consumption. *Application of intervention:* most of the intervention sessions were carried out at the community health centers. *Instruments:* Three questionnaires, adapted and validated for the zone, were used, namely the *Symptom Scale (SRT)*, *Coping Questionnaire (CQ)* and the *Center for Epidemiological Studies*

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. INPRF.

Correspondencia: Guillermina Natera Rey. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F. Tel. 4160 5196. Fax. 5513 3446. E-mail: naterar@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 9 de septiembre de 2010; Segunda versión: 1 de marzo de 2011. Aceptado: 9 de marzo de 2011.

Depression Scale (CES-D). *Design*: quasi-experimental, pre- and post-intervention evaluation (3 months later) compared with a group without intervention. *Data analysis*: *t* tests were used to compare the initial mean scores for each instrument. A variance analysis of repeated measures was carried out to determine changes between the two groups (with and without the intervention) before and afterwards, for physical and psychological symptoms, depression levels and coping styles. *Ethical considerations*: The project was approved by the ethics committee of the National Institute of Psychiatry.

Results

It was found that the group that received the intervention experienced a significant drop in physical and psychological symptoms and depression, whereas these symptoms increased in the group without the intervention. The average number of committed and tolerant coping styles fell between the first and second measurement, while independent coping was maintained in the group with the intervention. Conversely, the group without the intervention maintained its committed and tolerant coping styles and significantly reduced its independent behavior.

Discussion

The analysis shows that the model can successfully be used in indigenous zones, since there was a reduction in the number of physical, psychological and depressive symptoms in the group that received the intervention. They also reduced their tolerant and committed coping styles and maintained their independent behavior, which involves a less stressful response. This in turn enables them to focus more on their personal needs and seek more beneficial alternatives for themselves and the rest of the family. In other words, the greater the independence, the fewer the psychological symptoms. Conversely, in the group without the intervention, their symptoms not only continued but actually worsened over time, with group members continuing to use tolerant mechanisms, which produce more stress.

The group of women that completed the intervention and attended the entire process probably did so not only to reach the goal they had pledged to meet but because during the process they obtained immediate benefits that enabled them to cope with the challenges of everyday life and attend sessions regularly despite their adverse circumstances.

One of the advantages of this program is that it does not require specialized areas or personnel, just training in the model, meaning that it can be carried out anywhere that guarantees confidentiality. One of the limitations of the study was that the groups were not formed strictly randomly, because of the characteristics of the community and the high costs this entails. It would be useful to have larger samples from other indigenous communities in order to be able to generalize results.

Key words: Family intervention, indigenous communities, alcoholism, depression.

RESUMEN

El consumo de alcohol en la región indígena del Estado de Hidalgo representa un problema de salud importante. Según la ENA 2008, el consumo diario es de 1.4%, el consuetudinario de 6.6% y el índice de abuso y dependencia de 6.8%, todos por encima de la media nacional de 0.8, 5.3 y 5.5%, respectivamente. Hidalgo presentó en 2007 una tasa de mortalidad por cirrosis hepática de 40.2 por cada 100 000 habitantes, primer lugar del país, que en promedio tiene una tasa de 26.3 habitantes por cada 100 000.

La familia es el grupo más inmediato que se ve afectado por el consumo de alcohol, con implicaciones graves para la salud psicológica y física de sus miembros. Para conocer cómo enfrentan esta situación

las familias en zonas indígenas del Estado de Hidalgo, se llevó a cabo un estudio etnográfico donde se encontró que el consumo de alcohol es una costumbre arraigada en la comunidad, que proporciona identidad y solidaridad de grupo. Un resultado relevante del estudio fue la queja de las mujeres de no saber qué hacer frente a las consecuencias que tiene el consumo excesivo de alcohol en la familia, así como la fuerte influencia patriarcal que limita a las mujeres para solicitar apoyo psicológico. La pobreza, las difíciles condiciones geográficas, transportes insuficientes y la prioridad de resolver necesidades básicas limitan la búsqueda de apoyo profesional. Como resultado de la exploración etnográfica, se identificó la necesidad de atención a las familias para encontrar mejores formas de enfrentar la problemática; por ello se adaptó un programa para ofrecer acciones de apoyo a familias indígenas. La intervención se llevó a cabo entre 2008 y 2009, los resultados se presentan en este trabajo.

Modelo de atención: La intervención breve tiene como meta ayudar a los familiares a encontrar formas de enfrentar las situaciones de consumo de manera más benéfica para su salud y establecer o fortalecer redes de apoyo. Consta de cinco pasos: 1. Escuchar la problemática del familiar, 2. Brindar información relevante, 3. Analizar los estilos de enfrentamiento utilizados, 4. Búsqueda de fuentes de apoyo y 5. Canalización en caso de requerir atención especializada. Éstos se llevan a cabo en aproximadamente cinco sesiones.

Material y método

Objetivo: Evaluar los efectos de la intervención breve sobre la presencia de sintomatología física y psicológica, los estilos de enfrentamiento utilizados y la presencia de sintomatología depresiva, en personas que conviven con un familiar con consumo excesivo de alcohol. *Muestra*: 60 mujeres entre 18 y 65 años con problemas por el consumo de alcohol de un familiar (esposo o padre). Se integraron dos grupos, uno con intervención y otro sin ella. Para formar el primero, el personal de los centros de salud canalizó a los familiares con las orientadoras (dos psicólogas) para recibir atención, que concluía una vez que las mujeres manifestaban confianza para utilizar nuevos estilos de enfrentamiento, lo que ocurrió entre las sesiones cuatro y seis. El «grupo sin intervención» se formó con quienes, teniendo el problema, no aceptaron acudir a las sesiones, pero accedieron a contestar los cuestionarios y a ser contactadas cuatro meses después para responder los instrumentos. *Instrumentos*: Tres cuestionarios adaptados y validados para la zona: Escala de Síntomas (SRT), Cuestionario de Enfrentamientos (CQ) y Escala de Depresión CES-D. *Diseño*: Comparación antes y después de la intervención (tres meses después) con un grupo sin intervención. *Análisis de datos*: prueba *t* y análisis de varianza de medidas repetidas para determinar los cambios entre los dos grupos. El proyecto fue aprobado por el comité de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Resultados

El grupo que recibió la intervención tuvo una disminución significativa de síntomas físicos y psicológicos, así como de depresión, mientras que éstos aumentaron en el grupo sin intervención. Los enfrentamientos comprometido y tolerante disminuyeron entre la primera y segunda medición, mientras que el independiente se mantuvo en el grupo con intervención. Lo contrario ocurrió con el grupo sin intervención, quienes mantuvieron los enfrentamientos que implican más estrés.

Discusión

El modelo fue exitoso para la población indígena. Se hace una reflexión sobre los aspectos culturales de llevar a cabo una intervención de esta naturaleza.

Palabras clave: Intervención en familias, comunidades indígenas, alcoholismo, depresión.

INTRODUCCIÓN

Aunque es sabido por estudios antropológicos que el abuso de alcohol es habitual en comunidades indígenas y rurales, no es sino hasta que surge la Encuesta Nacional de Adicciones en 2002¹ que se sabe que la dependencia al consumo del alcohol es más elevada en las comunidades rurales e indígenas (10.5%) que en las urbanas (9.3%) de México y que también lo son sus consecuencias en el entorno social y de salud.

Frente a las condiciones de marginalidad y pobreza de estas regiones, aunado a los escasos recursos para atender la salud y en especial los problemas de adicciones, el abuso en el consumo de alcohol se torna un asunto de salud importante. Es por ello que se emprendió una investigación en la región indígena del Estado de Hidalgo, donde las consecuencias del consumo de alcohol han sido preocupantes.²

La ENA 2008³ reporta que ahí el consumo diario es de 1.4%, el consuetudinario de 6.6% y el índice de abuso y dependencia de 6.8%. Todos ellos se encuentran por encima de la media nacional, que es de 0.8, 5.3 y 5.5%,¹ respectivamente. Asimismo, Hidalgo tiene una tasa de mortalidad por cirrosis hepática de 40.2 por cada 100 000 habitantes y se ubica en primer lugar del país, que en promedio tiene una tasa de 26.3 habitantes por cada 100 000.⁴ El padecimiento se ha relacionado con el consumo de bebidas alcohólicas.⁵

Uno de los grupos más inmediatos que se ven afectados es la familia, con implicaciones graves para la salud psicológica y física de sus miembros. Orford^{6,7} et al. han documentado ampliamente cómo las discusiones continuas, los sentimientos de preocupación, de impotencia, de incertidumbre, depresión y un estado general de malestar de tensión y estrés se presentan en los familiares al vivir continuamente este tipo de problemática. Junto con estas experiencias se encuentran sentimientos de desconfianza, miedo, desinformación, etc., sobre cómo hacer frente a estas situaciones. Las reacciones de los familiares varían y van desde la indiferencia y la apatía hasta sentimientos fuertes de agresión y violencia entre sus miembros.

Por las razones anteriores se eligió una región indígena de Hidalgo para conocer cómo enfrenta esta población el convivir con un familiar consumidor excesivo de alcohol. Previamente se llevó a cabo un estudio etnográfico para identificar la problemática del alcoholismo en la comunidad, el papel del alcohol en la vida cotidiana, conocer si existe la necesidad de apoyo a las familias, así como los retos culturales a los que habría que hacer frente para llevar a cabo alguna intervención. Los resultados de la exploración etnográfica^{8,9} mostraron que el consumo de alcohol es una costumbre arraigada en la comunidad, que proporciona identidad y solidaridad de grupo sobre todo entre los hombres. Su consumo está, en muchas ocasiones, ligado al sector laboral, especialmente en las actividades agri-

colas y de la construcción. Existe un consumo cotidiano y excesivo de la bebida tradicional, que es el pulque, aunque se observa un cambio paulatino hacia la cerveza. Este cambio ha afectado a la economía familiar, pues el pulque lo pueden obtener de sus propias milpas y en todo caso sigue siendo más económico.

Un aspecto relevante fue la queja de las mujeres de no saber qué hacer frente a las consecuencias que el consumo excesivo de alcohol tiene en la salud y economía familiar. A ello se aúna la fuerte influencia patriarcal que limita a las mujeres para solicitar apoyo psicológico ante un problema eminentemente masculino, como lo es el abuso en el consumo de alcohol. Además, dado que son lugares muy pequeños, a las mujeres de la zona les preocupa que el profesional de la salud divulgue sus quejas cuando acuden a tratamiento.

También el estudio etnográfico mostró la pobreza como una limitante más para solicitar ayuda en parte por las difíciles condiciones geográficas y los escasos servicios de transporte. Hay comunidades en que el centro de salud más cercano se encuentra a poco más de una hora a pie y se le da prioridad a ocupar su tiempo y los escasos recursos económicos en las necesidades básicas.

A partir del estudio etnográfico se llevó a cabo la adaptación lingüística de un programa de intervención¹⁰ con la intención de ofrecer acciones de apoyo a las familias, lo que dio como resultado un manual especializado adecuado a la región,¹¹ cuyo objetivo es entrenar a profesionales de la salud para orientar a los familiares frente al consumo excesivo de uno de sus miembros.

Una vez adaptado el modelo se llevó a cabo la intervención durante 2008 y 2009, y los resultados se presentan en este trabajo.

MODELO DE INTERVENCIÓN

Este modelo se basa en la metodología de las intervenciones breves, la cuales han demostrado ser de bajo costo, de rápida aplicación, con un alto grado de eficacia inmediata y además los resultados perduran en el tiempo.¹²

La intervención a familiares de consumidores de alcohol aplicada en zonas indígenas se basa en el modelo estrés-enfrentamiento-salud.⁷ Tiene como meta ayudar a los familiares a encontrar formas de enfrentar las situaciones de consumo de manera más benéfica para su salud y establecer o fortalecer redes de apoyo de acuerdo con sus necesidades.⁹

Consta de cinco pasos que se pueden llevar a cabo en aproximadamente cinco sesiones: 1. Explorar las preocupaciones del familiar, considerando que cada familia tiene una situación particular; 2. Dar la información necesaria acerca de los efectos del consumo de alcohol como una forma de aclarar dudas y reducir el estrés; 3. Analizar las formas de enfrentamiento que se han utilizado, esto es, accio-

nes, sentimientos, posiciones que los familiares adoptan en respuesta al consumo del alcohol y explorar nuevas formas de enfrentar; 4. Búsqueda de redes de apoyo social; 5. Canalizar, si existe la necesidad, a atención especializada. A través de estos cinco pasos la intervención pretende: a) Reducir la presencia de sintomatología física y psicológica, b) Encontrar formas de enfrentar que beneficie la salud mental del familiar y c) Reducir la presencia de sintomatología depresiva.

MÉTODO

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue evaluar los efectos de la intervención breve en los familiares que solicitaron ayuda por padecer sintomatología física y psicológica como resultado de convivir con un familiar con consumo excesivo de alcohol y comparar dichos resultados con familiares que, teniendo la misma problemática, no aceptaron participar en el programa de intervención.

Procedimiento

Para la aplicación se solicitó apoyo a la Jurisdicción Sanitaria de la zona, la que facilitó la capacitación de 17 profesionales (enfermeras, médicos y técnicos en atención primaria a la salud), personal idóneo para aplicar este programa de intervención breve. Sin embargo, por la carga excesiva de trabajo que les implica cumplir con las metas del centro de salud –como campañas de vacunación de animales y humanos, de prevención de diferentes enfermedades y para diferentes grupos poblacionales, llenar un número determinado de consultas por trimestre, seguimiento de pacientes con diabetes e hipertensión, y aunado a ello las actividades administrativas relacionadas con programas sociales gubernamentales–, a ninguno de ellos les fue posible implementar el modelo de intervención.

Ante esta situación dos psicólogas, que formaban parte del proyecto (una de ellas originaria de la región) y que serán identificadas como orientadoras, llevaron a cabo la intervención.

A través de los profesionales de los centros de salud se canalizó a los familiares con las orientadoras. A este grupo se le denominó «grupo con intervención». Se programaron sesiones en promedio una vez por semana. La intervención se dio por concluida una vez que el familiar atendido manifestó confianza para utilizar nuevos estilos de enfrentamiento y expresaba sentirse mejor, lo cual sucedió en promedio entre 4 y 6 sesiones.

En la primera sesión se aplicaron los tres instrumentos de evaluación y se volvieron a aplicar tres meses después de concluida la intervención.

El «grupo sin intervención» lo constituyeron las personas que no aceptaron acudir a la intervención a pesar de reconocer que tenían el problema en casa y requerían ayuda. Sin embargo, accedieron a contestar los cuestionarios y ser contactadas cuatro meses después para aplicarles una vez más los instrumentos, estas aplicaciones fueron llevadas a cabo por tres encuestadores. En esta ocasión se les reiteró la posibilidad de asistir a la intervención pero nadie aceptó.

Muestra

El total de las participantes fue de 60 mujeres entre 18 y 65 años, de 16 comunidades pequeñas (en promedio con 340 habitantes)⁷ del Valle del Mezquital; todas ellas reportaron tener problemas por el consumo de alcohol de un familiar (esposo o padre). Sólo un hombre solicitó ayuda pero no concluyó el proceso, por lo que quedó excluido del análisis.

Consideraciones éticas: A todas las participantes se les ofreció la posibilidad de atender al programa. Asimismo, se les pidió su consentimiento para la participación tanto en el programa como en la aplicación de instrumentos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Aplicación de la intervención: La mayor parte de las sesiones de intervención fueron llevadas a cabo en los centros de salud comunitarios, pero en ocasiones éstos no contaban con espacios que pudieran garantizar confidencialidad; en esos casos, las sesiones se realizaron en el hogar. Las entrevistas y aplicación de los instrumentos para el grupo sin intervención fueron realizadas en sus domicilios.

Instrumentos

Se utilizaron tres cuestionarios adaptados y validados para la zona:¹³

*Escala de Síntomas (SRT):*¹⁴ Consiste en 30 reactivos que evalúan el malestar físico y psicológico. Tiene tres opciones de respuesta para evaluar la frecuencia con que se experimenta cada uno de los síntomas (nunca=0, algunas veces=1 y a menudo=2).

*Cuestionario de Enfrentamientos (CQ):*¹⁵ Consta de 30 reactivos que indagan la ocurrencia de ocho diferentes formas de enfrentar el consumo excesivo de sustancias en la familia (emocional, control, tolerancia, inacción, evitación, apoyo al usuario, asertividad e independencia), así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses (nunca=0, una o dos veces=1, algunas veces=2, con frecuencia=3). Las ocho formas de enfrentar se agrupan en tres grandes áreas: comprometido, tolerante e independiente.¹

*Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D):*¹⁶ Contiene 20 reactivos que evalúan indicadores de

* INEGI (2005). Censo de Población y Vivienda.

Cuadro 1. Comparación de sintomatología relacionada con el estrés, con depresión y estilos de enfrentamiento, en la evaluación inicial y final para el grupo que recibió intervención y el grupo control

Variables	Grupo								Estadísticos		
	Intervención				Sin Intervención				Efecto principal entre mediciones grupos		Interacción entre grupo y mediciones
	Inicial		Final		Inicial		Final				
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.			
Síntomas físicos	11.70	5.932	5.93	4.378	8.87	4.516	10.03	6.206	p<.001	p>.05	p<.001
Síntomas psicológicos	16.33	7.779	8.57	6.095	14.17	5.902	16.13	7.842	p<.001	p<.01	p<.001
Depresión	23.50	15.220	11.30	8.350	22.60	10.930	26.37	11.370	p<.05	p<.001	p<.001
Enfrent. compromet.	20.03	9.190	12.37	7.920	20.63	7.970	20.43	8.500	p<.01	p<.05	p<.05
Enfrent. tolerante	13.37	4.230	5.40	4.110	11.97	4.230	10.83	5.640	p<.001	p>.05	p<.001
Enfrent. indep.	6.80	4.430	7.13	5.260	6.30	3.970	3.50	3.010	p<.01	p<.05	p<.05

Análisis de varianza de medidas repetidas.

riesgo de depresión mediante la presencia de sintomatología depresiva durante la semana previa a la aplicación.

Diseño: Cuasi-experimental, evaluación antes y después de la intervención (tres meses después), y se comparó con el grupo sin intervención.

Análisis de datos: Para conocer si los grupos eran semejantes al inicio del estudio se utilizaron pruebas *t* para comparar las medias de calificación de cada instrumento.

Así también, se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas para determinar los cambios entre los dos grupos (con y sin intervención) antes y después, para sintomatología física y psicológica, nivel de depresión y formas de enfrentamiento.

RESULTADOS

Con los resultados de la primera aplicación (cuadro 1) se hizo una comparación entre ambos grupos (con intervención y sin ella) a través de la prueba *t* y se encontraron puntuaciones similares en las escalas de síntomas psicológicos, depresión y en las tres áreas de enfrentamientos, comprometido, tolerante e independiente ($p>.05$). Sin embargo, en cuanto a la presencia de síntomas físicos, el grupo sin intervención mostró menor sintomatología física,

con una media de 8.87, mientras que el grupo dispuesto a iniciar la intervención tuvo una media de 11.70 ($p<.05$).

A través del análisis de varianza se llevaron a cabo las siguientes comparaciones: a) Entre la primera y segunda medición, efectos en el tiempo, se obtuvieron diferencias significativas para todas las variables ($p<.05$); b) Entre los grupos también se encontraron diferencias en todas las variables ($p<.05$), excepto para los síntomas físicos y el enfrentamiento tolerante ($p>.05$); y c) En la interacción entre las dos mediciones de ambos grupos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p<.05$) en todas las variables (cuadro 1).

Es decir, el grupo que recibió la intervención tuvo una disminución significativa de síntomas físicos y psicológicos, así como de depresión, mientras que éstos se incrementaron en el grupo sin intervención.

En relación con los enfrentamientos comprometido y tolerante, se observó que disminuyeron sus promedios entre la primera y segunda medición, mientras que enfrentamiento independiente se mantuvo en el grupo con intervención, no así para el grupo sin intervención, quienes mantuvieron el uso de enfrentamiento comprometido y tolerante, y disminuyeron significativamente los comportamientos independientes (figuras 1, 2 y 3).

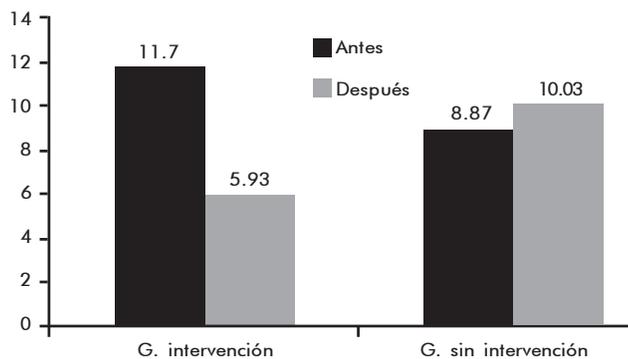


Figura 1. Comparación de medias de síntomas físicos antes y después para ambos grupos. (Nota. Antes y después $p<.05$, entre grupos no significativa, interacción $p<.001$).

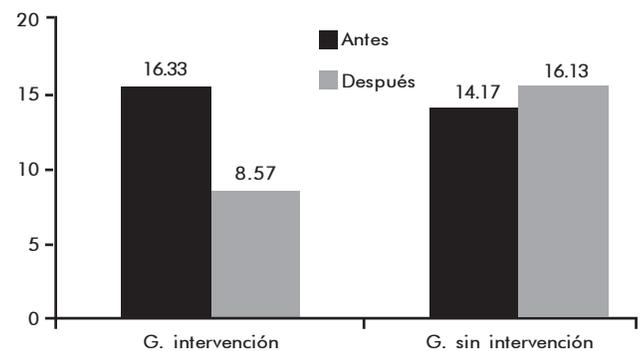


Figura 2. Comparación de medias de síntomas psicológicos antes y después para ambos grupos. (Nota. Antes y después $p<.001$, entre grupos $p<.01$, interacción $p<.001$).

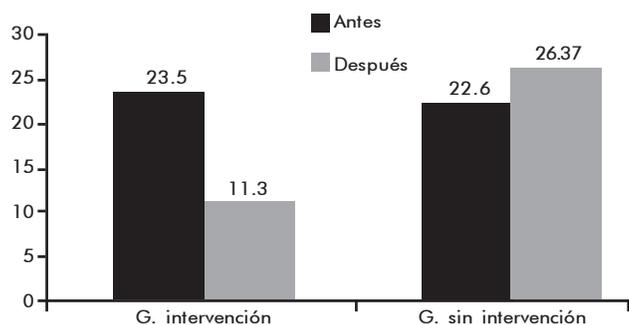


Figura 3. Comparación de medias de depresión antes y después para ambos grupos. (Nota. Antes y después $p < .05$, entre grupos $p < .001$, interacción $p < .001$).

DISCUSIÓN

Los análisis nos muestran que el modelo fue exitoso pues el grupo que recibió la intervención redujo sus síntomas físicos, psicológicos y depresivos. Disminuyeron sus estilos de enfrentamiento tolerante y comprometido y mantuvieron un comportamiento independiente, lo que les permite centrarse más en sus necesidades personales y buscar alternativas más benéficas para ellas y el resto de la familia,⁵ es decir, mayor independencia, menor sintomatología psicológica. En cambio, en el grupo sin intervención empeoraron la sintomatología relacionada con malestares físicos y psicológicos, así como los rasgos depresivos. En cuanto a los estilos de enfrentamiento, este grupo continuó utilizando el de tolerancia, que se ha relacionado con la presencia de mayor estrés.

La disminución de la sintomatología psicológica en el grupo que recibió la intervención no sólo se reflejó a través de los instrumentos, sino en acciones y actitudes cotidianas. En la entrevista después de tres meses de concluida la intervención las mujeres atendidas expresaron sentirse más tranquilas, con mayor libertad para tomar decisiones y enfrentar su situación con mejores estrategias para su salud. En algunos casos la mejora en la salud repercutió en la obtención de un empleo o en establecer límites al bebedor. Estos resultados nos muestran, una vez más, que las intervenciones breves representan una excelente opción en la atención primaria a la salud.

Por otro lado, de acuerdo con NIDA (2003), al implementar una intervención en salud hay que involucrar a la comunidad para garantizar que el programa vaya de acuerdo con las características culturales y los patrones locales de comportamiento, lo que aumenta las posibilidades de tener éxito porque las comunidades se apropian de la intervención y la mantienen funcionando. Sin embargo, no se pudo lograr lo anterior porque, como se mencionó al inicio, hay una serie de factores que dificultan esta apropiación. En el caso de las comunidades aquí incluidas del Valle del Mezquital, el personal de salud que fue capacitado, a pesar de tener entusiasmo por aprender una herra-

mienta, el exceso de trabajo a que están sujetos y la falta de personal que se dedique exclusivamente a la atención primaria a la salud pueden representar retos para implantar la intervención. Al respecto, Babor¹⁷ señala que la preocupación que manifiestan los trabajadores de la salud frente a las intervenciones se da porque creen que son actividades que requieren mucho tiempo y por ello son difíciles de llevar a cabo, considerando que deben cubrir las exigencias de la práctica médica, sin percatarse que muchas veces con cinco sesiones se pueden evitar problemas mayores de salud mental, como lo fue en este caso.

Un reto más en la implementación de programas de atención a la salud mental proviene de la población. Para ellos, acudir a una intervención de carácter psicosocial no es una actividad fácil y hay una gran cantidad de elementos culturales que se ponen en juego. En primer lugar, la salud mental no es considerada como una necesidad básica y asistir a sesiones con un especialista resulta un suceso extraordinario. Por otro lado, el consumo e incluso el abuso de alcohol se percibe como algo normal y es aprobado en todas las relaciones sociales (Pozas, 1991). Esto, sumado a las dinámicas de control patriarcal que predominan en la región, propicia, en este caso, que las mujeres afectadas por el familiar que consume en exceso no acudan a solicitar ayuda, porque pedir apoyo psicológico implica «ventilar» problemas de pareja o familiares.¹⁷ Sin embargo, cuando es el profesional de la salud, médico o enfermera con el cual acuden por un malestar físico, quien recomienda que deban asistir con la orientadora o especialista, los hombres pueden acatarlo con más facilidad. No obstante, en las comunidades de estudio sólo asisten a consulta con el doctor cuando el malestar físico es evidente, entre otras razones, porque desplazarse al centro de salud implica recursos económicos y de tiempo con los que no siempre cuentan. Probablemente, podemos encontrar estos elementos en el grupo que no aceptó la intervención, a pesar de que todas ellas reconocieron que era un problema vivir con un familiar alcohólico y de que su salud física y mental estaba afectada y empeoró con el tiempo.

Otro aspecto importante de analizar fue el papel de las orientadoras, una era foránea y la otra era originaria de la zona. La primera tuvo que ganarse la confianza de las pacientes y lo hizo, paradójicamente, con más facilidad por su condición de desconocida, lo que probablemente les garantizaba confidencialidad. En cambio, la que era oriunda tuvo que llevar a cabo la intervención en comunidades alejadas a la suya para favorecer que las pacientes tuvieran confianza en ella. Sin embargo, logró establecer una condición empática con sus pacientes más rápido, pues el hecho de ser parte de la misma cultura indígena beneficiaba la comprensión de sus problemas, incluso del lenguaje coloquial. Lo anterior lleva a plantear si resultaría conveniente que en la diseminación de programas de salud mental se capacite al personal familiarizado con el medio social, a sabiendas de que la población tendrá más resistencias, para el desarrollo del

modelo o programa en la misma comunidad de la que son oriundas, por lo que será fundamental garantizar la confianza absoluta de que no se divulgará lo que se dice en cada sesión. Por lo general, la experiencia en estas localidades, que son muy pequeñas, es que el personal de salud, en su afán por ayudar, comenta abiertamente la problemática que le confió la paciente con otros miembros de la familia, por ejemplo, regañar al marido porque bebe en exceso o es violento, lo que trae como consecuencia la desconfianza del paciente.

A pesar de todos los elementos anteriores, el grupo de mujeres que concluyó la intervención, probablemente lo hizo porque durante el proceso obtenían beneficios inmediatos que les permitían enfrentar los retos de la vida cotidiana.

Una ventaja de este programa es que es de bajo costo, se lleva a cabo en un periodo corto; no requiere espacios ni personal especializado pero sí entrenado, por lo que puede llevarse a cabo en cualquier lugar que garantice confidencialidad. Esto beneficia su aplicación en comunidades como la aquí mencionada que cuentan apenas con la infraestructura básica en los centros de salud. La evidencia de la efectividad de esta intervención y las ventajas que ofrece para insertarse en escenarios rurales sugiere que este tipo de programas se consideren dentro de la política pública de la región para que el Estado destine recursos humanos y económicos.

Una limitación del estudio fue no haber llevado a cabo una estricta aleatoriedad en la formación de los grupos. Sería deseable contar con muestras mayores de otras comunidades indígenas. Sin embargo esta posibilidad se ve muy limitada por las características propias de la comunidad y por los costos que implica.

Por los resultados podemos decir que el programa responde a necesidades sentidas en la comunidad. Sin embargo, aún queda por explorar por qué un grupo de personas no aceptó la intervención a pesar de manifestar una problemática semejante.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el financiamiento para llevar a cabo esta investigación a CONACYT proyecto: FOSIS S0008-2005-1-14091 así como a las autoridades y personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria No 6 Ixmiquilpan, Hidalgo, y a las mujeres que asistieron a la intervención porque tuvieron confianza en las orientadoras.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Encuesta nacional de adicciones 2002. Tabaco, alcohol, y otras drogas: resumen ejecutivo. México: Secretaría de Salud CONADIC.

2. García-Andrade C, Medina-Mora ME, Natera G, Juárez F. Consumo de alcohol en comunidades Hñahñú del Valle del Mezquital. Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México: Secretaría de Salud; 2005; pp. 36-42.
3. Medina-Mora ME, Villatoro J, Rodríguez Ajenjo C, Gutiérrez ML et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública; (2009). Disponible en línea en: http://www.inprf.org.mx/epidemiologicas/ena_2008/nacional2008.pdf. Consultado el 18 de agosto de 2010.
4. Secretaría de Salud, Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Base de datos de defunciones. Dirección General de Información en Salud, CONAPO, México; 2007. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>. Consultado el 25 de agosto de 2010.
5. García J, Gloria L. Principales causas de muerte en las etapas del curso de vida 1980-2002 Hidalgo. México: Consejo Nacional de Población CONAPO; 2005.
6. Orford, J, Natera G, Copello A, Atkinson C et al. Coping with alcohol and drug problems. The experiences of family members in three contrasting cultures. Routledge: East Sussex; 2005.
7. Orford J, Copello A. Los familiares de personas con problemas de alcohol o drogas: Estudios sobre un grupo marginado e incomprendido. En: Echeverría L, Carrascoza C, Reidl M (comp.). Prevención y tratamiento de conductas adictivas. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
8. Natera G, Tiburcio M, García E, Valeriano Y et al. Una visión antropológica de los desafíos para un programa de intervención relacionado con el consumo de alcohol en una comunidad indígena. Antropología física y salud en sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos. Instituto Nacional de Antropología e Historia-ENAH. México; 2007; pp. 329-348.
9. Tiburcio M. Adaptación de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena. Tesis doctorado. México: Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
10. Natera G, Tiburcio M, Mora J & Oxford J. (2009). Apoyando a familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas. Editorial Pax. Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
11. Tiburcio M, Natera G, Mora J, Medina P. Cómo ayudar a las familias a enfrentar problemas de consumo de alcohol en zonas rurales. México: Ed. Pax; 2009.
12. Echeverría L, Natera G, Martínez K, Carrascoza C et al. Modelos novedosos para la intervención en personas con conductas adictivas. En: Echeverría L, Carrascoza C, Reidl L. Prevención y tratamiento de conductas adictivas. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2007; pp. 75-99.
13. Tiburcio M, Natera G. Adaptación al contexto Hñahñú del cuestionario de enfrentamientos (CQ), la escala de síntomas (SRT) y la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental* 2007;30(3):48-58.
14. Kellner R, Sheffield BF. A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine* 1973;3:88-100.
15. Orford J, Natera G, Davies J, Nava A et al. Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping in South West England and Mexico City. *Addiction* 1998;93(12):1799-1813.
16. Radloff LS. The CES-D Scale: A new self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychology Measurement* 1977;1:385-401.
17. Natera G, Orozco C et al. Comparación transcultural de las costumbres y actitudes asociadas al uso de alcohol en dos zonas rurales de Honduras y México. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1983;29:116-127.

Artículo sin conflicto de intereses