

## EL EFECTO DE LA ESPIRITUALIDAD Y EL APOYO SOCIAL EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SOCIAL DEL FAMILIAR PRINCIPAL DE LA PERSONA DEPENDIENTE DEL ALCOHOL

### THE EFFECT OF SPIRITUALITY AND SOCIAL SUPPORT ON THE PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL WELL-BEING OF THE MAIN FAMILY OF THE PERSON DEPENDENT ON ALCOHOL

Laura Hinojosa<sup>1</sup>, María Magdalena Alonso<sup>2</sup>, Nora Angélica Armendáriz<sup>2</sup>, Karla Selene López<sup>2</sup>, Marco Vinicio Gómez<sup>2</sup> y Javier Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

<sup>2</sup>Universidad Autónoma de Nuevo León, México

#### Abstract

*Introduction.* Alcohol dependence is a health problem, with multiple consequences such as conflict and family suffering. *Objective.* To determine the relationship and effect of spirituality and social support with the psychological and social well-being of the main family of the person dependent on alcohol. *Method.* A quantitative study, correlational and predictive design, census type sample, data were collected through the application of the Social Support Instrument MOSSS, Reed Spiritual Perspective Scale, Ryff Psychological Well-being Scale and Keyes Social Welfare Scale. *Results.* Spirituality showed a positive and significant relationship with psychological well-being ( $r_s = .506, p < .01$ ) and social well-being ( $r_s = .323, p < .01$ ). Both spirituality and social support proved to be predictors of psychological and social well-being with a coefficient of determination of 56.0% and 40.7%, respectively. *Conclusion.* Social support acts as an effective coping mechanism for the achievement of psychosocial well-being in relatives of people dependent on alcohol. Therefore, it is considered important that the nurse practitioner participate actively in the social support network through providing information and emotional support to relatives of people with this problem.

*Keywords:* Spirituality, social support, welfare, Al-Anon self-help group.

#### Resumen

*Introducción.* La dependencia al alcohol es un problema de salud, con múltiples consecuencias como conflicto y sufrimiento familiar. *Objetivo.* Determinar la relación y efecto de la espiritualidad y el apoyo social con el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. *Método.* Estudio cuantitativo, diseño correlacional y predictivo, muestra tipo censal, los datos fueron recolectados mediante la aplicación del Instrumento de Apoyo Social MOSSS, Escala de Perspectiva Espiritual de Reed, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la Escala de Bienestar Social de Keyes. *Resultados.* La espiritualidad mostró relación positiva y significativa con el bienestar psicológico ( $r_s = .506, p < .01$ ) y bienestar social ( $r_s = .323, p < .01$ ). Tanto la espiritualidad como el apoyo social resultaron ser predictoras del bienestar psicológico y social con un coeficiente de determinación del 56.0% y 40.7% respectivamente. *Conclusión.* El apoyo social actúa como mecanismo de afrontamiento efectivo para el logro del bienestar psicosocial en familiares de personas dependientes del alcohol. Por lo anterior, se considera importante que el profesional de enfermería participe activamente en la red de apoyo social a través de brindar información y apoyo emocional a familiares de personas con esta problemática.

*Palabras clave:* Espiritualidad, apoyo social, bienestar, grupo de ayuda mutua Al-Anon.

Correspondencia: Laura Hinojosa García  
laura2hg@hotmail.com

La dependencia al alcohol es un problema de salud pública con impacto a nivel global, el cual afecta la vida de las personas dependientes, sus familias y a la sociedad en general. En los Estados Unidos de Norteamérica, el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, [2015]) señala que, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Uso de Drogas realizada en ese país en el año 2015, se estimó que 15.1 millones de adultos mayores de 18 años (6.2% de este grupo de edad) presentaban trastornos por uso de alcohol, lo que incluye 9.8 millones de hombres y 5.3 millones de mujeres. En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en el año 2011, reportó que el 6% de la población desarrolló dependencia al alcohol, lo que equivale a 4.9 millones de personas con edades entre 12 a 65 años, correspondiendo el 10.8% a los hombres y el 1.8% a las mujeres (Medina-Mora et al., 2012). De igual forma, de acuerdo con el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA [2016]) el 30% de los accidentes de tránsito se relacionan con el abuso de alcohol y la mortalidad asociada a los hechos de tránsito por causa del consumo de alcohol es alta, ya que anualmente fallecen 10,000 personas y otras 25,000 resultan con alguna discapacidad.

Lo anteriormente señalado cobra relevancia, ya que existe una amplia gama de efectos o consecuencias sanitarias y sociales derivadas de la dependencia a esta sustancia, que perjudican no únicamente la vida y el futuro de la persona consumidora, sino también afectan el bienestar psicológico y social de quienes los rodean; es decir la familia. 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 experimentar sentimientos negativos como la incertidumbre, estrés, sufrimiento moral y emocional, destrucción de las relaciones y la comunicación al interior del núcleo familiar. Además de experimentar diversos tipos de violencia como al abuso verbal o emocional, llegando incluso al abuso físico (Ackerman, 2000; Lima-Rodríguez et al., 2015).

El sufrimiento que experimenta el familiar principal (esposa, madre, hermana, hija) de la persona 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 afrontarlo. Lo que ocasiona,

que el familiar principal se aíse socialmente de familiares y amistades en un intento por conservar la buena imagen y no ser señaladas, así como para evitar el rechazo social (Filzola et al., 2009), además de asumir los roles de la persona con la dependencia al alcohol, intentando que sus vidas sean menos dolorosas (Vargas & Hernández, 2012). De igual forma, diversos estudios evidencian rasgos de codependencia en familiares de dependientes al alcohol, observando en ellos conductas como el ignorar sus propias necesidades y deseos para satisfacer las necesidades y los deseos de otros. Otra conducta identificada es que se encuentran a la disposición de sus familiares, e incluso son capaces de ayudar a la persona dependiente a conseguir el alcohol y consumir con él, así mismo pueden asumir las responsabilidades del familiar dependiente (Biscarra & Fernández, 2010). 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 (Gandolfo, 2011; Laizane, 2012; Vargas & Hernández, 2012), situaciones que se traducen en afectación del bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona que abusa de la sustancia.

De acuerdo a Ryff (1989), 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. Está compuesto por seis dimensiones: auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal. Ryff señala que si la persona tiene bienestar psicológico se refleja en su salud mental y en la adopción de conductas positivas. En cuanto al bienestar social Keyes (1998) lo define como la valoración que realiza el individuo acerca de 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 las relaciones interpersonales positivas con los demás, así como el tener satisfechas necesidades relacionadas con el tener, amar, dar, recibir y ser persona (Ryff & Keyes, 1995).

El manejo de situaciones o eventos derivados de la convivencia con personas dependientes del alcohol, pueden ser potencialmente amenazantes cuando superan a los recursos personales para afrontarlo. En este sentido, existe evidencia de algunos mecanismos de afrontamiento que permiten a las personas dar

respuesta a los conflictos, incertidumbres, estrés percibido y afectación del bienestar psicosocial, que les genera la enfermedad de sus familiares; uno de ellos es la espiritualidad (Iranmanesh, Tirgari & Forouzi, 2014; Larenjeira, 2011). La espiritualidad permite tanto al paciente como a sus familiares, asignarle un significado al proceso de enfermedad, a través de la búsqueda de un ser supremo y del apego a la fe, que les ayude a la reflexión y a la comprensión del proceso que viven, y que coadyuven a minimizar el sufrimiento y a tener esperanza durante el tratamiento y sus resultados (Galaviz & Pérez, 2011; Guerrero et al., 2011). La literatura identifica que 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 de la persona (Morales, 2014; Ureña, Barrantes & Solís, 2014).

De igual forma, el apoyo social también ha sido identificado como otro recurso que favorece el afrontamiento en los familiares de personas con enfermedades crónicas. 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 psicológica y social del sujeto y en consecuencia potencializar su bienestar (Amaya, 2013; Barra, 2012; Vivaldi & Barra, 2012). Por consiguiente, la alta percepción de apoyo social favorece un afrontamiento eficaz y una adaptación efectiva de la persona, que se traduce en un mayor bienestar psicosocial (Gondim & Carvalho, 2012; Suzuki, 2012).

En este sentido, los grupos de ayuda mutua Al-Anon, representan un recurso adicional a los sistemas tradicionales de apoyo informal como la familia y la comunidad local. Estos grupos son el medio por el que se brinda apoyo a los familiares principales del dependiente del alcohol retomando los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (AA). Además, dentro de los grupos Al-Anon se facilita el acceso a diversas fuentes de información tales como publicaciones, materiales impresos y visuales, se comparten experiencias comunes y se apoyan mutuamente, amortiguando con esto los efectos desencadenados de esta problemática (Al-Anon, 2013). 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 apoyo social (Timko, Young & Moos, 2012).

De lo anteriormente descrito surge el siguiente propósito de investigación:

Identificar la dimensión de la red social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol, así como determinar la relación y el efecto de la espiritualidad y el apoyo social con el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol.

## MÉTODO

### Participantes

La población estuvo conformada por familiares de personas dependientes del alcohol, con edades de 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 que se realizó fue de tipo censal (grupo Al-Anon). El tamaño de la muestra se estimó para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 6 a 8 variables, con un nivel de significancia de .05, 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.

### Diseño

El enfoque del presente estudio fue cuantitativo, con diseño correlacional y predictivo.

### Instrumentos

Se utilizó una Cédula de Datos Personales (CDP) y cuatro instrumentos. La CDP estuvo conformada por seis reactivos que indagan sobre datos biológicos y socioculturales los cuales incluyen edad, género, escolaridad, ocupación, religión y tiempo de pertenecer a Al-Anon.

La variable espiritualidad fue medida a través de la Escala de Perspectiva Espiritual, 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, donde 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. 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. Para el presente estudio el coeficiente de confiabilidad fue de 0.87.

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) 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), 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. En este estudio el coeficiente de confiabilidad fue de 0.95.

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. 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). 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. La escala se

interpreta que a mayor puntuación mayor es el bienestar psicológico. El coeficiente de confiabilidad para el presente estudio fue de 0.95.

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. Posteriormente fue adaptada al español por Blanco y Díaz (2005). La escala adaptada 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. La escala se interpreta como a mayor puntuación mayor es el bienestar psicológico. En este estudio el coeficiente de confiabilidad reportado fue de 0.92.

### Procedimiento

En primer término, se obtuvo la aprobación de los Comités 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 solicitó 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. 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 realizan sus sesiones y se hizo la invitación para que participaran 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, 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. La recolección de datos se llevó a cabo por el investigador principal, se les entregó el consentimiento informado, se les solicitó que lo leyeran y firmaran en caso de estar de acuerdo en participar, posteriormente se les entregó de manera individual un sobre color amarillo que contenía la CDP y los cuatro instrumentos. Finalmente, se les agradeció su participación en el estudio.

### Análisis de datos

Para el análisis de los datos, se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach, se aplicó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y de acuerdo a la no normalidad de los datos se decidió el uso de estadística no paramétrica. Para establecer la relación entre las variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, y para determinar los efectos de las variables independientes sobre las dependientes se aplicó un Modelo de Regresión Lineal General Multivariante.

### Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México (FAEN-D-1204), además de solicitar la autorización de la coordinadora de cada uno de los grupos Al-Anon participantes. Se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987), respetándose los principios éticos de consentimiento informado, confidencialidad y anonimato.

## RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas, los resultados muestran que el mayor porcentaje de los participantes fueron mujeres (98.5%) y solo un 1.5% de hombres, respecto a la 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 únicamente un 5.2% de las participantes se ubicaron en el rango de los 18 a 30 años. El 24.1% de ellos cuenta con estudios de preparatoria y un 20% son profesionales, respecto a la ocupación, el 56.3% de los participantes trabajan, el 25.9% son amas de casa y solo un 6.7% mencionaron estudiar y trabajar. El mayor porcentaje de la muestra mencionó profesar la religión católica (70.4%), seguido por los cristianos (17.0%). El promedio de años de asistir a Al-Anon fue de 5.53 ( $DE = 5.1$ ), mínimo de 1 y máximo de 36.

En la Tabla 1 es posible observar la dimensión de la estructura de la red social con que cuenta el familiar principal de la persona dependiente del alcohol. El promedio de familiares cercanos fue de 3.5 ( $DE = 3.2$ ), donde el mínimo es de cero y el máximo de 30 familiares, mientras que el promedio de amigos cercanos, fue de 4.3 ( $DE = 3.4$ ). Ambos resultados conforman el primer reactivo de la Escala de Apoyo Social MOS-SSS.

Tabla 1. Datos descriptivos del número de familiares y amigos cercanos escala MOS-SSS

Reactivos	$\bar{X}$	Mdn	DE	V. Min	V. Máx
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,  $n = 135$

La Tabla 2 muestra los resultados de la prueba del Coeficiente de Correlación bivariada de Spearman para las variables del estudio. Se observa que la espiritualidad se relacionó de forma positiva y significativa con el bienestar psicológico ( $r_s = .506$ ,  $p < .01$ ) y el bienestar social ( $r_s = .323$ ,  $p < .01$ ), lo que significa que, a mayor espiritualidad, mayor es el bienestar psicológico y social. Aunado a lo anterior, el apoyo social mostró relación positiva y significativa tanto con el bienestar psicológico ( $r_s = .653$ ,  $p < .01$ ) como con el bienestar social ( $r_s = .546$ ,  $p < .01$ ); es decir, a mayor apoyo social mayor bienestar psicológico y social.



Tabla 2. Coeficiente de Correlación bivariada de Spearman para las variables espiritualidad, apoyo social, bienestar psicológico y bienestar social

Variable	Espiritualidad	Apoyo social	Bienestar psicológico
Apoyo social	.437*		
Bienestar psicológico	.506*	.653*	
Bienestar social	.323*	.546*	.748*

Nota: \* $p < .01$

Adicionalmente, para determinar el efecto de la espiritualidad y el apoyo social como variables independientes sobre el bienestar psicológico y bienestar

social, se aplicó un Modelo de Regresión Lineal General Multivariado. La tabla 3 muestra que el modelo resultó ser significativo para las variables espiritualidad ( $p = .006$ ) y apoyo social ( $p = .001$ ), y de acuerdo con el modelo ambas variables explican el 56.0% del bienestar psicológico y el 40.7% del bienestar social. La espiritualidad reportó efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico ( $\beta = .412, t = 2.826, p = .005$ ), mientras que con el bienestar social el efecto resultó no ser significativo ( $p > .05$ ). En tanto que el apoyo social, mostró efecto positivo y significativo tanto con el bienestar psicológico ( $\beta = .589, t = 9.826, p = .001$ ) como con el bienestar social ( $\beta = .486, t = 8.278, p = .001$ ).

Tabla 3. Modelo de Regresión Lineal General Multivariante para espiritualidad y apoyo social sobre el bienestar psicológico y bienestar social

Efecto	Contrastes multivariados Lambda de Wilks					
	Valor	F	gl	gl del error	p	
Espiritualidad	.924	5.38	2	131	.006	
Apoyo social	.556	52.28	2	131	.001	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
Origen	SC	gl	CM	F	p	
Espiritualidad	Bienestar Psicológico <sup>a</sup>	1405.268	1	1405.268	7.987	.005
	Bienestar Social <sup>b</sup>	20.409	1	20.409	.121	.729
Apoyo social	Bienestar Psicológico <sup>a</sup>	16987.577	1	16987.577	96.556	.001
	Bienestar Social <sup>b</sup>	11580.431	1	11580.431	68.529	.001
a) $R^2 = 56.0\%$		b) $R^2 = 40.7\%$				

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) = bienestar psicológico, b) = bienestar social

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico de los participantes en el 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 familiares 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 que se ha atribuido cultural y socialmente al género femenino como una forma innata (Chaparro, Barrera, Vargas & Carreño, 2016). 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 Timko, Holvorson, Kong y Moss (2015), llama la atención que en el rango de 18 a 30 años

solo se ubicaron 7 participantes (5.2%), lo anterior obedece probablemente al hecho de que la búsqueda de ayuda por parte de los familiares del dependiente del alcohol no ocurre prontamente, ya que 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).

En cuanto 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. Sin embargo, es importante

señalar que dentro del grupo no se maneja el término religiosidad, sino el de espiritualidad, la cual relacionan con Dios o un poder superior. De acuerdo a la tercera tradición de Al-Anon "Cuando los familiares de los alcohólicos se reúnen para prestarse mutua ayuda, pueden llamarse un grupo de familia Al-Anon, siempre que, como grupo no tengan otra afiliación". Por lo que, como individuo, los integrantes pueden profesar la religión que deseen, pero ésta no la puede llevar al grupo. El propósito del grupo es utilizar la espiritualidad como otra forma de afrontamiento.

Referente a la dimensión de la estructura de la red social, los hallazgos muestran que el número máximo de familiares o amigos con el que el familiar principal puede contar o hablar acerca de sus problemas fue de 30 y 20 respectivamente, lo cual habla de una red social satisfactoria y concuerda con lo encontrado por Yamashita et al., (2013) quienes identificaron una extensa red social en una muestra de cuidadores de personas con incapacidad y dependencia. Sin embargo, algunos de los participantes del presente estudio mencionaron no contar con apoyo de familiares ni amigos, lo anterior pudiera explicarse debido a que, en un principio, el familiar de la persona dependiente se aísla de la sociedad, de familiares y amistades en un intento por conservar la buena imagen y no ser señalados, así como para evitar el rechazo social. No obstante, una vez que se reúnen en los grupos Al-Anon, cambian sus actitudes, lo que les empodera a direccionarse a conocer las posibilidades existentes en el programa que les pueden ayudar a mejorar la convivencia familiar (Filzola et al., 2009).

En relación a la espiritualidad y el bienestar psicológico se documentó relación y efecto positivo y significativo entre ambas variables, 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 las 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).

Así mismo, se observó relación positiva y significativa de la espiritualidad y 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.

En cuanto al apoyo social y el bienestar psicológico, los resultados mostraron relación y efecto positivo y significativo, 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 de su entorno actúa como un elemento protector de su salud mental, favoreciendo el funcionamiento positivo, posibilitando el desarrollo de sus capacidades y por lo tanto su crecimiento personal. De igual forma, Amaya (2013) identifica al apoyo social como un importante recurso para el afrontamiento y un favorecedor del bienestar psicológico. Los resultados del presente estudio cobran relevancia ya que muestran la importancia del apoyo social que los familiares de personas con algún tipo de dependencia reciben en los grupos de ayuda mutua. 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.

Adicionalmente, se documentó relación y efecto positivo y significativo del apoyo social y el bienestar social. En este sentido, los grupos de ayuda mutua Al-Anon representan un 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. 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, y se refleja en el cambio de actitud, en su forma de pensar, de relacionarse y de vivir.

El presente estudio, permitió identificar que tanto la espiritualidad como el apoyo social, son componentes esenciales para afrontar positivamente los eventos que se derivan de convivir con una persona con dependencia al alcohol. En base a lo anterior, la recomendación es que el profesional de enfermería identifique este importante recurso de afrontamiento disponible en la comunidad, que conozca las formas de ayuda de los grupos de ayuda mutua Al-Anon para que, en el momento necesario poder recomendarlos. Además, de que desarrolle e implemente intervenciones efectivas en su diario quehacer basadas en la espiritualidad y el apoyo social, dirigidas a incrementar el bienestar psicosocial de los familiares principales de personas con abuso de sustancias.

## REFERENCIAS

- Ackerman, R. J. (2000). Alcoholism and the family. In S. Abbott, *Children of alcoholics: Selected readings* (pp. 265-287). Rockville, MD: National Association for Children of Alcoholics.
- Al-Anon Family Group Headquarters, Inc. (2013). *Manual de servicio de Al-Anon y Alateen 2014-2017*. (2ª. Ed.). México, D. F.
- Amaya, R. M. A. (2013). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474.
- 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., 15-56.
- 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.
- Biscarra, A. & Fernández, A. G. (2010). Codependencia: el lado oculto de los trastornos adictivos. *Nexos, Secretaría 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.
- Chaparro, D. L., Barrera, O. L., Vargas, R. E. & Carreño, M. S. P. (2016). Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 13(1), 72-86.
- Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) 2016. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/30-por-ciento-de-muertes-por-accidentes-en-la-via-publica-se-debe-al-consumo-de-alcohol>
- 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.
- Galavis, M. A. & Pérez, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichan*, 11(3), 256-273.
- 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/>
- Gondim, K. M. & Carvalho, Z. M. F. (2012). Sentimentos das mães de crianças com paralisia cerebral à luz da teoria de Mishel. *Escola 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.
- 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.
- 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.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- 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.
- 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.
- 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 Medicine Genetic A*, 158(8), 1877-1884.
- 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.
- 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.
- National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism (NIAAA) 2015. Recuperado de <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholFacts&Stats/AlcoholFacts&Stats.htm>



- Reed, P.G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research and Practice*, 6(35), 368-374.
- Ryff, C. (1989). 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.
- 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.
- 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.
- Timko, C., Halvorson, M., Kong, C., & Moos, R. H. (2015). Social processes explaining the benefits of Al-Anon participation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(4), 856-863.
- Timko, C., 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.
- 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.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 22-29.
- 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.
- 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.