

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento De Salud Psicología Y Comunidad

Maestría En Psicoterapia



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE HIJOS VARONES ADULTOS, ANTE EL ALCOHOLISMO DEL PADRE Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA SUICIDA

TRABAJO DE OBTENCIÓN DE GRADO

PRESENTA

LIC. JUAN PABLO LOZA LUPERCIO

ASESOR

DR. LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO

Tlaquepaque, Jalisco. Febrero 2020

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es explorar cuales son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los hijos adultos de padres alcohólicos ante el alcoholismo de su padre y su relación con la conducta suicida. Se realizó una investigación de carácter cualitativo con 4 varones de 18-35 años, mediante una entrevista a profundidad. La información se analizó bajo las técnicas de análisis de contenido, cada participante fue informado de los objetivos de la investigación mediante un documento autorizado por ellos mismos.

Los resultados encontrados muestran que los hijos adultos varones de padres alcohólicos optaron en su totalidad por estrategias de afrontamiento paliativas ante el alcoholismo del padre. El miedo e impotencia fueron emociones principales para afrontar la conducta del padre bajo los efectos del alcohol.

La conducta suicida aparece, directa o indirectamente, en el total de los entrevistados. Dos de los entrevistados manifestaron su deseo de morir, en la edad infantil, como respuesta de afrontamiento al alcoholismo del padre. Otro de los participantes intentó quitarse la vida en una discusión con el padre alcoholizado. Finalmente, el cuarto participante mencionó que un hermano intento suicidarse, sin ser esta conducta identificada por parte del entrevistado con la conducta del padre alcohólico.

Los altos niveles de estrés por periodos prolongados en edades tempranas ocasionan una vulnerabilidad para afrontar problemas con estrategias resolutivas en hijos adultos de padres alcohólicos.

En psicoterapia, el presente trabajo puede ser una herramienta que facilite la comprensión y acompañamiento de consultantes que durante la infancia y la adolescencia vivieron eventos prolongados de estrés dejando como consecuencia una diátesis en el proceso de resolución de problemas. Lo que podría implicar una cierta vulnerabilidad biológica adquirida de manera temprana y fortalecida por el comportamiento en etapas posteriores.

Palabras clave: Alcoholismo, suicidio, estrategias e hijos.

Índice

Introducción	4
Estado de la cuestión	7
Marco teórico	10
Alcoholismo	10
Hijos adultos de padres alcohólicos	14
Estrategias de afrontamiento	21
Modelo Diátesis-Estrés	26
Conducta suicida	28
Planteamiento del problema	34
Pregunta central y subsidiarias	36
Objetivo central y secundarios	36
Metodología	37
Mapa heurístico	37
Perspectiva metodológica	38
Técnica	39
Muestra	39
Recolección de datos	40
Encuadre ético	41
Análisis de datos	41
Categorías	43
Resultados	46
Discusión	50
Conclusiones	56
Referencias bibliográficas	58

Introducción

El alcoholismo es una enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo. Su principal característica es la necesidad compulsiva de consumir alcohol ocasionando daños crónicos y progresivos en el consumidor como en su familia. Las afectaciones son físicas y emocionales debido a la dependencia orgánica y alteraciones psicológicas que genera el abuso en el consumo de alcohol. Un padre alcohólico altera el entorno familiar generando altos niveles de estrés en la convivencia, desarrollo cognitivo y emocional de sus miembros, particularmente en los hijos.

Hijos adultos de padres alcohólicos son los hijos de padre, madre o ambos alcohólicos mayores de 18 años que conviven o convivieron con la adicción del padre y/o madre al alcohol. Esta convivencia es regularmente por periodos prolongados de tiempo, lo que genera una vulnerabilidad psicológica manifestada principalmente en la selección de las estrategias de afrontamiento durante la convivencia con el alcohólico y aún después de la ausencia del mismo en hijos de padre alcohólico.

Las estrategias de afrontamiento son una manera de explicar los recursos que una persona utilizan para afrontar un evento. De manera general hay dos formas de afrontar una situación: resolutiva o paliativa. La selección de las estrategias de afrontamiento se ve afectada por los recursos cognitivos y emocionales a los que se tiene acceso en el momento. En esta investigación, los hijos de padres alcohólicos optaron por estrategias de carácter paliativo.

Una estrategia de carácter paliativo es el resultado de la evaluación de los recursos que se posee para afrontar un evento. Cuando se considera incapaz de resolver el problema, la respuesta suele ser emocional de carácter adaptativo o desadaptativo.

Entre las estrategias paliativas desadaptativas se encuentra la conducta suicida ya que mantiene una relación con patologías de la conducta, es decir con la incapacidad de responder satisfactoriamente a situaciones estresantes. A nivel global se considera que por cada suicidio cometido hay 20 intentos.

En este trabajo se exploraron estrategias de afrontamiento utilizadas por hijos varones adultos de padres alcohólicos ante el alcoholismo del padre y su relación con la conducta suicida. Se realizó una investigación de carácter cualitativo con 4 varones de 18-35 años, mediante una entrevista a profundidad. La información se analizó bajo las técnicas de análisis de contenido y cada participante fue informado de los objetivos de la investigación mediante un documento autorizado por ellos mismos.

Los resultados encontrados muestran que los hijos adultos varones de padres alcohólicos optaron en su totalidad por estrategias de afrontamiento paliativas ante el alcoholismo del padre.

El miedo e impotencia fueron emociones principales para afrontar la conducta del padre bajo los efectos del alcohol.

La conducta suicida aparece, directa o indirectamente, en el total de los entrevistados. Dos de los entrevistados manifestaron su deseo de morir, en la edad infantil, como respuesta de afrontamiento al alcoholismo del padre. Otro de los participantes intentó quitarse la vida en una discusión con el padre alcoholizado. Finalmente, el cuarto participante mencionó que un hermano intento suicidarse, sin ser esta conducta identificada por parte del entrevistado con la conducta del padre alcohólico.

Todos los participantes manifestaron que el objetivo de afrontar el alcoholismo del padre era proteger a la madre, ya sea de agresión física, verbal o emocional por parte de éste.

Los altos niveles de estrés por periodos prolongados en edades tempranas ocasionan una vulnerabilidad para afrontar problemas con estrategias resolutivas en hijos adultos de padres alcohólicos.

Los resultados de la presente investigación podrían ser un aporte de comprensión psicoterapéutica. Personas que solicitan acompañamiento psicoterapéutico pueden ser hijos de padres alcohólicos, por lo que este trabajo podría aportar en su intervención y en la identificación de las estrategias de afrontamiento, incluida la conducta suicida.

Estado de la cuestión

El alcoholismo ha sido estudiado ampliamente en los últimos años. Algunas investigaciones han encontrado que el alcohólico no es el único afectado con la manera de consumir alcohol. Los miembros de la familia, particularmente los hijos, son vulnerables a desarrollar alteraciones de la conducta.

Järvinen (2015) observó que los hijos definen el alcoholismo del padre dependiendo de la relación que mantienen con ellos y sus experiencias en la infancia. La investigación, de carácter cualitativo, se realizó con un grupo de 13 mujeres y 12 hombres con promedio de edad de 39 años. Los resultados muestran tres diferentes percepciones del alcoholismo de los padres: alcoholismo como enfermedad, alcoholismo como aprendizaje social y alcoholismo como comportamiento voluntario. El artículo sugiere que las experiencias infantiles pueden conducir a variadas maneras de percibir el alcoholismo del padre, igualmente que diferentes maneras de comprender el alcoholismo pueden influir en la recolección de experiencias infantiles de hijos adultos de padres alcohólicos.

Los hijos de padres alcohólicos tienen mayores niveles de ansiedad que los hijos de padres no alcohólicos. Casas y Navarro (2001) observaron dos grupos de personas entre 7 y 18 años. Un grupo, 108 participantes, eran hijos de padre, madre o ambos alcohólicos. El segundo grupo, 118 participantes, eran hijos de padres no consumidores de alcohol. Se les aplicó la escala de ansiedad manifiesta (CMAS). Los resultados revelaron que los hijos de padres alcohólicos tienen mayores niveles de ansiedad que los hijos de padres no alcohólicos; además, los casos de ansiedad patológica duplican su número en hijos de padres alcohólicos. Los padres del primer grupo se encontraban en abstinencia de alcohol de mínimo 3 meses. Los resultados muestran que aun cuando no hay una ingesta de alcohol por parte del padre en el momento de la evaluación, los niveles de ansiedad en los hijos se mantienen elevados. Los investigadores sugieren que la ansiedad es un síntoma psicopatológico de alta prevalencia en hijos provenientes de familias alcohólicas.

Hijos adultos de padres alcohólicos tienen mayor vulnerabilidad a desarrollar personalidades limítrofes y depresivas. Giglio y Kaufman (1990) evaluaron 19 adultos de 41 años promedio, todos hijos de padres alcohólicos. Se utilizaron dos grupos control, uno de ellos incluía sujetos con antecedentes psiquiátricos o en tratamiento por alguna enfermedad psiquiátrica. En el segundo grupo se encontraban estudiantes universitarios con características no psiquiátricas. Los participantes fueron evaluados con el inventario de control Shapiro (SCI). Los resultados colocan a los hijos de padres alcohólicos entre personas con características de personalidad limítrofe y personalidad depresiva. Los hijos adultos de padres alcohólicos desarrollan pobres niveles de control sobre si mismos, lo que conlleva a considerar inestabilidad emocional. Los autores concluyen que, aunque los hijos adultos de padres alcohólicos no están incluidos en alguna categoría específica del DSM, son una población en riesgo de padecer alteraciones mentales debido a sus antecedentes familiares.

La conducta suicida se encuentra presente en familias con problemas de alcohol. Mackrill y Hesse (2012) realizaron una investigación con un grupo de 344 hijos adultos de padres alcohólicos que asistieron a un programa de consejería en Dinamarca. El 46% de los entrevistados reportó que alguno de sus padres había presentado conducta suicida de algún tipo durante su infancia. El 21% de estos afirmaron haber cometido intento suicida en algún momento de su vida. El 51% de los padres que cometieron suicidio, promovieron de alguna manera las conductas suicidas en los hijos. En las familias con problemas de alcohol, el suicidio se presenta en mayor porcentaje en el dependiente alcohólico, mientras que algún tipo de conducta suicida es manifestada en los hijos de alcohólicos en algún momento de su vida.

Sánchez Loyo y Ramos Loyo (2014), sostienen que la conducta suicida puede estar relacionada con trastornos de la conducta en los padres. El alcoholismo, al ser una alteración de la conducta, se encuentra dentro las posibles variables a revisar cuando una persona presenta esta conducta.

Para Casas y Navarro (2001), estudios epidemiológicos han mostrado que una gran cantidad de las enfermedades que se presentan en la actualidad están asociadas con la familia y la conducta de sus integrantes. Con el comportamiento de cada individuo se

construye el ambiente para incubar problemas de salud. Este sistema familiar es el escenario idóneo para la adquisición de estrategias de resolución de problemas.

En esta misma investigación Casas y Navarro (2001), analizaron los niveles de ansiedad de niños pertenecientes a familias alcohólicas en comparación con otros que no viven en esos ambientes familiares. Los resultados muestran, en los hijos de alcohólicos, una superioridad en los niveles de ansiedad, con mayor relevancia en mujeres que en varones, comparados con los que no provienen de padres con esta enfermedad.

Alvarado y Frías (2018), realizaron una investigación correlacional, en Puerto Rico, en la que participaron 2009 estudiantes universitarios cuyos padres presentaban abuso en el consumo del alcohol. Los resultados muestran que los participantes, en su mayoría presentan síntomas de codependencia (64%) y depresión (leve 30%, moderada 25% y severa 14%). Además, mostró que la diferencia de resultados entre hombres y mujeres no significó una notable diferencia.

En síntesis, las investigaciones revisadas sugieren que los hijos de padres alcohólicos son un grupo de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta. La vulnerabilidad de este grupo se relaciona con la historia familiar que involucra a uno o ambos de los padres alcohólicos. La manera de afrontar el alcoholismo del padre, madre o ambos, en hijos adultos varones no ha sido debatida lo suficiente. Además, algunas investigaciones muestran que la conducta suicida en familias alcohólicas se encuentra presente de manera significativa.

Alcoholismo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018) el alcoholismo, también conocido como “dependencia alcohólica”, es una enfermedad causada por la necesidad de consumir alcohol a pesar de los efectos negativos que éste puede provocar. Al ser el alcohol una sustancia psicoactiva que genera dependencia, su consumo nocivo puede generar problemas de salud, sociales y económicos en más de 200 indicadores de salud en la persona. Las consecuencias de ingerir alcohol son determinados por la cantidad que se consume, la frecuencia y en algunas ocasiones por la calidad del mismo (WHO, 2018).

El alcohol es considerado una de las drogas más utilizada en diversas culturas. La palabra alcohol proviene de la palabra árabe “alkuhi”, que significa “esencia o espíritu” y es la droga más consumida en el mundo (García, Lima, Casanova, Feliciano, 2004). Se considera que la ingesta de alcohol inició en un contexto religioso lo que dio paso a su consumo colectivo y recreativo.

El consumo de alcohol es un problema de salud a nivel mundial. 1 de cada 20 muertes en el mundo se relacionan con el consumo del alcohol, significa que mueren 3 millones de personas debido al consumo del alcohol y sus consecuencias. El 26.5% de la población entre 15 a 19 años de edad, beben alcohol con regularidad. Se considera que en 2016 el consumo de alcohol a nivel mundial fue de 6.4 litros por personas mayores de 15 años, 16% de los consumidores de alcohol se vio afectado gravemente por un abuso en su consumo. El 25% del alcohol consumido en el mundo no está regulado por las comisiones correspondientes. (WHO, 2018).

En México, se considera que una de cada tres personas, de entre 12 y 65 años, consume altos niveles de alcohol con riesgosas consecuencias. México es situado en el séptimo nivel de consumidores de alcohol de América Latina, y por encima de la media mundial, con un promedio anual 7.6 litros de alcohol por persona. El consumo de

alcohol en México ha aumentado, acortado la edad de inicio de la ingesta y el aumento de mujeres consumidoras (WHO, 2014).

El consumo de alcohol en México se ha incrementado 7% en los últimos 5 años. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT), encontró que en población adulta (18 a 65 años), el consumo excesivo de alcohol aumentó significativamente de 13.9% en 2011 a 22.1% en 2016. En hombres pasó de 24.1% a 34.4% y en mujeres de 4.4% a 10.8% (CONADIC, 2018).

55.6% de los mexicanos que han consumido alcohol, lo hicieron por primera vez antes de cumplir 18 años. La cerveza es la bebida favorita entre los mexicanos (51.7%), seguida por el tequila (19.7%) y el whisky (17.3%). Las mujeres (22.7%), en comparación con los hombres (17.7%), prefieren consumir tequila sobre cualquier otra bebida alcohólica (Consulta Mitofsky, 2018).

El abuso en el consumo de alcohol puede dejar secuelas irreversibles físicamente. Las repercusiones físicas incluyen afectaciones hepáticas, digestivas, cardíacas, dificultad en actividades de ejecución visual-espacial y memoria principalmente (Desfosses, Meadows, Jackson, y Crowe, 2014).

A nivel emocional, el consumo de alcohol tiene afectaciones diversas en el consumidor dependiendo la personalidad del mismo. Algunas investigaciones afirman que bebedores jóvenes buscan, con la ingesta de alcohol, alterar sus emociones lo más rápido posible, de ahí la preferencia por determinadas bebidas alcohólicas (Gmel, Kinbber, y Kuntsche, 2006).

El DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) sostiene que el alcohol ocasiona trastornos de personalidad en diferente nivel dependiendo de los criterios que cumple: leve (entre dos y tres criterios), moderado (entre cuatro y cinco criterios) y severo (seis o más criterios). Los criterios incluyen el tiempo de consumo, deseo por la bebida, optar por beber alcohol en lugar de otras actividades (APA, 2013).

Otros autores (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010; Twerski, 2007), encontraron en sus investigaciones que los trastornos que suelen acompañar al alcohólico son:

depresión, agresividad, tendencia al suicidio, déficit de concentración, trastornos de la memoria (lagunas), irritabilidad, labilidad emocional, incontinencia afectiva y no ejecución de los planes.

La asociación de Alcohólicos Anónimos (AA) considera que un alcohólico es un enfermo físico y emocional que afecta a otros. La incapacidad para dejar de consumir alcohol es una de las características en dependiente alcohólico, su voluntad no basta debido a la dependencia física generada. Las afectaciones de este comportamiento deterioran su calidad de vida y la de su familia (Alcohólicos Anonimos, 2014).

El alcoholismo fue considerado una enfermedad desde 1933 y fue definida como “un trastorno conductual en relación con el consumo de alcohol que deja a la persona totalmente incapacitada emocional y físicamente” (Mena y Flores, 1997, p. 227).

García et al. (2004) afirman que el alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva que suele ser acompañada por alteraciones orgánicas de carácter destructivo. Prevalece mayormente en varones que, en mujeres, sin embargo cada vez más mujeres está consumiendo alcohol de manera excesiva.

Desde 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso el término “*síndrome de dependencia alcohólica*” (SDA) y propone la siguiente definición:

Un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor (García et al. p. 1).

Jesús Mena y Juan Casado Flores también definen el alcoholismo:

(...) el estado psíquico y a veces físico resultante del consumo de alcohol caracterizado por un especial comportamiento y otras respuestas que implican la compulsión a consumir alcohol de forma continua o periódica

con la finalidad de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia (1997, p. 227).

García et al. (2004), sostienen que el alcohol es una de las sustancias tóxicas más socializadas y aceptadas en el mundo. Como consecuencia se presentan serios problemas de salud pública siendo el responsable de la pérdida de bienestar social y de cuantiosas vidas humanas cada año. Por lo que algunos países invierten una gran cantidad de dinero en su tratamiento, investigación y prevención.

En México se calcula que el costo de esta enfermedad supera los 12,000 millones de pesos anuales sin considerar el costo que ocasiona de manera indirecta en la familia y sociedad (López, 2012).

Miriam Bolet (2006), sostiene que familia y sociedad reciben las primeras consecuencias del consumo abusivo de alcohol debido a que se ha encontrado una relación directa entre el consumo del alcohol, las muertes violentas, el suicidio y los accidentes de tránsito.

El consumo de alcohol está relacionado con muerte directa o indirecta debido al deterioro de que es sujeto el bebedor, quien desarrolla una enfermedad destructiva y de amplio espectro; la afectación puede ser de tal magnitud que toca las fibras profundas de la estructura psíquica de la persona, corrompe la consciencia y altera la capacidad de juicio (Bolet, 2006, p. 407).

Para García et al. (2004), el alcoholismo se convierte en un factor de riesgo y alta importancia en la conducta suicida debido a un deterioro en su manera de asimilar su entorno, respuestas a conflictos y alteración de la percepción.

El alcohólico tiene un pensamiento distorsionado y no siempre se presenta cuando el bebedor se encuentra bajo los efectos del alcohol. De hecho, este tipo de pensamiento se presenta cuando alguien ha dejado de beber. El pensamiento distorsionado es una contradicción lógica que implica falsas ilusiones que le permiten continuar con su hábito destructivo de beber sin control (Twerski, 2007).

El alcoholismo es una enfermedad de salud pública que afecta directamente a millones de personas en el mundo y que sus efectos colaterales impactan otros miles de millones de personas directa o indirectamente.

Hijos adultos de padres alcohólicos

Los hijos adultos de padres alcohólicos son personas mayores de 18 años que han crecido en hogares en los que uno o ambos de los padres sufren de dependencia alcohólica (ACA, 2015). Las familias de alcohólicos suelen ser caracterizadas por pobre funcionalidad en los roles de sus miembros (Dean, 1988) debido a que la mayor parte de la atención se la lleva el enfermo alcohólico. La familia no es atendida adecuadamente y tampoco los hijos a pesar de ser éstos los principalmente afectados por la dependencia alcohólica de los padres (Ramírez, Naal, Salinas y Pérez, 2014).

En la familia de un alcohólico, las relaciones afectivas entre sus miembros pueden debilitarse. Los hijos de padres alcohólicos suelen vivir en un sistema familiar donde hay presencia de conductas agresivas, negligencia, insatisfacción, posibles escenas de maltrato, violencia y escándalo provocadas por la embriaguez (Ramírez et al., 2014). Estas conductas provocan el debilitamiento de las relaciones afectivas entre padres e hijos y conducir a sus miembros a un estado de vulnerabilidad emocional.

Los conflictos en las relaciones familiares podrían conducir a los hijos de padres alcohólicos a un desarrollo de conductas patológica. Pérez (2014) dice que la convivencia con un padre alcohólico aumenta en 4 veces la posibilidad de consumir drogas que en aquellos que no conviven con una persona alcohólica, esto debido a la habituación que se genera a la presencia de sustancias que alteran la conducta.

En este sentido Kraitsberg (1985) afirma que los hijos de padres alcohólicos suelen experimentar sentimientos de inseguridad debido a la falta de cuidado físico y emocional por parte de los padres, quienes invierten parte de su tiempo ya sea bebiendo alcohol o en cuidar al alcohólico.

Para Pérez y Reytor (1995) los roles de los miembros de la familia se ven alterados y los hijos de padres alcohólicos asumen conductas que no son propias ni de su edad ni de su rol como hijos. La alteración de los roles dependerá de la frecuencia e intensidad con que se consume alcohol, así como de los efectos que este provoca en la personalidad del bebedor.

Hijos adultos de padres alcohólicos experimentan dificultades de adaptación. Esta dificultad de adaptación se origina por la sensación de soledad vivida durante la infancia, se vuelven hipersensibles y se separan de los demás, descubren que experimentan episodios depresivos o que han vivido en depresión por años (Black, 2002).

La organización de Hijos Adultos de Padres Alcohólicos (ACA), en Estados Unidos, afirma que este grupo de personas ha sido afectado profundamente en su salud emocional debido a la convivencia con un alcohólico durante su vida infantil. Se aíslan y viven atemorizados de las figuras de autoridad, se convierten en alcohólicos, tienen un sentido excesivo de responsabilidad, se vuelven adictos a las emociones intensas y tiene dificultad para hablar de sus experiencias infantiles en relación con su padre o madre alcohólico (ACA, 2015).

Hijos de padres alcohólicos suelen desarrollarse en ambientes de abandono físico y emocional (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010). Crecen en ambientes que requieren habilidades particulares para su adaptación debido a la presencia de depresión y altos niveles de estrés.

Twerski (2007); afirman que los hijos de padres alcohólicos tienen dificultades en mantener una percepción lógica del mundo en el que viven. Esto debido a la presencia de un padre adictos al alcohol y las consecuencias de alteración de la percepción que esto provoca. Los hijos ven el mundo por los ojos de su padre o madre alcohólica, que les muestra un mundo confuso.

Para Black (2002), el alcoholismo altera toda la dinámica familiar, desde la forma de educar a los hijos hasta los roles familiares; la educación se alimenta con mensajes

confusos, que los hijos pueden aceptar durante la infancia, sin embargo, en la edad adulta estos pensamientos y creencias no mantienen su vigencia.

Pasternak y Schier (2012) los hijos adultos de padres alcohólicos prolongaron sus emociones infantiles hasta la edad adulta. Los hijos adultos de padres alcohólicos invierten los roles en algún momento de la vida. Estos, se encargan de cuidar a sus padres emocional y en ocasiones físicamente. Se adquiere una responsabilidad de ser padres de manera emocional de los propios padres. En el presente este mismo rol se mantiene en juego, más la experiencia de no ser valorados por lo que hacen por sus padres genera una confusión emocional.

Dean (1988) dice que en la familia de un alcohólico hay una distorsión del ambiente, lo que produce un daño serio en la posibilidad de desarrollar relaciones sanas y felices en etapas adultas. Los hijos adultos de padres alcohólicos suelen verse incapacitados para vivir en el mundo real, así que buscan un rol que les permita funcionar. Los roles facilitan mantener una estabilidad emocional los conduce, de alguna manera, a fantasear con su vida; alterar la percepción de la realidad sutilmente que les permita la sobrevivencia.

Bolet (2006) sugiere que los hijos de padres alcohólicos son población altamente vulnerable a desarrollar conductas adictivas. Estas en muchas ocasiones pueden conducirlos a la muerte por el consumo excesivo de drogas, sustancias alcohólicas, enfermedades, accidentes o ser asesinados por conflictos callejeros.

Ramírez, Naal, Salinas y Pérez (2014), afirman que la mayor parte de la atención se la lleva el enfermo alcohólico, la familia no es atendida adecuadamente y mucho menos los hijos, a pesar de que son éstos los más afectados por la dependencia alcohólica de uno o ambos padres.

Casas y Navarro (2001), han abordado las características de los miembros de familias con problemas de alcoholismo, los autores afirman que la ansiedad es uno de los síntomas que más persisten entre este grupo vulnerable, debido a que los efectos de la bebida, en los propios alcohólicos, ocasiona cambios conductuales que se manifiestan como irritabilidad, agresividad y alteración del humor.

En este mismo sentido, Silva y Pillon (2004), sostienen que los hijos de padres alcohólicos son más vulnerables a desarrollar conductas patológicas. Los hijos de padres alcohólicos y drogadictos tienen 4 veces más la probabilidad de desarrollar adicciones, ya que se habitúan a la presencia de sustancias como medio de convivencia en el hogar; se identifica el alcohol y las drogas como elementos cargados de significados afectivos en las relaciones familiares. Los hijos de padres, con dependencias a sustancias, tienen menos posibilidades de resistir una oferta de alcohol o droga, durante la adolescencia, que aquellos adolescentes que son hijos de padres sin problemas de adicción. La presencia de padres adictos es un elemento que afecta la capacidad de juicio de los hijos y algunas de sus decisiones involucran algún tipo de conducta autodestructiva.

Para Kraitsir (1985) los hijos de alcohólicos experimentan abandono en dos diferentes maneras. La primera es un abandono físico, en la que el menor no tienen cubiertas sus necesidades de alimentación e higiene y es cuidado por hermanos mayores. El segundo tipo de abandono es emocional, los hijos adultos de padres alcohólicos no logran comprender sus sentimientos de abandono. Ellos reconocen que sus padres estaban siempre con ellos y que todas sus necesidades físicas fueron cubiertas, sin embargo, el padre alcohólico se enfocaba en beber y la pareja en cuidar del bebedor. El abandono emocional es igual de profundo que un abandono físico debido a que no se alimenta afectivamente a los hijos generando una carencia emocional que conlleva consecuencias durante la vida adulta.

Para Pérez y Reytor (1995) la presencia de un padre alcohólico conlleva inestabilidad en el ambiente familiar. Los hijos tienen un concepto distorsionado de familia, de modo que algunos de los miembros cambian su postura dentro de la misma tomando funciones que no les corresponden para terminar desvinculándose debido al desgaste de las relaciones paternas.

Black (2002), sostiene que los hijos de padres alcohólicos inician a experimentar dificultades de adaptación social y emocional después de los 25 años. Son efectos de haber vivido en una familia donde uno de los padres es alcohólico. El síntoma principal es experimentar una soledad que no tiene sentido, se vuelven hipersensibles y se

separan de los demás; descubren que experimentan episodios depresivos o que han vivido en depresión por muchos años.

Ramírez et al. (2014), consideran que los hijos de adultos de padres alcohólicos están expuestos a vivir culpa, maltrato, ansiedad, vergüenza, incapacidad de hacer amigos, confusión, ira y depresión.

Otra propuesta, que pretende describir a los hijos de alcohólicos, es la que realiza la asociación Adult Child of Alcoholic (ACA, 2015).

1) Se aíslan y viven atemorizados de la gente y de las figuras de autoridad. Sus relaciones interpersonales son acompañadas de una sombra de zozobra y temor a ser rechazados, se relacionan en términos de agradar a los otros sin sentirse aceptados plenamente.

2) Se convierten en buscadores de aprobación y pierden su identidad en este proceso. La búsqueda de ser queridos provoca un constante cambio en sus gustos, hábitos, y objetivos; al final no saben lo que les gusta porque nunca han buscado agradarse a sí mismos.

3) Les atemoriza las personas que se enfadan y no les gusta ningún tipo de crítica personal. No están preparados para el “caos”, el cambio no favorece a la estabilidad que buscan constantemente; las críticas personales son “bombas” que mueven el “rol” que les ha permitido funcionar.

4) O bien se convierten en alcohólicos, o se casan con ellos, o ambas cosas, o encuentran a otra personalidad con adicciones como un trabajador compulsivo para satisfacer su necesidad enfermiza de abandono. La atracción a personas “tóxicas” y desarrollar conductas autodestructivas, les permite saciar su sed de seguridad y estabilidad que solo creen se encuentra en personas y conductas patológicas.

5) Viven la vida desde la perspectiva de víctimas y se sienten atraídos por esa debilidad en sus relaciones de amor y de amistad. Han aprendido que la lástima que provocan, trae beneficios en sus vidas; crecieron como víctimas de la adicción de sus padres y no se han dado cuenta que su padre alcohólico, ya no es su verdugo; buscan,

en sus relaciones y conductas, un verdugo que les permita seguir recibiendo el beneficio de su posición de víctimas.

6) Tienen un sentido excesivo de la responsabilidad y les resulta más fácil preocuparse por los demás que por ellos mismos; esto les permite no tener que mirar demasiado de cerca sus propias faltas. Esto no significa que en algunas ocasiones otras personas serán culpables de lo que sucede, sin embargo, un hijo adulto de padre alcohólico buscará asumir la responsabilidad de todo lo que le sucede, negar sus propias emociones y sensaciones para priorizar las del otro.

7) Siente culpabilidad cuando defiende sus derechos en vez de ceder ante otros. Cuando llega identificar y expresar lo que piensa y siente, surgen sentimientos de culpa por considerar que está juzgando erróneamente a otros, lo que piensa y siente le parece que es subjetivo y sin validez.

8) Se vuelven adictos a las emociones intensas. No funcionan en ambientes en los que no hay tensión. Buscan vivir cerca del límite; estar cerca de experiencias de muerte es otra manera de estar vivo.

9) Confunden el amor con la lástima y tienden a amar a la gente a quien pueden compadecer y rescatar. El amor parece estar mezclado con el sacrificio de la propia vida por la de otro u otros; buscan el martirio, negarse a sí mismos es la manera en la que pueden sentirse amados.

10) Han reprimido los sentimientos de su niñez traumática y han perdido la capacidad de sentir o expresar sus sentimientos; tienen miedo de tocar el dolor y nunca poder controlarlo, de modo que prefieren evadir todo aquello que pueda desencadenar una avalancha de emociones.

11) Se juzgan severamente a ellos mismos y su autoestima es muy baja. No se perciben necesarios y con sus propias actitudes buscan colocarse en el rincón de la vida que no los quiere.

12) Tienen personalidades dependientes a las que les aterroriza el abandono y hacen cualquier cosa para aferrarse a una relación, con tal de no experimentar el dolor de los

sentimientos de abandono que recibieron de vivir con personas enfermas que nunca estuvieron presentes emocionalmente para ellos.

13) El alcoholismo es una enfermedad de la familia; entonces se convierten en para-alcohólicos y adoptan las características de esta enfermedad incluso aunque no hayan bebido. Tienen borracheras secas, en las que su conducta sigue los patrones de un bebedor: su pensamiento es distorsionado y obsesivo.

14) Los para-alcohólicos son reactores más que actores. No pueden analizar lo que les sucede y toman decisiones que los protejan ante cualquier amenaza de ser lastimados.

Kritsber (1985), propone una descripción de características de hijos adultos de padres alcohólicos de la siguiente manera:

Características emocionales: miedo, enojo, dolor, resentimiento, desconfianza, soledad, vergüenza, culpa e insensibilidad. Emociones que se mantienen en la primera capa afectiva de un hijo de padre alcohólico y que desde ésta percibe su mundo; se relaciona con personas y situaciones con un limitado bagaje emocional. La combinación de otras emociones en su vida cotidiana le puede parecer complicado, así que no se mueve en ámbitos emocionales que no conoce.

Características mentales: Pensamiento en absolutos, información insuficiente, pensamiento compulsivo, indecisión, problemas de aprendizaje, confusión e hipervigilancia. El proceso de pensamiento desarrolla patrones que rigen su vida adulta e imitan su capacidad creativa en la resolución de conflictos. De aquí que considerar otras opciones en momentos críticos le demande sufrimiento y prefiera que otros decidan por sí mismo.

Características físicas: Hombros tensos, dolor en la espalda baja, disfunción sexual, problemas intestinales, altos niveles de estrés y alergias. El deterioro emocional afecta la salud física de la persona.

Características conductuales: Crisis en la manera de orientar su estilo de vivir, controlador, problemas en relaciones íntimas, poca capacidad para divertirse, conducta adictiva y problemas para adaptarse. La conducta es la punta del iceberg en la vida

psicológica de un hijo adulto de padre alcohólico. Se mantiene a flote con comportamientos alimentados por sus temores e inseguridades.

En síntesis, los hijos de padres alcohólicos es un grupo vulnerable para padecer afectaciones emocionales en la edad adulta. El origen de esta vulnerabilidad se identifica con la convivencia de un padre o madre alcohólico en etapas tempranas de la vida. Como adultos, los hijos de alcohólicos presentan características en común que han sido adquiridas como herramientas para afrontar las demandas que conlleva convivir con un padre, madre, o ambos alcohólicos.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los recursos que ha adquirido un individuo para responder a situaciones de estrés (Cano, Rodríguez y García, 2006).

El concepto de “estrés” es utilizado en el campo psicológico con cotidianeidad, sin embargo, este concepto no es propio de la psicología, sino de la ingeniería. Los ingenieros utilizan el concepto “estrés” para mediar la cantidad de tensión que pueden aplicar a un material antes de que este se doble o quiebre. Hans Selye es quien introdujo este concepto al campo de la salud en 1936 y durante sus investigaciones evaluó los cambios que acontecían ante variables como el ayuno prolongado, cambios de temperatura e ingesta de drogas. Observó que ante algunas variables el organismo respondía con específicos cambios en la composición bioquímica y alteraciones digestivas. Las investigaciones de Selye despertaron diferentes posturas que concluyeron en que un evento es estresante cuando incluye algunas de las siguientes características: el evento es interpretado como nuevo, impredecible, la persona siente que no tiene control sobre la situación y lo evalúa como amenazante (Lupien, Maheu, Tu, Fiocco Schramek, 2007).

En este sentido, algunos modelos han surgido para evaluar cómo las personas pueden responder ante un evento que genera tensión de diferentes maneras. El modelo de Richard Lazarus es una propuesta aceptada y conocida.

Richard Lazarus (1991), ha definido las estrategias de afrontamiento como “(...) aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 164).

Las estrategias de afrontamiento, desde el modelo de Lazarus y Folkman (1991) considera que los recursos cognitivos y conductuales son dinámicos, se desarrollan con las exigencias que se presentan en el contexto y en la vida intrapsíquica del individuo. Es una evaluación y reevaluación constante de la persona en situaciones que considera sobrepasan su capacidad de respuesta para conseguir sus objetivos. En este sentido, las estrategias de afrontamiento se clasifican en aquellas que afrontan el problema y estrategias dirigidas al afrontamiento de las emociones generadas por el problema.

El afrontamiento dirigido a la acción, son todas aquellas acciones que pretenden controlar o modificar el problema. Estas intervenciones suelen ser más probables de aparecer cuando las condiciones resultan evaluadas como favorables de cambio (Nava, Allua, Vega, y Soriano, 2010). La evaluación y reevaluación de la situación permite considerar si los recursos que tiene son suficientes para intervenir con alta probabilidad de lograr los objetivos propuestos.

El afrontamiento a nivel emocional, son respuestas emocionales generadas por el problema que se presenta. Aparecen con mayor probabilidad cuando la persona es considerada que sus recursos no son suficientes para cambiar las condiciones amenazantes de su entorno (Nava et al., 2010). Este tipo de estrategias de afrontamiento no resuelven el problema y la persona continuará expuesta al estrés provocado por la misma en situaciones posteriores.

Personas con pocas estrategias de afrontamiento tienen más posibilidades de estresarse y menor posibilidad de dar respuestas que involucren una evaluación de las consecuencias para determinar la siguiente estrategia de afrontamiento. Estas estrategias poco efectivas promoverán poca valoración de la capacidad de cambio en

el individuo (Vega, Villagrán, Nava, y Soria, 2013); los objetivos de cambio podrían relacionarse constantemente con paliativos y no con aquellos que solucionan y eliminan el estresor. Este nivel de afrontamiento es común cuando se experimentó altos niveles de estrés durante un período prolongado de vida infantil.

Los niños expuestos a niveles altos de estrés, en comparación con niños que no, son más susceptibles a dar respuestas emocionales a problemas que requieren acciones de afrontamiento (Vega et al., 2013). Los hijos adultos de padres alcohólicos optarían, mayormente, un afrontamiento emocional.

Esta propuesta considera un modelo teórico, que pretende explicar los tipos de respuestas que una persona ofrece ante una situación generadora de estrés.

Por estrés entenderemos la capacidad que una persona tiene para resistir a los estímulos, ya sea modificando el medio ambiente o ajustándose a las demandas del mismo (Lazarus y Folkman, 1991). La capacidad de adaptación, para resistir las demandas del contexto en el que se desarrolla, dependerá de los recursos que posee para enfrentarlos.

El ser humano, generalmente, tiene un desarrollo adecuado durante su periodo de vida, sin embargo, en algunas ocasiones se presentan factores de carácter social y ambiental que alteran este desarrollo. Para algunos autores (Serrato y Flores, 2005), un factor socioambiental significativo es el estrés que interfiere significativamente en las acciones con las que un individuo responde a demandas externas.

El concepto estrés, como ya o mencioné no proviene de la psicología, sino de la ingeniería que hace referencia a la capacidad que tiene una superficie de sostener determinada carga. Siguiendo el origen del concepto, hay quien se refieren al estrés como una demanda física y psicológica, por parte del individuo para controlar eventos fortuitos sobre los que hay poco control (Serrato y Flores, 2005). Otros consideran que el estrés es “la valoración que un individuo hace respecto una situación la cual puede ser de daño, pérdida o desafío” (Vega et al., 2013, p. 94).

Serrato y Flores (2005), afirman que las respuestas de afrontamiento más funcionales requieren un complejo y personal proceso cognitivo-comportamental que permite la modificación de la causa del problema con menores niveles de signos de estrés. Por ejemplo, en una investigación realizada por González, Souto, Gonzalez-Doniz y Franco (2018), con estudiantes universitarios en España, encontraron que quienes tienen respuestas de afrontamiento activas presentan menos signos de estrés físico y emocional que aquellos que tienen otro tipo de estrategias de afrontamiento.

Felipe y León del Barro (2010) han considerado diferencias entre los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento hacen referencia a las preferencias de la persona por la elección de unos u otros recursos para solucionar un problema, mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos en el momento de afrontar una situación, son dinámicos y su selección de estrategias dependerá de la evaluación de los resultados obtenidos.

Una persona podría evaluar sus estrategias de afrontamiento partiendo del conocimiento que le ha proporcionado su desarrollo biopsicosocial. Las estrategias de afrontamiento se encuentran vinculadas a la experiencia de autoeficacia que ha experimentado una persona en diferentes etapas de su vida (Lazarus y Folkman, 1991), las experiencias previas proveen de recursos y valores en la confrontación de problemas nuevos que se presentan en su contexto. Las estrategias son evaluadas de acuerdo con su biografía, que le permite identificar su posición para un nuevo significado de la realidad que se le presenta.

En alcoholismo pudiera ser una respuesta de afrontamiento a nivel emocional, que no enfrente el problema directamente, sino que se limita a un alivio temporal de las consecuencias del mismo (Lazarus y Folkman, 1991).

Los niños expuestos a niveles altos de estrés, en comparación con niños que no sufren esos eventos, son más susceptibles a dar respuestas a nivel emocional a problemas que requieren acciones de afrontamiento (Vega et al., 2013). Las respuestas de afrontamiento, que podrían aprender los hijos de padres alcohólicos, no solucionan el problema, sino que alivian temporalmente el estrés generado por el mismo.

Siguiendo con el modelo de Lazarus y Folkman (1991) las personas con pocas estrategias de afrontamiento tienen más posibilidades de estresarse y por tanto menor posibilidad de dar respuestas que involucren una evaluación de las consecuencias para determinar la siguiente estrategia de afrontamiento. Una estrategia de afrontamiento poco efectiva recurrirá en poca valoración de capacidad de cambio en el individuo (Vega et al., 2013); los objetivos de cambio podrían relacionarse constantemente con paliativos y no con aquellos que solucionan y eliminan el agente estresor.

En investigaciones realizadas se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento, de tipo paliativo, pueden ser benéficas cuando se consideran como mediadoras en un proceso de búsqueda de afrontamiento del origen del problema. En el caso de pacientes con cáncer, se encontró una estrategia de afrontamiento a nivel emocional, permitía que los pacientes fueran más tolerantes al dolor (Plata-Muñoz, Castillo-Olivarez y Guevara-López, 2004), sin embargo, esta tolerancia no era permanente, pues el origen del dolor no había sido afrontado satisfactoriamente.

En síntesis, las estrategias de afrontamiento son una respuesta que la persona desarrolla para solucionar problemas que le generan estrés. Estas estrategias de afrontamiento dependerán de las habilidades personales adquiridas durante el contexto de vida de cada individuo. Las respuestas son un complejo proceso de elementos cognitivos y conductuales que responden a un nivel de afrontamiento del problema o a un afrontamiento de la emoción que el problema genera. Para una eficacia de las estrategias de afrontamiento, la persona debe creer que las posee y que es capaz de recurrir a ellas cuando las necesita, es decir, asegurarse que tiene los recursos para afrontar el problema y que estarán disponibles cuando los requiera.

Modelo diátesis-estrés

Marvin Zuckerman utiliza el término médico “diátesis” para definir los factores genéticos o biológicos que predisponen a padecer un trastorno mental bien directamente o por mediación de la personalidad (Boné, 2010). En la propuesta de Zuckerman “diátesis” y “vulnerabilidad” son casi sinónimos. En el uso más estricto “vulnerabilidad”, se refiere

exclusivamente a los factores que predisponen directamente al trastorno mental sin la intervención de la personalidad (Boné, 2010); se asume que la personalidad tiene rasgos genéticos que podrían ser importantes en cada persona para responder a estresores externos de manera distinta. Las investigaciones de Zuckerman, en el campo de la personalidad con bases biológicas, permiten comprender que ciertas experiencias intensas de vida generan una sensibilidad en la estructura biológica de la persona (Boné, 2010).

Oblitas y Becoña (2000), afirman que diátesis se refiere a la “vulnerabilidad de un individuo ante un trastorno específico” (p. 116). Una persona puede estar predispuesta a desarrollar una enfermedad específica debido a la historia familiar contenida en su dimensión psico-biológica. Los factores psicosociales afirman los autores “juegan un importante papel en la salud y enfermedad física y mental”. El contexto de la persona interactúa con la aparición de psicopatologías, por lo que el marco de referencia del modelo diátesis-estrés, es muy útil para su comprensión. Una persona con poca predisposición a una enfermedad mental podría soportar intensos niveles de estrés sin llegar a desarrollar la patología, podrían los síntomas de estrés desaparecer del contexto y la persona retornaría a un estado de salud mental. Sin embargo, una persona que tiene mayor vulnerabilidad podría estar expuesta a menor intensidad de estrés y desarrollar una enfermedad mental debido a que su exposición a estresores ha sido de manera intensa y recurrente.

La vulnerabilidad a una psicopatología requiere de un abordaje interdisciplinar. El desarrollo de conductas patológicas involucra procesos neurofisiológicos, procesos de desarrollo y maduración psicológicos, predisposiciones de la personalidad y mecanismos cognitivos, incluyendo procesos de evaluación y atribución (Oblitas y Becoña, 2000). Un acercamiento interdisciplinar permite una mejor comprensión de la conducta de una persona que se vincula con la historia de la misma y con la manera en que ahora afronta diversas situaciones en su vida.

La conducta patológica se encuentra potencialmente en algunas personas, el desarrollo de la misma no siempre se manifiesta. Ingram y Jennifer (2000), sobre la vulnerabilidad a la depresión, afirman que desde el modelo diátesis-estrés se explicaría que la

depresión se encuentra latente en algunas personas y que el gatillo que dispara la depresión pueden ser síntomas de estrés menores, que para estas personas son muy intensos por su historia psicosocial.

Las estructuras cognitivas siguen patrones que han sido modeladas por experiencias de solución de conflictos en su entorno inmediato. Estos modelajes dejan un patrón de conducta en el procesamiento de información que facilita o dificulta la respuesta a una demanda. Las experiencias infantiles de abandono, por parte de padres con psicopatologías, generan una alta predisposición a la vulnerabilidad en etapas posteriores (Ingram y Jennifer, 2000).

El modelo diátesis-estrés ha aportado, significativamente, a nuestra comprensión de la vulnerabilidad de algunas personas al desarrollo de psicopatologías. La comprensión de la vulnerabilidad se facilita cuando hay un conocimiento del contexto en el que la persona ha vivido y desarrollado ya que permite determinar diferentes grados de vulnerabilidad ante mismos estresores (Eberhart, Auerbach, Bigda-Peyton y Abela, 2011).

En síntesis, el modelo de diátesis estrés sugiere que las personas que han experimentado altos niveles de estrés en repetidas ocasiones, particularmente en etapas tempranas de la vida, tienen mayor vulnerabilidad a desarrollar conductas patológicas en su vida. En este sentido, los hijos adultos de padres alcohólicos podrían tener mayor vulnerabilidad al desarrollo de psicopatologías debido a un alto nivel de estrés que conlleva convivir con un padre alcohólico.

Conducta suicida

La conducta suicida hace referencia a una parte del comportamiento humano que incluye pensar en suicidarse (ideación suicida), planear suicidarse, cometer intento de suicidio y el suicidio como acto en sí mismo. Es un acto intencional de quitarse la vida y prevenible (WHO, 2018).

La conducta suicida es la respuesta a una serie de eventos que se prolongan en la vida de una persona y que tienen un profundo dolor psicológico que no siempre se traduce en una evidente conducta patológica (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010).

Para Pérez y Reytor, el suicidio es entendido desde una perspectiva de autoagresión, que tiene como intención terminar con la existencia, “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil” (1995, p. 2). La conducta suicida busca eliminar un malestar en la vida de una persona; disminuir una incomodidad psíquica, que no tiene un origen uni-causal y que genera confusión en el momento de buscar soluciones a problemas de carácter efectivo. Además, la conducta suicida no siempre busca terminar con la vida en su totalidad, sino con alguna parte de la vida que es considerada causa de malestar para el actante. Estas conductas suelen ser definidas como autoagresión, lesiones que son perpetuadas por un sujeto contra sí mismo, con la intención de simbolizar la destrucción del dolor.

Shneidman (1987), dice que el suicidio es un acto complejo de entender. Las causas del suicidio son individuales como la historia de cada persona que lo comenten. Para entenderlo es requerido comprender la conducta humana desde todos los aspectos posibles: biológico, social, psicológico, etc.

El suicidio es un tema de salud pública a nivel mundial. Cada año 800 000 mil personas cometen suicidio en el mundo (una cada 40 segundos) y muchas más comenten intento suicida, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en el mundo en población de 15-29 años (WHO, 2018).

En cuanto a número de suicidios por género a nivel mundial, el número de hombres que lo comenten es 4 veces mayor que las mujeres (Rosando, García, Alfeo y Rodríguez, 2014).

En México hay 20 intentos de suicidio por cada uno que se consuma (Secretaría de Salud, 2018). El suicidio ocupa la décima cuarta causa de muerte entre la población. En 2016 se registraron 6 291 suicidios, lo que representó 1% del total de las muertes registradas, es decir una tasa de 5.1 suicidios por cada cien mil habitantes. El 40.8% de

los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años. Entre ellos, la tasa alcanza 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes. Del total de suicidios ocurridos en 2016, 8 de cada 10 fueron consumados por hombres (INEGI, 2017).

Las variables psicológicas, sociales y económicas hacen más complejo determinar la causa del suicidio. El suicidio se comprende con mayor profundidad, cuando se revisa la historia de vida de quienes presentan una ideación autodestructiva. Un acercamiento a los patrones de conducta de una persona con ideación suicida puede dar indicios de una preparación hacia un suicidio consumado; conductas, pensamientos y sentimientos autodestructivos suelen estar presentes desde antes de intentar o cometer suicidio (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010).

La conducta suicida contiene una amplia gama de comportamientos. La conducta suicida inicia con la introyección de deseos, actitudes y conductas que ponen en riesgo la vida (Sánchez-Loyo y Ramos-Loyo, 2014). Se presenta un nivel de autoagresión que busca eliminar un malestar emocional o físico como respuesta a los limitados recursos para afrontarlo. Se ha dicho que el deseo de morir se presenta como respuesta inmediata a la incapacidad de tolerar estados altos de frustración (Pérez y Reytor, 1995).

La historia familiar es una variable en la presencia de la conducta suicida. En las familias con alguna alteración psicopatológica hay mayor presencia de conducta suicida que en aquellas en las que no se identifican trastornos de la conducta (Darvishi, Farhadi, y Haghtalab, 2015). En este sentido, familias con historia de suicidio tienen mayor probabilidad de presentar conductas suicidas entre sus miembros (Gmel, Kinbabe, y Kuntsche, 2006).

El alcoholismo se encuentra relacionado con conductas suicidas. El consumo y abuso de alcohol deteriora progresivamente la salud física y emocional que eventualmente limita la calidad de vida y los recursos para la solución de conflictos (Darvishi, 2015).

La conducta suicida se encuentra vinculada a algunas enfermedades mentales. Son varios los aspectos sociodemográficos vinculados al suicidio, pero entre ellos se

encuentran la vivencia de eventos estresantes durante la infancia y la adolescencia, ser víctima de abuso sexual, físico o emocional, etc. (Sánchez-Loyo y Ramos-Loyo, 2014).

De manera especial se trata la conducta suicida y autodestructiva en su vínculo con el consumo de alcohol, pues “la probabilidad de un intento de suicidio se incrementa cuando la persona o sus padres padecen toxicomanías” (Sánchez-Loyo y Ramos-Loyo, 2014, p. 168).

En todo suicida se encuentran implícitos 3 deseos: deseos de matar, deseo de ser matado y deseos de morir (Pérez y Reytor, 1995). El deseo es una fantasía proyectada en la realidad que se puede planear y construir a partir de pequeños elementos concretos de la existencia; la muerte como fantasía se puede construir a partir de elaboraciones verbales, mentales, afectivas o conductuales.

La conducta suicida se explica mediante “(...) el deseo de morir y (...) la capacidad de actuar auto-lesivamente” (Kokoulina y Fernández, 2014, p. 94). Para que se dé la conducta suicida se requiere la presencia de estos dos elementos simultáneamente. En el deseo de muerte se presentan dos vivencias que conducen al sufrimiento psicológico: la alienación y la percepción de uno mismo como un estorbo para otros. Mientras que en la capacidad de actuar auto-lesivamente trasgrede la capacidad natural a la autopreservación. Para quienes han sido expuestos a altos niveles de estrés a temprana edad, el sufrimiento se convierte en una sensación que la vida diaria les da, se desarrolla una habituación al dolor, lo que provoca una disminución al miedo a morir.

Quienes han cometido un intento suicida reportan carecer de apoyo emocional en sus hogares (Hernández, González-Elías y López, 2013). En los hogares en los que se presenta un analfabetismo emocional es difícil ofrecer a la víctima el consuelo que requiere. La poca o nula comunicación afectiva promueve un ambiente propicio en el que se cultivan sujetos imposibilitados para identificar sus necesidades emocionales, ocasionando un aislamiento al pensamiento autodestructivo. Muchos intentos de suicidio podrían ser identificados en tiempo, si personas cercanas son capaces de identificar síntomas y atenderse en tiempo y forma.

Chávez-Hernández y Leenaars (2010), dicen que el suicidio no es una decisión, sino una reacción ante la experiencia de vivir; es una respuesta sin pensar ante una incomodidad profunda en la que no se encuentran opciones de bienestar psicológico. Muchas de las reacciones buscan sacar de un estado de sufrimiento, es decir escapar del peligro y colocarnos en situaciones donde las necesidades psicológicas son satisfechas satisfactoriamente

Chávez-Hernández y Leenaars. (2010, p. 358) presentan diez características comunes a todo suicidio:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución,
2. El objetivo común es el cese de la conciencia,
3. El estímulo común es el dolor psicológico insoportable,
4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas,
5. Las emociones comunes son la desesperanza y la desesperación,
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia,
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel),
8. La acción común es escapar,
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida, y
10. La consistencia permanente de los estilos de vida.

Con todo lo anterior podríamos decir que el suicidio es más que el acto perpetrado efectivamente, en el que una persona logra poner fin a su existencia; el suicidio también incluye deseos de muerte, de matar y de ser matado que se proyectan en conductas “autodestructivas” de la vida diaria. El origen es multicausal y algunas investigaciones, señalan que hay una conexión entre suicidio y el alto nivel de ansiedad al que son expuestos los hijos de padres alcohólicos (Sánchez-Loyo y Ramos-Loyo, 2014).

El alcoholismo y conducta suicida son responsables a nivel mundial de 4 millones de muertes al año (WHO, 2018), sin contar con las variadas consecuencias que de ellas se desprende y que toca identificar, evaluar y tratar a los profesionales de la salud.

En psicoterapia, el consultante se presenta con un motivo de consulta construido subjetivamente, es el profesional que lo recibe quien a lo largo de las primeras sesiones identifica si hay temas de alcoholismo o suicidio que requieran ser revisados a

profundidad. Un diagnóstico temprano permitirá la identificación del motivo real de consulta y por ende un tratamiento con mayor eficiencia con impacto directo en quien solicita el servicio e indirecto con los miembros de su familia y amigos cercanos.

Un psicoterapeuta podría tener sentado en su consultorio a un potencial suicida, por lo que el conocimiento y dominio de las técnicas básicas son indispensables para su abordaje.

El terapeuta requiere tener un abordaje activo, autoritario y de implicación con los otros. Una participación activa permite al consultante sentir que es valioso, el terapeuta mide la fuerza y contexto del consultante, se presenta con certeza para dar guía y mostrar su apoyo para resolver la crisis en la que ahora se encuentra. Una actitud autoritaria en el terapeuta permite cuidar temporalmente los pensamientos y sentimientos del consultante que en estos casos son ambivalentes y destructivos. En la interacción con los otros se encuentra la esencia para prevenir un suicidio, es importante que el terapeuta informe a sus familiares cercanos y evalúe de sus estrategias para el manejo de esta situación (Guilbert 2002).

La adquisición de conocimientos y habilidades para el manejo de la conducta suicida requiere en el psicoterapeuta un cambio en su manera habitual de intervención. Es en gran medida los manejos de la información, junto con habilidades emocionales las que determinan un exitoso acompañamiento.

Planteamiento del problema

El alcoholismo y suicidio son dos fenómenos de salud mundial que afectan a millones de personal de manera directa e indirecta. La historia familiar con un padre, madre o ambos alcohólicos se identifica con altos niveles de estrés a temprana edad (Boné, 2010). En este sentido, hijos adultos de padres alcohólicos tienen mayor vulnerabilidad a desarrollar conductas psicopatológicas que involucrar diversas estrategias de afrontamiento.

Algunos adultos de padres alcohólicos utilizan estrategias de afrontamiento de carácter emocional. La historia familiar que involucra la convivencia con padre alcohólico conlleva altos niveles de estrés y por ende una respuesta limitada a la solución de problemas. Hijos adultos de padres alcohólicos podrían desarrollar estrategias de afrontamiento no resolutivas, y en ocasiones optar por conductas suicidas como una opción de solución.

La capacidad de respuesta efectiva, ante situaciones de que involucren altos niveles de estrés, dependerá del contexto biopsicosocial en el que se desarrolló la persona.

La familia, es considerada el espacio en el que se desarrollan las habilidades necesarias para la resolución de conflictos. Sin embargo, algunas familias tienen miembros con patologías que alteran dicho aprendizaje significativamente el ambiente familiar, un ejemplo de estos casos es la presencia de un padre y/o madre alcohólico.

Un padre alcohólico genera altos niveles de estrés en la familia. “Los padres alcohólicos son personas inmaduras, tanto cuanto más temprano haya sido el inicio del consumo abusivo” (Mena y Flores, 1997, p. 228). Una familia que convive con un alcohólico se convierte en un grupo estratégico para desarrollar problemas de salud mental. En un hogar en el que uno o ambos de los padres son alcohólicos, la presencia de factores estresantes es evidente y constante.

El alcoholismo altera toda la dinámica familiar. En la familia con un miembro que padece una patología psicológica no controlada, hay una distorsión del ambiente y una desestructuración de la misma, similar a la del enfermo alcohólico (Mena y Flores,

1997). La experiencia emocional limitada, que recibe un hijo de padre alcohólico, no será suficiente para resolver efectivamente muchos de los problemas que se pueden presentar en la vida adulta.

Los hijos de padres alcohólicos no son objeto de atención para recibir cuidados profesionales tras los efectos del alcoholismo del padre o madre. Existen programas que atienden al alcohólico de manera profesional, sin embargo, la familia recibe poca o nula atención profesional al mismo nivel e intensidad como la recibe el alcohólico.

Los hijos adultos de padres alcohólicos son una población vulnerable que se ve afectado por dos de los principales problemas de salud pública: suicidio y alcoholismo. Los hijos adultos de padres alcohólicos desarrollan diversas estrategias de afrontamiento, algunas de ellas resolutivas y otras paliativas (Boné, 2010).

Ante este escenario, el presente trabajo pretende explorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por hijos adultos de padres alcohólicos ante el alcoholismo de su padre y la relación con una conducta suicida.

Pregunta central

¿Qué estrategias de afrontamiento utilizaron los hijos varones adultos de padres alcohólicos ante el alcoholismo del padre y su relación con la conducta suicida?

Preguntas subsidiarias

¿Qué tipo de estrategias de afrontamiento fueron utilizadas por los hijos adultos de padres alcohólicos para afrontar el alcoholismo de su padre?

¿Los hijos adultos varones de padres alcohólicos utilizaron la conducta suicida como una estrategia de afrontamiento ante el alcoholismo del padre?

Objetivo central

Explorar cuales son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los hijos adultos de padres alcohólicos ante el alcoholismo de su padre y su relación con la conducta suicida.

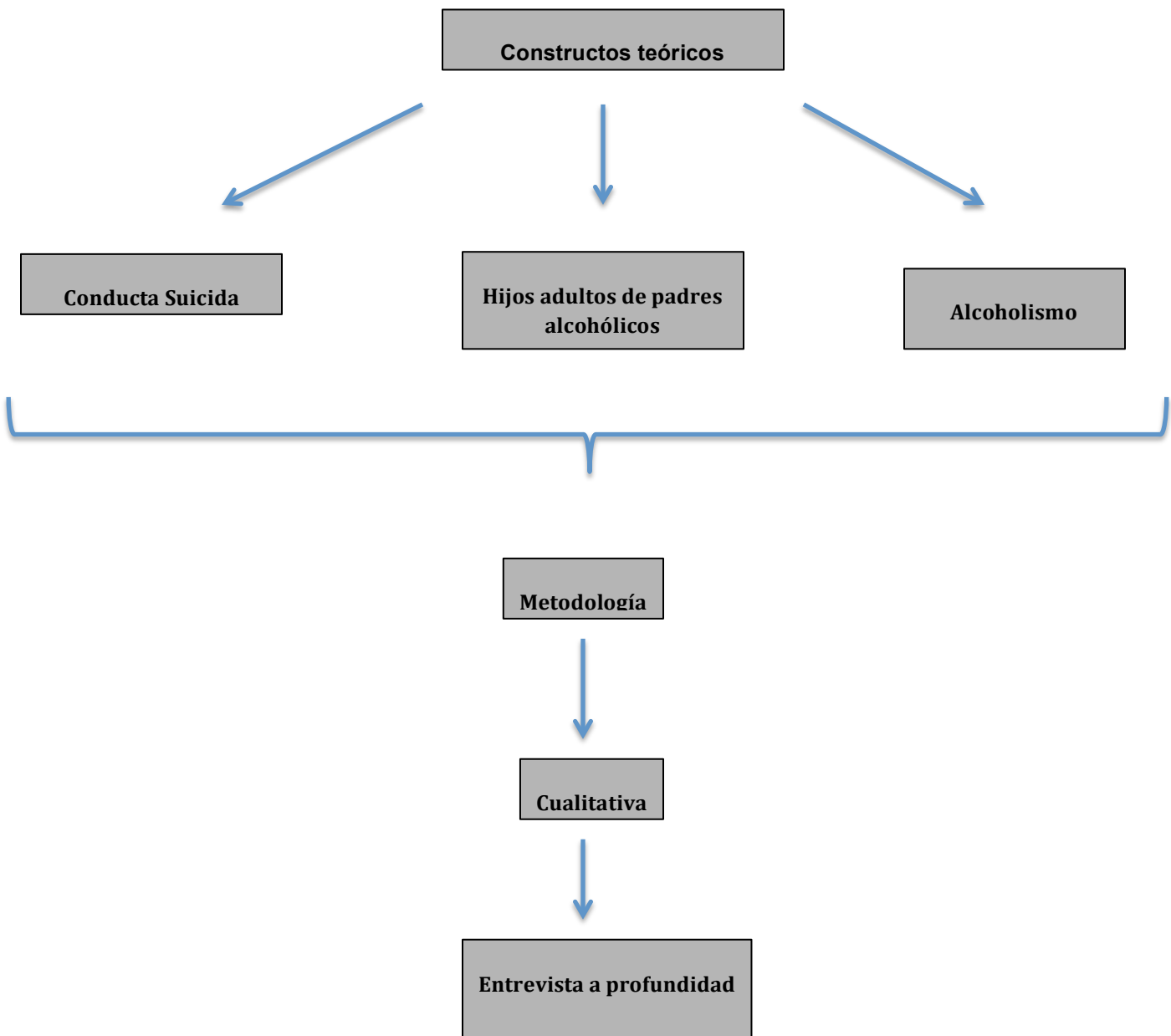
Objetivos secundarios

Identificar el tipo de estrategias utilizadas por los hijos adultos varones de padres alcohólicos para afrontar el alcoholismo del padre.

Describir cual es la relación que presentan las estrategias de afrontamiento de los hijos adultos varones de padres alcohólicos con la conducta suicida.

Mapa heurístico

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE HIJOS VARONES ADULTOS, ANTE EL
ALCOHOLISMO DEL PADRE Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA SUCIDA**



Perspectiva Metodológica

El presente Trabajo de Obtención de Grado se basa en una metodología cualitativa debido al objetivo que se pretende lograr. La metodología cualitativa tiene como propósito reconstruir la realidad tal y como las personas la observan, entender el significado de las cosas más que describirlas y dispone de una gran cantidad de técnicas que permiten al investigador un acercamiento profundo del fenómeno a explorar (Robles, 2011).

En la investigación cualitativa, el investigador parte de los datos que encuentra para generar el conocimiento. El método cualitativo favorece una comprensión de la persona en su contexto ya que se busca una identificación con la persona para comprender su visión de la realidad (Alvarez-Gayou, 2013). En esta misma línea, la investigación cualitativa no intenta hacer manipulación alguna sobre el fenómeno que se estudia, sino describir lo más fiel lo encontrado en el mismo. Lograr lo mencionado requiere de disciplina académica que asegure su sistematización y conduzca a su dominio (Merino, 1995). Por lo que la selección de la técnica a utilizar en el método cualitativo permitirá conseguir con mayor facilidad los objetivos planteados.

Para Uwe (2007), el método cualitativo y el problema de estudio están incrustados, de manera especial, en el proceso de investigación y es desde este proceso como se le puede comprender. El investigador, parte de los datos que encuentra para generar el conocimiento, tiene una visión de unidad (personas-contexto) y puede percibir su efecto en las personas que colaboran en la investigación. Se busca una identificación con la persona para comprender su visión de la realidad y procura ver las cosas como si pasaran por primera vez. Ver todas las perspectivas valiosas y llega a conocer a la persona en lo individual.

La investigación cualitativa requiere de un trabajo intenso que pueda dar cuenta de la experiencia real que se documenta mediante métodos variados (Alvarez-Gayoun, 2003). Las vivencias narradas por personas son una reconstrucción de eventos de la

vida que ha sido de tal importancia que permiten ser recolectados para dar cuenta de la manera en que una situación fue asumida y afrontada (González y Ruiz 2011).

La comprensión del problema de estudio es uno de los objetivos que se persigue en la investigación cualitativa y requiere del diseño de métodos “tan abiertos que hagan justicia a la complejidad del objeto de estudio” (Uwe, 2007, p. 19).

“La perspectiva cualitativa es una alternativa holista, naturalista, que hace énfasis en las metas, finalidades y valores que detenta y persigue el investigador” (Merino, 1995, p. 32). Durante el proceso de interpretar los datos, no se debe ignoren las nuevas preguntas que surgen, sino que se exploren a profundidad para una profunda comprensión del fenómeno.

Técnica

La entrevista a profundidad es la técnica a utilizar para la presente investigación. Esta técnica permite adentrarse en la vida del otro, es decir, penetrar en la realidad narrada con el objetivo de descifrar y comprender en lo más posible al entrevistado (Robles, 2011). Una comprensión que puede incluso dar cuenta de sus gustos, miedos, satisfacciones, angustias, alegrías y todo aquello significativo en la vida del otro. Podemos decir que la entrevista a profundidad es una manera de elaborar gradualmente la historia del entrevistado para comprender detalladamente la percepción del otro sobre la vida.

La entrevista a profundidad es una técnica de investigación cualitativa que tiene como objetivo la obtención de información de manera individual o de grupos pequeños para explorar la perspectiva que los participantes tienen de un evento (Boyce y Neale, 2006). Se pretende tener conocimiento de la manera en que la persona piensa o se comporta ante un evento en particular.

La ventaja de la entrevista a profundidad es que provee de información muy detallada mediante el ambiente amable y seguro en el que se realiza. Las personas suelen

experimentar que el entrevistador tiene un interés real en escuchar sus vivencias, lo que le permite profundizar en la narración mediante una conversación segura y fluida.

Por otra parte, como limitación de la entrevista a profundidad se relacionan con la parcialidad en la información, inversión de tiempo, habilidades del entrevistador y la no generalización de la información (Boyce y Neale, 2006).

Una entrevista a profundidad requiere de paciencia, ya que la obtención de datos se proporciona gradualmente, conforme se crea una relación de seguridad en la que el entrevistado puede confiar sus experiencias, por dolorosas o penosas que estas sean. Las reuniones no deben rebasar las dos horas de duración; se aconseja ser frecuente (máximo dos semanas de diferencia entre cada uno), se sugiere terminar las sesiones cuando se llegue al punto de saturación y la plática ya no aporta nada nuevo a la información que se tiene (Robles, 2011).

En el caso de los hijos varones adultos de padres alcohólicos, un acercamiento privado, gradual y profundo a sus vidas, será primordial para comprender su experiencia en el afrontamiento del alcoholismo del padre y la relación que se mantiene con la conducta suicida.

Participantes

Los participantes para el presente trabajos son 4 varones de 18-35 años de edad, con padre alcohólicos. Dos de ellos viven en la Zona Metropolitana de Guadalajara y 2 en la zona de los Altos de Jalisco.

Recolección de datos

Las entrevistas con los participantes fueron realizadas durante el período marzo-junio 2016. Dos de ellas fueron realizadas en un cubículo en las instalaciones del Instituto Tecnológico de Occidente. Las otras dos se realizaron en un consultorio privado. Fue un total de 5 entrevistas con 4 participantes. Todas las entrevistas se grabaron para su correspondiente transcripción y análisis.

Encuadre ético del estudio

Los 4 participantes fueron informados del objetivo del presente trabajo. Todos aceptaron participar libremente y manifestaron tener edades entre los 18 y 35 años.

Los entrevistados firmaron su consentimiento para realizar las grabaciones y entrevistas necesarias, las cuales tienen una finalidad académica: su análisis y reflexión.

La participación, en la presente investigación, fue enmarcada por respeto, discreción y confidencialidad en todo momento de la investigación.

Análisis de datos

La información obtenida se organizó y clasificó mediante la estrategia de análisis de contenido.

Rodríguez, Lorenzo y Herrera (2005) definen el concepto de análisis de datos cualitativos como el procedimiento, mediante el cual se analiza y organiza la información recogida para “establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (p. 70).

Entre las dificultades del análisis de datos cualitativo se encuentra que los datos obtenidos tienen un múltiple significado, la característica verbal de los datos, la gran cantidad de los mismos y la falta de consenso con respecto a las etapas para concretar el método. Para cada una de las dificultades se requiere estar advertido y buscar las estrategias que mejor puedan hacer frente (Rodríguez et al, 2005).

El análisis de datos sigue tres pasos: 1) reducción de datos, 2) disposición y transformación de los datos y 3) obtención de resultados y verificación de conclusiones. En el primer paso, reducción de datos, la información se clasifica mediante categorización y codificación. Esta división tiene una secuencia de tres pasos: a) separación de unidades de contenido, b) identificación y clasificación de unidades (categorización) y c) síntesis y agrupamiento. El segundo paso, disposición y agrupamiento, responde a la necesidad de organizar las unidades de información

debido a que los datos obtenidos generalmente parecen dispersos y vagamente ordenados en las entrevistas. El tercer paso, obtención de resultados y verificación de conclusiones, implica la inclusión de las viñetas que permite al investigador la comprobación o no de su objetivo planteado. Para lograr dicha validez en sus objetivos requiere apegarse a criterios de credibilidad, consistencia, neutralidad (Rodríguez et al, 2005).

La organización de los datos se inicia con un nombre para unidades de información, y con la categorización de dichas unidades. Las unidades de información son una idea o situación narrada y determinada por un inicio y fin del tema, son etiquetadas con un nombre que permite identificar fácilmente su contenido (Coté, Salmela, y Baria, 1993). Para el etiquetado de la información recabada se realizará una división del contenido mediante unidades de significado. Estas unidades de significado son comprensibles por ellas mismas y contienen una idea, episodio o pieza de información que muestran unidad de una idea o experiencia (Coté et al., 1993). El etiquetado de información puede sugerir cambios posteriores para una mejor clasificación de los datos, por lo que un nombre dado a una unidad de información podría ser modificado en el proceso de organizar la información para dar paso a la organización de la información en categorías.

La creación de categorías puede surgir de dos maneras: la primera es de manera inductiva en la que las categorías son creadas a partir del contenido mismo, sin una estructura previa; la segunda manera parte de categorías previas basadas en una teoría o investigación. En ambas, es necesario la descripción de los criterios necesarios para que ciertas unidades de información pertenezcan a determinadas categorías (Coté et al., 1993). En el presente trabajo las categorías han sido creadas basadas en el modelo de diátesis estrés y en la teoría de estrategias de afrontamiento propuesto por Lazarus (1991).

Categorías

La construcción de las categorías se basa en dos propuestas. La primera es de Lazarus (1991), quien dice que las estrategias de afrontamiento son clasificadas en

resolutivas y paliativas. La segunda es en la adaptación que Cano (2007) realiza del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), quien considera que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o desadaptativas.

Las categorías se definieron de la siguiente manera:

1. Resolutiva Adaptativa Centrada en el Problema

- Toda estrategia (cognitiva, conductual o emocional) que tenga como objetivo resolver el problema de manera favorable y con consecuencias positivas.
 - Ejemplo: No se ha encontrado estrategias de este tipo en las entrevistas

2. Resolutiva desadaptativa Centrada en el Problema

- Toda estrategia (cognitiva, conductual o emocional) que tenga como objetivo resolver el problema, pero no es favorable y puede haber consecuencias negativas.
 - Ejemplo: “pues yo, parecía el papá, yo me preocupaba mucho (...), quería arreglar mi familia” (V1-76).

3. Paliativa adaptativa Centrada en el Problema

- Toda estrategia (cognitiva, conductual o emocional) que tenga como objetivo evadir o no solucionar el problema sin consecuencias negativas.
 - Ejemplo: “Pues lo que tenía en ese momento era la escuela, era pues meterme mucho en la escuela a estudiar, aunque no me gustaba, pero era lo único que pensaba. Estar ahí en la escuela era desde las 9 de la mañana hasta que salía, hasta las dos...a mí me decían pues con eso voy a dejar de... mis amigos ahí los que tenían escuela, pues meterme mucho en eso, en estudiar en aprenderme las cosas por... es lo que hacía” (J2-31).

4. Paliativa adaptativa Centrada en la Emoción

- Toda estrategia (cognitiva, conductual o emocional) que se manifiesta con una respuesta emocional como resultado del problema con consecuencias positivas.
 - Ejemplo: “nos cantaba canciones, nos subía en sus rodillas y cantaba canciones bonitas, entonces yo veía en otra parte que era más cariñoso con mi mamá. Él ya tomado, besaba a mi mamá un beso en la mejilla, si me entiendes. Entonces yo decía: pues está bien, así fue” (P1-143).

5. Paliativa desadaptativa Centrada en el Problema

- Toda estrategia (cognitiva, conductual o emocional) que tenga como objetivo evadir o no solucionar el problema con consecuencias negativas.
 - Ejemplo: “si, porque pues mis compañeros eran como de venir a mi casa, entonces yo tenía que inventar algo una u otra cosa pues porque mi papá no estaba en condiciones pues de recibir gente” (M1-154).

6. Paliativa desadaptativa Centrada en la emoción

- Toda estrategia (cognitiva, conductual o emocional) que se manifiesta con una respuesta emocional como resultado del problema con consecuencias negativas.
 - Ejemplo: “Pues si (silencio), pues ya... pues yo casi nunca pude decírselo a alguien, pero yo veía que ya de decir ya no... creo que pueda con este miedo, con esta... lo único que pensaba en ese...no más era así como, no era como pensarlo tanto, pero decía ya no voy a poder vivir así, mejor sería suicidarme no era tan fuerte” (J1-73).

Resultados

El total de los participantes en esta investigación optan por estrategias de afrontamiento paliativas para afrontar el alcoholismo del padre. La mayoría de estas estrategias fueron identificadas en la categoría Desadaptativa Centradas en la Emoción.

La conducta suicida aparece como una estrategia de afrontamiento directa en 3 de los 4 participantes y de manera indirecta en 1 de los 4 participantes.

No se identificaron estrategias de afrontamiento correspondiente a las categorías Resolutiva adaptativa Centrada en el Problema y Resolutiva Desadaptativa Centrada en el Problema.

52% de las estrategias identificadas correspondieron con la categoría Paliativa Desadaptativa Centrada en la Emoción.

22% de las estrategias identificadas correspondieron con la categoría Paliativa Desadaptativa Centrada en el Problema.

El 22% de las estrategias identificadas correspondieron con la categoría Paliativa Adaptativa Centrada en el Problema.

El 4% de las estrategias identificadas correspondieron con la categoría Paliativa Adaptativa Centrada en la Emoción.

3 de los 4 entrevistados presentaron conducta suicida directamente relacionada con el alcoholismo del padre.

- “pero si tenía ese pensamiento, mejor me suicido a que estar viviendo todo esto y... pues es muy grande, no me hace sentir muy bien, me hace sentir muy mal por dentro...” (J1-74) “no, no voy a poder llevar mi vida a gusto por esas, por lo que estoy pasando, mejor, prefiero, pues suicidarme... a que estar viviendo de esa manera y... (silencio)” (J1-75).

- “que me quería morir, no era justo que... “(V1-75) “Que, que nada tenía sentido, que para que vivía. Pues sí, eso” (V1-79)
- “cuando estaba en la adolescencia sí llegué como a empastillarme y fue así como de ya me quiero morir y agarré las pastillas de mi mamá que eran controladas para el sueño creo y si me puse malo” (M1-186).

1 de los 4 entrevistados, mencionó que uno de sus hermanos intentó suicidarse. No se identificó esta conducta como estrategia de afrontamiento directa al alcoholismo del padre.

- “fíjate que un hermano ese que te digo que estuvo en la penal en Guadalajara, él si intentó ahorcarse, yo llegué a visitarlo, la verdad porque siempre ha sido así y cuando llegué me dieron esa noticia yo sentí mucha tristeza, pero no lo logró” (P1-183).

4 de los 4 candidatos manifestaron el “miedo” como la emoción predominante en su infancia y/o su adolescencia al momento de relacionarse con la conducta del padre alcoholizado.

- “pero... pero cuando empezaba que veía a tomar, ya me empezaba a llenar de miedo, empezaba a alejarme” (J1-86)
- “Pues yo reaccionaba con mucho miedo con una angustia a lo que fuera a pasar, o a que iba a venir después porque casi siempre significaba problemas” (V1-21).
- “T: cuando dices “el miedo” ¿tú sientes miedo que le pueda pasar algo? M: sí. T: este miedo ¿es algo que sentías desde niño o es algo que fue apareciendo después? M: sí yo creo que fue desde niño” (M1-69 – M1-72).
- “Es que, te digo, él cambiaba como todos los que tomamos, entonces ya tomado como él cambiaba ya no era el que yo conocía. Y a eso tenía miedo” (P1-36).

La escuela y las actividades recreativas aparecen como estrategias de afrontamiento paliativo en los 4 candidatos.

- “Meterme a talleres de computación o cosas que me gustaban a mi como ponerme a dibujar, porque esa era mi manera de, de decir pues, de evitar esos problemas, de empezar, de dejarlos a un lado eso...” (J1-64)
- “pues se me olvidaba a veces cuando estaba con mis amigos, o en la escuela” (V1-166).
- “pues fíjate que yo siempre me he enfocado en mucho en mi escuela, es así como mi herramienta que me ha ayudado a... cómo a pensar otras cosas” (M1-158).
- “ahí casi no me di cuenta, -me distraía- en la primaria” (escuela) (P1-191).

En 4 de los 4 entrevistados mencionan estrategias de afrontamiento en las que sus madres aparecieron como un elemento a proteger o para identificarse durante los episodios de embriaguez del padre.

- “Pues lo que pensaba era: No pues ya va a empezar a chingar otra vez, ya va a empezar a hacer sus cosas y otra vez van a empezar los problemas mi mamá, va a empezar a... pues no se había veces que lloraba (mamá) y decía: ya no puedo hacer nada con este hombre, y pues yo también sentía eso así” (J2-38)
- “Si, yo sí no quería que mi papá le pegara a mi mamá... me asustaba mucho los gritos de mi mamá” (V1-127).
- Entonces yo voy y pues me lo traigo a la casa o sea cómo como que nunca me ha levantado la mano borracho pero o sea más que nada por mi mamá lo hago y ya lo meto a la casa y ya le digo que se duerma hasta eso que si me hace caso pero... (M1-79).
- “Digamos que en el detalle que te digo, en el día que vi que peleó a mi mamá, que no me gustó. Entonces yo traté de defenderla llorando. Mi mamá se pasó, como en esta mesa, debajo de la mesa a defenderse. Fue cuando yo empecé a notar que eso no estaba bien y que no andaba nada bien” (P1-66).

4 de los 4 entrevistados mencionaron haber tenido emociones de enojo en contra del padre alcoholizado durante su infancia y su adolescencia. Uno de ellos, además,

expresó su deseo de haber agredido al padre si en el momento hubiera tenido una pistola con que hacerlo.

- “y fui creciendo más, empezar a decirle malas palabras, incluso llegar a los golpes, no tan así tan fuertes, pero...porque él no me hacía nada yo era el que lo golpeaba a ver si entendía” (J2-16).
- “ósea a veces cuando estaba más grande, bueno tenía 9 años, si llegué a insultar a mi padre, a decirle pues lo que yo pensaba, no, con mucha rabia o hacía berrinches y azotar de la puerta o ese tipo de cosas, encerrarme pero después ver otra vez la reacción de llorar y llorar. Siempre lloré” (V1-42).
- “yo cuando lo meto así, le alzo la voz para meterlo y cosas así, tiendo así como después como que me remuerde mucho la conciencia digo: pero es mi papá y yo hablándole a así” (M1-79).
- “ese día cuando a mi mamá la vi a gatas caminando abajo, haz de cuenta esta mesa ahí en mi casa pues yo no sabía que hacer ni cómo defender ni qué hacer quizás Si hubiera tenido más edad le doy un chingadazo, pero yo no podía yo era un niño mucha impotencia...Pero quizás si en ese momento tú sabes, si yo estoy ahorita tuviera una pistola y salimos en un mal quizás el que dispare primero.. en un coraje si me entiendes” (P1-163).

En síntesis, los participantes de esta investigación utilizan estrategias de afrontamiento no resolutivas para afrontar el alcoholismo del padre, siendo la conducta suicida una de estas estrategias. El miedo y enojo son las emociones predominantes en el momento de afrontar al padre alcoholizada, mientras que actividades escolares y recreativas aparecen como estrategias paliativas adaptativas. La madre surge como objetivo de protección y/o identificación por parte de los hijos ante eventos de embriaguez del padre, además de proveer las primeras estrategias de afrontamiento a los hijos ante el alcoholismo del padre.

Discusión

Con los resultados obtenidos, se responde a la pregunta de investigación: los hijos varones adultos de padres alcohólicos optan por estrategias de afrontamiento paliativas, la mayoría de ellas desadaptativas centradas en la emoción. Estas estrategias tienen relación con la conducta suicida para afrontar el alcoholismo del padre.

Estos resultados coinciden con el modelo de Lazarus y Folkman (1991) en la que se postula que las estrategias de afrontamiento se construyen a partir de los recursos cognitivos y conductuales desarrollados en el contexto y en la vida intrapsíquica del individuo. Se ha identificado hasta un 34% de hijos de padres alcohólicos con indicadores patológicos, particularmente en el desempeño cognitivo (Díaz, 2008). En este caso, los participantes desarrollaron estrategias paliativas debido a un entorno cognitivo y social, deteriorado por el alcoholismo del padre, que demandaba altas exigencias de respuesta al problema con pocos o nulos recursos.

En este mismo sentido, el modelo diátesis-estrés de Marvin Zuckerman aporta una comprensión a las estrategias que los participantes de esta investigación eligieron para afrontar el alcoholismo del padre. Así como en la investigación de Marvin Zuckerman, en la que se evidenciaba una alteración biológica de personalidad en individuos expuestos a eventos estresantes en temprana edad (Becoña, 2000), en la presente investigación lo evidente de la alteración aparece en las estrategias de afrontamiento a situaciones adversas y la vulnerabilidad al suicidio, que evidencian la predilección por aquellas no resolutivas. Estas preferencias son definidas como alteración en habilidades de afrontamiento.

Aunque la presente investigación no tenía como objetivo clasificar como estresante o no el alcoholismo del padre, los participantes describieron estos eventos cumpliendo los criterios considerados por Lupient, et al. (2007), para considerarlos estresantes en sí mismos, independientes de la interpretación subjetiva que se les haya dado por cada participante. Esto nos lleva a una conclusión no buscada en el objetivo perseguido del presente trabajo: El alcoholismo del padre es un evento estresante en sí mismo durante la infancia y la adolescencia, la manera de afrontarlo es subjetivo. Esta situación

coincide con la Teoría de Mann sobre la diátesis-estrés (Mann, Waternaux, Haas, y Malone, 1999).

Respecto a la conducta suicida, los resultados coinciden con autores que señalan un ambiente familiar patológico como una variable que favorece la conducta suicida (Darvishi et al., 2015) y la desesperanza infantil en hijos de alcohólicos que provoca una perspectiva de un futuro difícil de afrontar (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez 2006). Los participantes de esta investigación manifestaron tener una convivencia con un padre alcohólico, que generaba un alto nivel de estrés en el ambiente familiar con manifestaciones de miedo, tristeza e impotencia ante el problema del padre.

Algunos autores afirman que hijos de padres alcohólicos tienen mayor probabilidad de manifestar conducta suicida en algún momento de su vida (Mackrill y Hesse, 2012). En este sentido, la presente investigación coincide con estos autores ya que los resultados indicaron que tres de los cuatro participantes intentaron o pensaron en quitarse la vida a una edad menor de los 19 años. Además, en el caso del entrevistado que no manifestó haber optado por la conducta suicida, mencionó que un hermano lo intentó en algún momento de la vida entre los 30 y 40 años.

El total de los participantes de este trabajo son varones, lo que se considera por algunos autores como una variable fija para mayor riesgo de conducta suicida por sus implicaciones socioculturales (Rosando, García, Alfeo y Rodríguez, 2014). Los resultados confirman esta variable al encontrar que 3 de 4 participantes manifestaron conducta suicida y otro más lo refirió como un hecho acontecido en un familiar directo de sexo masculino.

Los entrevistados manifestaron la dificultad de hablar sobre su experiencia con un padre alcohólico, además de considerar que en ocasiones tenían que hacer funciones familiares que no les correspondían como hijos. Un ejemplo constante en las entrevistas es que el hijo confronta al padre y con ello trasgrede su escala de valores, surge una culpa por ofender al padre. La Asociación de Hijos Adultos de Padres Alcohólicos sostiene que hijos adultos de padres alcohólicos asumen roles familiares

que no les corresponden y como adultos no les gusta hablar de la experiencia de haber tenido un padre alcohólico (ACA 2015). Además, que se ha identificado que los familiares de alcohólicos no tienen conocimiento sobre esta enfermedad, lo que hace más complejo su afrontamiento (Fernández, Louro, y Hernández, 1997).

La participación de la madre, en la elaboración de estrategias de afrontamiento, en los participantes es altamente significativa. No se encontraron investigaciones que analicen en qué medida la madre es un elemento que facilite o complique el afrontamiento del alcoholismo del padre en hijos varones, sin embargo, en los 4 participantes, la madre proporcionó información (cognitiva y conductual) para afrontar el alcoholismo del padre. En esta línea, el presente trabajo puede extenderse a explorar las estrategias de afrontamiento de hijos adultos de padres alcohólicos antes la conducta de la madre en el manejo del alcoholismo del padre.

Otro hecho, paralelo al objetivo de la investigación, hace referencia al proceso de asimilación cognitiva del alcoholismo del padre, primero como conducta, después como palabra. La conducta del padre alcohólico precede al conocimiento de la palabra para nombrarla. Primero se convive con la conducta del padre, después se descubre que se llama alcoholismo y más tarde que es una enfermedad. El hijo procesa la conducta del padre, bajo los efectos de alcohol, como parte de lo que su padre es. Esto deriva en una disonancia del rol de padre desde la perspectiva del hijo. Un ejemplo, es que uno de los participantes se presentó a la entrevista con una bebida alcohólica y me advirtió que la requería para poder hablar del tema.

Los participantes en la presente investigación expresaron no haber recibido acompañamiento psicoterapéutico profesional en ningún momento. La psicoterapia no fue considerada una opción ni por ellos ni por sus padres para afrontar la experiencia de una convivencia con un padre alcohólico. Como ellos, otros consultantes consideran que no hablar del alcoholismo del padre y/o madre sea relevante para el motivo de consulta. Parece que una característica de hijos adultos de padres alcohólicos es no mencionar de lo que han vivido en la infancia, ya sea por dolor o por vergüenza. Sin embargo, omitir indagar en estas vivencias, no debe de ser una característica de los psicoterapeutas, ya que hay investigaciones que han identificado que un familiar con

alteración de la conducta puede afectar en otros miembros de la familia generando síntomas depresivos y conducta suicida en estos (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010; Twerski, 2007).

Un hijo adulto de padre alcohólico tuvo vivencias de alto estrés y confusión durante la infancia y adolescencia. Sus estrategias de afrontamiento ante el alcoholismo del padre tienden a ser no resolutivas. A temprana edad experimentan altos niveles de tensión dejando una vulnerabilidad en su capacidad de resolver problemas. Este aprendizaje se prolonga en los siguientes años y en las siguientes decisiones a tomar. Sus estrategias no resulevenm de ahí que la conducta suicida aparezca como una estrategia de afrontamiento no resolutiva.

Para un hijo de padre alcohólico, la psicoterapia podría resultarle otra más de las estrategias de afrontamiento que no resuelven su problemática. Un psicoterapeuta podría confirmar esta creencia por su tipo de abordaje y desconocimiento de las características de esta particular población, resultando en el abandono del tratamiento o en su resistencia a iniciarlo.

La experiencia de un hijo adulto de padre alcohólico en psicoterapia requiere de un profesional con el conocimiento teórico y emocional suficiente para desde la primera sesión impregnar la relación de estrategias adaptativas resolutivas.

Un abordaje interdisciplinar tiene mayor impacto para el tratamiento de un consultante con hisotrial de padre y/o madre alcohólico. Aunque el conocimiento teórico y práctico de las técnicas de intervención son requeridas para la eficacia del acompañamiento, el abordaje emocional es el que determinará la efectividad de la intervención.

Las estrategias cognitivo conductuales son una manera de reeducar para la solución de problemas con impacto duradero y en total control del consultante desde la primer sesión. Estas estrategias, a diferencia de las que esta población tiende a utilizar, les proporciona una manera efectiva de resolución y elección de bienestar inmediato. El análisis profundo y consciencia de las emociones pueden ser intervenciones a realizar posteriormente en consulta, ya que favorezcan la aceptación y resignificación de la experiencia.

En un proceso de acompañamiento psicoterapéutico con hijos adultos de padres alcohólicos, es requisito incluir sesiones suficientes para la reeducación en estrategias de afrontamiento resolutivas. En este sentido, y con los resultados ya expuestos, un psicoterapeuta puede ayudar a identificar en el paciente (hijos adultos de padre alcohólico) las estrategias que ha utilizado con regularidad para afrontar eventos estresantes. Por ejemplo las estrategias resolutivas centradas en el problema son utilizadas cuando el nivel de estrés es controlable, estrategias no resolutivas centradas en la emoción son utilizadas cuando se percibe un grado de estrés que supera la capacidad de afrontamiento.

Guibert (2002), menciona algunas estrategias conductuales y cognitivas que pueden ser utilizadas por los psicoterapeutas en estos casos:

Técnicas cognitivas

1. Comprensión del significado sociocultural.
2. Detección del pensamiento:
3. Solución de problemas.
4. Consecuencias fantaseadas.
5. Ventajas y desventajas.
6. Descatastroficar.
7. Exageración o paradoja.
8. Ensayo cognitivo
9. Enfrentamiento directo.
10. Reorganización cognitiva.

Técnicas conductuales

1. Programación de actividades.
2. Valoración de dominio y placer.
3. Asignación gradual de tareas.
4. Entrenamiento en habilidades
5. Terapia de role play.
6. Bibliografía.

7. Ensayo conductual.
8. Relajación / meditación.
9. Exposición en vivo.
10. Biofeedback.

Conclusiones

Los hijos adultos de padres alcohólicos optan por estrategias de afrontamiento no resolutivas, como la conducta suicida, para afrontar el alcoholismo del padre durante la infancia o adolescencia. El miedo y enojo son emociones predominantes que aparecen al momento de afrontar el alcoholismo del padre. En esta población la madre toma relevancia para ser protegida o imitada en su respuesta ante el alcoholismo de su pareja por los hijos varones.

Con estos hallazgos, el presente trabajo puede ser una herramienta que no se limita exclusivamente a la comprensión de hijos adultos de padres alcohólicos, sino también a todos aquellos hijos adultos que durante la infancia y la adolescencia vivieron eventos prolongados de estrés dejando como consecuencia una diátesis en el proceso de resolución de problemas. Lo que podría implicar una cierta vulnerabilidad biológica adquirida de manera temprana y fortalecida por el comportamiento en etapas posteriores.

Los resultados del presente trabajo confirman que la convivencia con un padre alcohólico si altera el desarrollo psicológico de los hijos, provocan estrés, malestar emocional, propensión al consumo de alcohol como forma de afrontar el estrés e incluso ideación suicida. Los resultados aquí mostrados podrían impactar significativamente en el trabajo psicoterapéutico. Alcoholismo y conducta suicida son dos patologías que afectan a millones de personas a nivel mundial. La exploración de antecedentes de alcoholismo familiar podrían ser una guía en la construcción del motivo de consulta.

El psicoterapeuta puede hacer uso de este trabajo para extender su conocimiento de pacientes con historial de padre y/o madre alcohólicos, lo que le brindará de elementos teóricos para diseñar un abordaje comprensivo y profesional desde las formas en las cuales dichos hombres afrontan los problemas cotidianos y además de señalar las posibles dificultades al tratar de revertir dicha forma de afrontamiento.

La difusión de este trabajo mediante conferencias-taller podría aportar en la prevención y tratamiento directamente en dos de las principales causas de muerte a nivel mundial: alcoholismo y suicidio. Además de su impacto en personas que han vivido experiencias infantiles estresantes que han afectado su capacidad para afrontar problemas con estrategias resolutivas.

Una de las limitaciones del presente trabajo se encuentra en la exploración exclusiva de participantes varones. La relación entre padres alcohólicos y sus hijos podría extenderse a la exploración de las estrategias de afrontamiento de mujeres, hermanos mayores o abuelos, para explorar en qué medida esta población utiliza estrategias de afrontamiento paliativas y si la conducta suicida es una de ellas. En este sentido hay quien afirma que abuelos y hermanos mayores afectan directamente en la salud mental de generaciones posteriores (Florenzano, Hernández, Venegas, Llarraín, Godoy y Sieverson 2014), por lo que extender esta investigación en otra población queda abierto.

Los consultantes con antecedentes de algún familiar alcohólico, como ya se expuso anteriormente, no suelen hablar de este tema. El psicoterapeuta analizando la información que se provee en las sesiones, podrá inferir si se trata de un hijo de padre alcohólico, lo que le permite indagar en las estrategias de afrontamiento utilizadas y su relación con la conducta suicida. De esta manera conducir el proceso psicoterapéutico hacía los resultados que se requiere a corto y mediano plazo.

Referencias bibliográficas

- Alcohólicos Anónimos (2014). *Alcoholismo*. Recuperado el 18 de marzo de 2019, de <http://aamexico.org.mx/quien-es-un-alcoholico>
- Alvarado S. y Frías C. M. (2018). Factores de riesgo en estudiantado universitario cuyos progenitores abusan de bebidas alcohólicas. *Revista Educación*, 42 (2), 1-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44055139026>
- Alvarez-Gayoun, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. Ecuador: Paidós.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Black, C. (2002). *Eso no me sucederá, hijos adultos de alcohólicos*. México D.F., México: Árbol.
- Boné, I. P. (2010). *Vulnerabilidad y enfermedad mental. La imprescindible subjetividad en psicopatología*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.
- Casas, M. J. y Navarro, J. (2001). Hijos de padres alcohólicos: su nivel de ansiedad en comparación con hijos de padres no alcohólicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (1), 53-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80533106>
- Chávez-Hernández, A. y Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental* 33(4), 355-360. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/155209449/Edwin-S-Shneidman>

CONADIC (2018). *Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017*.

Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/base-de-datos-encodat-2016-2017>.

Consulta Mitofsky (2018). *Consumo de bebidas alcohólicas*. Recuperado de: <http://www.consulta.mx/index.php/estudios-e-investigaciones/mexico-opina/item/1108-mexicano-bebidas-alcoholicas>

Darvishi, N., Farhadi, M., y Haghtalab, T. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: A meta-analysis. *Ploze One*, 10 (5), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0126870

Dean, A. E. (1988). *Making Changes*. Estado Unidos: Hazelden.

Desfosses, M., Meadows, H., Jackson, M., y Crowe, S. (2014). The Relationship Between Neuropsychological Functioning and Mental Health Outcomes of Chronic Alcohol Users Involved in Counselling: Prediction of Treatment Outcome. *Australian Psychologist*, 49, 287-296. doi.org/10.1111/ap.12071

Díaz, R. (2008). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. *Social Psychiatry Epidemiology*, 43, 1-10. doi:10.1007/s00127-007-0264-2

Eberhart, N., Auerbach, R., Bigda-Peyton, J., y Abela, J. (2011). Maladaptive schema and depression: tests of stress generation and diathesis-stress model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30 (1), 75-104. doi.org/10.1521/jscp.2011.30.1.75

Felipe, E. C., y León del Barro, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10 (2), 245-257. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>

- Fernández, P. O., Louro, I. B., y Hernández, P. M. (1997). Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la familia del alcohólico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13 (4), 330-336. Recuperado de url: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000400003
- Florenzano, R., Hernández, C., Venegas, L., Llarraín, C., Godoy, J. P., y Sieverson, C. (2014). Alcoholismo en la familia y salud mental en hijos. *Psiquiatría universitaria*, 10 (1), 116-120. Recuperado de: http://revistagpu.cl/2014/GPU_marzo_2014_PDF/INV_Alcoholismo.pdf
- García E., Lima, G., Aldana L., Casanova P. y Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(3) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007&lng=es&tlng=es.
- Giglio J y Kaufman E (1990): The relationship between child and adult psychopathology in children of alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 25: 263-290.
- Guibert W. (2002). Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 143-148. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200008&lng=es&tlng=pt.
- Gmel, G., Kinbber, R., y Kuntsche, E. (2006). "I drink spirits to get drunk and block out my problems..." Beverage preference, drinking motives and alcohol use in adolescence. *Alcohol & Alcoholism*, 41, 566-543. doi: 10.1093/alcalc/agl046

- González C. R., Souto-Gestal, A., González L. y Franco T. V. (2018). Perfiles de afrontamiento y estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación Educativa*, 36(2), 421-433. doi: [org/10.6018/rie.36.2.290901](https://doi.org/10.6018/rie.36.2.290901)
- González, C. F., y Jiménez , J. T. (2015). Develar la problemática suicida: un compromiso para su prevención. Cédula de indicadores de riesgo suicida como instrumento de detección. En T. L. Morfín, y A. L. Ibarra, *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar* (pp. 9-28). Tlaquepaque, México: Manual Moderno.
- González, J. L., y Ruiz P. (2011). Investigación cualitativa versus cuantitativa: ¿dicotomía metodológica o ideológica?. *Index de Enfermería*, 20(3), 189-193. doi.org/10.4321/S1132-12962011000200011
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., y Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
- Hernández, A. H., González-Elías, I. E., y López, Y. A. (2013). Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *Medisan* , 17 (12), 9027-9035. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es&tlng=es.
- INEGI (2015). *A propósito del suicidio*. Recuperado de 2015 de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
- Ingram, R. E., y Jennifer, R. (2000). Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *Journal of abnormal Psychology*, 109 (4), 588-596. doi: org/10.1037/0021-843X.109.4.588

- Järvinen, M. (2015). Understanding Addiction: Adult children of alcoholics describing their parent's drinking problems. *Journal of family*, 36 (6), 805-825. doi: 10.1177/0192513X13513027
- Kokoulina, E., y Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 19 (2), 93-103. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13060>
- Kritsberg, W. (1985). *The adult children of alcoholics syndrom*. Pompano Beach, Estados Unidos: Bantam.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México D.F., México: Roca.
- López, M. (2012). *Cómo bebe México y cuánto gasta contra el alcoholismo*. FISAC. Recuperado de: http://www.alcoholinformate.org.mx/infoalcohol2.cfm?id_infoalcohol=FISAC13924
- Lupien S.J., Maheu F., Tu M., Fiocco A. y Schramek T.E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 65(3), 209-237. doi: 10.1016/j.bandc.2007.02.007
- Mackrill, T., y Hesse, M. (2012). Suicide behavior in parents with alcohol abuse problems and suicide behavior in their offspring. Adult offspring and counselor perspectives. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 343-348. doi: 10.3109/08039488.2011.650196
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G. y Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Mena, J., y Flores, J. C. (1997). *Niños maltratados* (pp. 227-232). Madrid, España: Díaz de santos.

- Merino, C. (1995) Investigación cualitativa e investigación tradicional ¿incompatibilidad o complementariedad?. Siglo XXI. *Perspectivas de la educación desde América Latina*, 1, 32-38.
- Nava, C. Q., Allua, P. M., Vega, C. V., y Sorian, R. T. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y salud*, 20 (2), 213-220. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf>
- Oblitas, L. G., y Becoña, E. I. (2000). *Psicología de la salud*. México D.F., México: Plaza y Valdés.
- Pasternak, A., y Schier, K. (2012). The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 3, 31-57. Recuperado de: https://pdfs.semanticscholar.org/9d77/a396105334bbde0163d3943429532a9a484e.pdf?_ga=2.61764268.1076093887.1557442137-1118788144.1557442137
- Pérez , B. G. (2014). Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol. En A. Anseán, *Manual de prevención, intervención y postvención en conducta suicida* (págs. 611-630). España: Fundación salud mental España.
- Pérez, S. B., y Reytor, F. S. (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Revista cubana de medicina general integral*, 11 (4), 11-18. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001&lng=es&tlng=es
- Plata-Muñoz, E., Castillo-Olivarez, M., y Guevara-López, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor

- crónico. *Anestesiología*, 27 (1), 16-23. Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cma041d.pdf>
- Ramírez, A., Naal, R., Salinas, E. y Pérez, C. (2014). Una visión del alcoholismo del padre desde la mirada de los hijos. *Salud Y Drogas*, 14 (2), 109-120. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/839/83932799003.pdf>
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18 (53), 39-49. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
- Rodríguez, C., Lorenzo, O., y Herrera, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15(2), 133-154. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
- Rosando, M. M., García, F. G., Alfeo, J. Á., y Rodríguez, J. R. (2014). El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma Social*, 13, 433-492. Recuperado de:
<http://isdfundacion.org/2015/02/04/el-suicidio-masculino-una-cuestion-de-genero/>
- Sánchez-Loyo, L. M., y Ramos-Loyo, J. (2014). Relación entre conducta suicida y abuso/dependencia de alcohol o drogas. En A. A. González Garrido, y E. Matute Villaseñor. *Cerebro y Drogas*. Guadalajara, México: Manual Moderno.
- Secretaría de Salud. (2018). *Conducta suicida en adolescentes en México*. Recuperado de:
<https://www.gob.mx/salud/prensa/163-realiza-insp-el-estudio-conducta-suicida-en-adolescentes-en-mexico>

- Serrato, M. P., y Flores, M. G. (2005). Estrés, respuesta de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 15 (2), 221-230. Recuperado de: http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/estres/007_Estres_Respuestas_Afrontamiento.PDF
- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. En G. R. VandenBos y B. K. Bryant (Eds.), *Master lectures series. Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 147-183). Washington, DC, Estados Unidos: American Psychological Association.
- Twerski, J. A. (2007). *El pensamiento distorsionado en el adicto*. Méxicio D.F., México: Panorama.
- Uwe, F. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Vega, C. V., Villagrán, M. V., Nava, C. Q., y Soria, R. T. (2013). Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños. *Alternativas en psicología*, 17 (28), 92-105. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100008&lng=pt&tlng=es.
- Word Health Organization (2014). *Suicide prevention*. Luxemburgo: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Word Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Recuperado de: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/

