

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Espiritualidad y Afrontamiento en mujeres miembros de Alcohólicos Anónimos

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR

Jair Gonzalo Javier Lujan Chavez

ASESOR:

Nancy Eufemia Valdez Huarcaya

Lima, Noviembre, 2020

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar la relación entre afrontamiento y espiritualidad en una muestra de 31 mujeres entre 27 y 64 años que asisten a reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA). Se usó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) desarrollado por Carver et al. (1989) y el Cuestionario de Espiritualidad desarrollado por Parsian y Dunning (2009). Se encontraron correlaciones directas entre 7 de estrategias de afrontamiento y las cuatro dimensiones de espiritualidad. Además se encontró un mayor uso de las estrategias afrontamiento religioso, reinterpretación positiva y crecimiento. La edad, lugar de nacimiento, estado civil, rol que cumple al interior de AA y tiempo de asistencia al grupo de mujeres incidieron en las escalas.

Palabras claves: Espiritualidad, afrontamiento, alcohólicos anónimos, género.

Abstract

The present project of research has the aim to identify the relationship between coping and spirituality in a sample of 31 women between the ages of 27 and 64 years old, attending Alcoholics Anonymous (AA) meetings. In order to evaluate this correlation, the Coping Inventory (COPE) developed by Carver et al. (1989) and the Spirituality Questionnaire developed by Parsian and Dunning (2009) was used. Significant direct correlations were found between 7 coping strategies and the four dimensions of spirituality. Besides, there was found a large use of religious coping and positive reinterpretation strategy. It was also found that age, place of birth, marital status, role fulfilled within AA and time of assistance to women's group influenced some of the scales.

Keywords: Spirituality, coping, spirituality, alcoholics anonymous, gender.

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	10
Participantes	10
Medición	10
Análisis de datos	13
Resultados	15
Discusión	18
Referencias	27
Apéndices	37
Apéndice A: Consentimiento Informado	37
Apéndice B: Ficha Sociodemográfica	38
Apéndice C: Análisis de confiabilidad	39
Apéndice D: Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos	40

Introducción

Desde hace años el alcoholismo como enfermedad ha sido un tema en constante debate en los círculos de investigación y de tratamiento (Rojas, 2010); lo cual ha llevado a estudiar diversas variables como: los indicadores de diagnóstico, la predisposición genética, los factores de riesgo y las estrategias más prometedoras en el tratamiento de la enfermedad alcohólica (Schuckit, 1989; Rojas, 2010). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015), por su parte, sostiene que el abuso de alcohol, principalmente cuando su inicio es precoz, llevaría al desarrollo de la enfermedad, lo cual constituye una problemática mundial de difícil solución.

El síndrome de dependencia del alcohol o alcoholismo está conformado por un conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas, donde la ingesta de alcohol tiene la prioridad más importante para la persona (Organización Mundial de la Salud, 1994). Los síntomas principales comprenden la incapacidad de abstenerse y detenerse cuando se inicia la ingesta, así como la presencia de los fenómenos de abstinencia y tolerancia (Becker, 2008; Rojas, 2010). En cuanto a las tendencias del consumo de bebidas alcohólicas en adultos en América Latina, se ha visto una reducción en el porcentaje de consumidores desde el 2000, sin embargo las personas que consumen han incrementado su ingesta casi un 17%, pasando de 5.5 litros de alcohol puro en el año 2005 a 6.4 para el 2016, siendo además la segunda región donde hay mayor incidencia de enfermedades y trastornos relacionados al consumo de alcohol (WHO, 2018; Rehm y Monteiro, 2005) y las proyecciones plantean que este incremento en consumo e incidencia de trastornos seguirá en aumento (WHO, 2018).

Las diferencias en el nivel de consumo en las diferentes regiones son el resultado de la interacción de factores culturales, sociales y psicológicos como: edad de inicio, baja percepción del riesgo, crecimiento económico, entre otros (WHO, 2014; Rojas, 2010). Un estudio epidemiológico realizado por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO, 2015) reveló que en el Perú la prevalencia del consumo de alcohol en la población general era de 86.2%, presentándose el mayor consumo entre los 12 y 24 años. La OPS (2015) plantea que del total de personas que abusan del alcohol, 10% desarrollaran dependencia.

Si bien la mayoría de consumidores siguen siendo varones, el porcentaje de mujeres que consumen va en aumento (WHO, 2018). En el Perú, CEDRO encontró en el año 2009 una prevalencia de consumo de alcohol en mujeres de 70%, mientras en el año 2015 esto se había incrementado a 84.9% (CEDRO, 2015).

Las mujeres consumidoras de alcohol, en comparación a los varones, tienen mayor riesgo de dependencia debido a una alta vulnerabilidad biológica, ya que metabolizan el alcohol de manera más lenta, lo cual lleva a tener una mayor concentración de alcohol en la sangre (Grucza, Bucholz, Rice y Bierut, 2008; Wilsnack, Wilsnack y Kantor, 2013, WHO, 2018), esto también lleva a un mayor riesgo asociado a numerosas enfermedades físicas como la cirrosis hepática y otras enfermedades relacionadas al hígado, así como daños al cerebro, sistema cardiovascular, cáncer de mama, boca, garganta y esófago (Loft, Olesen y Dossing, 1987; Hommer, Momenan, Kaiser, Rawlings, 2001; Mann, Batra, Gunthner y Schroth, 1992, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2015).

En un estudio realizado en el año 2000 en países latinoamericanos, se encontró que el factor de riesgo más importante para la salud en los países de ingresos medios y bajos, fue el consumo de Alcohol, donde Brasil, México y Perú tuvieron los consumos más elevados (Rehm y Monteiro 2005; OPS, 2007). Desde el 2012 se ha visto un incremento en la tasa de mortalidad, así el 3.6% de muertes y el 5.1% de accidentes globales están relacionadas a la ingesta de alcohol, esto se traduce en 3.3 millones de muertes, y en el caso de las mujeres, el consumo de alcohol se relaciona al 4.0% de muertes al año (OPS, 2015).

El uso de alcohol tiene un impacto en la salud de mujeres y niños. El abuso de alcohol puede relacionarse a actividad sexual sin protección, ya sea con su pareja o desconocidos, lo cual incrementa el riesgo de contagio de enfermedades sexuales, así como las probabilidades de embarazos no deseados (Connery, Albright y Rodolico, 2014; Scott-Sheldon, Carey, Cunningham, Johnson y Carey, 2016). Por otra parte, el abuso de alcohol durante el embarazo lleva al desarrollo del síndrome alcohólico fetal (Rojas, 2010, Scott-Sheldon et al, 2016). Además, es posible que una mujer que ha consumido alcohol y se encuentra intoxicada sea víctima de un delito sexual (Abbey, 2002; Mohler-Kup, Dowdall, Koss y Wechsler, 2004; Reed, Amaro, Matsumoto y Kaysen, 2009).

Sanders (2011), por su parte, sugiere la posibilidad de que los patrones de conducta y vivencias de la experiencia alcohólica difieren entre hombres y mujeres, mientras los varones tienden a experimentar problemas con la ley, en el trabajo o en el hogar; en las mujeres se observa fuertes sentimientos de culpa, que se relacionan en su mayoría con experiencias pasadas de abuso físico, psicológico o sexual. Asimismo señala que, en aquellas que además de trabajar

se deben encargar del cuidado de los hijos, se observa un percibido fracaso por no cumplir el rol de cuidadora del hogar. Desde la perspectiva de salud mental, las mujeres con problemas de alcohol obtienen las tasas más altas de depresión, dependencia emocional y pasividad, además puntúan más bajo en autoestima, asertividad y orientación a la resolución de problemas (Michels, Johnson, Mallin, Thornhill, Sharma, Gonzales y Kellet, 1999).

La relación entre las estrategias de resolución de problemas y el alcoholismo siempre ha suscitado interés investigativo, terapéutico y preventivo (Graff, 2012). Un concepto unido a la resolución de problemas, es el afrontamiento; el cual es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales que buscan minimizar, manejar o tolerar un conflicto o estrés que sucede cuando las demandas de la situación son percibidas como superiores a las capacidades del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Siguiendo el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1986); Carver, Scheier y Weintraub (1989) proponen 13 escalas, para medir estas conductas: El **afrontamiento activo** es definido como el proceso de tomar acciones dirigidas a solucionar el problema, remover el estresor o aminorar sus efectos; la **planificación** refiere al proceso de lidiar con el estresor y evaluar estrategias a seguir, la **supresión de actividades competitivas** significa evitar ser distraído por otros estímulos; la **postergación del afrontamiento** indica esperar el momento apropiado para actuar; el **soporte social instrumental** implica la búsqueda de consejos, información o ayuda física, mientras la **búsqueda de apoyo social emocional** refiere a buscar simpatía, apoyo moral o entendimiento; la **liberación de emociones** implica expresar las emociones negativas de manera intensa; la **desconexión conductual** abarca la reducción de los esfuerzos del individuo para lidiar con el estresor; la **desconexión mental** es el conjunto de actividades que sirven para distraer a la persona de la situación estresante; la **reinterpretación positiva** implica darle un significado positivo a la situación estresante; la **negación** es el rechazo de la realidad de la situación estresante; la **aceptación** implica reconocer la realidad del estresor y la **religión** refiere a buscar apoyo en alguna religión o deidad al enfrentarse a situaciones estresantes.

Diversas investigaciones han encontrado que determinados factores, como buscar evadir problemas o poseer creencias positivas acerca del consumo, son predictores de uso y abuso de alcohol en individuos alcohólicos (Cooper, Russell, Skinner, Frone y Mudar, 1992; San Jose, Van Oers, Dike Van De Meheen, Garretsen y Mackenbach, 2000; Merrill y Thomas, 2013). Si bien se señala que ciertos colectivos de individuos consumen alcohol para afrontar el estrés, la cantidad de ingesta variará debido a diferencias individuales, como las expectativas

del consumo, el ambiente, sexo y preferencias en estrategias de afrontamiento (Breslin, O'Keeffe, Burrell, Ratliff-Crain y Baum, 1995).

Al igual que en los hombres, el uso y abuso de alcohol en las mujeres están relacionadas al estrés que experimentan, y son los estilos de afrontamiento un moderador importante en la ingesta de esta sustancia (Timko, Finney y Moos, 2005). Breslin et al, (1995) encontró que aquellas mujeres que no muestran métodos de afrontamiento dirigidos al problema tenían inhibición de consumo durante la semana estresante, pero luego presentaban altos niveles de consumo en semanas de poco estrés laboral.

Investigaciones sugieren además que las mujeres alcohólicas, en comparación a los hombres alcohólicos, tienen mayor cantidad de estresores y menos recursos, tendiendo al uso de estrategias de evitación de problemas, lo cual podría sensibilizarlas al abuso de alcohol (Timko, Finney y Moos, 2005). Respecto al afrontamiento en mujeres alcohólicas, se ha encontrado que estas tienen un alto uso de estrategias mal adaptativas, tales como "acting out", que incluye intentos de suicidio, negación, desplazamiento, pensamientos pesimistas y abuso de sustancias; todas estas estrategias se vinculan con un afrontamiento dirigido a la emoción, las cuales genera sentimientos de minusvalía y de fracaso, por lo cual buscan huir de los sentimientos negativos a través del uso de alcohol (Michels et al, 1999).

Choi, Watt, MacFarlane, Sikkema, Skinner, Pieterse y Kalichman (2014), llevaron a cabo un estudio con mujeres que asistían de manera regular a establecimientos que expendían alcohol y encontraron que el 75% tenían un consumo problemático o excesivo. Estas señalaron que sus motivaciones para beber eran tres: manejar sus emociones (ya sea para aumentar sentimientos positivos y/o disminuir los negativos), facilitar su interacción social y/o como medio para escapar de situaciones estresantes.

El malestar emocional es un factor importante en el inicio de problemas de consumo excesivo, lo cual se manifiesta en dificultades en las relaciones personales, sentimientos de soledad y conflictos percibidos al intentar llevar una vida profesional y cumplir con labores en el hogar (Cooney, 2002). En otra investigación, Messman-Moore y Ward (2014) encontraron que la pobre regulación emocional, que consiste en el uso de estrategias mal adaptativas y no expresivas frente a situaciones estresantes, predecía el uso del alcohol como estrategia de afrontamiento, lo que a su vez se relacionaba con problemas asociados al consumo excesivo.

Si bien algunos estudios han encontrado que las mujeres podrían reconocer la existencia de abuso de sustancias con mayor facilidad que los hombres, estas reportan menores niveles de auto eficacia para mantenerse en abstinencia en situaciones de alto riesgo (Pelissier y Jones, 2006).

Dentro de los factores que contribuyen a desarrollar y mantener la abstinencia, se encuentran el llevar a cabo actividades incompatibles con el consumo, como incorporar la práctica de algún deporte al estilo de vida, pertenecer a grupos académicos y el involucramiento en grupos religiosos o espirituales, entre otros (Rowe y Liddle, 2006).

Durante décadas, se consideró a la religión y espiritualidad como ajenos al escenario científico del tratamiento de los problemas emocionales y de la salud mental, sobretodo en el campo de las adicciones, sin embargo, la definición actual de la salud entiende al individuo como un ser integral, donde las experiencias personales y la perspectiva subjetiva deben ser tomadas en cuenta. Estas visiones comprenden las creencias religiosas y espirituales (Gorsuch, 1995; Yoffe, 2007).

Si bien algunas personas consideran la espiritualidad y religión como términos intercambiables, ambos hacen referencia a constructos distintos. La primera es el término usado para describir una experiencia individual, y se vincula a términos como trascendencia personal y sensibilidad, mientras que la religión hace referencia a la pertenencia a una institución formal, dogmática y que practica rituales y creencias específicas (Hill, Pargament, Hood, McCullough, Swyers, Larson y Zinnbauer, 2000). Pargament (1997) define la espiritualidad como la búsqueda por lo sagrado, entendiendo la búsqueda como el proceso mediante el cual la persona descubre y se acerca a lo sagrado, donde lo sagrado representa la noción de dios y/o lo divino para el individuo.

Sin embargo, la espiritualidad no solo hace referencia a un vínculo con una deidad o a la búsqueda de esta, sino explora, además, la relación de la persona con su entorno, la naturaleza, otras personas y el universo (Hill et al, 2000; Díaz, 2012). Se enfoca además, en los principios éticos y morales del individuo, con énfasis particular en cómo estos principios se vinculan a la importancia del entorno social de cada persona, y como esta se relacionará con otros (Holland, Kash, Passik, Gronert, Lederberg, Russak, Baider y Fox, 1998).

Entre las definiciones de la espiritualidad, resalta la planteada por Parsian y Dunning (2009) que señalan que la espiritualidad no solo refiere al proceso de trascender el sufrimiento a través de los vínculos con uno mismo, con los otros y el universo, sino además resaltaron el rol de la espiritualidad en el proceso de afrontamiento, ya que ayuda a los individuos a encontrar un significado positivo y que promueve el crecimiento al enfrentarse a situaciones estresantes. Estos autores señalan cuatro aspectos de la espiritualidad: Autoconciencia, prácticas espirituales, creencias espirituales y necesidades espirituales. La **autoconciencia** se refiere a la conexión del individuo con su forma de pensar, sentimientos y con su yo interno; las **prácticas espirituales** comprende las actividades o acciones que fortalecen la espiritualidad, tal como

meditar, orar, cuidar la naturaleza, cuidar de otros; **las creencias espirituales** se refiere a la importancia de la espiritualidad en la vida del sujeto y **las necesidades espirituales** implica seguir un propósito vital basado en vínculos con otros y los valores del perdón y el amor (Parsian y Dunning, 2009).

La espiritualidad, en ese sentido, ha sido identificada como una respuesta de afrontamiento, encontrándose que a mayor espiritualidad menor riesgo de adicción, ya que hay mayor abstinencia de consumo de drogas, ya que la espiritualidad ayuda a disminuir los efectos perjudiciales del estrés, siendo así como evitaría las recaídas de personas que han pasado por un tratamiento de abuso de sustancias (Brown, O'Grady, Farrell, Fechner y Nurco, 2001). Esta variable favorece el proceso de tratamiento y son mediadores de largos periodos de abstinencia, promoviendo determinados tipos de afrontamiento y la adaptación a sucesos de vida negativos, estresantes o traumáticos (Pargament y Brandt, 1988; Gorsuch, 1995; Pardini, Plante, Sherman y Stump, 2000; Yoffe, 2007).

Existen diferentes grupos de auto ayuda que aplican principios espirituales para su rehabilitación, siendo uno de los más conocidos Alcohólicos Anónimos, referido también como AA (Alcoholics Anonymous World Services, 1993; Morjaria y Osford, 2002; Gutiérrez, Andrade-Palos, Jiménez y Juárez, 2007).

AA acepta las creencias religiosas de sus participantes y considera que lo más importante para su programa de tratamiento y rehabilitación es la espiritualidad, dentro de la cual cada participante debe asumir la existencia de un Poder Superior al cual somete su voluntad según su orientación particular (Alcohólicos Anónimos, 2010). AA, desde su inicio en 1935, entiende el alcoholismo como una enfermedad progresiva tanto física, psicológica y espiritual, que no puede ser curada, pero sí controlada, bajo el concepto de un plan de 24 horas de abstinencia de la bebida (Alcoholics Anonymous World Services, 1993). Plantean que el cambio solo es posible a través de la supresión diaria del consumo de alcohol, y esto solo se dará mediante un cambio psíquico profundo y una modificación en el estilo de vida, lo cual surge cuando experimentan el “despertar espiritual”, obtenido a través de la práctica de los 12 pasos (Apéndice D) que delinear su programa de recuperación (Alcohólicos Anónimos, 2010).

Un estudio longitudinal de 8 años, analizó a mujeres y hombres alcohólicos que recibían psicoterapia y asistían a reuniones de AA y se encontró que las mujeres, en comparación a los hombres, incrementaron sus estrategias dirigidas al problema y redujeron su uso de estrategias de evitación. Estos resultados se mantuvieron durante los 8 años de seguimiento, encontrándose mayor cantidad y calidad de apoyo social y reducción de su consumo de alcohol (Timko, Finney y Moos, 2005). Si bien tanto hombres como mujeres alcohólicas usaban estrategias para

resolver el problema en situaciones estresantes, las mujeres fueron quienes reportaron mayor tendencia al uso de estrategias de búsqueda de apoyo social, aceptar responsabilidad y escapar, antes de iniciar un tratamiento (Pelissier y Jones, 2006). Esto llevó a plantear que los factores que tienden a apoyar a la recuperación son el apoyo social, menor uso de estrategias de evitación, y actividades que sean incompatibles con el consumo de sustancias (Timko, Finney y Moos, 2005).

Un punto central dentro de los textos de AA es el soporte emocional, el cual es brindado por los otros miembros del grupo, ya que a través de compartir experiencias el alcohólico se ve reflejado en los otros miembros, y puede así usar la guía de estos en su recuperación (Alcohólicos Anónimos, 2010). Estudios señalan que el soporte social emocional sirve como factor protector que promueve la abstinencia y estilos de vida saludables, además de generar una reducción de los estímulos vinculados al consumo de alcohol (Bond, Kaskutas y Weisner, 2003; Stout, Kelly, Magill y Pagano, 2012).

Una figura importante dentro de AA es el padrino o madrina, quienes son promotores de estilos de vida saludable y espiritualidad ya que ofrecen acompañamiento emocional, contacto regular, comparten experiencias y alientan a seguir el programa de AA (Whelan, Marshall, Ball y Humphreys, 2009). En una investigación, Tonigan y Rice (2010) encontraron que contar con un padrino o madrina en las etapas iniciales de asistencia a AA era un factor vinculado a mayores niveles de abstinencia: aquellos participantes del estudio que contaban con un padrino o madrina, y que llevaban asistiendo a AA por un periodo mínimo de 3 meses, reportaban mayor cantidad de días en abstinencia en comparación a aquellos que no contaban con padrino.

Pérez y Sierra (2007) resaltan la importancia de los vínculos familiares y afectivos, al comparar dos grupos conformados por varones y mujeres que tenían por lo menos un año en abstinencia, donde un grupo había recibido soporte o terapia psicológica formal, mientras el otro no, encontrando que los vínculos familiares y afectivos, denominados “capital humano”, aparecen como el factor de mayor importancia en la decisión de abandonar el consumo y mantener la abstinencia en todos los grupos. Esto es reforzado por investigaciones posteriores que resaltan la importancia del soporte social emocional en la reducción de uso de alcohol, en ayudar a la motivación al cambio y en mantener la abstinencia (Dixit, Chauhan y Azad, 2015; Moon, Mathias, Mullen, Kams-Wright, Hill-Kapturczak, Roache y Dougherty, 2019).

Investigaciones respecto a la efectividad de AA dan resultados contradictorios, sin embargo, la evidencia sugiere que la asistencia a estos espacios beneficia a un número importante de personas, en especial a quienes participan más activamente de las distintas

actividades del grupo, como asistencia regular a sus reuniones, cumplir el rol de padrino o madrina, y la práctica de los 12 pasos (Fiorentine y Hillhouse, 2003; Gutiérrez et al, 2007, Kaskutas, 2009). Estudios realizados determinaron una relación inversa entre involucramiento en prácticas religiosas y uso de sustancias, planteando que involucrarse en prácticas espirituales y religiosas podrían ser un factor de protección contra el desarrollo de adicciones, junto a mecanismos como: soporte social que promueva la abstinencia o consumo moderado, y la práctica de actividades incompatibles con el uso de drogas (Miller, 1998, Stevens, Jason, Ram y Light, 2014; Martin, Ellingsen, Tzilos y Rohsenow, 2015).

Para muchas mujeres la espiritualidad es una alternativa para fortalecer la autoconfianza, tal como lo señala Pérez y Sierra (2007). En el caso de la filosofía AA, primero se enfatiza en un poder superior y luego en los miembros del grupo (National Abandoned Infants Assistance Resource Center, 2006; Alcohólicos Anónimos, 2010). Este es un factor de protección contra el consumo excesivo de sustancias, así que grupos como AA pueden ser de ayuda al momento de proporcionar un lugar seguro y redes de apoyo para mantener la sobriedad (McLeod, 2011).

El apoyo otorgado por el grupo, además, sirve para mantener la sobriedad hasta el momento en el que se da un despertar espiritual, que transforma las percepciones de los eventos estresantes y empieza una nueva dimensión de la recuperación (McLeod, 2011). Esto puede estar vinculado al cambio de estrategias de afrontamiento, ya que se ha encontrado evidencia que, al cambiar la forma de evaluar y enfrentar una situación estresante, el consumo de alcohol puede reducirse (Graff, 2012). Además, aquellos sujetos que logran desarrollar un despertar espiritual tienen mayores probabilidades de prolongar la abstinencia (Lyons, Deane y Kelly, 2013).

Es importante resaltar que un estudio llevado a cabo por Charzyńska (2015) señaló que las mujeres tienden a desarrollar más su potencial espiritual que los hombres, dado que muestran menos dificultades para perdonar a aquellos que las han dañado y/o en expresar gratitud (características y principios espirituales básicos y afines a los preceptos e ideología de AA).

Ante esta información, Erol y Karpyak (2015) plantearon que debería haber mayores esfuerzos en los estudios de las diferencias psico-socio-culturales en los patrones de consumo de hombres y mujeres, para así desarrollar mejores estrategias de prevención específicas para la población femenina.

Esto es altamente relevante debido a que, si bien la tasa de prevalencia de consumo de alcohol en nuestro país está relativamente estable (CEDRO, 2017; WHO, 2018), la brecha de

consumo de alcohol entre mujeres y hombres se sigue achicando (DEVIDA, 2012; CEDRO, 2017; WHO, 2018).

Sanders (2011) señala que las mujeres alcohólicas suelen tener una vivencia diferente de su enfermedad y una mayor tasa de estrés percibido respecto a los varones. Pese a esto en nuestro país no contamos con centros suficientes que ofrezcan tratamiento con perspectiva de género, y de los centros que ofrecen servicios de internamiento para personas alcohólicas, la mayoría no ofrece este servicio para la población femenina (OPS, 2017).

Esta falta de distinción se observa incluso en las investigaciones realizadas al interior de AA, por ejemplo, en un meta análisis se encontró que, de 44 investigaciones, 6 hicieron distinciones por sexo y solo 4 usaron muestras compuestas únicamente por mujeres (Bliss, 2008). En nuestro contexto se han realizado investigaciones centradas en AA de una perspectiva clínica y sin ahondar en el apoyo social o espiritual (Espetia y Ccopa, 2015; Calle, 2017), y si bien existen investigaciones enfocadas a analizar afrontamiento y espiritualidad en AA, estas se centran en muestras de varones, sin considerar la población femenina (Chipana, 2016).

Considerando lo expuesto, el afrontamiento tiene un rol vital en el inicio, mantenimiento y rehabilitación de personas alcohólicas (Graff, 2012); al igual que la espiritualidad, ya que el despertar espiritual llevará a un cambio en la percepción de los problemas y como la persona responde a estos (McLeod, 2011). La existencia de diferencias en la vivencia del alcoholismo, estrategias de afrontamiento y desarrollo espiritual, entre hombres y mujeres es relevante, ya que futuros programas podrían trabajar en variables y problemáticas específicas para cada grupo (Arévalo, Prado y Amaro, 2008).

Por esto, en el presente estudio se plantea como objetivo principal describir las estrategias de afrontamiento y espiritualidad en miembros femeninos de AA. Como objetivos específicos se busca identificar posibles diferencias significativas de cada una de estas variables con las variables sociodemográficas como: edad, lugar de procedencia, estado civil, grado de instrucción, rol que ejerce dentro de AA, y asistencia al grupo de mujeres AA.

Para tal fin se diseñó una investigación cuantitativa que permita recoger información sobre las variables en un momento único y de manera individual a mujeres participantes de grupos de AA en Lima Metropolitana.

Método

Participantes

Para el desarrollo de la investigación se contó con una muestra de 31 mujeres que asistían a 6 diferentes grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) en Lima Metropolitana, las edades de las mujeres de la muestra fluctuaron entre los 27 y 64 años ($M = 44.81$, $DE = 9.874$). Los criterios de inclusión fueron dos: tiempo de abstinencia, mayor a 4 meses, y asistencia a AA. Inicialmente se evaluó a 40 integrantes, pero se eliminaron 9 casos debido a que aún consumían alcohol y su presencia alteraba los resultados de la investigación.

De la muestra estudiada, el 51.6% nació en Lima, y el 45.2% nació en provincia (45.2%) mientras el resto nació en el extranjero (3.2%). La gran mayoría son separadas (58.1%), seguido de casadas/convivientes (25.8%) y finalmente solteras (16.1%).

El mayor porcentaje de la muestra tiene un grado de instrucción universitario completo (35.5%), seguido de instrucción superior técnica completa (29%), secundaria completa (12,9%), secundaria incompleta (9,7%) y educación superior técnica y universitaria incompleta (cada uno con 6,5%).

La edad de inicio del consumo de alcohol fluctuó entre los 12 y 40 años ($M = 17.97$, $DE = 6.380$). Asimismo, el tiempo máximo de abstinencia tuvo una media de 55.68 meses ($DE = 46.198$), con un rango de 6 meses a 17 años. El tiempo de permanencia en AA fluctuó entre 6 meses y 23 años ($M = 74.81$, $DE = 61.149$). Un alto porcentaje de la muestra cuenta con madrina o padrino AA (87.1%), y el 29% son madrinas. El 58.1% no pertenece a ninguna religión, a diferencia del 41.9% restante (84.6% son católicas y el 15.4% son cristianas).

Medición

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas a través del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) Elaborado por Carver, Scheier y Weintraub (1989). El cuestionario evalúa las diferentes estrategias de afrontamiento usadas por los participantes ante sucesos estresantes. Comprende 60 ítems, con un sistema de respuesta tipo Likert, donde las opciones de respuesta son 4: nunca o casi nunca hago esto, a veces hago esto, usualmente hago esto y hago esto con frecuencia, las cuales fueron codificada del 0 a 3 respectivamente. Fue adaptada a nuestro contexto por Cassareto y Chau (2013), agrupando los reactivos en 15 escalas

conformadas por 4 ítems: afrontamiento activo, planificación, postergación del afrontamiento, supresión de actividades competentes, soporte social instrumental, soporte social emocional, reinterpretación positiva y crecimiento, uso del humor, afrontamiento religioso, negación, aceptación, enfocar y liberar emociones, uso de sustancias, desentendimiento mental y desentendimiento conductual. El perfil de afrontamiento se obtiene al sumar los puntajes de los ítems pertenecientes a cada escala, estableciéndose luego una jerarquía de las estrategias de afrontamiento.

En su versión original, el COPE estaba formado por 53 ítems, obteniendo valores de alfa de Cronbach entre .45y .92 para cada estrategia, y una medición 8 semanas después revelaron rangos entre .46 y .86. La validez del constructo reveló 12 factores con eigenvalues superiores a 1.0, de los cuales 11 lograron ser interpretados, mientras los otros no lograron una carga factorial de .30. Estos fueron resultados de un análisis factorial de rotación oblicua (Carver et al, 1989).

En el Perú fue adaptado y aplicado a 817 estudiantes de una universidad privada de Lima y otra pública (Casuso, 1996). El coeficiente alfa de Cronbach de cada escala fue calculada, y se obtuvieron valores entre .40 y .86, inferiores a los obtenidos por los autores originales de la prueba. El nivel de validez mediante una rotación varimax fue superior a 1.1., arrojando 13 escalas, sugiriendo una reorganización de la escala original. Investigaciones posteriores usaron la adaptación lingüística de Casuso (1996) y confirmaron que la prueba funciona adecuadamente en nuestro contexto, encontrando puntuaciones similares respecto al alfa de Cronbach (Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez, 2003; Cáceres, 2016).

Rodríguez (2012) realizó una investigación usando el COPE en una población de adictos en nuestro contexto, encontrando valores de confiabilidad que oscilaban entre .64 y .89 para los estilos de afrontamiento. Respecto a las estrategias, se encontraron valores entre .41 y .90, siendo este último el de la estrategia de acudir a la religión.

La investigación realizada por Cassaretto y Chau (2016) usando el COPE 60 traducido al español con una muestra de estudiantes universitarios, obtuvo resultados, respecto a alfa de Cronbach, entre .54 y .91. El análisis factorial exploratorio con rotación oblicua, respecto a la validez, obtuvo un KMO DE 0.80 (P 0.80 (P<0.001) y una varianza de 65%, explicando así 15 factores obtenidos.

Chipana (2016) aplicó el COPE a una población de varones pertenecientes a AA, obteniendo un alfa de Cronbach total de .87. La estrategia enfocar y liberar emociones obtuvo la puntuación más alta, de .79, las demás estrategias oscilaron entre .54 y .77, exceptuando

postergación del afrontamiento y desentendimiento conductual, que obtuvieron .49 y .48 respectivamente.

En el presente estudio se encontró un alfa de Cronbach para la prueba total de .833. La estrategia uso del humor obtuvo la puntuación más elevada (.865), el resto oscilaron entre .614 y .812, a excepción de planificación (.542), desentendimiento conductual (.538) y negación (.530). Respecto a la estrategia uso de sustancias, debido a que todos los integrantes de la muestra se encontraban en abstinencia, las respuestas fueron constantes, por lo cual se decidió no utilizar esta escala.

Para medir la espiritualidad se utilizó el Cuestionario de Espiritualidad (SQ), desarrollado en Australia por Parsian y Dunning (2009), el cual está compuesto de 29 ítems y usa una escala de respuesta de Likert que consta de 4 puntos: muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), en acuerdo (3), muy de acuerdo (4). Este instrumento mide la espiritualidad como búsqueda de sentido de la vida, autorrealización, paz interior, y conexión con uno mismo, con el entorno y con una fuerza superior. Cuenta con 4 sub-escalas: autoconciencia, creencias espirituales en la vida, prácticas espirituales y necesidades espirituales. El nivel de espiritualidad del individuo es obtenido al sumar los puntajes de los ítems pertenecientes a cada escala, obteniéndose 4 puntajes. Añadido a esto, la prueba cuenta con tres preguntas abiertas respecto a la espiritualidad.

La confiabilidad del cuestionario se obtuvo por la consistencia interna, mediante el coeficiente alfa de Cronbach, siendo de .94 para la prueba total y entre .80 y .91 para las cuatro sub-escalas, con Autoconciencia y Creencias espirituales obteniendo las puntuaciones más altas (.91 para ambos) mientras necesidades espirituales y prácticas espirituales arrojaron puntuaciones de .89 y .80 respectivamente. El test-retest no mostró diferencias significativas entre ambas aplicaciones, con 8 semanas de diferencia, usando la prueba Wilcoxon. Mediante el análisis factorial exploratorio se obtuvo un KMO DE .90 ($P < 0.001$), con una varianza de 62.17% para las escalas de la prueba (Parsian y Dunning, 2009).

Este cuestionario fue adaptado en Bogotá, y aplicado a una muestra de 204 jóvenes (Díaz, Muñoz y Vargas, 2012). La confiabilidad del instrumento total fue de .88, lo cual significa que la prueba es consistente, por su parte, las sub-escalas obtuvieron un alfa de Cronbach entre .74 y .90 (Creencias espirituales reportaron .90, autoconciencia .82, necesidades espirituales .76 y prácticas espirituales .74). La validez de contenido tuvo como base al criterio de jueces. El análisis factorial exploratorio señaló que el 52.60% de la varianza está explicada por cuatro factores, concluyendo que el instrumento es válido y confiable en su versión en español. Como parte de sus conclusiones, las autoras sugirieron la reubicación de los reactivos 21, 22 y 23 a la

sub-escala prácticas espirituales, originalmente estos pertenecían a la sub-escala necesidades espirituales, y de esa forma lograr un mejor ajuste del modelo, aunque en investigaciones futuras Díaz (2012) no llevó a cabo la reorganización en un intento de replicar la forma original de la prueba.

Díaz (2012), usó la versión en español con 499 adultos jóvenes de la Universidad Nacional de Colombia, con jóvenes abstemios y con consumidores moderados de alcohol. La confiabilidad total del instrumento fue de .91, mientras las sub-escalas obtuvieron un alfa de Cronbach entre .75 y .91, respondiendo a creencias espirituales .91, autoconciencia .83, necesidades espirituales .78 y prácticas espirituales .75. La varianza explicada por los 4 factores fue de 56.4%.

En la investigación realizada por Chipana (2016) en una muestra de varones asistentes a reuniones de AA en el contexto peruano, se obtuvo un alfa de Cronbach total de .90, y subescalas de .88, .87, .81 y .80 (necesidades espirituales, creencias espirituales, practicas espirituales y autoconciencia respectivamente).

En el presente estudio el SQ obtuvo un alfa de Cronbach total de .914 y subescalas de .899, .857, .835 y .794 (Creencias espirituales, practicas espirituales, autoconciencia y necesidades espirituales respectivamente).

Procedimiento

Se contactó con una participante activa de AA a quién se le explicó los objetivos del estudio y facilitó el acceso a la muestra, acompañando a las reuniones de AA durante los días de semana. Antes de empezar cada reunión, se informó a los miembros sobre el objetivo de la investigación para solicitarles su colaboración. Aquellas que accedieron participar de manera voluntaria firmaron el consentimiento informado (Apéndice D), y se prosiguió con la entrega de los cuestionarios, los cuales demoraron entre 15 y 30 minutos en contestar. La recolección de datos duró 3 meses y se realizó en 6 grupos, ubicados en los distritos de San Borja, Surquillo, Surco y Miraflores. A los 3 meses la institución decidió de manera repentina suspender el apoyo a investigaciones universitarias, debido a inconvenientes con otros grupos investigadores, motivo por el cual, no se pudo continuar con la recogida de datos.

Análisis de datos

Una vez recopilados los datos, los resultados fueron analizados a través del programa estadístico SPSS 23.0. Al observar los datos recolectados se notó que 9 de las mujeres todavía consumían alcohol, por lo cual se realizó un análisis de estos casos en comparación al grupo, encontrándose diferencias significativas, por lo cual no fueron incluidas en la investigación. Se

aplicó el análisis estadístico de confiabilidad para obtener el alfa de Cronbach, tanto de los instrumentos como de sus factores y reactivos. El análisis de normalidad, realizado con el estadístico Shapiro-Wilk, permitió determinar si la distribución de datos era o no paramétrica. Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencia para la información recabada en las fichas sociodemográficas y de evaluación de consumo. Luego se realizaron análisis de correlación entre espiritualidad y afrontamiento. Para los objetivos específicos se realizaron contrastes con edad, que consistía de tres rangos: Adulthood temprana (20-39 años); Adulthood Media (40-64) y Adulthood Tardía (Mayor a 65 años), lugar de nacimiento, estado civil, rol en AA y asistencia al grupo de mujeres.



Resultados

Inicialmente se presentarán los hallazgos descriptivos encontrados para las estrategias de afrontamiento y dimensiones de espiritualidad, para continuar con las correlaciones y finalizar con el análisis de las diferencias significativas tanto en las estrategias de afrontamiento como en las escalas de espiritualidad de acuerdo a cada una de las variables sociodemográficas estudiadas.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, se obtuvo un mayor uso de afrontamiento religioso, reinterpretación positiva, búsqueda de soporte social instrumental y aceptación, así como un menor uso de negación (Gráfico 1).

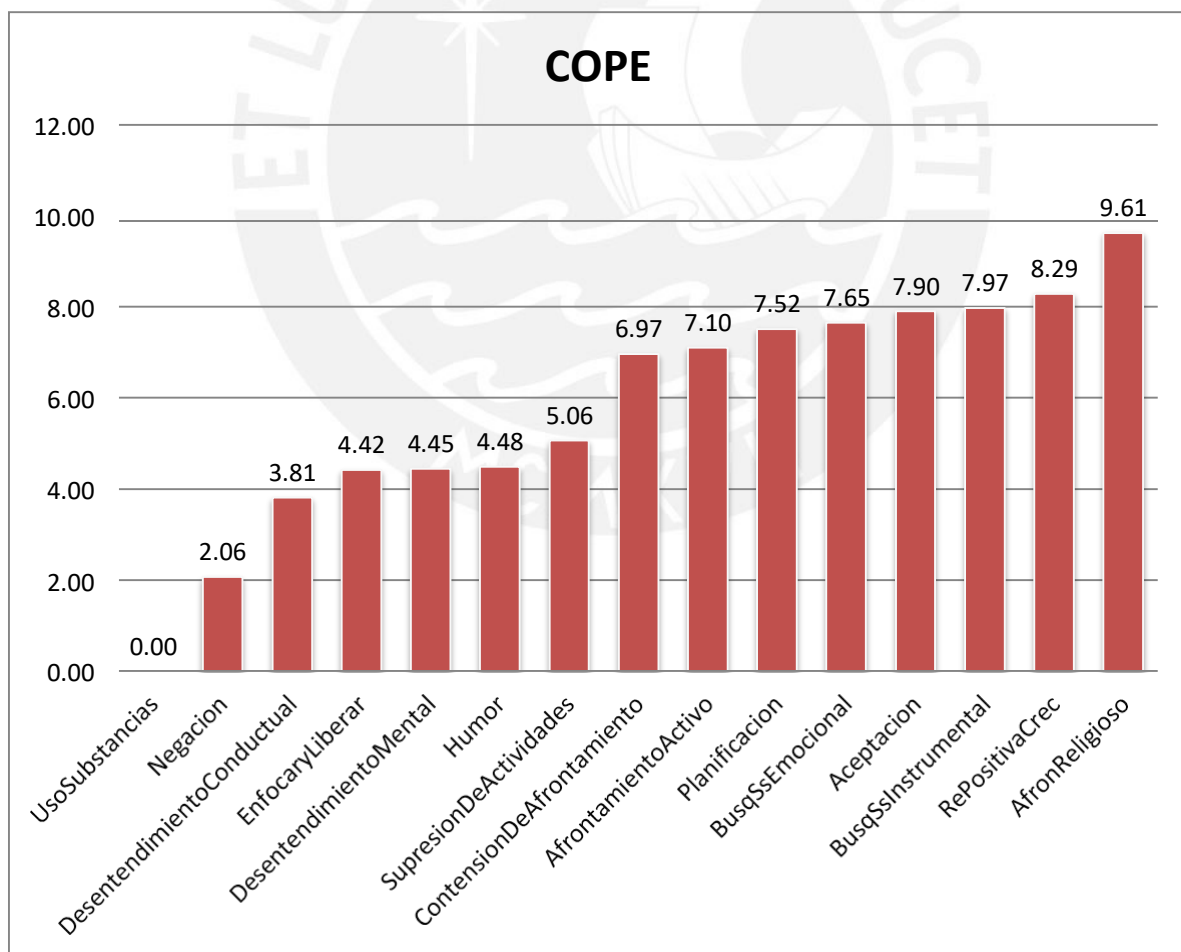


Gráfico 1: Resultados descriptivos de estrategias de afrontamiento

En relación a las características descriptivas de espiritualidad (Tabla 1), se observan puntajes elevados en cada una de las variables, ya que sus medias se aproximan a los valores máximos posibles de cada sub escala

Tabla 1

Resultados descriptivos de las dimensiones de SQ

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
<i>Autoconciencia</i>	31.81	3.911	23	40
<i>Necesidades Espirituales</i>	30.52	3.192	25	36
<i>Prácticas Espirituales</i>	19.32	2.937	12	24
<i>Creencias Espirituales</i>	14.16	1.985	8	16

N=31

Realizado el análisis de correlación entre las variables de espiritualidad y afrontamiento, se obtuvo 23 correlaciones directas y estadísticamente significativas (Tabla 2). De estas, las más significativas fueron afrontamiento activo y practicas espirituales; planificación y practicas espirituales y contención de afrontamiento y practicas espirituales ($p < 0.01$)

Tabla 2

Correlaciones entre afrontamiento y espiritualidad

	Autoconciencia	Creencias espirituales	Prácticas espirituales	Necesidades espirituales
Afrontamiento activo	,436*	,533**	,615**	,523**
Planificación	,510**	,514**	,692**	,379*
Contención de afrontamiento	,503**	,601**	,639**	,518**
Reinterpretación positiva y crecimiento	,436*	,592**	,469**	,411*
Aceptación		,438*		,420*
Desentendimiento conductual				,421*
Afrontamiento religioso			,418*	,463**
Humor	,397*	,471**		

N=31, * $p < 0.005$, ** $p < 0.01$

A continuación se presentarán los resultados de los objetivos específicos, que eran describir si hay cambios en las sub-escalas de estrategias de afrontamiento y las sub-escalas de espiritualidad de acuerdo a su edad, lugar de nacimiento, estado civil, rol dentro de AA (madrina o no madrina), asistencia al grupo de mujeres (asiste o no asiste) y práctica de alguna religión.

Respecto a las **estrategias de afrontamiento**, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la práctica de alguna religión.

Respecto a la **edad**, se encontraron diferencias significativas ($p=0.05$) entre miembros que se encontraban en la adultez media (40 a 64 años) y aquellas en la adultez temprana (20 a 39 años), siendo aquellas en la adultez media quienes puntuaron más bajo en búsqueda de soporte social emocional ($M_{adultezmedia}= 7.05$, $DE=2.57$; $M_{adulteztemprana}= 8.90$, $DE= 1.79$) y desentendimiento mental ($M_{adultezmedia}= 3.95$, $DE= 1.98$; $M_{adulteztemprana}= 5.50$, $DE= 1.84$).

En cuanto al **lugar de nacimiento**, solo se encontraron diferencias significativas en la estrategia búsqueda de soporte social emocional. Aquellas mujeres que nacieron en Lima reportaron mayor uso de esta estrategia a comparación de aquellas que nacieron en provincia ($Mdn_{Lima}= 9.00$, $DE= 2.80$; $Mdn_{Provincia}= 6.00$, $DE= 1.13$)

Sobre el **estado civil**, se encontraron diferencias solo en la estrategia afrontamiento activo. Las mujeres solteras mostraron mayor uso de afrontamiento activo que aquellas casadas o convivientes ($Mdn_{Solteras}= 8.00$, $DE= 2.16$; $Mdn_{Casada/Conviviente}= 5.50$, $DE= 1.76$).

En relación al **rol que desempeña en AA**, las diferencias significativas solo se encontraron en la estrategia de afrontamiento negación ($P= 0.01$). Aquellas mujeres que no ejercían el rol de madrina puntuaban de manera más elevada en esta estrategia a comparación de aquellas que sí cumplían este rol ($Mdn_{NoMadrina}= 3.00$, $DE= 1.84$; $Mdn_{Madrina}= 1.00$, $DE= 1.05$)

Respecto a la **asistencia al grupo de mujeres** solo se encontraron diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento Supresión de actividades ($P= 0.04$): Aquellas mujeres que afirmaron asistir al grupo de mujeres puntuaron hacer un menor uso de esta estrategia frente a quienes asisten a grupos mixtos ($Mdn_{NoAsiste}= 5.00$, $DE= 1.80$; $Mdn_{SiAsiste}= 4.00$, $DE= 1.49$).

Respecto a la **espiritualidad**, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables sociodemográficas analizadas.

Discusión

Una de las variables que explica el abuso de alcohol en mujeres está relacionado a estrategias inadecuadas de afrontamiento debido a la percepción de no contar con los recursos necesarios para lidiar con las demandas del entorno, así como sentimientos de soledad, falta de apoyo y guía (Wills y Hirky, 1996; Sanders, 2011).

Una comunidad terapéutica podría reducir los sentimientos de soledad, y brindar apoyo y guía, en este sentido Rodríguez (2012) reportó que aquellos pacientes que veían su internamiento como una oportunidad de mejoría, tenían mayor éxito en su proceso de recuperación. Según este autor, esto sucede cuando existe una reinterpretación del sentido de dejar de beber, de experiencias pasadas o actuales, optando por tratar de crecer como individuos, considerando las situaciones estresantes como oportunidades para el crecimiento personal. En la comunidad de Alcohólicos Anónimos, esta reinterpretación está ligada a sus principios espirituales, debido a esto analizar la espiritualidad es relevante.

Las estrategias de afrontamiento varían dependiendo de la situación, recursos y habilidades del individuo, así como sus creencias y valores (Wade y Travis, 2003; Gaeta y Martín, 2009). Se encontró que la estrategia más utilizada por las participantes es Afrontamiento Religioso (9.61/12), que implica buscar apoyo en alguna religión o deidad al enfrentarse a situaciones estresantes, lo cual resulta interesante dado que gran parte de la muestra (58.1%) señaló no identificarse con una religión. Estos resultados coinciden con Guevara et al. (2001) y Chipana (2016) que encontraron esta estrategia como una de las más utilizadas por individuos tratando de superar una adicción a drogas, a pesar de que estas personas no se identifican con una religión. Esto mostraría que en este grupo de mujeres no es necesario pertenecer a una religión para recurrir a Dios o a prácticas como rezar en un momento difícil. Por otra parte, también se podría vincular con el principio fundamental de la espiritualidad en AA, en la que el Poder Superior es ajeno a una religión específica, sino es visto como una fuerza espiritual que ayuda a transformar la vida y a lidiar con los problemas del día a día, lo cual se analizará más adelante (Alcohólicos Anónimos, 2010).

La segunda estrategia más usada fue reinterpretación positiva y crecimiento (8.29), que implica darle un significado positivo y aprender de la situación estresante, lo cual podía

entenderse como el dejar de beber. Para los miembros de AA, es un cambio en su estilo de vida y en su sistema de creencias, es decir pasar a una vida más espiritual.

La búsqueda de soporte social instrumental, vital para el proceso de cambio, ya que permite pasar del estadio acción al de mantenimiento de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Wills y Hirky, 1996; Sanders, 2011), una de las estrategias más utilizadas por la muestra, con un puntaje de 7.97/12. Investigaciones resaltan que en el caso de la mujer alcohólica, el consumo podría estar ligado a un mayor deseo de vinculación con otros, que al no ser satisfecho llevaría al abuso de la sustancia (Coker, 1997). Esto explicaría porque las mujeres de la muestra mantienen su sobriedad al encontrar una manera alternativa de afrontar sus problemas, apoyándose en la guía, apoyo y confianza del grupo y sus miembros y ya no en la bebida.

Respecto a las estrategias menos usadas, las cuales fueron Uso de sustancias, la cual puntuó 0, y Negación, con un puntaje de 2.06, considerando que uno de los criterios de inclusión de la presente investigación fue que el tiempo de asistencia y abstinencia mínima fuera de 6 meses, esto indicaría que esta muestra es consciente de su problema. Esto coincide con lo planteado por Rodríguez (2012) donde se señaló que, al ser AA un grupo de asistencia voluntaria, aquellos que continúen asistiendo serán quienes tengan conciencia de su alcoholismo.

Asumiríamos entonces que la muestra estudiada tiene conciencia de su enfermedad, y la percepción de poder lidiar con las demandas del entorno, así como contar con apoyo y guía por parte del grupo, además de poseer estrategias adaptativas como reinterpretación positiva y el acudir a la religión o Dios. Estos servirían como factores de protección y podrían significar un buen pronóstico para la muestra en su proceso de recuperación. Investigaciones señalan que los principios espirituales y la práctica de estos ayuda a integrantes de grupos como AA a encontrar mejores estrategias de afrontamiento y poder así reducir su consumo de alcohol (Morjaria y Osford, 2002; Díaz, 2012).

Chipana (2016) realizó una investigación con los mismos instrumentos en una muestra de varones que asistían a un grupo de A.A. en Lima metropolitana, donde encontró puntajes elevados en 3 de las escalas. En la presente investigación, a diferencia de Chipana, se encontraron puntajes elevados en las 4 escalas de espiritualidad, la diferencia siendo Prácticas Espirituales. Vale recordar que el despertar espiritual está vinculado al desarrollo pleno de las 4 escalas de espiritualidad, y que al lograr esto se mejoran las posibilidades de mantener la abstinencia (McLeod, 2011; Lyons, Deane y Kelly, 2013).

Que las mujeres participantes de AA tengan un puntaje más alto en las escalas de espiritualidad podría estar vinculado a lo sugerido por Brown y colaboradores (2001), que señalan que las mujeres que asisten a AA tienen un mayor potencial espiritual y tienden a desarrollarlo más en comparación a los varones. Esto también podría deberse a variables culturales, sociales y de género. Según Villasmil (2000), los padres refuerzan actitudes de perdón y entendimiento en sus hijas, mas no en los varones, lo cual puede llevar a que las hijas desarrollen actitudes más complacientes y sumisas en comparación, además de una mayor tendencia a interiorizar culpa por diversas situaciones y buscar maneras en las cuales solucionarlas. El potencial espiritual podría estar vinculado a la influencia de estereotipos de género, explicando porque las mujeres tienen mayor facilidad para perdonar y reevaluarse, lo cual llega a ser un recurso al aplicarse en un contexto de recuperación y vivencia espiritual. Esto resaltaría la necesidad de considerar la variable de género en futuras investigaciones, dado que no solo afectaría la vivencia del alcoholismo o los riesgos asociados a este, sino también las formas de tratamiento a considerar.

Los puntajes elevados en Autoconciencia y en Necesidades Espirituales, implican que las mujeres de la muestra tendrían tanto capacidad para reconocer aspectos positivos de sí mismas como un deseo de buscar un propósito y significado a la vida; esto estaría vinculado a aspectos de los 12 pasos y de los principios AA, que señalan que uno debe admitir su impotencia ante el alcohol, hacer un inventario de aspectos positivos y negativos de uno mismo y trabajar sobre ello para así tener una visión de la vida en torno al amor, perdón y ayuda a otros (Alcohólicos Anónimos, 2010). Esto facilitaría el encontrar un propósito en la vida basándose en principios espirituales.

Las dos dimensiones restantes: Practicas Espirituales y Creencias espirituales, también obtuvieron puntuaciones elevadas; esto indicaría que las mujeres de la muestra realizarían actividades como la meditación y oración para reducir el estrés de la situación estresante, y que el creer en un Dios o Poder Superior reconforta y es parte importante de su visión de vida. Esto se relacionaría con lo señalado por el National Center on Addiction and Substance Abuse (2001), Díaz y Muñoz (2016), y Wirkiewitz, McCaliion y Kirouac (2016), quienes proponen que mantener actividades incompatibles con el consumo, como unirse a grupos religiosos o espirituales, pueden ayudar a reducir la ansiedad y deseos de consumo. En la muestra estudiada, la oración y meditación, así como el sentirse escuchadas y resguardadas por el Poder Superior, serían factores de protección frente a las ansias de consumo, lo cual ayudaría en su proceso de recuperación.

Los puntajes elevados en las 4 escalas de Espiritualidad están ligados al despertar espiritual, el cambio psíquico profundo que lleva a una nueva visión de la vida y cambios en la conducta de la persona (Días y Muñoz, 2013; García, Páez, Reyes-Reyes y Álvarez, 2017). Las mujeres de la muestra tendrían una diferente visión de las situaciones estresantes en sus vidas, así como una diferente manera de lidiar con estos, apoyándose en un Poder Superior, teniendo una visión positiva de sí mismas, y recurriendo a las otras personas del grupo A.A. cuando lo necesiten.

El objetivo principal del presente estudio fue investigar la relación entre Estrategias de Afrontamiento y Espiritualidad. Los resultados mostraron 23 correlaciones directas y estadísticamente significativas, de las cuales 14 son fuertes (oscilando entre 0.436 y 0.639), entre las dimensiones de espiritualidad y estilos de afrontamiento. Esto difiere significativamente de los resultados de Chipana (2017) que encontró 6 correlaciones entre los mismos constructos en una muestra de varones que asisten a un grupo AA en Lima.

A continuación se discutirán las estrategias de afrontamiento que correlacionaron con las 4 escalas de espiritualidad: Autoconciencia, que implica que reconocen aspectos positivos de sí mismas, Creencias Espirituales, que significa que consideran la espiritualidad como importante en sus vidas, Prácticas Espirituales, que buscan un propósito en esta y ponen en práctica su espiritualidad y Necesidades Espirituales

Respecto a la asociación entre Afrontamiento Activo y Espiritualidad. La autoconciencia, que implica una visión positiva de sí mismas y de sus capacidades, es un factor que ayuda a reducir el consumo en personas alcohólicas (Díaz et al, 2012). Además de las creencias espirituales, de la importancia que se le otorgue y la práctica constante de estas, tienden a ser un apoyo adicional para reducir el consumo, contribuyendo a la regulación de emociones, lo cual conlleva a un empleo de estrategias más adaptativas (Laudet, Morgen y White, 2006; Hernández, Salerno y Bottoms, 2010). Tener una visión más positiva de sí mismas, poseer creencias espirituales y el deseo de tener una mejor vida, junto al uso de prácticas espirituales, llevaría a las mujeres de la muestra a enfrentar satisfactoriamente situaciones que pondrían en riesgo su calidad de vida

Respecto a la asociación entre Planificación y Espiritualidad, las investigaciones muestran que, aquellas mujeres con una visión positiva de sí mismas tienden a planificar un curso de acción antes de lidiar con un estresor (Hernández y colaboradores, 2010). Las creencias espirituales y la práctica de estas, tal como la meditación, reducen los niveles de estrés (Mental Health Foundation, 2006) y la búsqueda de un significado a la vida sirven como factor de protección, vinculándose al uso de estrategias adaptativas como el afrontamiento activo y la

planificación (Fallot y Heckman, 2005). Las mujeres de la muestra que reconocen sus capacidades y limitaciones, confiarían en un Poder Superior y buscan un significado a la vida, haciendo uso de prácticas espirituales lo cual estaría disminuyendo sus niveles de estrés, permitiendo tanto planificar como afrontar una situación estresante.

Respecto a la asociación entre la estrategia de contener el afrontamiento y las cuatro variables de espiritualidad, se podría asumir que la madurez espiritual, que implica el reconocer los aspectos positivos de uno mismo, la búsqueda de la armonía y paz interior, y las practicas espirituales, está vinculada al cambio en las estrategias de afrontamiento, llevando a la persona a evaluar la situación y reconocer el momento adecuado para lidiar con el estresor (Díaz, Muñoz y Duran, 2012). Estos resultados se replicarían en la muestra, donde se ve que los cuatro aspectos de espiritualidad, vitales para la madurez espiritual, se vinculan a estas estrategias mencionadas así como la de contención de afrontamiento.

Otra de las estrategias que correlacionó con todas las escalas de afrontamiento fue Reinterpretación Positiva y Crecimiento. Estas se vinculan al despertar espiritual, un cambio profundo en la persona y sus estrategias de afrontamiento, llevándolo a una nueva forma de interpretar la vida y relacionarse con los eventos estresantes de esta (Gutiérrez et al, 2007). El reconocer la existencia de un problema, tomar acciones para generar un cambio y posteriormente mantenerlos, que en el caso de la muestra sería la abstinencia de alcohol, se vincula al modelo propuesto por Prochaska, el cual denomina despertar espiritual (Díaz y Muñoz, 2013; García, Páez, Reyes-Reyes y Álvarez, 2017).

Ahora se discutirán aquellas estrategias que obtuvieron correlaciones solo con algunas de las escalas de espiritualidad. Se observa que aquellos miembros que usan la estrategia Aceptación tienen correlación con dos escalas: Creencias y Necesidades Espirituales, esto significaría que estas mujeres otorgan mayor importancia a la espiritualidad y a la búsqueda de paz interior. Villasmil (2000) señala que parte vital del cambio es aceptar la realidad de las situaciones estresantes. De esta manera podemos inferir que las mujeres de la muestra cuentan con la espiritualidad como un factor de protección y la búsqueda de paz interior las puede llevar a reconocer la existencia de estresores, permitiendo aplicar estrategias adaptativas para resolver la situación.

Existe una relación entre Desentendimiento Conductual, que se refiere a la reducción de esfuerzos para lidiar con el estresor y la búsqueda de paz interior, reflejado en Necesidades Espirituales. Esta estrategia de afrontamiento es mal adaptativa y está vinculada al consumo de sustancias, y pese a ser una de las menos usadas por la muestra (Grafico 1) es relevante analizar esta relación. Díaz y colaboradores (2012) señalan que el cambio profundo

en AA se da al trabajar los cuatro aspectos de la espiritualidad, y no solo algunos de estos. Es posible que parte de las mujeres de la muestra estén internalizando una filosofía de vida con ideas espirituales y búsqueda de paz, pero no estén aplicando el resto del programa de AA.

Si bien la mayoría de la muestra no se identifica con una religión (58.1%), aquellas que recurren a Dios usando el Afrontamiento Religioso correlacionan en el uso de Prácticas espirituales y Necesidades espirituales. Personas con alta necesidad de vincularse con Dios, harían uso de prácticas espirituales, tal como la oración (Díaz, 2012). Las mujeres de la muestra recurren a Dios o a un Poder Superior al enfrentarse a situaciones estresantes, y una forma de hacer esto es a través de la oración, existiendo una mayor tendencia a recurrir a este si la persona tiene altas necesidades espirituales.

Las mujeres que reconocían sus aspectos positivos y ponían alta importancia en sus creencias espirituales tendían a usar el humor como estrategia de afronte. El humor puede ser usado de manera adaptativa o mal adaptativa, su interpretación dependerá de los otros estilos a los que este asociado (Martin, Puhlik-Doris, Larsen & Weir, 2003; Cann & Ettzel, 2008). Es probable que en esta muestra el humor sea usado para reinterpretar la situación estresante de manera positiva, apoyando al uso de las estrategias de afrontamiento adaptativas. Además, Moran y Massam (1999) señalaron que el uso de humor como estrategia de afrontamiento, se encontraba asociado a emociones positivas, llegando a la hipótesis que el humor podría servir como un factor de protección a estímulos y reacciones negativas.

Además se establecieron comparaciones en función a las variables sociodemográficas como edad, lugar de nacimiento, estado civil, rol en AA (si eran madrinas o no) y asistencia al grupo de mujeres. Las cuáles serán analizadas a continuación.

Se encontraron diferencias significativas en las estrategias soporte social emocional y desentendimiento mental entre las mujeres en el periodo de adultez temprana (20 a 39 años) y las de adultez media (40 a 64 años). Esto señala que las mujeres con menor edad recurren más a otros en búsqueda de apoyo y buscarían distraerse de la situación difícil más que las mujeres de mayor edad. Esto coincidiría con los hallazgos de investigaciones anteriores (Diehl, Coyle y Labouvie-Vief, 1996; Griffith, 2009) que encontraron que las mujeres adultas tempranas tienden a hablar más con otras personas y relajarse como estrategia de afronte, en comparación a mujeres de mayor edad. Es posible que las mujeres más jóvenes tengan mayor necesidad de apoyo que las mayores, y si estas no son satisfechas, buscaran desentenderse de la situación estresante como estrategia de afrontamiento. Sin embargo, es importante tomar en cuenta no solo los desafíos propios de cada etapa de desarrollo sino también los estresores contextuales (McCrae, 1982).

Las mujeres de la muestra nacidas en provincia (45.2%) buscan menos apoyo y consejo de otros en comparación a las mujeres nacidas en Lima. Granel (2008) señala que, para las personas migrantes, al verse separados de su familia, amigos, cultura, y estatus social, se dificultaría el proceso adaptativo a un nuevo entorno. Además el número de estresores a los que se enfrenta la persona migrante son mayores a las personas nacidas en Lima (Torrejón, 2011). Rodríguez (2017) señala también que las personas nacidas en provincia que residen en Lima hacen menor uso de estrategias adaptativas al ser comparadas con aquellas que nacieron en Lima. Otra posible explicación es la falta de personas conocidas o de confianza a quienes recurrir, tal como miembros de la familia o amigos (Ward y Kennedy, 1994). Por otra parte, Verde (2014) plantea que es posible que las personas nacidas en provincia hayan sido socializadas y se han desarrollado en un entorno que no promovería la apertura social emocional de la misma manera que las mujeres en Lima.

En la muestra estudiada las mujeres con estudios superiores universitarios tienden a buscar más el consejo de otros, usan más el humor y ponen más importancia en sus creencias espirituales que las mujeres con educación técnica completa. Un estudio realizado por Hill (2011) resaltó que el graduarse de estudios superiores reduce la adherencia exclusiva a dogmas religiosas, más no la creencia en Dios. Es posible que las mujeres de la muestra que culminaron sus estudios universitarios, puntúen más alto en creencias espirituales debido a una interpretación más amplia de la espiritualidad que no se adhirió exclusivamente a un dogma religioso. Moran y Hughes (2004) señalaron que el uso del humor en graduados universitarios ayuda a obtener soporte social y reducir el estrés, por lo que es posible que las mujeres que puntúan más alto en soporte social instrumental estén haciendo uso del humor, sirviendo este como factor de protección, para obtener apoyo social instrumental.

Se encontró que las madrinas puntúan más bajo en la estrategia negación en comparación a aquellas que no cumplen este rol. Crape, Latkin, Laris y Knowlton (2002) señalaron que el padrino o madrina debe ser capaz de ayudar a su ahijado a reconocer sus defectos de carácter, reconocer situaciones problemáticas y apoyar a enfrentarlas, por lo que cumplir este rol incrementa el compromiso hacia el programa y la motivación para el cambio de estilo de vida. Pagano, Friend, Tonigan y Stout (2004) encontraron que aquellos alcohólicos en recuperación que apoyan a otros, logran mantener su sobriedad y motivación para el cambio por mayor tiempo. Es posible que en la muestra estudiada las madrinas (que corresponden al 29% de la muestra), usen menos la negación debido a que deben ser guías para ayudar a otros a reconocer y afrontar las situaciones estresantes, y esto incrementa su compromiso con el programa y deseo de mantener un estilo de vida saludable.

Un punto importante a considerar es que, AA, reconociendo la particularidad de la experiencia de la mujer alcohólica y la dificultad para hablar de su vida ante la presencia de varones, creó en el año 2015 un grupo exclusivo para mujeres, ya que reconocían que, compartir experiencias de maltrato, abuso y de conductas de riesgo, en especial de índole sexual, las hacían “blanco” de acoso por parte de algunos de sus compañeros varones en AA (Entrevista Personal). Esto se vincula a lo señalado por Villasmil (2000) y por Sanders (2011) que refieren que en este tipo de contextos, es mejor que una mujer vulnerable sea apoyada por otras mujeres. En este estudio se encontró que las mujeres que asistían a grupos mixtos puntuaron más alto en supresión de actividades, lo cual significaría que aquellas que no asisten al grupo solo de mujeres podrían ser distraídas por otros estímulos. La investigación realizada por Surrey (1991) señalaba que los sentimientos de minusvalía de una mujer consumidora pueden aflorar al enfrentarse a situaciones estresantes, por lo que plantea realizar algunas actividades distractoras que puedan recordarle a la persona su valor y autonomía. Es posible que en la muestra estudiada, el pertenecer a un grupo solo de mujeres, implicaría una mayor oportunidad de expresión y facilidad para rememorar experiencias pasadas, por lo cual las mujeres recurrirían más a esta estrategia para recordarse su autonomía y valor.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, debido a la naturaleza anónima de AA, el acceso a la muestra fue difícil, lo cual llevó a un número limitado de participantes, por lo cual en algunos casos los grupos de variables sociodemográficas eran demasiado pequeños para analizar a profundidad. Se recomienda contar con una muestra más numerosa en el futuro y explorar las diferencias respecto a estas variables. Además, pese a encontrarse un alto número de correlaciones entre los constructos estudiados, las comparaciones por variables sociodemográficas no terminan de explicar esta relación. Es posible que estas estén siendo afectadas por otras variables no consideradas en esta investigación, como la práctica de los 12 pasos o la frecuencia de asistencia a los grupos por lo cual se recomienda evaluarlos en futuras investigaciones.

Es importante realizar investigaciones longitudinales para analizar la evolución de los cambios en las estrategias de afrontamiento y espiritualidad. Si bien la mayoría de la muestra no se identificó con una religión, es importante analizar si ser criados en una familia religiosa puede afectar el desarrollo espiritual en la vida adulta. Según la bibliografía revisada, deberían existir mayores diferencias entre las mujeres que participan en el grupo de mujeres y aquellas que participan de grupos mixtos, es posible que esto sea debido a que en el momento de toma de datos, el grupo solo llevaba formado 2 años y todas las integrantes empezaron a asistir a AA en grupos mixtos.

Este tipo de investigación es importante debido a la poca cantidad de investigaciones en mujeres pertenecientes a AA. Si bien se reconoce que la experiencia espiritual de la mujer alcohólica difiere a la del hombre, no se debe generalizar los resultados obtenidos en muestras consistentes de varones a la población femenina, esta debe ser estudiada además desde una perspectiva de género y los resultados ser usados para mejorar el tipo de tratamiento y enfoque que los terapeutas puedan aplicar a sus pacientes.



Referencias

- Abbey, A. (2002) Alcohol related sexual assault: A common problem among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 14,118-128. Recuperado de: <http://www.collegedrinkingprevention.gov/media/journal/118-abbey.pdf>
- Alcohólicos Anónimos (2010) *El libro grande*. Canada: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Alcoholics Anonymous World Services (1993) *Esto es A.A. Una introducción al programa de recuperación de A.A.* New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Aldwin, C., Sutton, K., Chiara, G. y Spiro, A.(1996). Age Differences in Stress, Coping, and Appraisal: Findings From a Normative Aging Study. *Journal of Gerontology*, 4(51), 179-188.
- Arévalo, S., Prado, W., y Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation Program Planning*, 31(1), 113–123.
- Becker, H. (2008) Alcohol Dependence, Withdrawal, and Relapse. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 31(4), 348-361. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860472/pdf/arh-31-4-348.pdf>
- Bliss, D. (2007) Empirical Research on Spirituality and Alcoholism: A Review of the Literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 7(4), 5-25. Recuperado de: http://www.uwyo.edu/socialwork/_files/docs/pdf/empirical-research.pdf
- Breslin, F., O’Keeffe, M., Burrell, L., Ratliff-Crain, J. y Baum, A. (1995) The effects of stress and coping on daily alcohol use on women. *Addictive Behaviors*, 20(2), 141-147.
- Brown, B. S., O’Grady, K. E., Farrell, E. V., Fechner, I. S. y Nurco, D. N. (2001). Factors associated with frequency of 12-step attendance by drug abuse clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 147–160.
- Bond, J., Kaskutas, L. y Weisner, C. (2003) The persistent influence of social networks and alcoholics anonymous in abstinence. *Journal of studies on alcohol*, 64(4), 579-588. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12921201>

- Carver, Ch., Scheier, M. y Weintrub, J. (1989) Assessing Coping Strategies: A theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(2), 267-283. Recuperado de: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p89COPE.pdf>
- Cassaretto, M. y Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 42(2), 95-109. Recuperado de: http://www.aidep.org/03_ridep/R42/Art9.pdf
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. 21(2), 365-392.
- Carver, C.H., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(2), 267-283.
- Cáceres, E. (2016) *Factores de Personalidad y Estrategias de Afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología, con mención en Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Centers for Disease Control and Prevention (s.f) *Fact sheets – Excessive Alcohol Use and Risks to Women’s Health*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/womens-health.htm>
- Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (2015) *El problema de las drogas en el Perú*. Lima: CEDRO. Recuperado de: http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.%C3%BA%20ver.pdf
- Charzyńska, E. (2015) Sex Differences in Spiritual Coping, Forgiveness, and Gratitude Before and After a Basic Alcohol Addiction Treatment Program. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1931-1949. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10943-015-0002-0>
- Choi, K.; Watt, M.; MacFarlane, J.; Sikkema, K.; Skinner, D.; Pieterse, D. y Kalichmann, S. (2014) Drinking in the context of Life Stressors: A Multidimensional Coping Strategy Among South African Women. *Substance Use & Misuse*, 49(1-2), 66-76.
- Coker, M. (1997) Overcoming sexism in AA: How Women Cope. En: S. Straussner and E. Zelvin, *Gender & Addictions: Men & Women in Treatment*. New Jersey, pp.263-281

- Cooney, J. (2002) *Under the weather: coping with alcohol abuse and alcoholism*. Dublin: Newleaf. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books?id=BUt_BAAAQBAJ&pg=PT91&lpq=PT91&dq=women+coping+alcoholism&source=bl&ots=ne4NSYF1rZ&sig=n7jqTWEg11GNxNtfzBHedTev5Tk&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjLztDYuJLPahVIIR4KHTR5CiQ4ChDoAQghMAE#v=onepage&q=women%20coping%20alcoholism&f=false
- Cooper, M., Russell, M., Skinner, J., Frone, M. y Mudar, P. (1992) Stress and Alcohol Use: Moderating effects on gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 139-152. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/21617686_Stress_and_Alcohol_Use_Moderating_Effects_of_Gender_Coping_and_Alcohol_Expectancies
- Crape, B.L., Latkin, C.A., Laris, A.S., & Knowlton, A.R. (2002). The effects of sponsorship in 12-Step treatment of injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 291-301.
- Díaz, L. (2012). *Promoción de salud: Autotrascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol*. Tesis para optar el título de Doctor en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Díaz, L., Muñoz, A. y Durán, M. (2012) Recuperación de la adicción al alcohol: una transformación para promover la salud. *Aquichán*, 12(2), 122-133. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200004
- Díaz, L., Muñoz, A. y Vargas, D. (2012). Reliability and validity of spirituality questionnaire by Parsian and Dunning in the Spanish version. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 20(3), 559-566.
- Diehl, M., Coyle, N. y Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 11(1), 127-139.
- Dixit, S., Chauhan, V. S., & Azad, S. (2015). Social Support and Treatment Outcome in Alcohol Dependence Syndrome in Armed Forces. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 9(11), VC01–VC05. doi:10.7860/JCDR/2015/14142.6739
- Erol, A. & Karpyak, V. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence* 156, pp.1-13

- Fallot, R.D. y Heckman, J.P. (2005) Religious/spiritual coping among women trauma survivors with mental health and substance use disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(2), 215-226
- Fiorentine, R. y Hillhouse, M. (2003) Why extensive participation in treatment and twelve-step programs is associated with the cessation of addictive behaviors: An application of the Addicted-Self Model of recovery. *Journal of Addictive Diseases*, 22, 35-55.
- Gaeta, M. L. y Martín, H.P. (2009) Estrés y adolescencia: Estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar. *Revista de humanidades*, 15, 327-344.
- García, F., Páez, D., Reyes-Reyes, A. & Álvarez, R. (2017) Religious Coping as Moderator of Psychological Responses to Stressful Events: A Longitudinal Study. *Religions*, 8, 1-12.
- Glynn, T.H., Wallenstein Pearson, J.H & Sayers, M. (1983). (Eds.) Women and Drugs, *NIDA Research Issues*, 31.
- Gorsuch, R. (1995) Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues*, 51(2), 65-83. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01324.x/abstract>
- Graff, F. (2012) *Changes in coping strategies among women receiving treatment for alcohol use disorders (AUDs)*, New Jersey: School of Applied and Professional Psychology of Rutgers.
- Griffith, J. (2009) Women's stress responses and coping patterns according to age groups: Part II. *Issues in Health Care of Women*, 6(4), 327-340. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399338309515629?journalCode=uhcw19>
- Grucza RA, Bucholz KK, Rice J. y Bierut L. (2008). Secular trends in the lifetime prevalence of alcohol dependence in the United States: a re-evaluation. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 32, 763-70.
- Guevara, G., Hernández, H. & Flores, T. (2001) Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes. *Revista de Investigación en Psicología*, 4(1). 53-65.
- Gutiérrez, R.; Andrade-Palos, P.; Jiménez, A. y Juárez, F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos (AA). *Salud Mental*, 30(4), 62-68.
- Hill, J. (2011) Faith and Understanding: Specifying the Impact of Higher Education on Religious Belief. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50(3), 533-551.

- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D. y Zinnbauer, B. (2000) Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77. Recuperado de: http://www.psy.miami.edu/ehblab/Religion%20Papers/conceptualizing_religion_and_spirituality_jtsb.pdf
- Holland, J., Kash, K., Passik, S., Gronert, M., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S., Baider, L. & Fox, B. (1998). A Brief Spiritual Beliefs Inventory for Use in Quality of Life Research in Life-Threatening Illness. *Psycho-Oncology*, 7 (1).
- Hommer DW, Momenan R, Kaiser E. y Rawlings RR (2001). Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 198–204. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11156801?dopt=Abstract>
- Ipsos APOYO (2017) *MAPINSE LIMA: Mapa con información socioeconómica*. Recuperado de: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/2017-03/Mapinse%20Lima%202017.pdf>
- Kaskutas, L. (2009). Alcoholics Anonymous Effectiveness: Faith Meets Science. *Journal of Addictive Diseases*, 28(2), 145-157. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746426/pdf/nihms143522.pdf>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, F. (2009) Coping Styles and Levels Of Perceived Stress in Persons Recovering from Substance Abuse. Tesis de Maestría en Trabajo Social. California State University: Long Beach.
- Loft S, Olesen KL, Dossing M. (1987) Increased susceptibility to liver disease in relation to alcohol consumption in women. *Scandinavian Journal Gastroenterol*, 22(10), 1251–1256. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3433014?dopt=Abstract>
- Lyons, G., Deane, F. y Kelly, P. (2013) *Faith-Based Substance Abuse Programs*. Interventions for Addiction: Comprehensive Addictive Behaviours and Disorders. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=kNtYHc72Dj8C&pg=PA150&lpg=PA150&dq=spiritual+awakening+coping+strategies&source=bl&ots=l-hKltJ-X7&sig=2k68PEyHW8-ZhgIYsvc1KvNFTLI&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi8vouRuY_PAhUDJB4KHWTkCEEQ6AEIMzAD#v=onepage&q&f=false
- Mann K, Batra A, Gunthner A. y Schroth G (1992). *Do women develop alcoholic brain damage more readily than men?* *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 16(6),

- 1052–1056. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1471759?dopt=Abstract>
- Martin, R. A., Ellingsen, V. J., Tzilos, G. K., & Rohsenow, D. J. (2015). General and religious coping predict drinking outcomes for alcohol dependent adults in treatment. *The American journal on addictions, 24*(3), 240–245. doi:10.1111/ajad.12181
- McCrae, R. (1982). Age differences in the Use of Coping Mechanisms. *Journal of Gerontology, 37*(4), 454-460.
- McLeod, J. (2011) *Alcoholic women on recovery: A phenomenological inquiry of spirituality and recidivism prevention*. Tesis para optar por el grado de Doctor de Filosofía en Enfermería, University of Alabama, Alabama, United States of America. Recuperado de: <http://gradworks.umi.com/34/69/3469620.html>
- Messman-Moore, T. y Ward, R. (2014) Emotion Dysregulation and Coping Drinking Motives in College Women. *American journal of health behavior, 38*(4), 553-559. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/260873969_Emotion_Dysregulation_and_Coping_Drinking_Motives_in_College_Women
- Merrill, J. y Thomas, S. (2013) Interactions between Adaptive Coping and Drinking to Cope in Predicting Naturalistic Drinking and Drinking Following a Lab-Based Psychosocial Stressor. *Addictive Behaviours, 38*(3), 1672-1678.
- Michels, P., Johnson, N., Mallin, R., Thornhill, J., Sharma, S., Gonzales, H. y Kellet, R. (1999) Coping Strategies of Alcoholic Women. *Substance Abuse, 20* (4), 237-248.
- Miller, P. (2003) *Interventions for Addictions: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders, Volume 3*. San Diego : Elsevier, Academic Press.
- Miller, W.R. (1998) Review: Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems, *Addiction, 93*(7), 979-990.
- Mohler-Kuo, M.; Dowdall, G.; Koss, M. y Wechsler, H. (2004) Correlates of rape while intoxicated in a national sample of women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 65*(1), 37-45. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15000502>
- Moon, T., Mathias, C., Mullen, J., Karns-Wright, T., Hill-Kapturczak, N., Roache, J. y Dougherty, D. (2019) The Role of Social Support in Motivating Reductions in Alcohol Use: A test of Three Models of Social Support in Alcohol-Impaired Drivers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(1), 123-134.

- Moran, C. y Massam, M. (1999) Differential influences of coping humor and humor bias on mood. *Behavioral medicine*, 25(1), 36-42.
- Morjaria, A. y Osford, J. (2002) The role of religion and spirituality in recovery from drink problems: a qualitative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men. *Addiction Research Theory*, 10, 225-256.
- Moran, C. y Hughes, L. (2004) Coping with stress: Social Work Students and Humour. *Social Work Education: The International Journal*, 25(5), 501-517.
- National Abandoned Infants Assistance Resource Center (2006) *Spirituality: A powerful force in women's recovery*. University of California: Berkeley. Recuperado de: http://aia.berkeley.edu/media/pdf/spirituality_issue_brief.pdf
- National Center on Addiction and Substance Abuse (2001). *So help me God: Substance abuse, religion and spirituality*. Columbia University: New York.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015) Alcohol: A Woman's Health Issue. *NIH Publication*, 15. Recuperado de: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/brochurewomen/Woman_English.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1994) *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2007) *Alcohol y Salud Publica en las Américas: Un caso para la acción*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud (2015) *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2017) *Norma técnica de salud: Centros de salud mental comunitarios*.
- Pagano, M., Friend, K., Tonigan, J. y Stout, R. (2004). Helping Other Alcoholics in Alcoholics Anonymous and Drinking Outcomes: Findings from Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(6), 766-773.
- Pardini, D., Plante, T., Sherman, A. y Stump, J. (2000) Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(4), 347-773. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/science/article/pii/S0740547200001252?>

- Parsian, N. y Dunning, T. (2009) Developing and Validating a Questionnaire to Measure Spirituality: A Psychometric Process. *Global Journal of Health Science*, 1(1), 2-11
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: Guildford Press.
- Pargament, K. y Brandt, C. (1998) *Religion and Coping*. Handbook of Religion and Mental Health. pp. 111-128
- Payton, A. (2011) *How it works: Social Relationships, Coping Mechanisms, and Abstinence in Alcoholics Anonymous*. Tesis para optar por el grado de Doctor de Filosofía en Sociología, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Pelissier, B. y Jones, N.(2006) Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 113-120, Recuperado de: <http://www.genderbias.net/docs/resources/guideline/Differences%20in%20motivation%20coping%20style%20and%20self%20efficacy%20among.pdf>
- Pérez, A. y Sierra, D. (2007) Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol, *Adicciones*, 19(4), 409-422. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/301/301>
- Prochaska, J., DiClemente, C., y Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rehm, J. y Monteiro, M. (2005) Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18. Recuperada de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28085.pdf>
- Reed E, Amaro H, Matsumoto A, Kaysen D. (2009) The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victim and perpetrator substance use. *Addictive Behaviours*, 34(3), 316-318.
- Rojas, M. (2010) *Conceptos Básicos y Profundización del Consejo Psicológico y Psicoterapia Motivacional en Drogodependencia: Un enfoque Humanista y Cognitivo-Conductual*. Lima: Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica - CONCYTEC
- Rodríguez, A. (2012). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima*. Tesis de licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rodriguez, C. (2017). *Afrontamiento y CVRS en pacientes migratorios con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Rowe, C. y Liddle, H. (2006) Family Based Treatment development for adolescent alcohol abuse, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1) Recuperado de: [http://www.mdft.org/mdft/media/files/Publications/Rowe-Liddle-\(2006\)-Family-based-treatment-development-for-adolescent-alcohol-abuse-IJAMH.pdf](http://www.mdft.org/mdft/media/files/Publications/Rowe-Liddle-(2006)-Family-based-treatment-development-for-adolescent-alcohol-abuse-IJAMH.pdf)
- Sanders, J. (2011). Feminist perspectives on 12-step recovery: A comparative descriptive analysis of women in Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(4), 357-378.
- San Jose, B., Van Oers, H., Dike Van De Mheen, H., Garretsen, H. y Mackenbach, J. (2000) Stressors and alcohol consumption, *Alcohol and Alcoholism*, 35 (3), 307-312. Recuperado de: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/35/3/307.full.pdf>
- Satre, D., Chi, F., Mertens, J. y Weisner, C. (2012). Effects of Age and Life Transitions on Alcohol and Drug Treatment Outcome Over Nine Years. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73 (3), 459-468.
- Schuckit, M. (1989) *Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment*. New York: Plenum Medical Book.
- Scott-Sheldon L, Carey KB, Cunningham K, Johnson B, Carey MP (2016). Alcohol use predicts sexual decision making: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS Behav.* 20(1): pp.19–39
- Stevens, E., Jason, L. A., Ram, D., & Light, J. (2015). Investigating Social Support and Network Relationships in Substance Use Disorder Recovery. *Substance abuse*, 36(4), 396–399. doi:10.1080/08897077.2014.965870
- Stout, R., Kelly, J., Magill, M. y Pagano, M. (2012) Association Between Social Influences and Drinking Outcomes Across Three Years. *Journal of studies on alcohol*, 73(3), 489-497. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3316719/>
- Timko, C., Finney, J. y Moos, R. (2005) The 8 Year course of Alcohol Abuse: Gender Differences in Social Context and Coping. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 29(4), 612-621. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.525.8284&rep=rep1&type=pdf>
- Tonigan, J. y Rice, S. (2010) Is it Beneficial to Have an Alcoholics Anonymous Sponsor?, *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 397-403. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20853924>
- Torrejón, C. (2011) Ansiedad y Afrontamiento en Universitarios Migrantes. *Tesis de licenciatura*, Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Truet, K., Eaves, L., Meyer, J., Heath, A. y Martin, N. (1992). Religion and Education as mediators of attitudes: A multivariate analysis. *Behaviour Genetics*, 22(1), 43-62.
- Wade, C. y Travis, C. (2003) *Psicología*. México: Pearson.
- Ward, C. y Kennedy, A. (1994). Acculturation strategies, psychological adjustment, and sociocultural competence during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations*. 18(3), 329-343
- Wagner, E. & Vega, W. (2000). Acculturation, familism & alcohol use among latino adolescent males: longitudinal relations. *Journal of Community Psychology*, 28(4), 443-458
- Whelan, P., Marshall, E., Ball, D., Humphreys, K. (2009) *The Role of AA Sponsors: A pilot study*. *Alcohol and Alcoholism*, 44(4), 416-422. Recuperado de: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/44/4/416.full.pdf>
- World Health Organization (2011) *Global status report on alcohol and health*. Library Cataloguing-in-Publication Data: ISBN 9789241564151. Extraído de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
- World Health Organization (2014) *Global status report on alcohol and health 2014*. WHO Library: Luxemburgo. Extraído de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1
- World Health Organization (2018) *Global status report on alcohol and health 2018*, WHO Library: Luxemburgo. Extraído de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>
- Verde, J. (2014) Estilos de afrontamiento y satisfacción con la vida en adolescentes de instituciones educativas nacionales de la provincia de Huaral, 2014. *PsiqueMag*, 4(1), 81-94.
- Villasmil, J.(2000). *Mujer, drogas y género: Un problema sin atención*. Caracas: Fundación Jose Felix Ribas, pp. 67-75.
- Yoffe, L. (2007) Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate*, 7, 193-205 Extraído de: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf>

APÉNDICE A:**Consentimiento Informado**

La presente investigación es conducida por Jair Luján Chávez, alumno del décimo-primer ciclo de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, que se encuentra realizando un trabajo como parte del curso de Seminario de Tesis y es supervisado por la profesora Nancy Valdez. La meta de este estudio es conocer la relación entre estrategias de afrontamiento y espiritualidad en mujeres que participan en reuniones de Alcohólicos Anónimos. Si accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una ficha de datos y dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente **voluntaria**. La información obtenida será **estrictamente confidencial** y no será usada para otro propósito fuera de los de la presente investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas de acuerdo a un número de identificación, por lo cual serán anónimas. Si posee alguna duda sobre este proyecto, puede realizar preguntas en cualquier momento durante su participación. De la misma manera, puede optar por retirarse del proyecto en cualquier momento.

Firma del alumno _____

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jair Luján Chávez. He sido informada sobre la meta del presente estudio, siendo este conocer la relación entre espiritualidad y estrategias de afrontamiento en mujeres que participan en reuniones de Alcohólicos Anónimos. Entiendo que la información que provea durante la investigación es estrictamente confidencial y no podrá ser usada fuera de los propósitos del siguiente estudio sin mi consentimiento. Comprendo que puedo realizar preguntas sobre la investigación en cualquier momento y puedo retirarme del mismo cuando así lo decida. Entiendo que de tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Jair Luján Chávez al correo electrónico: a20088235@puccp.pe. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Nombre del Participante (en letras de imprenta) _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

APÉNDICE C:**Análisis de confiabilidad**

Tabla 1
Confiabilidad de la prueba COPE

	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>N° de ítems</i>
Afrontamiento activo	0.74	4
Planificación	0.54	4
Contención de afrontamiento	0.73	4
Supresión de actividades competentes	0.64	4
Re-interpretación positiva y crecimiento	0.81	4
Aceptación	0.74	4
Enfocar y liberar emociones	0.65	4
Soporte social instrumental	0.75	4
Soporte social emocional	0.64	4
Desentendimiento mental	0.61	4
Desentendimiento conductual	0.53	4
Negación	0.53	4
Afrontamiento religioso	0.68	4
Uso del Humor	0.86	4

N=31

Tabla 2
Confiabilidad de la prueba SQ

	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>N° de ítems</i>
Autoconciencia	0.83	10
Creencias espirituales	0.89	4
Prácticas espirituales	0.85	6
Necesidades espirituales	0.79	9

N=31

APÉNDICE D:**Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos**

- 1) Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2) Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
- 3) Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
- 4) Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- 5) Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
- 6) Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
- 7) Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
- 8) Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- 9) Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- 10) Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- 11) Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
- 12) Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.