



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

Incorporación N° 8727-25 a la

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela de Psicología

**DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE DOS GRUPOS DE
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE ARIO DE ROSALES,
MICHOACÁN.**

Tesis

para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

Esmeralda Lizbeth Vázquez Ramírez

Asesora: Lic. Perla Lizbeth Uribe Carmona

Uruapan, Michoacán. A 15 de Abril del 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	7
Pregunta de investigación.....	8
Preguntas secundarias.....	9
Operacionalización de las variables.....	9
Justificación.....	10
Marco de referencia.....	12

Capítulo 1. Depresión.

1.1 Definiciones.....	15
1.2 Criterios diagnósticos de la depresión según el CIE-10 y DSM IV.....	18
1.3 Diferencias entre depresión y trastornos derivados.....	20
1.4 Errores cognitivos más frecuentes en la depresión.....	23
1.5 Modelos psicosociales de la depresión.....	25
1.6 Personalidad depresiva y adicciones.....	31

Capítulo 2. Alcoholismo.

2.1. Reseña histórica sobre el estudio del consumo de alcohol.....	36
2.2. Definiciones.....	39

2.3. Modelos explicativos del origen y desarrollo del alcoholismo.....	42
2.4. Efectos y riesgos en el abuso del consumo de alcohol.....	49
2.5. Etapas hacia el alcoholismo.....	54
2.6. Diagnóstico de dependencia al alcohol.....	58
2.7. Síndrome de abstinencia.....	61
2.8. Enfermedades asociadas con el consumo excesivo de alcohol.....	63
2.9. Criterios de consumo responsable de bebidas alcohólicas.....	66

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.....	69
3.1.1. Tipo de enfoque.....	70
3.1.2. Tipo de diseño.....	71
3.1.3. Tipo de estudio.....	72
3.1.4. Tipo de alcance.....	73
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	73
3.2. Población y muestra	77
3.3. Descripción del proceso de investigación.....	78
3.4. Análisis e interpretación de resultados.....	80
3.4.1. Análisis cuantitativo sobre el nivel de depresión en los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán.....	83
3.4.2. Análisis cualitativo sobre la experiencia de depresión en los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán.....	87

3.4.3. Integración de datos cuantitativos y cualitativos sobre la experiencia de depresión en dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán.....	101
Conclusiones.....	106
Bibliografía.....	109
Mesografía.....	113
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la depresión es un tema bastante amplio y de gran demanda, ya que cada vez es más frecuente su aparición en las diversas etapas de la vida del ser humano, o asociados con otras enfermedades, por ello, en este caso se ha elegido la enfermedad del alcoholismo como un factor que conlleva estados depresivos e incluso conduce al trastorno depresivo como tal.

Ante esta problemática, se propone realizar una investigación sobre los niveles de depresión que presentan los miembros pertenecientes a los grupos de Alcohólicos Anónimos, de la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán, así como indagar lo que los llevó a presentar esos niveles de depresión.

Antecedentes.

La presente investigación se realiza en torno a la variable depresión, teniendo como condicionante la enfermedad del alcoholismo. A continuación se definirán ambos conceptos con la finalidad de ofrecer una idea más clara tanto de la variable en estudio, como de su condicionante.

Es así que según Trickett (2009: 10), “la depresión es una enfermedad de los sentimientos, va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris en el que aun puedes funcionar, hasta una desesperación

absoluta, falta de esperanza y postración, las funciones corporales se ven afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una variedad de síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza y mareos”.

Por otra parte, de acuerdo con Souza (1988: 19), “el alcoholismo es una enfermedad crónica, un trastorno de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en que excede lo socialmente aceptado e interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo”.

Mediante la recopilación de varias investigaciones sobre la depresión y el alcoholismo, han de mostrarse a continuación las más novedosas y relacionadas con estos temas, la primera de ellas fue realizada por Sher y cols. (2008), la cual se titula: “Los pacientes con depresión y abuso de alcohol presentan características distintivas”.

El estudio se llevó a cabo en Cuba con pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM), con morbilidad con trastorno por consumo de alcohol (TCA) o sin él. El objetivo fue corroborar que los pacientes con TDM/TCA, representan una población con características y neurobiológicas especiales.

Participaron 505 individuos con TDM, 187 de los cuales tenían TCA como comorbilidad. Ninguno presentaba enfermedades clínicas ni había consumido alcohol u otras sustancias durante al menos 2 meses. Tanto la abstinencia como el estado

clínico de los pacientes se evaluaron mediante análisis toxicológicos, clínicos y de laboratorio. La presencia de trastornos psiquiátricos se corroboró mediante el DSM-IV.

La gravedad de la depresión fue valorada mediante la Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) y el Inventario de Depresión Beck. Para evaluar el antecedente de agresividad e impulsividad se aplicaron la Brown-Goodwin Lifetime History of Agresion Scale y la Barratt Impulsivity Scale, respectivamente.

La hostilidad fue valorada con el Buss-Durkee Hostility Inventory, en tanto que la desesperanza se midió con la Beck Hopelessness Scale. Para valorar el antecedente de intentos de suicidio se empleó la Columbia Suicide History Form, en tanto que el nivel de daño generado por estos intentos fue valorado mediante la Beck Lethality Rating Scale.

Los intentos de suicidio y la gravedad de la ideación suicida se evaluaron con la Suicide Intent Scale y la Scale for Suicide Ideation, respectivamente. Otros parámetros aplicados fueron la St. Paul-Ramsey Life Events Scale y el Reasons for Living Inventory.

Como resultados se obtuvo que los pacientes con TDM/TCA presentaron mayor número de episodios depresivos, intentos de suicidio y hospitalizaciones previas, así como edad menor en el momento de la primera internación psiquiátrica en comparación con el otro grupo. Asimismo, los pacientes con TDM/TCA tuvieron una enfermedad más prolongada.

El 8.6% y 48.8% de los pacientes con TDM/TCA comenzaron a consumir alcohol o drogas antes de los 13 y 18 años, respectivamente. Los pacientes con TDM/TCA presentan un nivel significativamente superior de morbilidad y de comorbilidades en comparación con aquellos que solamente tienen TDM. La presencia de ambos trastornos tuvo lugar en individuos que presentaron TDM y requirieron internación psiquiátrica a una edad menor.

Como segundo antecedente, se muestra la investigación realizada por García (2002), titulada: “La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes en la ciudad de México”, con el objetivo de conocer si la sintomatología depresiva y el entorno familiar se relacionan con el consumo de drogas.

El diseño de la prueba es estratificado, biéptico y por conglomerados, en el que la variable de estratificación es el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato, la muestra total de sujetos fue de 3458.

La información se obtuvo mediante la escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Se aplicó un cuestionario estandarizado y confiable que incluía esta escala para medir la depresión, así como otros aspectos para evaluar el ambiente familiar conformado por cinco subescalas desglosadas dentro de la Escala de Regresión Logística.

Los resultados indican en general, que a mayor edad, se incrementa el riesgo de consumir drogas, en especial el riesgo de consumir drogas, para los de 18 años, en comparación con los de 14 o menos, es 5.4 veces más alto. En cuanto a estudiar, se observó que no haber estudiado el año previo a la encuesta implica un 73% más riesgo de consumir drogas, que haber sido estudiante de tiempo completo. En cuanto a haber trabajado en el último año, aquellos que trabajaron de tiempo completo tienen un 65% más de riesgo de consumir drogas que aquellos que no trabajaron.

Respecto a la sintomatología depresiva, los resultados indican que a mayor depresión, es más factible que se inicie el consumo de drogas. El nivel de riesgo es de 1.4 veces más que los sujetos que no presentaron síntomas de depresión. En relación con el ambiente familiar, se observó que a mayor hostilidad y rechazo hacia el adolescente por parte de la familia, hay 26% más de riesgo hacia el consumo.

Por último, la tercera investigación fue realizada por Torres y cols. (2000), lleva por nombre "Consumo de alcohol y riesgo de alcoholismo". Se llevó a cabo en el Instituto superior de medicina militar, "Dr. Luis Díaz Soto", en Cuba, con el objetivo de conocer el consumo de alcohol y riesgo de alcoholismo.

En una muestra aleatoria de 224 pacientes que acudieron a examen médico de control de salud del ISMM "Dr. Luis Díaz Soto", para la realización del estudio, se aplicó una encuesta epidemiológica anónima a cada uno de los pacientes seleccionados, que consistía en los cuestionarios indicadores de diagnóstico (CID) y el cuestionario CAGE, (*screening*) de alcoholismo.

Se procesaron los datos y se constató que el 45% de las muestras estudiadas pertenecía al grupo de edad de 41 a 50 años, el 85.7% de los hombres que ingirieron bebidas alcohólicas, así como el 3.1% de las mujeres; además se observó que el 76.8% de los hombres y el 2.0% de las mujeres lo hacían por gusto personal, el 83.4% eran bebedores sociales y el 11.1%, abstemios. La gastritis representó la principal alteración de salud en el 62.5, y el 34.3% de los bebedores refirió una sobrecarga laboral como situación psicotraumatizante. El 41.7% no presentó dificultades sociofamiliares.

Planteamiento del problema.

En los últimos años, el incremento en el consumo de alcohol en México ha presentado un crecimiento importante, ya que al menos el 5% de la población padece la enfermedad del alcoholismo. En Michoacán, la cifra rebasa la media nacional con el 7% de su población, lo que equivale aproximadamente entre 250 mil y 280 mil personas, de acuerdo con la Secretaría General del Consejo Estatal contra las Adicciones en 2012, la cual señala que el índice de consumo de alcohol para un bebedor diario es de 0.8, en tanto que en Michoacán el promedio es de 1.7.

La enfermedad del alcoholismo, tiene consecuencias muy negativas para la persona que la padece, debido a que se pueden presentar desde la pérdida de control al ser incapaz de moderar el consumo, hasta llevar a la persona a episodios

injustificados de mal humor, aislamiento, crecientes problemas en la vida, social, laboral y familiar, que pueden llevar al enfermo alcohólico a la depresión.

Ya que el mismo alcohol es un depresor del sistema nervioso, padecer depresión predispone al alcohólico a recaídas y aumenta las tendencias suicidas, en algunos casos se recibe ayuda por parte de grupos como Alcohólicos Anónimos, en los cuales promueven la abstinencia del consumo de alcohol y proporcionan ayuda para poder lograrlo, pero desconocen que el proceso de la abstinencia implica un período depresivo, por tal motivo, es importante conocer el nivel de depresión que presentan los alcohólicos, así como las causas de la misma.

Objetivos.

Con la finalidad de regular los recursos humanos y materiales disponibles, se estructuraron diversos lineamientos que a continuación se exponen.

Objetivo general.

Analizar los niveles de depresión que presentan los miembros de dos grupos, de Alcohólicos Anónimos, con un rango de edad de 35 a 65 años, pertenecientes a la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de depresión.

2. Explicar teóricamente los modelos psicosociales de la depresión.
3. Describir la sintomatología del alcoholismo.
4. Distinguir entre uso, abuso y dependencia al alcohol.
5. Describir los niveles de depresión de los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos, con un rango de edad de 35 a 65 años, de la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán, a través de la aplicación de la Escala de Depresión Beck.
6. Explicar la experiencia de depresión de los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos, con un rango de edad de 35 a 65 años, de la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán, mediante categorías.

Pregunta de investigación.

El alcohol es una droga legal, lo que permite un fácil acceso y por lo tanto, se ha fomentado su consumo como un acto social que es permitido y aceptado, propiciando el abuso en el consumo de dicha sustancia, hasta llegar al alcoholismo, teniendo como consecuencias, el desarrollar otras enfermedades como la depresión, ya que al ser el alcohol un abatidor del sistema nervioso, desencadena la presencia de un episodio depresivo; los grupos como Alcohólicos Anónimos, que proporcionan un apoyo grupal, no conocen las causas del episodio depresivo, e incluso hasta cierto punto desconocen la existencia del mismo, esta razón resulta importante para conocer el nivel de depresión que presentan los miembros de Alcohólicos Anónimos y las causas de la misma. Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de depresión que presentan los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos con un rango de edad de 35 a 65 años, pertenecientes a la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán?

Preguntas secundarias.

- ¿Cuáles son las principales causas que provocan depresión en los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales?
- ¿Cuáles son las principales conductas de afrontamiento que utilizan los miembros de dos grupos Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, para sobrellevar la depresión?

Operacionalización de las variables.

Para medir la variable depresión se utilizó la Escala de Depresión Beck (Beck Depresión Inventor, BDI), elaborada por Aaron Beck.

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio y pesimismo. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos

mentales, cuarta edición (DSM-IV, American Psychiatric Association; 1994) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10, Organización Mundial de la Salud; 1993).

En relación con la condicionante, que es la enfermedad del alcoholismo, se ha de considerar solamente a aquellos individuos cuyo padecimiento sea el alcoholismo y no el consumo de cualquier otra sustancia, que acuda al grupo de Alcohólicos Anónimos. Por lo que se entenderá como alcohólico, a aquella persona, que en un momento dado, mediante su abuso en el consumo de alcohol, llegó a una dependencia física y psicológica del mismo.

Justificación.

La realización de la presente investigación es importante, ya que permitiría establecer con claridad la diferencia entre el concepto de abuso de alcohol y el alcoholismo; esta clarificación sería benéfica en muchos ámbitos, uno de ellos, en los grupos de Alcohólicos Anónimos, ya que en la mayoría de los grupos, la función primordial es ayudar al alcohólico a dejar de beber por completo, hecho que implica muchas fases, una de ellas la abstinencia, que conlleva un período depresivo, por ello, si se miden los niveles de depresión en esta población, sería de gran ayuda para los dirigentes de los grupos, ya que les permitiría tomar las medidas necesarias y saber cómo ayudar en esos momentos al alcohólico, asimismo, sería posible proporcionar psicoeducación mediante charlas tanto a los alcohólicos como a los familiares del alcohólico, para que estos ejercieran un mejor apoyo y trato adecuado a su familiar.

Por otro lado será posible identificar y explicar las causas o motivos que llevaron al alcohólico a caer en ese nivel de depresión, descubriendo así un nuevo fenómeno asociado a tal padecimiento, por lo tanto, un gran aporte al ámbito de la psicología, ya que al ser la depresión una enfermedad muy conocida en este campo, ante tal descubrimiento, podrían tomarse las medidas necesarias para ayudar con intervenciones psicológicas más adecuadas a los pacientes con alcoholismo, teniendo presente que existiría una probabilidad muy grande de que tuviera depresión, detectando así desde un inicio un aspecto importante a trabajar con el paciente.

Este conocimiento no solamente beneficiaría a los grupos de Alcohólicos Anónimos y al campo de la psicología, sino que también traería beneficios a la sociedad en general, debido a que, estadísticamente, Michoacán se encuentra por encima de la media nacional en cuanto a la enfermedad del alcoholismo, por consiguiente, el conocer la influencia que tiene el alcoholismo en la depresión, permitiría realizar programas de prevención primaria contra el alcoholismo y la depresión, de igual manera, programas de intervención para tratar a las personas que presentan la enfermedad. Adicionalmente, daría la pauta para que se realicen investigaciones posteriores en torno a esta problemática.

Marco de referencia.

Para la realización de la presente investigación, se eligieron dos grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Ario de Rosales, como muestra de dicha población, mismos que a continuación se describen a detalle.

El primer grupo, fue el llamado Grupo Ario, ubicado en la calle Arteaga con privada en Hidalgo s/n, mismo que fue fundado hace 27 años, un 22 de agosto de 1988, por iniciativa del señor Ignacio Chávez Morales, quien tras haber consumido alcohol a muy temprana edad, terminó viviendo en las calles debido a la adicción que adquirió con el alcohol, hasta que fue llevado a un anexo, experiencia que le motivó a querer abrir un grupo de Alcohólicos Anónimos cuando saliera de ese lugar.

Fue así que al salir del anexo, se dispuso a buscar un lugar donde fuera posible abrir el grupo para sesionar, para ello, se enteró que rentaban el actual lugar, desde entonces lo han usado para llevar a cabo las reuniones del grupo. Este lugar es pequeño, ubicado en la planta baja, en una esquina y con un aspecto muy sencillo y humilde, cuenta con inmueble, mismo que consta de sillas, bancas y mesas que fueron fabricadas por el propio fundador, ya que tiene el oficio de carpintero, asimismo, cuenta con el logotipo que caracteriza a los grupos de Alcohólicos Anónimos, así como sus respectivos reglamentos y principios en los cuales se basa la interacción de los miembros del grupo.

Por otra parte, el grupo Serenidad, ubicado en el distrito 17 Grupo 1, con domicilio en la calle David Franco, esquina calle Ponce de León s/n, se ubica en una esquina, planta alta, tercer piso. Es un salón amplio, con una apariencia más llamativa

por su exterior que el grupo anterior, pero en su interior, su aspecto es sencillo, amueblado con bancas y algunas sillas, así como una pequeña mesa. También cuenta con los reglamentos del grupo, la pizarra de los doce pasos y su coordinador, el cual ha sido el mismo desde su fundación, hace 20 años aproximadamente.

CAPÍTULO 1

DEPRESIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo mostrar de forma organizada y detallada, en qué consiste la enfermedad de la depresión y definirla de acuerdo con diferentes autores, así como puntualizar los criterios diagnósticos que debe cumplir el individuo en el que se sospeche de la presencia de dicho trastorno.

Por ello, a continuación se presentan los aspectos que permiten entender dicho trastorno, mostrando así algunas definiciones con variaciones en cuanto a los autores, además, se ha incluido un apartado que permite especificar los criterios y síntomas que permiten describir la presencia de la depresión en una determinada persona.

Por otra parte, también se han incluido otros apartados que permiten explicar los tipos de depresión que se pueden presentar en las diferentes edades o etapas de la vida, aunado a esto, se han incorporado los errores cognitivos que se presentan con mayor frecuencia en los individuos con depresión, así como también las elaboraciones teóricas que permiten explicar las posibles causas de dicha enfermedad.

Por último, se ha conformado un apartado que hace posible conocer la existencia de la personalidad depresiva en aquellos individuos que constantemente se ubican en un estado de ánimo que incluye varios de los síntomas característicos de la depresión, pero que no presentan el trastorno como tal, aunque tengan una mayor

probabilidad de padecerlo; por último, se hace mención y breve explicación de su relación con las adiciones, con la finalidad de enriquecer la presente investigación.

1.1 Definiciones.

La depresión es un padecimiento que se presenta cada vez más frecuentemente en personas de todas las edades, sin embargo, a pesar de lo común del término, realmente pocos conocen sus síntomas o las repercusiones tanto personales como sociales que conlleva, por ello, es preciso definir el concepto de depresión, ya que existen diversas definiciones de acuerdo con la orientación y postura de cada autor. A continuación se presentan tres definiciones cuyo objetivo es dejar de una manera clara y precisa como se define dicho trastorno.

En la actualidad, el término depresión puede utilizarse según Jarne y Talam (2000), con cuatro significados diferentes:

- 1) Como estado de ánimo: se ha extendido el vocablo depresión en el lenguaje cotidiano para aludir a un determinado estado de ánimo, caracterizado por sentimientos de tristeza o desánimo, sin tintes patológicos.
- 2) Como síntoma: definido como estado de humor triste, que puede acompañar a otros trastornos o enfermedades.
- 3) Como síndrome: el estado depresivo se caracteriza por un conjunto de síntomas, accesible al diagnóstico clínico y psicopatología.

- 4) Como trastorno: la depresión es tratada como una entidad nosológica, definida a partir del síndrome, de su evolución, con una etiopatogenia aún no totalmente clara.

Según Jarne y Talarn (2000), la depresión es por una parte de carácter personal, ya que se presenta un estado de ánimo deteriorado, en el que además hay un padecimiento distímico, en el que se polarizan las situaciones, pero es al mismo tiempo social, ya que debido a las características propias del padecimiento, comienza a haber una pérdida de interés en las actividades de interacción que comúnmente eran de interés para el sujeto.

Según San Molina y Arranz (2010), todas las personas han estado tristes alguna vez, por ejemplo, tras la ruptura de una relación sentimental o tras la muerte de un ser querido; se puede sentir enfado, irritabilidad, tristeza, estar más nervioso de lo habitual, sin ganas de comer, o dormir mal. Generalmente los síntomas desaparecen al cabo de unos días y no conforman una depresión como tal.

Ya que según San Molina y Arranz (2010: 9), “la depresión es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza, es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto al cuerpo como a la mente, afecta a la forma en que una persona come y duerme. Afecta a cómo se valora a sí mismo, (autoestima) y a la forma en que uno piensa. No indica debilidad personal y no es un estado del que uno se pueda librar a voluntad”.

Según San Molina y Arranz (2010), las personas que padecen depresión no pueden decir simplemente ya basta. La depresión puede aparecer ante cualquier desencadenante que implique o no un riesgo vital para el sujeto, generalmente los síntomas de los estados de ánimo bajos son similares a los de la depresión, la diferencia radica en que los síntomas de la depresión son de mayor intensidad y duración.

Es así que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, APA; 1994), define a tal trastorno como la ausencia de episodios maniacos o hipomaniacos antes o durante el episodio depresivo, incluidos los sentimientos de inutilidad, alteraciones en las actividades corporales como dormir, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar placer, que persisten por lo menos dos semanas.

De tal manera que una vez que se han presentado las definiciones anteriores, estas permiten tener un campo más amplio de entendimiento sobre dicha enfermedad, ya que como se mencionó, se puede entender desde diferentes perspectivas, que a final de cuentas, logra explicar ampliamente las alteraciones tanto a nivel cognitivo, como conductual y emocional, que provoca en el individuo deprimido.

1.2 Criterios diagnósticos de la depresión según el CIE-10 y DSM IV.

La depresión se encuentra conformada por una amplia gama de síntomas físicos y emocionales que pueden ser observados mediante las manifestaciones conductuales del individuo y que a su vez con el paso de los años, han permitido

elaborar una serie de criterios para poder establecer un diagnóstico. Por tal motivo, a continuación se mostrarán los criterios diagnósticos que deben estar presentes en aquellas personas que padezcan algún tipo o episodio de depresión.

Según el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud; 1993), algunos síntomas depresivos son ampliamente considerados por tener un especial significado clínico, ya que se les ha llamado somáticos e incluyen los biológicos, los vitales y los melancólicos.

Dentro de estos síntomas se encuentran: una notable pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras, también se presenta una pérdida de la reactividad emocional, de acontecimientos o de cualquier circunstancia ambiental que antes provocaba en la persona una respuesta emocional.

Otro de los síntomas es que la persona se despierta por la mañana dos o más horas antes de lo que normalmente se despertaba y por las mañanas hay un empeoramiento del estado de ánimo depresivo.

Se puede observar por el individuo o por terceras personas, que hay una pérdida visible de apetito así como una pérdida un 5% o más del peso corporal en el último mes.

Se han retomado los criterios del DSM IV, para complementar algunos de los ya mencionados anteriormente. Ya que según el DSM IV (APA; 1994), la característica principal de un trastorno depresivo, es que se han presentado uno o más episodios depresivos mayores, con dos excepciones: la primera, que no debe tener historia de episodios maníacos mixtos o hipomaniacos; de igual manera, no se deben tener en cuenta aquellos episodios depresivos que fueron provocados por el consumo de sustancias, como por ejemplo, los efectos que se tienen a nivel fisiológico tras haber consumido una droga, un medicamento o haber estado expuesto a alguna clase de tóxico. Pero tampoco se deben tomar en cuenta aquellos episodios depresivos, como consecuencia de una enfermedad médica.

El tipo de depresión diagnosticada con mayor frecuencia y gravedad se llama episodio depresivo mayor, los criterios del DSM IV (APA; 1994) indican que se trata de un estado de ánimo en extremo deprimido, que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos, como sentimientos de poca valía y de indecisión, funciones físicas perturbadas, como patrones de sueño alterados, cambios significativos del apetito y de peso o una pérdida de energía muy notable, a tal punto que la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador, el estado de ánimo deprimido se presenta la mayor parte del día y todos los días; en los niños y en los adolescentes suele presentarse a manera de irritabilidad.

Se presentan a su vez, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, destreza disminuida para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o de ideas suicidas, así como se pueden presentar intentos de suicidio; por último, un criterio muy

importante es que deben presentarse los síntomas con una duración de más de dos meses.

1.3 Diferencias entre depresión y trastornos derivados.

Una vez que se han establecido los criterios diagnósticos para la depresión, es posible identificar las diferencias con trastornos derivados de la misma, como son el trastorno depresivo mayor, y las depresiones moderadas, graves y leves. En este sentido, a continuación se muestran dichas diferencias de manera descriptiva, con la finalidad de saber identificar la intensidad de las mismas, y sobre todo, tener en claro la diferencia entre la depresión y el trastorno depresivo mayor.

Según Bellak (1980), en las depresiones fuertes, se encuentra una disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, además de un rostro típicamente deprimido. El sujeto experimenta pensamientos distorsionados o inadecuados, que le hacen sentir que ya no tiene motivos para vivir, que nada le produce placer, por lo que se termina sumiendo a sí mismo.

a) Trastorno distímico.

Según Albrecht (2007: 26), “la distimia es la presencia de síntomas crónicos de depresión leve”. Es un tipo de depresión menos grave, que incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, aunque interfieren con el funcionamiento de la persona. Muchos casos con distimia también pueden padecer episodios depresivos graves en algún momento de su vida.

De acuerdo con Retamal (1998), este padecimiento dura por lo menos dos años y tiende a fundirse con el estilo caracterológico del sujeto, lo que lo lleva a hacer difícil precisar su comienzo, es decir, es insidioso.

b) Depresión doble.

Según Gómez (2008: 38), “la depresión doble es un tipo de depresión, en el cual sobre un cuadro de distimia se presentan episodios depresivos mayores”. Es decir, los pacientes con distimia, que es una depresión crónica que ha perdurado por mínimo dos años, se complica con un episodio depresivo mayor, más agudo e intenso, en otras palabras, el último se superpone sobre la primera.

En las depresiones menos agudas, el cuadro manifiesto será simplemente que la persona presente quejas de que se sienta deprimida o infeliz, por lo general, el sujeto experimentará que esa sensación es peor por la mañana.

c) Depresión reactiva.

Según San Molina y Arranz (2010), la depresión reactiva suele ser una respuesta a una situación estresante, suele ser de intensidad leve o moderada y no dura mucho tiempo, en muchas ocasiones no necesita tratamiento farmacológico, sino apoyo emocional. Sin embargo, un factor estresante puede ocasionar una depresión grave en las personas con predisposición a padecerla.

Dentro de los tipos antes mencionados sobre la depresión, cada uno tiene una característica en particular, que permite distinguirlo, ya que en el caso del trastorno distímico comparte muchos de los síntomas del trastorno depresivo mayor, pero difiere en cuanto a su curso, los síntomas son más leves aunque permanezcan por largos periodos, ya que la persona ha estado durante dos años o más con la depresión; en algunos casos, puede durar hasta veinte o treinta años.

En cuanto a los criterios establecidos para la depresión doble, son básicamente los mismos, con la diferencia de que en este tipo de depresión, la persona sufre de episodios depresivos mayores como de un trastorno distímico y por consiguiente, se dice que presenta una depresión doble.

Una vez que se han definido los tipos de depresión, es posible diagnosticar que tipo de este padecimiento presenta un determinado individuo, esto puede llevarse a cabo gracias a las características diferenciales entre cada uno y que en combinación con algunas pruebas como la Escala de Depresión de Beck, permite identificar el nivel de depresión que presenta y a su vez, mediante los criterios diagnósticos, corroborar y complementar el tipo de depresión al que pertenece un determinado individuo.

1.4 Errores cognitivos más frecuentes en la depresión.

Las personas que padecen depresión, constantemente tienen un conjunto de pensamientos que se encuentran alimentando los síntomas de la depresión, por ello, se mencionarán a continuación, con la finalidad de saber identificarlos en el paciente depresivo.

Según Ellis y Abrahams (2005: 46), “los errores cognitivos son distorsiones sistemáticas que se dan en los procesos de pensamiento del depresivo, que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la evidencia contraria”. Este autor afirma que los errores cognitivos, provocan que la persona no pueda pensar de manera lógica y racional, permitiendo así pensamientos inadecuados que por lo general, llegan a ser negativos, estos errores puede cometerlos el sujeto hacia sí mismo o hacia otros.

De acuerdo con Beck y cols. (1999), los errores cognitivos más frecuentes en la depresión son seis:

- a) Inferencia arbitraria.
- b) Abstracción selectiva.
- c) Sobregeneralización.
- d) Magnificación y minimización.
- e) Personalización.

f) Pensamiento absolutista o pensamiento dicotómico.

Beck y cols. (1999) describen que en la depresión se presentan tres puntos clave a nivel de pensamiento del paciente, que son los errores cognitivos, mencionados anteriormente, el esquema cognitivo y la tríada cognitiva. Los esquemas cognitivos se pueden considerar que forman la estructura cognitiva, las distorsiones son procesos cognitivos y la tríada cognitiva es un producto cognitivo.

Según Beck y cols. (1999), un esquema cognitivo es el contenido de conocimiento formado por suposiciones, actitudes y creencias, su efecto sobre el procesamiento de la información consiste en determinar qué estímulos han de procesarse.

Por todo lo anterior, puede extraerse que en la depresión, determinados esquemas disfuncionales se hacen presentes en la organización cognitiva del sujeto, propiciando así que estos se generalicen a una amplia cantidad de situaciones, incluso a aquellas que no tienen ninguna relación lógica con esos esquemas. Esta independencia entre pensamientos y estímulos permite explicar por qué el depresivo no modifica su estado, aunque en su entorno se produzcan cambios.

1.5 Modelos psicosociales de la depresión.

Por modelos psicosociales se entiende aquellas elaboraciones teóricas que sitúan las causas de la depresión en un proceso de interacción continua entre el sujeto y un ambiente al que trata de adaptarse, razón por la cual en el presente apartado se presentan algunos modelos que permiten entender el origen de la depresión.

Ya que según Jervis y González (2005), todos los sujetos comparten una imagen del ser humano de forma activa, en el desarrollo y modificación de sus actitudes, creencias, alteraciones y estados anímicos, lo que les contrapone con el modelo médico, donde el sujeto debía sufrir los efectos de un desequilibrio biológico ante la idea de que nada se podía hacer.

También es común a todos ellos, la importancia que se les otorga a los procesos de aprendizaje en la adquisición de conductas y esquemas mentales que determinan la forma en la que cada persona interpreta la información que recibe del medio ambiente, a partir de la cual, el sujeto construye una realidad personal desde la que se percibe a sí mismo y estructura de esta manera sus experiencias de la vida cotidiana.

El ambiente en el que se desenvuelve el individuo no es solamente físico, es sobre todo social, puesto que engloba las ideas básicas, actitudes, preferencias y valores, así como los criterios mediante los cuales se juzga el éxito y el fracaso de las acciones de la persona y las de los otros, en suma, es todo aquello que lo individualiza, pero que al mismo tiempo, lo hace ser parte de una cultura común, ya que se adquiere un medio social.

El sujeto forma estructuras mentales en torno de una cultura dominante, que determina sus prácticas educativas, la moral y los valores, asimismo, existen creencias compartidas que le van a permitir asegurar la integración y el mantenimiento de cierta jerarquía social.

Nada implica que dichos esquemas sean estructuras permanentes, de hecho, la dinámica que presenta el sujeto entre la asimilación de sus creencias y la modificación de las ya existentes, forma parte de un flujo continuo, que caracteriza a la mayor parte de los aprendizajes.

Se ubican dos modelos básicos: los comportamentales y los cognitivos, dependiendo del énfasis que sea puesto ya sea en la conducta o en la actividad mental.

a) Modelos comportamentales.

Según Jervis y González (2005), los modelos comportamentales atribuyen las causas de la aparición y el mantenimiento del trastorno depresivo, a una disminución en la cantidad de refuerzos positivos que el sujeto obtiene cuando lleva a cabo ciertas conductas.

Cualquier comportamiento que deje de ser reforzado por un determinado periodo temporal acabará extinguiéndose. Si esta pérdida de refuerzo afecta no a una, sino a varias conductas del repertorio de hábitos del sujeto, el resultado será un incremento de la pasividad, de la apatía y a la larga, un notable descenso del estado de ánimo.

Según Feaster y Lewinsohn (citados por Jervis y González; 2005), los primeros modelos explicativos de carácter comportamental fueron formulados por Feaster en 1965 y Lewinsohn en 1974. Este último precisa que el elemento clave en el desarrollo de la depresión, no es el hecho de que se produzca una pérdida de reforzadores positivos, sino que el sujeto no los recibe de manera contingente a sus respuestas.

De acuerdo con Jervis y González (2005), los refuerzos que obtiene una persona a través de sus conductas, dependen de factores como la cantidad y el tipo de actividades reforzantes en las que participe, de la disponibilidad de estas en su ambiente cotidiano, así como de las habilidades y capacidades sociales, profesionales, deportivas y económicas de que disponga para conseguirlas.

Por lo tanto, según estas teorías, la depresión se desarrolla cuando el ambiente en el que el sujeto se desenvuelve cotidianamente, carece de los elementos gratificantes para estimular su condición anímica, o bien, porque este no posee las habilidades adecuadas para procurarse dichos reforzadores.

Los modelos comportamentales explican entre otras situaciones, por qué determinados estilos de vida que son sancionados socialmente por parte de la cultura del individuo, a su vez provocan que la persona sea más vulnerable a padecer el trastorno de la depresión.

b) Modelos cognitivos.

Según Frager y Fadiman (2010: 56), “estos modelos se centran en el efecto que tiene la cognición en las emociones humanas”. Al parecer, se trata de un sistema de autocontrol que funciona junto con los pensamientos y los sentimientos que se expresan en una conversación; los pensamientos que están relacionados con el autocontrol suelen surgir de manera rápida y automática, como por reflejo.

Según Beck (citado por Jervis y González; 2005), cuando la persona padece algún tipo de desorden psicológico o afectivo, los esquemas interpretativos distorsionan la manera en la que se perciben los hechos, condicionando negativamente los estados de ánimo, así como las estrategias con las que se afrontan las dificultades.

Estos esquemas disfuncionales se expresan en forma de creencias y convicciones que no han sido sometidas a verificación, por lo que la persona las da por buenas, dada su aparente falta de confiabilidad.

Según Jervis y González (2005), la depresión proviene de la activación de esquemas que dan lugar a modelos de pensamiento distorsionado y negativo en tres áreas distintas: la visión que se tiene el sujeto de sí mismo, del mundo y del futuro. De la activación de estos esquemas negativos se derivan tanto el humor depresivo, como la sensación de desesperanza que asume a la persona en una actitud de apatía y pasividad.

El deprimido tiende a verse a sí mismo, como un sujeto incompetente, carente de valor e incapaz de afrontar las dificultades más significativas de su existencia, ya que percibe al mundo como un lugar hostil, del que tiene que protegerse, mientras que el futuro es para él un territorio de desesperanza.

La razón por la cual, de acuerdo con Jervis y González (2005), esto ocurre, es porque los depresivos tienden a extraer conclusiones ilógicas en lo que se refiere a su autoestima, debido a errores sistemáticos en los procesos de valoración y juicio. Estos errores o distorsiones cognitivas le impiden corregir las ideas generadas por la activación de esquemas disfuncionales y aunado a esto, la manera en que la persona percibe la realidad y a sí mismo. De tal forma que a pesar de la ausencia de lógica y de experiencia de muchas de las conclusiones a las que llega la persona, estas siguen siendo creíbles mientras persistan los errores en el procesamiento de la información y en la valoración que haga de ella.

De modo que se puede afirmar que la forma de pensar del depresivo no se basa en una secuencia lógica de razonamientos donde los hechos constituyen una parte fundamental del proceso, sino en una serie de creencias y actitudes activadas por esquemas disfuncionales, a través de los cuales elabora un discurso negativo que proporciona un significado a cada situación.

De esta manera, el perfil que caracteriza a las personas deprimidas puede resumirse en errores sistemáticos del pensamiento que el sujeto mantiene de forma invariante, a pesar de evidencia contraria o en muchos casos, de la falta de evidencia,

lo que da lugar a ideas pesimistas. Incluye también alteraciones en la temporalidad que consisten en una valoración pesimista del presente y en una desesperanza respecto al futuro.

El sujeto muestra una memoria especialmente enfocada en proporcionar recuerdos negativos y autoculpanes, un humor negativo, que a su vez provoca pasividad, apatía y dificultades en las relaciones interpersonales.

Este modelo antes mencionado, no es el único precedente cognitivo existente, ya que a finales de la década de los 70, otro Psicólogo, Albert Ellis, denomina a otro paradigma, en donde él propone que las personas experimentan los acontecimientos, no de manera directa, sino a través de un discurso interno que es mediado por las creencias propias.

A partir de la racionalidad o irracionalidad de dichas creencias se derivan consecuencias afectivas y comportamentales diferentes, de tal manera que las creencias o ideas irracionales, que actúan a modo de filtro mediante el cual la persona organiza y le da sentido a lo que le sucede, conforman un aumento en la vulnerabilidad, que predispone al sujeto a la depresión.

Según Ellis y Abrahams (2005), la aparición de los problemas afectivos parte de la base de creencias como la que indica que los seres humanos tienen una necesidad absoluta de cariño y aprobación por parte de la gente que los rodea, la percepción de que es horrible que las circunstancias no salgan como ella desea, la necesidad de

contar con el apoyo de alguien más fuerte o poderoso para poder desenvolverse adecuadamente, así como el ser competentes en todo lo que emprendan o de lo contrario, su valor personal queda en tela de juicio, orillan a la persona a presentar sentimientos de poca valía, sentimientos de inseguridad y percibirse como alguien poco valioso, que son motivadores para presentar un episodio depresivo.

1.6 Personalidad depresiva y adicciones.

No solamente la depresión provoca los pensamientos distorsionados y los cambios de ánimo, existe también una serie de padecimientos que aunque están relacionados con la condición antes mencionada, presentan síntomas característicos de un trastorno de personalidad, un ejemplo de ello es la personalidad depresiva, padecimiento en el cual existen factores similares a la depresión.

En razón de lo anterior, es importante mostrar una definición específica de lo que es la personalidad depresiva, asimismo, establecer una diferenciación entre esta y otras patologías y señalar su relación con las adicciones, principalmente con el consumo de alcohol.

Según Dicaprio (citado por Velarde; 2011: 54), “la personalidad depresiva puede entenderse como un patrón individual y característico de maneras de pensar, sentir, comportarse y relacionarse con los demás, mientras que la depresión es un conjunto de síntomas, caracterizado principalmente por un estado decaído, el poco

interés de la persona para relacionarse socialmente, y la pérdida del gusto por realizar actividades que anteriormente consideraba agradables.”

De lo mencionado anteriormente, se puede decir que la personalidad depresiva es un estado de ánimo donde el sujeto se muestra decaído y melancólico, en el cual los rasgos que la determinan son permanentes y con carga genética, así como la influencia del medio ambiente, en contraste con un trastorno depresivo, en el cual los síntomas son temporales y se producen por situaciones orgánicas y/o ambientales que son externas al sujeto.

Es frecuente que los individuos con personalidad depresiva acudan al consumo de alcohol como un medio para estimular la energía que propicie un estado de ánimo estable y con tendencias positivas. Esta situación será recurrente, sobre todo si el medio ambiente ha desarrollado un patrón comportamental en el sujeto, de manera que su conducta es socialmente aceptada.

Así lo afirma Bailón (1993), quien señala que el recurso más utilizado para compensar los síntomas de la depresión, es el consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol. Las consecuencias, sin embargo, son adversas, ya que estas sustancias estimulan de modo transitorio, porque originan a mediano plazo un efecto de rebote, provocando así un agravamiento de los síntomas que puede conducir a volver a consumir alcohol o sustancias tóxicas, que se vuelven así una vía para sentirse mejor, con lo que se cierra un círculo vicioso del alcoholismo y la drogodependencia.

Se comprende aún mejor esto, si se toma en cuenta que una de las características de la personalidad depresiva, es que se trata de personas con baja autoestima y dificultades de integración familiar, que tienden a reunirse dentro de sectores marginales desde la adolescencia y continúan en la edad adulta; en dichos grupos existe una tendencia a buscar vías de escape ante su realidad, por lo que frecuentemente presentan una tendencia a consumir sustancias que modifiquen la percepción que tienen de sus propias circunstancias.

El consumo de alcohol, en una personalidad depresiva, arroja como resultado un incremento en la irritabilidad, por el efecto desinhibidor del alcohol, de tal forma que resultan con más frecuencia las conductas agresivas y la desconfianza, que se transforman en un cierto sentimiento de amenaza frente al mundo exterior.

Por otro lado, según comentan Rosenbluth y Sidney (2007), en este cuadro pueden seguir sentimientos de culpa y descenso de la autoestima, marcados en los periodos depresivos que se mantenían ocultos en un plano inferior, por el efecto compensatorio del abuso del alcohol.

Se puede concluir que la baja autoestima es un factor constante en sujetos que presentan una personalidad depresiva, provocada por una debilidad psíquica; influida por aspectos familiares, personales y sociales que al no lograr establecer relaciones exitosas, refuerzan el pensamiento y creencia de minusvalía, pensamientos pesimistas y otras conductas patológicas, de tal forma que el individuo pierde su estabilidad

emocional, lo que lo llevará a buscar un equilibrio por medio de conductas dañinas como el consumo de alcohol.

Se ha presentado a lo largo de este capítulo, que la depresión puede presentarse desde un estado de ánimo pasajero, un trastorno que persista por lo menos dos semanas, en las que el individuo presenta toda una serie de síntomas, de tal forma que si no realiza alguna intervención para contrarrestarlos, estos pueden impedir su funcionamiento habitual.

Además de que al ser una enfermedad, por presentar toda una sintomatología, un proceso y diversos métodos de tratamiento, deteriora la vida del individuo que la padece.

No obstante, en múltiples ocasiones la depresión es solamente el síntoma de otra enfermedad, como puede ser el alcoholismo, ya que existe la depresión secundaria, que es precisamente aquella que se presenta posterior al consumo de sustancias tóxicas como el alcohol o cualquier otra droga.

Se puede concluir que existe una amplia variedad de tipos de depresión, algunos de ellos con mayor intensidad que otros o en su defecto, con mayor duración, pero a fin de cuentas, dicha enfermedad puede presentarse por infinidad de factores, que van desde problemas personales como la baja autoestima, hasta problemas sociales y familiares como son las adicciones. Este capítulo ha permitido conocer en un panorama más amplio y más rico en información sobre dicho tema.

CAPÍTULO 2

ALCOHOLISMO

El presente apartado tiene la finalidad de dar a conocer, de manera clara y precisa, los aspectos más importantes sobre el alcoholismo, retomando así algunos antecedentes sobre el origen y desarrollo de este padecimiento. Se han rescatado algunos modelos explicativos que permiten describir las posibles causas de la presencia del alcoholismo en determinados individuos, así como las etapas o fases por las que se van pasando como camino hacia dicha enfermedad y que posibilitan una clasificación sobre los individuos de acuerdo con su estilo de beber.

Por otra parte, también se han incluido algunos conceptos importantes, necesarios para una mejor comprensión del tema, como son la definición de alcohol, alcoholismo y la de abstinencia, que ofrecen una mejor explicación sobre la enfermedad. Aunado a esto, al ser el alcoholismo una enfermedad, presenta consecuencias desagradables que también se han de especificar detalladamente.

2.1 Reseña histórica sobre el estudio del consumo de alcohol.

Para poder entender de un modo más amplio el desarrollo del consumo de alcohol a lo largo de la historia, es pertinente desglosar de manera clara y concreta los primeros momentos en que los individuos de aquellas sociedades comenzaron con el consumo de alcohol, así como sus motivos para beber y la clase de bebidas que se

utilizaban en aquel entonces; muchas de ellas son ingeridas por cientos de individuos todos los días, por ello, se procederá a mostrar una breve descripción sobre el origen del consumo de alcohol y su desarrollo.

De acuerdo con Stoppard (1999: 43), “el vino y la cerveza se elaboran con azúcares y almidones vegetales desde tiempos inmemorables. Uno de los primeros registros de la elaboración del vino, hallado en un papiro egipcio, data del año 3500 a.C. La producción de licores surgió mucho después, hace unos mil años. A partir del siglo XIX las autoridades de distintos países comenzaron a preocuparse por los efectos del alcohol, pero a su vez descubrieron que representaba una buena fuente de ingresos, de ahí que los impuestos sobre el alcohol sean tan altos”.

Por otra parte, según Velasco (1988), en el siglo XX, la inquietud generada por los grupos de Alcohólicos Anónimos influyó profundamente al doctor Jellinek, quien en 1960, publicó un famoso artículo titulado: “El concepto del alcoholismo como una enfermedad”, que sentó las bases para que los profesionales de la salud se interesaran en el problema. La Organización Mundial de la Salud (OMS) patrocinó la información de comités de profesionales de la salud y se iniciaron trabajos e investigaciones de gran valor.

Aunado a esto, surge el modelo médico que permitió explicar la importancia de los aspectos socioculturales y la idea de que el alcoholismo de los miembros de diferentes culturas mostraba características muy particulares de acuerdo con sus costumbres, hábitos y tradiciones. Fue así que en ese momento el Comité de

Profesionales en Alcoholismo de la OMS hicieron énfasis en que no solamente se les tenía que prestar atención a las personas que ya habían desarrollado el síndrome de dependencia del alcohol (alcoholismo), sino que también a los bebedores excesivos no alcohólicos.

Según Coleman (1988), cabe mencionar que en la década de los años 20, el gobierno de Estados Unidos prohibió totalmente el alcohol con la llamada Ley Seca, los bebedores mantuvieron su hábito en secreto y los gangsters tomaron el control de la distribución del alcohol, tal como en la actualidad los delincuentes controlan el tráfico de drogas en gran escala.

La venta de alcohol es actualmente una muy importante industria internacional, puesto que los impuestos obtenidos por la producción y venta de bebidas alcohólicas en todo el mundo constituyen una parte sustancial de los ingresos públicos. La influencia de la industria en los hábitos de bebida es inmensa y variada, debido a que a esta instancia le interesa mantener lo más bajo posible los precios del alcohol y procura asegurarse, a través de los políticos, el control de los impuestos.

Actualmente, el alcohol se puede adquirir en diversas presentaciones y de forma legal, este hecho propicia que las personas lo utilicen en algunas ocasiones como un medio de afrontamiento ante el estrés y la tensión, o bien, como una forma de celebrar, puesto que es una de las sustancias psicoactivas santificadas por los sistemas políticos y eclesiásticos, ya que católicos y judíos utilizan alcohol en sus celebraciones

religiosas. Casi cualquier cena o fiesta, discurso o función pública se festeja con alcohol.

La gran accesibilidad del alcohol ha hecho que aumente su popularidad a través de los medios de comunicación, esto parece indicar que cuando se vende en tiendas y supermercados, el consumo de alcohol aumenta. Siendo así, una sustancia adictiva que tanto en épocas anteriores como en la actualidad, ha traído consigo problemas sociales y personales para los individuos que abusan en el consumo de alcohol. El desarrollo de dicho fenómeno sigue vigente en todas las sociedades, ya que tanto la publicidad como la aceptación social son reforzadores constantes para que se siga presentando en una inmensa cantidad de individuos consumidores de alcohol actualmente.

2.2 Definiciones.

Desde hace tiempo, el concepto de alcoholismo ha pasado a ser más popular y por ello, su significado real ha perdido precisión. Alcoholismo no quiere decir lo mismo para todas las personas, cada autor le concede un significado diferente, de acuerdo con su enfoque. Existe una diversidad de definiciones sobre el alcoholismo, por ello, es preciso definir tanto el concepto de alcohol, como el concepto de alcoholismo, con la finalidad de enriquecer la investigación, así como para facilitar una mejor comprensión del tema.

De acuerdo con Stoppard (1999: 38), “el alcohol es una sustancia tóxica elaborada a partir de la fermentación de almidones, y aunque produce cierta excitación inicial, en realidad es una droga depresora, que retarda las reacciones afectando la coordinación y el funcionamiento del cerebro”.

Por otra parte, según García (2011: 19), “el alcohol es una droga que afecta múltiples capacidades mentales, debido a la influencia que ejerce en el cerebro, debido a que tanto la dopamina y noradrenalina parecen relacionarse con la capacidad tan reforzante del etanol, para provocar que el sujeto mantenga la conducta de beber”.

Esta sustancia llamada alcohol, es una droga que al ser ingerida por un individuo, provoca una serie de manifestaciones particulares, afectando predominantemente al cerebro, por lo que se ve distorsionada la capacidad de pensamiento del sujeto y su coordinación, por lo tanto, se vuelve torpe, teniendo una mayor probabilidad de sufrir un accidente, o dañar a alguien más.

Al ser el alcohol una sustancia que ejerce influencia en el cerebro y provocar sensaciones agradables, el individuo puede percibir tal hecho como una forma de divertirse, de tener confianza en sí mismo, de sentirse relajado, o de experimentar una sensación de liberación de sus inhibiciones, por lo que todas estas conductas tienen una gran influencia reforzante para que el individuo continúe bebiendo alcohol.

Y es precisamente la manera en la que la mayoría de los individuos llegan a desarrollar la enfermedad del alcoholismo, misma que es definida por Souza (1988:

19), “como una enfermedad crónica, un trastorno de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto en que excede lo socialmente aceptado e interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo”.

Se trata de una situación de anormalidad, que es susceptible de ser reconocida mediante signos y síntomas, que se presentan generalmente por igual en los diferentes individuos.

Aunado a lo anterior, según Papalia y cols. (2010: 430), “el alcoholismo es una enfermedad crónica que involucra dependencia hacia el alcohol. Ocasiona problemas en el desempeño y en el cumplimiento de las responsabilidades”.

Coincide así con la definición de alcoholismo presentada por DuPont (1990: 152): “enfermedad crónica, progresiva y potencialmente fatal, caracterizada por la tolerancia y dependencia física o cambios orgánicos patológicos, o ambos, todos consecuencia directa o indirecta del alcohol ingerido”.

Las anteriores definiciones conceden un panorama más claro de lo que es la enfermedad del alcoholismo, como se muestra, el individuo que ingiere grandes cantidades de alcohol, se encuentra en riesgo de padecer dicha enfermedad y esta puede ser detectada mediante la manifestación de determinados signos y síntomas que caracterizan a la enfermedad del alcoholismo.

2.3 Modelos explicativos del origen y desarrollo del alcoholismo.

Existen algunos modelos que se han utilizado, como un intento de prevenir los problemas generados por el abuso del alcohol y que a su vez, permiten explicar de manera detallada cómo ha ido evolucionando, ya que conforme han pasado los años, han surgido nuevas explicaciones sobre el origen y desarrollo de esta enfermedad. A continuación se describirán cinco modelos fundamentales en la prevención de los problemas, presentados como consecuencia del abuso en el consumo de alcohol y que gracias a ellos, se pueden comprender de una manera más clara las posibles causas del alcoholismo.

Velasco (1988) señala el problema del alcoholismo tiene muchas causas, algunas de tipo genético, fisiológico, neuroquímico, patológico, sociológico, antropológico y cultural, de modo que con mucha dificultad puede elaborarse un concepto que incluya todos estos aspectos. El propósito del presente apartado es mostrar las diversas opiniones que a lo largo de la historia se han dado sobre el uso y el abuso del alcohol y que han permitido establecer los criterios que actualmente utilizan las diferentes disciplinas dedicadas en la investigación y solución de este problema.

De acuerdo con Velasco (1988), el término alcoholismo se ha empleado excesivamente, pero en realidad es relativamente nuevo, puesto que empezó a utilizarse en el siglo XX, y aunque los escritos previos hablan básicamente de problemas sociales que resultan del consumo excesivo de alcohol, fue mucho después

cuando la sociedad comenzó a preocuparse por el problema y se emplearon dichos modelos, que permiten conocer cómo era el trato hacia aquellos individuos considerados como alcohólicos, y las posibles motivos o razones que encaminaron al individuo al excesivo consumo de dicha sustancia, generando así con posterioridad la enfermedad del alcoholismo.

a) Modelo moral.

Según Velasco (1988), este modelo considera que el alcohol es una droga perjudicial e indeseable y quien abusa de él, es considerado como un sujeto potencialmente peligroso para la sociedad o un débil moral, de esta manera, el individuo que abusaba del alcohol debía ser humillado, castigado y marginado, las personas seguidoras de este modelo afirmaban que quien abusaba del alcohol era un vicioso y rechazaban el modelo médico, argumentando que este trata de justificar que el individuo abusará en el consumo de alcohol.

Cabe mencionar que en el modelo moral existen dos corrientes: una moderada que acepta el consumo de alcohol siempre y cuando no sea excesivo, y otra radical, que condena el uso del alcohol, por moderado que sea. Ambas tendencias afirman que la única manera de no caer en el alcoholismo es mediante la fuerza de voluntad. En muchos grupos religiosos se predica este modelo. Aunque en los grupos de AA apoyan el modelo médico, su filosofía conserva muchos aspectos del modelo moral.

b) Modelo médico.

Refiere Velasco (1988), que dicho modelo se basa en el principio de que el abuso del alcohol es solamente el síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrino, cerebral o neurobioquímico.

De acuerdo con el modelo, el abuso del alcohol da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, que pueden ser identificados y que permiten inferir la conducta del alcohólico, ya que al igual que cualquier otra enfermedad, el alcoholismo tiene una etiología, una historia natural, cuadro clínico, un diagnóstico, pronóstico y un tratamiento, por lo que pueden desarrollarse estrategias para prevenirlo.

En cierto momento, el modelo médico creyó que considerar al alcohólico como enfermo, era darle demasiada importancia al individuo y a la influencia biológica e ignorar la social. De este modo, las hipótesis que plantea la etiología biológica mencionan factores genéticos que apoyan el concepto de que el individuo nace con una predisposición hacia el desarrollo del alcoholismo debido a ciertas alteraciones genéticas.

En cambio, las teorías endocrinológicas afirman que la ingestión de alcohol ocasiona un trastorno glandular que, finalmente, genera una insuficiencia de la corteza adrenal. Se habla también de una disfunción cerebral que da lugar a la pérdida del control para beber, a la incapacidad del individuo de poder abstenerse y a la conducta impulsiva que exhibe.

Finalmente, las teorías neurobioquímicas últimamente han adquirido mucha importancia, plantean que beber en exceso durante algún tiempo provoca la inactivación de algunos sistemas enzimáticos que intervienen en el metabolismo del etanol, esto, a su vez, ocasiona que el alcohol se metabolice por otras vías en las que se producen ciertas sustancias que, al reaccionar con algunas aminas cerebrales, forman alcaloides de gran poder adictivo.

Estas sustancias se denominan morfínicas debido a que tienen un enorme efecto estimulante sobre los centros de gratificación del cerebro, esto explicaría las poderosas propiedades de dependencias que tiene el alcohol y el por qué, en un momento dado, un alcohólico es incapaz de suspender la ingesta en cuanto empieza a beber.

c) Modelo psicológico.

En un tercer punto se encuentra el modelo psicológico, el cual según Velasco (1988), plantea que el alcoholismo no es una enfermedad, sino que simplemente es un síntoma que hace notar la presencia de conflictos psicológicos no resueltos o un estancamiento en el desarrollo de la personalidad del individuo, un trastorno de la personalidad o el resultado de una conducta aprendida, a través de reforzamientos, por los efectos gratificantes del alcohol. El modelo psicológico considera al alcoholismo como un problema estrictamente individual, aunque no excluye la influencia de los factores sociales.

Este modelo se encuentra conformado por algunas teorías, entre ellas la psicoanalítica, que afirma que el alcoholismo es el resultado de perturbaciones y carencias emocionales durante la infancia que, a su vez, provocan una inmadurez emocional. De acuerdo con esta teoría, el alcohólico busca los efectos del etanol para aliviar sus sentimientos de angustia, culpabilidad, hostilidad, inferioridad y depresión que son el reflejo de trastornos más profundos y que generalmente, no son reconocidos.

De esta manera, los psicoanalistas consideran que la gratificación que obtiene el alcohólico por el uso y los efectos del consumo de alcohol, representa una forma de escape de la realidad y que a su vez, uno de los patrones de comportamiento que generalmente presentan los alcohólicos, es una tendencia suicida, al estar ingiriendo grandes cantidades de alcohol.

Pero por otro lado, de acuerdo con las teorías de la personalidad, según Velasco (1988), el alcoholismo es la consecuencia de un trastorno de la personalidad. Se considera así que los alcohólicos tienen un tipo específico de personalidad, caracterizada por la labilidad emocional, inmadurez en las relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente la hostilidad, baja autoestima, compulsividad, así como sentimientos de aislamiento y conflictos sexuales, todo lo anterior, en conjunto, es mejor conocido como personalidad depresiva.

Por otra parte, las teorías psicológicas del aprendizaje social, de acuerdo con Velasco (1988), se fundamentan en lo que es el reforzamiento y construyen un intento de explicar el alcoholismo, no como una enfermedad, sino como el resultado de una historia de aprendizajes en que la conducta de beber alcohol aumenta en frecuencia, duración e intensidad por los beneficios psicológicos que implica.

d) Modelo sociocultural.

Un cuarto y último modelo es el sociocultural, el cual según Velasco (1988), hace énfasis en que el alcoholismo es solamente una consecuencia del medio ambiente en que se desenvuelve el individuo, independientemente de los problemas psicológicos o de la predisposición biológica que tenga hacia la bebida. De esta manera, las culturas en las que se alienta a la ingestión de bebidas alcohólicas, predomina el alcoholismo.

Velasco (citado por Velasco; 1988), habla de cuatro criterios de causalidad social en el alcoholismo, que son la familia, la organización social, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y algunos otros aspectos socioculturales.

Se considera a la familia como el elemento más importante en el origen y desarrollo del alcoholismo, ya que se centra en la formación de la personalidad, en lo importante que es la actitud y la conducta de los padres respecto al consumo de bebidas alcohólicas y en las experiencias negativas como el divorcio, la pobreza y la

desintegración familiar, que contribuyen a crear insatisfacción y desorientación y conducen al individuo a buscar satisfacción en el alcohol.

En lo que se refiere a los aspectos relacionados con la organización social, sugieren que el alcoholismo puede considerarse como un comportamiento opcional que el individuo utiliza para enfrentar a la continua frustración, que genera la desorganización social, así como los rápidos cambios, los controles sociales, la competencia y la interdependencia funcional, conforman factores que producen tensión que el individuo puede reducir a través del consumo de alcohol.

Dentro de este modelo, se plantea que a mayor disponibilidad de alcohol, más probabilidad tiene la sociedad de estar consumiendo bebidas alcohólicas, ya que también influyen algunos aspectos como el impacto que tiene la publicidad en el alcoholismo, puesto que esta fomenta la disponibilidad y consumo de bebidas alcohólicas.

Estos modelos son herramientas útiles que permiten comprender de una manera clara y detallada, las posibles causas del origen y desarrollo del alcoholismo, asimismo, establecen las diferentes teorías, que han explicado el origen de la presencia de la enfermedad del alcoholismo en determinados individuos; al conocer las posibles causas, da pauta para poder realizar intervenciones de prevención.

Como puede apreciarse, las aportaciones que los diversos modelos han hecho, se han dado de forma aislada, ya que cada uno explica el fenómeno del alcoholismo

desde su enfoque, de tal forma que estos modelos, determinan que el alcoholismo es un fenómeno multicausal y por lo tanto, su tratamiento tiene que ser interdisciplinario, los modelos médico y psicológico son fundamentales para el tratamiento y rehabilitación de los alcohólicos, pero no por eso se va a excluir la importancia de los factores socioculturales, ya que este modelo es básico para la prevención del alcoholismo, pero también pueden utilizarse los elementos psicológicos y biológicos de los demás modelos.

Incluso el modelo moral aporta algunos aspectos útiles, como la idea de beber con moderación y responsabilidad entre los bebedores no alcohólicos. En algunas sociedades en las que los miembros son tan tolerantes para el beber en exceso y en las que es tan mal vista la abstinencia, el modelo moral podría propagar actitudes de cambio que darían lugar al fenómeno inverso, es decir, condenar el consumir alcohol en exceso y considerar una virtud la abstinencia y el beber con moderación.

2.4 Efectos y riesgos en el abuso del consumo de alcohol.

El hecho de estar bebiendo alcohol, en la presentación que sea, de manera constante y en grandes cantidades, implica que el individuo comience a manifestar molestias, como dificultades con la familia, problemas económicos, conflictos interpersonales e incluso llegar a adquirir alguna enfermedad contagiosa, accidentarse o en el grado extremo, perder la vida de forma súbita. En razón de lo anterior, a continuación se describen dichos efectos y riesgos que pueden presentarse en el individuo que consume alcohol.

De acuerdo con Coleman (1988), el mayor riesgo de un bebedor es volverse alcohólico, es decir, verse atrapado por la necesidad de seguir bebiendo. Existen señales de advertencia que permiten saber que el beber en forma excesiva se está transformando en un problema, uno de estos indicios es una preocupación exagerada por el alcohol, el sujeto piensa con mucha frecuencia en la bebida y habla de ella, la relaciona con acontecimientos de su vida diaria.

Por otro lado, según Souza (1988), el sujeto presenta sentimientos de incomodidad o de molestia cuando no hay bebidas alcohólicas a su alcance, consume alcohol durante el trabajo por las mañanas para evitar las resacas, o a cualquier hora del día, indiscriminadamente, además de que ingiere el alcohol con la finalidad de resolver algún problema o de eliminar aspectos desagradables como la ansiedad y la depresión.

En cuanto a sus efectos en el sistema nervioso central, de acuerdo con Martínez y Bartolomé (2001), el alcohol a pequeñas dosis puede producir relajación e incluso euforia, pero a dosis más altas, funciona como una droga depresora del sistema nervioso. Los efectos sobre cada individuo dependen de diversos factores como la cantidad total ingerida, el peso corporal, género, edad y tolerancia adquirida.

De acuerdo con Modell (1979), en concentraciones un poco mayores, el alcohol extiende su dominio a la misma corteza cerebral, de forma que lo mejor del discernimiento, la memoria y concentración se embotan y luego se pierden; aumenta

la confianza en sí mismo, la personalidad se vuelve comunicativa, ya el hablar el sujeto se vuelve elocuente, cambia el estado de ánimo del individuo y son frecuentes las explosiones emocionales.

Según Coleman (1988: 26), “es alcohólica toda persona incapaz de controlar cuándo empieza a beber y cuándo deja de beber, independientemente de la cantidad de alcohol que tome”.

De acuerdo con este autor, el alcoholismo trae consigo riesgos terribles, ya que el alcohólico tiene cuatro veces más probabilidades de morir que el sujeto no bebedor de la misma edad, sexo y status económico y también tiene más probabilidades de sufrir accidentes, de contraer cáncer y otras enfermedades.

Los alcohólicos suelen tener el objetivo de vida de conseguir e ingerir el alcohol, por eso pierden el interés por todo lo demás: dejan de ir al trabajo, evitan a los amigos, no se interesan por la familia, ni por las relaciones afectivas y sexuales, abandonando así sus aficiones.

Los alcohólicos suelen ser muy reservados respecto a sus actividades, a donde van y por qué, es muy probable que roben a su mejor amigo y a sus familiares más próximos para comprar alcohol. Hacen promesas que no cumplen ni tienen la intención de cumplir; en casos extremos, se vuelven sucios y desarreglados, pueden tener graves problemas económicos e incluyen varios síntomas físicos como debilidad y

temblor de manos, dificultades en la digestión, inapetencia, impotencia, vahídos, vacíos de memoria y una mayor propensión a herirse accidentalmente.

De acuerdo con Stoppard (1988), también es probable que padezcan angustia y depresión, falta de concentración y dificultad para conciliar el sueño, los alcohólicos a veces suelen tener problemas con la policía por armar alboroto o por conducir ebrios. Beber demasiado alcohol siempre causa efectos horribles, el individuo puede volverse agresivo y violento, con grandes probabilidades de que inicie altercados o riñas.

El individuo pierde su coordinación y se vuelve torpe, demasiado alcohol le provoca visión doble, le hace arrastrar las palabras al hablar; si bebe cuando está deprimido puede agudizar aún más la depresión; el alcohol engorda, puesto que contiene muchas calorías y a la vez es dañino para la piel, provocando resequedad.

El alcohólico puede sufrir una pérdida temporal de la memoria u olvidar lo que hizo durante un largo periodo, si se encuentra solo corre el riesgo de desmayarse, perder el conocimiento y ahogarse con su propio vómito; una borrachera intensa puede provocarle convulsiones y hacer que se caiga, se lastime e incluso pierda el conocimiento; a su vez, corre más riesgo de ser negligente y tener relaciones sexuales sin la protección adecuada, arriesgándose a un embarazo no deseado o a contraer una enfermedad de transmisión sexual.

El alcohol contiene mucha azúcar, por lo tanto, a los diabéticos se les recomienda abstenerse por completo, ya que podría tener efectos a largo plazo muy

negativos para la salud del individuo. Otra consideración que tiene efectos peculiares, es para aquellas personas que beben durante el embarazo, dicha acción podría provocar síndrome de alcoholismo fetal en el futuro bebé.

Según refiere DuPont (1990), el alcohol es sumamente tóxico para el feto, en las madres embarazadas y en las que están criando, el alcohol cruza la placenta y llega al bebé, asimismo, también circula a través de la leche materna, debido a ingesta de alcohol por parte de la madre. Los efectos del alcoholismo materno en los niños van desde déficits moderados hasta el síndrome antes mencionado, caracterizado por un retardo mental, irritabilidad, desarrollo motor incompleto y deficiencia en el crecimiento antes de nacer y a lo largo de la infancia. Los niños nacidos de madres alcohólicas tienen menor peso, defectos cardiacos y deficiencias en el aprendizaje y en promedio una inteligencia menor.

Si la persona conduce ebria, tiene más probabilidad de tener un accidente automovilístico que un no bebedor, ya que el alcohol suele provocar accidentes porque retarda los reflejos y reduce la coordinación. El consumir alcohol de manera intensa y prolongada suele conducir a la dependencia física y psicológica y a su vez, desencadenar enfermedades graves en el corazón, el hígado, el estómago y el cerebro.

Como es evidente, el ingerir bebidas alcohólicas en exceso tiene una amplia gama de consecuencias negativas, que se presentan a corto y largo plazo, algunas de

ellas incluyen la adquisición de enfermedades que no tienen cura, solamente pueden aspirar a controlar los malestares.

Al alcoholismo es una enfermedad crónica, porque presenta determinados síntomas que perduran por tiempos prolongados, es degenerativa porque poco a poco va debilitando a la persona hasta el punto donde puede llegar a caer en un estado depresivo, que lo motivará a seguir ingiriendo mayores cantidades de alcohol, con el objetivo de evadir esos malestares propios de la depresión, el patrón se repite así constantemente hasta el momento en que le sea completamente imposible ser funcional.

2.5 Etapas hacia el alcoholismo.

Para que un individuo llegue a presentar la enfermedad del alcoholismo, previamente debió haber iniciado un consumo tiempo atrás en el que no ingería grandes cantidades de alcohol, para conseguir los efectos deseados, pero con el paso del tiempo, la persona va necesitando consumir mayores cantidades de bebidas alcohólicas al hacerse tolerante a dicha sustancia, por ello, a continuación se muestran las etapas por las que ha de pasar el individuo que padece alcoholismo.

Retomando a Coleman (1988), menciona que casi todos los alcohólicos empezaron por beber en público, en reuniones y actos sociales y no tardaron en percibir que esta sustancia les ayudaba a conseguir cierto alivio contra el estrés, la opresión y los problemas psicológicos cotidianos; como consecuencia, el bebedor empieza a recurrir cada vez más al consumo de bebidas alcohólicas.

El hecho de que tarde más o menos en perder el control dependerá de una serie de factores, como la edad y el sexo del individuo, así como de su historia familiar, esto con motivo de que existiera algún factor hereditario, ya que si ambos padres del individuo fueron alcohólicos, tendrá mayor riesgo de ser también alcohólico, también se toma en cuenta la presión a la que se encuentre sometido en ese momento.

La siguiente etapa suele ser muy parecida en todos los alcohólicos, ya que el individuo empezará a beber en secreto, sintiéndose culpable; tanto por la mañana como por la tarde, necesitará aumentar la ingestión de alcohol para continuar sintiéndose bien. También puede seguir bebiendo hasta sentirse físicamente mal, en esta fase, el bebedor ha adquirido ya una gran tolerancia a la bebida.

El hogar y la vida laboral del alcohólico empiezan a resentirse, ya que sus fallos en casa y en el trabajo le producirán agresividad y resentimiento. Cuando pierda amigos, le echen de casa o le despidan del trabajo, se sentirá agraviado y beberá más para soportarlo. En este punto puede volverse violento y agredir físicamente a la familia, este es un efecto secundario común del alcoholismo.

Es muy probable que huela a alcohol y que procure disimularlo con una loción fuerte, en el caso de las mujeres alcohólicas, tienen la ventaja de poder empaparse de perfume, pero la cantidad y calidad del perfume suele delatarlas, es probable que les tiemblen regularmente las manos, lo que les impedirá escribir con claridad y tal vez padezcan gastritis crónica.

Cuando no tiene a su alcance una provisión de alcohol, el individuo se pondrá nervioso y guardará una botella de su bebida preferida en un armario de la oficina o en la cocina, bebiendo solo y en secreto casi siempre. Mentirá en cuanto a sus hábitos de bebida y probablemente tenga vahídos de vez en cuando. Robará si es preciso para comprar provisiones y beberá todo lo que caiga en sus manos.

En las últimas etapas del alcoholismo, beberá de forma continua y pasará días completamente ebrio. No se preocupará en absoluto por su apariencia física ni se molestará para nada en comer. Se asustará y sentirá temblores, tal vez disminuya su tolerancia al alcohol y necesitará menos cantidad para emborracharse, ya que el hígado para este momento funciona más despacio y peor.

De esta manera, el consumo abusivo del alcohol creó una dependencia al consumidor, que acabará siendo incapaz de funcionar eficazmente sin ella. El alcohol es una droga adictiva y su consumo abusivo orilla a la persona a la constante ingesta de bebidas alcohólicas, por cualquier medio o forma, provocando en ella la pérdida de relaciones familiares, interpersonales, laborales, aparición de enfermedades, es una forma de autodestrucción, que en grados extremos lleva a la muerte.

Respaldando a lo anterior, según Jelliken (citado por García; 2001), calificó al alcoholismo como una enfermedad progresiva que evolucionaba en etapas fácilmente identificables, mismas que se explican a continuación (Ver anexo 2).

a) Fase pre-alcohólica.

Durante esta etapa, el consumo de alcohol está asociado con el alivio de estados emocionales displacenteros. Progresivamente se produce un aumento de la tolerancia, con el consiguiente incremento de la cantidad de bebida consumida para conseguir los mismos efectos iniciales.

b) Fase prodrómica.

Esta fase, que aparece de forma progresiva y lenta, está caracterizada por un mayor incremento en las necesidades de alcohol y otras modificaciones en las pautas de consumo, tales como incremento en la graduación, ingesta de un solo trago o el consumo a escondidas.

c) Fase crucial.

Durante esta etapa, se produce una pérdida de control o incapacidad de interrupción del consumo, una vez iniciado. Aparecen mecanismos defensivos de autoengaño, así como trastorno en las esferas orgánica, psicológica, sociofamiliar y laboral. Las conductas del sujeto se centran en el alcohol, garantizando su dosis y desatendiendo otros aspectos de tipo relacional.

d) Fase crónica.

Constituye la fase final en la sistematización de Jelliken (referido por García; 2001), durante ella, el alcohólico presenta síndrome de abstinencia con un amplio

número de síntomas orgánicos, sociales, laborales y familiares, que lo obligan a permanecer ebrio casi ininterrumpidamente.

2.6 Diagnósticos de dependencia al alcohol y síndrome de abstinencia.

Para poder identificar si una persona ya presenta dependencia al alcohol, es recomendable que se le realice una valoración, para identificar determinados aspectos de las diversas áreas que conforman su personalidad, por consiguiente, a continuación se muestra cómo se puede realizar el diagnóstico de la dependencia al alcohol.

Según Souza (1988), lo desglosa en tres apartados:

1. Alteraciones del estado conductual: en el que se revisa si el patrón de ingestión de alcohol difiere del acostumbrado en el medio en el que se ha desenvuelto el individuo. A su vez, se analiza si la cantidad de alcohol ingerido le asegura a este el mantenimiento de niveles sanguíneos suficientes y efectivos, así como identificar si la ingestión se incrementa a pesar de las consecuencias desfavorables
2. Alteraciones del estado subjetivo: si se presenta una pérdida de control o incapacidad para detenerse una vez que se ha iniciado el consumo de alcohol, también se evalúa si hay una atención centrada en la bebida y si las actividades e intereses del individuo giran en torno a la posibilidad de beber.

3. Alteraciones del estado de ánimo psicobiológico: se identifica la presencia de síntomas y signos de abstinencia, si hay mejoría de los síntomas al beber nuevamente, la tolerancia al alcohol, el desarrollo del síndrome de abstinencia después de un periodo de sobriedad.

Por otra parte y aunado a lo anterior, según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales o CIE-10 (OMS; 1993), se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda que se muestran a continuación.

Debe existir un comportamiento alterado que se evidencia en al menos uno de los siguientes síntomas:

- 1) Desinhibición.
- 2) Actitud discutidora.
- 3) Agresividad.
- 4) Labilidad de humor.
- 5) Deterioro de la atención.
- 6) Juicio alterado.
- 7) Interferencia en el funcionamiento.

Al menos uno de los siguientes, debe estar presente:

- 1) Marcha inestable.
- 2) Dificultad para mantenerse en pie.

- 3) Habla disártrica (farfullante).
- 4) Nistagmo (movimiento involuntario e incontrolable de los ojos).
- 5) Nivel de conciencia disminuido.
- 6) Enrojecimiento facial.
- 7) Inyección conjuntival.

Según el CIE-10 (OMS; 1993), existen cuatro criterios respecto a la intoxicación patológica de alcohol.

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda, con la excepción de que la intoxicación patológica ocurra después de beber cantidades de alcohol insuficientes para causar intoxicación en la mayoría de las personas.
- B. Existe una conducta agresiva verbal o física que no es habitual cuando la persona esta sobria.
- C. La intoxicación se produce muy pronto (habitualmente en pocos minutos) después del consumo de alcohol.
- D. No hay evidencia de trastorno orgánico cerebral u otros trastornos mentales.

Gracias a estos puntos mencionados anteriormente, los profesionales pueden identificar con mayor facilidad y claridad, cada una de las áreas que deben evaluarse en el bebedor, para descartar si presenta la enfermedad del alcoholismo o no, e inclusive es posible que no la presente y que en el momento de la valoración, el

individuo se encuentre en el síndrome de abstinencia, por lo tanto, este diagnóstico es de gran utilidad para facilitar y agilizar la evaluación diagnóstica de un bebedor.

2.7 Síndrome de abstinencia.

En cuanto el alcohólico intenta dejar de beber, empezará a sentir malestares muy agudos, que le impedirán ser funcional e incluso le imposibilitarán valerse por sí mismo, ya que una vez que se ha creado la tolerancia al alcohol, el cuerpo la necesitará, puesto que se ha acostumbrado a su ingesta diaria, por tal motivo, es pertinente explicar en qué consiste el síndrome de abstinencia.

Ya que de acuerdo con Martínez y Bartolomé (2001: 12), “es un cuadro clínico que se produce en consumidores crónicos cuando hay una bajada brusca en los niveles de alcohol en sangre”. Aunado a esto, de acuerdo con Souza (1988), el síndrome de abstinencia se produce por la suspensión o terminación súbita de la ingestión de alcohol.

Complementando lo anterior, de acuerdo con Coleman (1988), el síndrome de abstinencia de alcohol se presenta a las seis u ocho horas de haber dejado de beber, el individuo empezará a sentir sudores y mareos, temblor en piernas y manos; posteriormente se sentirá desorientado y confuso, inquieto, asustado y paranoico, tendrá alucinaciones y empezará a temblar, quizá presente crisis convulsivas durante la abstinencia.

Ya que de acuerdo con el CIE-10, (OMS; 1993), se deberán satisfacer los criterios generales para síndrome de abstinencia.

Tres de los siguientes signos deben estar presentes:

- 1) Temblor de lengua, párpados o manos extendidas.
- 2) Sudoración.
- 3) Náuseas o vómitos.
- 4) Taquicardia o hipertensión.
- 5) Agitación psicomotriz.
- 6) Cefalea.
- 7) Insomnio.
- 8) Malestar o debilidad.
- 9) Ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles.
- 10) Convulsiones de gran mal.

De tal forma que el consumo crónico de alcohol produce tolerancia, que es un fenómeno de adaptación del organismo del individuo ante la presencia constante del alcohol, lo que provoca que necesite cada vez dosis más altas, para producir los efectos deseados y por consiguiente, las dosis tienen menos efecto cada vez; asimismo, surge otro fenómeno asociado con el consumo crónico y es la dependencia, por la cual se produce un deseo irresistible de consumir alcohol de forma continuada y, al momento de que el individuo no puede tolerar la irritación, principalmente en el estómago, comienza a vomitar y se produce el síndrome de abstinencia del alcohol,

mismo que implica toda una serie de manifestaciones físicas y psicológicas, que privan al individuo de su estado de salud y bienestar, poniendo en riesgo su vida, ya que es peligroso que esto suceda si el individuo se encuentra solo.

2.8 Enfermedades asociadas con el consumo excesivo de alcohol.

La continua ingesta de bebidas alcohólicas va provocando diversos padecimientos en el organismo del sujeto, tanto en el ámbito físico como en el conductual; en ambos pueden presentarse alteraciones que llegan a limitar la vida del paciente, esto es, producir o facilitar enfermedades, razón por la cual a continuación de muestran algunos problemas y enfermedades que podrían presentarse a causa del abuso en el consumo de alcohol.

Según Souza (1988), se pueden presentar problemas respiratorios: como neumonitis por aspiración, neumonía, abscesos, cáncer bronquial, laringitis crónica, bronquitis crónica, tuberculosis y neumonía bacteriana lobular.

También se originan problemas gastrointestinales, de los cuales los más frecuentes incluyen en la boca: caries y halitosis; en faringe: faringitis aguda y crónica; en esófago: esofagitis aguda y crónica, así como várices esofágicas; en estómago y duodeno: gastritis que puede llegar a ser hemorrágica y úlcera péptica; en páncreas: pancreatitis aguda; en hígado: infiltración grasa, hepatitis alcohólica y cirrosis.

Además de lo anterior, se generan problemas cardiovasculares, como arritmias cardíacas, taquicardia ventricular, cardiomiopatía alcohólica, disminución del gasto cardíaco, falla del ventrículo izquierdo, debido a que el alcohol aumenta el gasto cardíaco en reposo, la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno en reposo.

El alcohol puede producir otras alteraciones metabólicas en el procesamiento de los lípidos, el ácido bórico y el del ácido úrico, produciendo aumento de la uricemia y de los carbohidratos. Algunos otros problemas son la diabetes sacarina, la desnutrición y alteraciones de las proteínas y vitaminas en el organismo.

Este padecimiento afecta también el metabolismo de la aldosterona, produciendo la retención de sodio, potasio y cloro, ya que el poderoso efecto del alcohol en el gasto urinario ocurre, en parte, debido al resultado del efecto de la hipófisis posterior sobre la hormona antidiurética.

A la vez, se interfiere en el proceso normal de digestión y absorción normal de la comida, lo que contribuye a la mala digestión y absorción defectuosa de la comida, lo que repercute en la mala nutrición del alcohólico, impidiendo la asimilación de vitaminas y aminoácidos o sustancias que son esenciales para producir proteínas.

Por otra parte, Coleman (1988) menciona que la ingestión excesiva de alcohol puede causar lesiones hepáticas y cerebrales como el delirium tremens, que experimentan los alcohólicos que luchan contra su hábito, esto puede incluir depresión,

insomnio, escalofríos, náuseas, confusión, angustia, temblores, vómitos y a veces, alucinaciones terroríficas.

Es un hecho que abusar en el consumo de bebidas alcohólicas tiene repercusiones serias en el organismo, algunas de ellas, como se ha mencionado, acarrear enfermedades mortales, que a su vez requieren de tratamientos costosos para su recuperación o estabilidad. Muchos de estos malestares traen como consecuencia otro tipo de padecimientos como la depresión, que suele experimentarse durante el periodo de abstinencia en combinación en algunas ocasiones con el trastorno de delirium tremens, el cual se caracteriza por una serie de malestares, entre ellos la depresión, que pueden poner en riesgo la vida del individuo, sobre todo cuando presenta convulsiones. Ahora es claro deducir que a mayor cantidad de alcohol ingerida y características particulares del individuo, existe mayor riesgo de presentar delirium tremens y episodios depresivos o el trastorno depresivo como tal.

2.9 Criterios de consumo responsable de bebidas alcohólicas.

El individuo que tiene problemas con su forma de beber, se le considera que lo más responsable, seguro y benéfico para su salud y bienestar, es evitar totalmente el consumo de bebidas alcohólicas, incluso en cantidad mínima, debido a que es una enfermedad crónica, que no tiene cura, pero se puede controlar de manera eficaz, de forma que le permita ser funcional al individuo.

Por otra parte, también se encuentran las personas que aún no cumplen con el cuadro clínico de la enfermedad del alcoholismo, pero que constantemente abusan del consumo de bebidas alcohólicas, por ello, a continuación se muestran algunos criterios que se deben seguir para el consumo responsable de bebidas alcohólicas.

Carrillo (2004) especifica algunos criterios a considerar para un responsable consumo, entre ellos se encuentran:

Consumir una bebida estándar por hora, aproximadamente, esto le permitirá desinhibirse y disfrutar de la fiesta o reunión familiar sin emborracharse. El hígado tarda aproximadamente una hora en desechar esa cantidad de alcohol.

No se debe consumir alcohol con el estómago vacío, ni es conveniente beber alcohol en estado emocional alterado, como medio para controlar, tolerar o descargar emociones. La persona no debe consumir ni servir a los demás bebidas dobles, ya que las bebidas preparadas que tienen fama de emborrachar de forma rápida, generalmente contienen una doble dosis de alcohol.

Se deben consumir alimentos grasos mientras se bebe, como cacahuates, pepitas o pistaches. Dichos alimentos retrasan la absorción del alcohol. No se debe manejar ni permitir manejar si se ha ingerido bebidas alcohólicas.

La persona se debe sentir con la libertad de rechazar el consumo de bebidas alcohólicas si no desea tomar, puesto que no debe aceptar presiones, ni presionar a los demás para que tomen.

De esta manera, a través del cumplimiento de los criterios antes mencionados, el individuo que abusa del consumo de alcohol en algunas ocasiones, puede prevenir que su hábito se convierta en alcoholismo, ya que mediante la ejecución en su vida cotidiana de las actividades antes mencionadas, podrá desarrollar nuevos hábitos referentes al consumo de bebidas alcohólicas, teniendo un consumo responsable e incluso sirviendo como ejemplo o modelo, a los más allegados a él.

Para finalizar el presente capítulo, puede decirse que el alcohol es una sustancia psicoactiva, adictiva, que condiciona al individuo una vez que es ingerida por periodos prolongados y aumentos en la cantidad de dicha sustancia, de manera que este necesita consumirla a diario y en varios momentos del día para sentirse bien.

El cuadro anterior constituye una enfermedad crónica, llamada alcoholismo, en la que el individuo se ve perjudicado en todas las áreas de su vida, desde la personal hasta la laboral; implica toda una serie de riesgos, que oscilan desde la pérdida de amigos y familiares, hasta los más dramáticos, como atentar contra su vida o la de otros, adquirir alguna enfermedad física o psicológica, como el caso de la depresión, padecimiento que se presenta durante el llamado síndrome de abstinencia, por el que todo alcohólico ha de pasar y en el que nuevamente se manifiestan una serie de malestares que ponen en riesgo la vida del individuo.

En función de lo anteriormente expuesto, es conveniente la implementación constante de información preventiva sobre esta adicción, esto se puede lograr a través de la psicoeducación sobre el consumo responsable de bebidas alcohólicas, así como una valoración constante de aquellos individuos que se encuentran en riesgo de padecer alcoholismo, debido a su forma de beber.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Una vez expuestos los pormenores teóricos de las variables de estudio en las páginas anteriores, ahora se explicarán las características del plan metodológico seguido y la manera en que se recolectaron y procesaron los datos de campo, para dar el debido cumplimiento a los objetivos del presente trabajo.

3.1 Descripción metodológica.

Para el desarrollo de una investigación se requiere de un método en este caso, se ha empleado el método científico, el cual consiste de acuerdo con Papalia y cols. (2010), en una indagación científica de un campo. Sus pasos son:

- 1) Identificar el problema que se quiere estudiar, muchas veces basándose en una teoría o en investigaciones anteriores.
- 2) Formular hipótesis para someterlas a prueba en la investigación.
- 3) Acopiar datos.
- 4) Analizar los datos para determinar si sostienen la hipótesis.
- 5) Formular conclusiones tentativas.
- 6) Difundir los resultados para que otros observadores los revisen, aprendan, analicen y amplíen.

Aunado a lo anterior, para poder desarrollar los pasos mencionados, se debe elegir en el diseño del proyecto de investigación una serie de elementos que son indispensables para llevar a cabo la investigación, estos se refieren al tipo de enfoque, diseño, estudio, alcance, la técnica e instrumentos de recolección de datos, la población con la que se ha de realizar, así como la delimitación de la muestra. Este apartado tiene dicha finalidad: definir y explicar cada uno de estos aspectos, como se muestra a continuación.

3.1.1 Tipo de enfoque.

El enfoque es un proceso ruta o camino en la búsqueda de conocimiento o comprobación del mismo, que se presenta en forma de un conjunto de pasos. En términos generales, existen tres enfoques: el cualitativo, el cuantitativo y el mixto, son paradigmas de la investigación científica que emplean procesos cuidados, sistemáticos y empíricos en su esfuerzo por generar cinco fases similares o relacionadas entre sí (Grinnell, mencionado por Hernández y cols.; 2010).

La presente investigación se basa en el enfoque mixto, el cual según Hernández y cols. (2010), es una combinación del enfoque cuantitativo y el cualitativo. Este tipo de orientación permite observar y evaluar fenómenos, establecer suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas, permite demostrar el grado en que tales suposiciones o ideas tienen fundamento, se revisan tales suposiciones en función de las pruebas o análisis de datos, para proponer nuevas

observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas, incluso para generar otras.

En el enfoque mixto, se hace uso de datos numéricos confiables y duros, de instrumentos válidos y confiables, con la finalidad de describir las variables y explicar sus cambios y movimientos. Se efectúa un análisis sistemático, hace uso de la estadística descriptiva posterior a la recolección de los datos, ya que estos son representativos en forma de números.

A su vez el enfoque mixto también hace uso de textos, narraciones y significados profundos y enriquecedores, ya que la recolección de los datos está orientada a proveer mayor entendimiento de los significados y experiencias, con la finalidad de comprender a las personas y sus contextos, empleando así imágenes, material audiovisual y documentos, con el objeto de describir la información (Hernández y cols.; 2010).

3.1.2 Tipo de diseño.

Según Hernández y cols. (2010), un diseño es un plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación. Se ubican dos tipos: el experimental y el no experimental.

La presente investigación se basa en el diseño no experimental, el cual se caracteriza por ser un proceso no controlado en donde el experimentador no manipula

las variables y se realiza directamente en el campo donde se encuentra el fenómeno que se quiere investigar.

Cabe mencionar que dicha investigación se caracteriza por tener un diseño explicativo secuencial, ya que retomando a Hernández y cols. (2010), en una primera etapa se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. La modalidad mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales se complementan con la recolección de los datos cualitativos.

La segunda fase se construye sobre los resultados de la primera, de este modo, los descubrimientos de ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio, con el propósito de utilizar los resultados cualitativos para auxiliar en la interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en estos (Hernández y cols.; 2010).

3.1.3 Tipo de estudio.

El estudio es el tipo de trabajo por el cual se analiza, se explica y se reflexiona sobre el asunto en cuestión y este depende de la clase de investigación, ya sea cuantitativa, cualitativa o mixta. Existen dos tipos de estudio, el primero es el transversal y el segundo es el longitudinal. La presente investigación se ha basado en el primero, el cual según Hernández y cols. (2010), es la recolección de datos en un único momento.

3.1.4 Tipo de alcance.

El alcance se refiere hasta dónde puede llegar la investigación y va en función de los objetivos, de este dependerá la estrategia de investigación, tanto el diseño, los procedimientos y otros componentes del proceso serán distintos en cada finalidad metodológica.

La presente investigación se basa en el alcance descriptivo, que según Hernández y cols. (2010), busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Según Canales (2006: 24), “se puede definir la técnica como dispositivos auxiliares que permiten la aplicación del método por medio de operaciones prácticas y adaptadas a un objeto bien definido, pues se sitúan a un nivel de relación aplicada a la realidad empírica (trato directo con los hechos o fenómenos)”. Existen seis técnicas que ayudan dentro de la investigación científica y son la observación, los documentales, la entrevista, las pruebas psicométricas, el cuestionario y la encuesta.

Para la presente investigación se ha de utilizar la entrevista como técnica y una prueba psicométrica como instrumento de recolección de datos, mismo que se define

según Gómez (2006: 8), como el “proceso de recabar información, sobre los fenómenos de estudio, para alcanzar los objetivos de la investigación”.

Por otra parte la entrevista es, según Álvarez-Gayou (2004: 30), “una conversación que tiene una estructura y un propósito, que busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias”.

De acuerdo con lo anterior el tipo de entrevista, para la recolección de los datos, se empleó una entrevista semiestructurada, la cual se define “como aquellas entrevistas que tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas, presentan una apertura en cuanto al cambio de tal secuencia y forma de las preguntas, de acuerdo con la situación de los entrevistados” (Álvarez-Gayou; 2004: 30).

El guion para la entrevista semiestructurada utilizado para la recolección de los datos, está compuesto de 49 preguntas sugeridas, mismas que favorecen la posibilidad de cambiar su orden en relación con la situación que relaten los entrevistados, no se derivan de ninguna teoría específica acerca del constructo medido. Esta herramienta permite conocer y describir los síntomas que presenta cada sujeto, de acuerdo con el nivel de depresión en el que se encuentra. Asimismo, también facilita el conocimiento de las principales causas de la depresión y conductas de afrontamiento ante la misma, en los sujetos con alcoholismo. En general, requiere de una hora para ser completada, aunque puede necesitarse más tiempo (Ver anexo 1).

La prueba que se utilizó para la recolección de datos es la Escala de Depresión de Beck. (Beck Depression Inventory). Elaborada por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown en 1996 y actualizada a la versión española en 2011. El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.

El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (APA; 1994) y CIE-10 (OMS; 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

El BDI-II es fácil de utilizar: se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en completarlo.

Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos

semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma aquella a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 1 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes grupos:

Puntuación según el nivel de depresión:

- 1-10.....Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16..... Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20..... Estados de depresión intermitentes.
- 21-30..... Depresión moderada.
- 31-40.....Depresión grave.
- + 40.....Depresión extrema.

Una puntuación de 17 o más, indica que puede necesitar ayuda profesional.

3.2 Población y muestra.

Para realizar la presente investigación, es necesaria la elección de una población, es decir, el grupo al que se aplicarían o con el que se generalizarían los resultados, misma que se define según Papalia y cols. (2010: 37), “como una colección de datos sobre las características de un grupo u objetos que se pretenden examinar”.

Pero como estudiar a toda una población resultaría un proceso muy costoso y lento, se ha de seleccionar una muestra, definida por Papalia y cols. (2010: 37), “como un grupo de participantes escogidos de modo que representen a toda la población que se estudia”.

Por ello, para desarrollar la presente investigación, se eligió como población a los miembros de los grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán, seleccionando como muestra de la misma, a aquellos sujetos cuya edad oscilaba entre los 35 y 65 años de edad, que contaban con una duración de por lo menos un año dentro del grupo como miembro activo y además, se encontraban en abstinencia por un periodo mínimo de un año. La muestra quedó conformada por un total de 15 sujetos, miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán, cuyo grado de escolaridad se ubicaba en un nivel básico, secundaria trunca y solamente 2 sujetos contaban con un nivel superior. Los sujetos trabajaban en su mayoría como empleados o en negocio propio, como comerciantes, algunos tenían su profesión, como un médico, un maestro y un carpintero.

3.3 Descripción del proceso de investigación.

Para llevar a cabo la investigación, fue necesario en un primer momento, realizar una visita a un grupo de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán, con el objetivo de solicitar el permiso y la colaboración de los miembros del grupo para ejecutar el proyecto de investigación en dicho lugar.

Fue así que se acudió al Grupo Ario de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Ario de Rosales, Michoacán, en donde se tuvo una pequeña entrevista con el coordinador del grupo, quién desde un inicio, mostró gran disposición para que se realizará la investigación con los miembros del grupo, e incluso se prestó para ser participante y además, permitir el acceso a otros grupos, con la finalidad de que se conformará la muestra, ya que no todos los sujetos pertenecientes al grupo cumplían con las condiciones establecidas, por tal motivo, también se recurrió al Grupo Serenidad.

Una vez establecida la muestra, se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Beck, con los miembros del Grupo Serenidad, el 24 de enero de 2015, con una duración de aproximadamente 20 minutos, ya que la aplicación se realizó de manera colectiva.

Posteriormente se realizó la aplicación de la prueba en el Grupo Ario, el 25 de enero de 2015, con una duración de 20 minutos, ya que la aplicación de la misma fue de manera grupal.

Por otra parte, en un tercer momento se entrevistó a cada uno de los sujetos, cada entrevista tuvo una duración de aproximadamente una hora, y por día se entrevistaban a dos casos, completando así un periodo de aproximadamente cuatro semanas, en las que únicamente los días jueves y viernes se llevaron a cabo dichas entrevistas. Se obtuvieron como producto final, 15 aplicaciones de la Escala de Depresión de Beck y 15 entrevistas.

Aunado a lo anterior, es importante mencionar que los sujetos respondieron a las entrevistas aplicadas con mucha honestidad y sobre todo, con espontaneidad, relevaban datos que no se preguntaban e incluso que no se habían contemplado, este aspecto facilitó obtener la información requerida para la investigación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados.

En este apartado se presenta la información obtenida a través de la Escala de Depresión de Beck, así como de la entrevista semiestructurada aplicada a cada uno de los sujetos; cabe mencionar que el análisis de estos datos se realizó en tres momentos, debido que la investigación es mixta.

En un primer momento ha de presentarse el análisis cuantitativo, explicando los resultados obtenidos en la Escala de Depresión de Beck, lo cual requirió convertir el puntaje bruto de cada sujeto, en puntaje T, para así poder describir las medidas de tendencia central y porcentajes.

En un segundo momento, haciendo referencia a la parte cualitativa de la investigación, han de mostrarse las respuestas de la entrevista semiestructurada. Es importante mencionar que para una mejor comprensión y presentación de los resultados obtenidos, se clasificaron en cuatro categorías, que a su vez, se dividen en subcategorías; la primera de ellas se conformó de los datos recopilados a través de la aplicación de la Escala de Depresión de Beck, obteniendo como resultado, el nivel de depresión de cada uno de los sujetos de la muestra, dato que fue complementado con la información recabada durante las entrevistas, como se muestran a continuación.

1. Niveles de depresión.

La primera categoría fue niveles de depresión, es decir, la medida de la presencia y de la gravedad de la depresión, de acuerdo con Beck y cols. (1999), misma que a su vez se fragmentó en seis subcategorías:

- a) Nivel de altibajos normales.
- b) Nivel de leve perturbación del estado de ánimo.
- c) Nivel de estados de depresión intermitentes.
- d) Nivel de depresión moderada.
- e) Nivel de depresión grave.
- f) Nivel de depresión extrema.

2. Causas de la depresión.

La segunda categoría fueron las causas, es decir, los detonantes o desencadenantes de que los sujetos de la muestra, presenten los niveles de depresión identificados. Esta categoría se dividió en las siguientes subcategorías:

- a) Problemas económicos.
- b) Problemas familiares.
- c) Enfermedades.
- d) Emociones negativas.

3. Conductas de afrontamiento ante la depresión.

En una tercera categoría se ubicaron las conductas de afrontamiento, mismas que de acuerdo con Oldham y cols. (2007: 70), “se refiere a los pensamientos y conductas específicos que una persona utiliza para manejar las demandas internas y externas de situaciones percibidas como generadoras de tensión”.

4. Red de apoyo.

La cuarta categoría se refiere a aquellos aspectos individuales o comunitarios, pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros, de acuerdo con las necesidades de la persona, que le permiten sentirse acompañada, conformada por cinco subcategorías:

- a) La esposa o pareja.
- b) La familia.
- c) El padrino.
- d) Los compañeros del grupo.
- e) Utilidad del grupo.

Se finaliza en un tercer momento con una integración, que incluye los dos momentos mencionados anteriormente, sustentados con la teoría explicada en el marco teórico, debido a que la investigación es mixta.

3.4.1 Análisis cuantitativo sobre el nivel de depresión en los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán.

Se realizó la aplicación de la Escala de Depresión de Beck, en una muestra de 15 sujetos. Una vez que se ha calificado cada prueba, se logra establecer el puntaje T de cada una de las aplicaciones, de tal forma que se realiza un análisis estadístico, en función de dos medidas de tendencia central y una medida de dispersión.

Se obtuvo una media de 50, lo cual permite inferir que el nivel de depresión que presentan los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, son estados depresivos intermitentes, es decir, que se interrumpen y prosiguen cada cierto tiempo de manera reiterada. Asimismo, se obtuvo una mediana de 50, la cual permite inferir que alrededor de la misma, corresponden a las leves perturbaciones del estado de ánimo.

Por otra parte, se obtuvo una desviación estándar de 10, lo cual permite inferir que al ser menor que la media, existe una mayor concentración de los datos alrededor de la misma, puesto que los puntajes T cercanos a la media, oscilan entre 48 a 52 puntos, mismos que corresponden a los estados depresivos intermitentes y a las leves perturbaciones del estado de ánimo.

Se ha realizado un análisis porcentual, en función del número de sujetos que conforman la muestra y el nivel de depresión que presenta cada uno, logrando así, de

acuerdo con la tabla de calificación de la Escala de Depresión de Beck, los siguientes resultados (Ver anexo 3):

Se encontró que 33% de los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, presentan leve perturbación del estado de ánimo, lo cual indica que estos sujetos de acuerdo con el CIE-10 (OMS; 1993), presentan pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras; se puede sentir enfado, irritabilidad, tristeza, estar más tenso de lo habitual, pero los síntomas desaparecen al cabo de unos días y no conforman una depresión como tal.

Mientras que un 27% presenta altibajos normales. De acuerdo con Jarne y Talarn (2000), estas personas presentan un estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza o desánimo, sin tintes patológicos, tal como lo señala Beck (citado por Jervis y González; 2005), al referir que cuando la persona padece algún tipo de desorden afectivo, se debe a que a nivel cognitivo, los esquemas interpretativos distorsionan la manera en la que se perciben los hechos, condicionando negativamente los estados de ánimo, así como las estrategias con las que afronta las dificultades.

Un 20% equivale a aquellos sujetos que presentan episodios depresivos intermitentes, o distimia, tal y como lo menciona Albrecht (2007), al señalar que la distimia es la presencia de síntomas crónicos de depresión leve; es un tipo de depresión menos grave, que incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no

incapacitan tanto, pero que interfieren con el funcionamiento de la persona. De acuerdo con Retamal (1998), dura por lo menos dos años y tiende a fundirse con un estilo caracterológico del sujeto, lo que lo lleva a hacer difícil precisar su comienzo, es decir, es insidioso.

Finalmente, un 7% corresponde de igual forma tanto al sujeto con depresión moderada, el que presenta nivel de depresión grave, como al que tiene un nivel de depresión extrema, es decir, solamente un miembro padece depresión moderada, lo cual significa que esta persona, de acuerdo con Gómez (2008), en las depresiones menos agudas, el cuadro manifiesto será simplemente de que presente quejas de que se sienta deprimida o infeliz; por lo general, experimentará que esa sensación es peor en la mañana. Según San Molina y Arranz (2010), suele ser de intensidad leve o moderada y no dura mucho tiempo, en muchas ocasiones no necesita tratamiento farmacológico, sino apoyo emocional.

A diferencia del sujeto que muestra depresión grave, ya que él, de acuerdo con Gómez (2008), es un tipo de depresión doble, en el cual sobre un cuadro de distimia se presentan episodios depresivos mayores, es decir, los pacientes con distimia, que es una depresión crónica que ha perdurado por mínimo dos años, se complica con un episodio depresivo mayor, más agudo e intenso, es decir, el último se superpone sobre la primera. Ya que según Jervis y González (2005), la depresión proviene de la activación de esquemas que dan lugar a modelos de pensamiento distorsionado y negativo en tres áreas distintas: la visión que tiene el sujeto de sí mismo, del mundo y del futuro.

De la activación de estos esquemas negativos se derivan tanto el humor como la sensación de desesperanza que sume a la persona en una actitud de apatía y pasividad. El deprimido tiende a verse a sí mismo, como un sujeto incompetente, carente de valor e incapaz de afrontar las dificultades más significativas de su existencia, ya que percibe al mundo como un lugar hostil, del que tiene que protegerse, mientras que el futuro es para él un territorio de desesperanza.

Retomando al DSM IV (APA; 1994), en cuanto al sujeto con depresión extrema, ha de presentar un estado de ánimo en extremo deprimido, que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos, como sentimientos de poca valía y de indecisión, funciones físicas perturbadas, como patrones de sueño alterados, cambios significativos del apetito y de peso o una pérdida de energía notable, a tal punto que la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador.

En la depresión extrema, el estado de ánimo deprimido se presenta la mayor parte del día y todos los días, se manifiestan además sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, destreza disminuida para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o de ideas suicidas, así como pueden presentar intentos de suicidio, con una duración de los síntomas por más de dos meses.

3.4.2 Análisis cualitativo sobre la experiencia de depresión en los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán.

Como se mencionó en este apartado, ha de presentarse el análisis cualitativo de la investigación, en el cual han de mostrarse las respuestas de la entrevista semiestructurada, aplicada a cada uno de los sujetos de la muestra, con la finalidad de conocer su experiencia sobre la depresión, de acuerdo con el resultado identificado en la aplicación de la Escala de Depresión de Beck. Para una clara comprensión de la información mencionada anteriormente, se ha clasificado en cuatro categorías, que a su vez se dividen en subcategorías, como se muestra a continuación.

1) Niveles de depresión.

La primera categoría es niveles de depresión, mismos que se pueden entender de acuerdo con Beck y cols. (1999), como la medida de la presencia y de la gravedad de la depresión. De esta manera, dicha categoría se encuentra conformada por seis niveles de depresión, de acuerdo con la Escala de Depresión de Beck, en los cuales se ha de describir cómo viven la depresión los sujetos identificados en cada uno de los niveles.

a) Nivel altibajos normales.

Los sujetos clasificados en este nivel, viven su experiencia de depresión, con alteraciones en el ciclo de sueño-vigilia, irritabilidad, enojo con ellos mismos, cansancio o fatiga y miedo, como se muestra en los siguientes registros:

- Sujeto 1: “Estaba muy enojado”, “quería irme de la casa”, “iba a abandonar a mi familia, quería irme lejos”.
- Sujeto 4: “Me la pasé en blanco, la neta no podía dormir de lo fregado que me sentía”.
- Sujeto 11: “Me la pasaba enojado y cansado todo el tiempo, dormía mucho, cuando estaba bien me sentía de la fregada, culpable por ser un mal esposo y mal padre”
- Sujeto 5: “Estaba muy enojado con la vida”, “renegaba de todo”, “decepcionado de mí mismo como papá”, “con miedo”, “me sentía muy cansado, sin ganas de hacer nada”, “me enojaba de la nada”.

b) Nivel leve perturbación del estado de ánimo.

En cambio, los sujetos con una leve perturbación del estado de ánimo, relatan experimentar miedo a la crítica, preocupación, tristeza, desesperación, coraje y nostalgia:

- Sujeto 2: “Yo me sentía muy apenado y preocupado, no quería que otros me criticaran”.

- Sujeto 6: “Recordar mi pasado”, “me daba vergüenza que me vieran entrar ahí, toda la gente que me conocía me criticará”
- Sujeto 12: “Me sentía muy triste, por todo lo que había provocado”, “me sentía muy triste de haber llegado a esos extremos y culpable de que mi mujer estuviera enferma de los nervios por mi culpa”.
- Sujeto 3: “Sentí mucho enojo, coraje, decepción”, “me sentía perdido, solo, quería morirme mejor, pinche culpa me perseguía, soñaba a mis otros hijos, andaba de unos nervios que ni yo solo me aguantaba”

c) Nivel estados de depresión intermitentes.

Aquellos sujetos que presentan estados de depresión intermitentes, suelen tener una autovaloración negativa, llanto, dificultad para tomar decisiones, desánimo y vergüenza:

- Sujeto 8: “Estaba deprimido, enojado, lloraba, muy desilusionado”.
- Sujeto 9: “Que soy un maldito tacaño con mis hijos”, “me daba vergüenza admitir que soy un alcohólico, pero eso soy”.
- Sujeto 14: “Con pocos ánimos de que mi problema tuviera solución”, “muy triste, perdido, enojado conmigo mismo, como una basura”.

d) Nivel de depresión moderada.

El sujeto clasificado en el nivel de depresión moderada, suele tener descuido personal, sentirse frustrado, con sentimientos de culpa, envidia, además de compartir algunas características de los sujetos pertenecientes a otros niveles, como las alteraciones del sueño, la tristeza, los sentimientos de minusvalía y el enojo, pero con mayor intensidad:

Sujeto 15: “Yo me sentía muy mal, estaba sumamente deprimido, enojado conmigo mismo, frustrado, descuidado”. “Comprendí que todo lo mal que me sentía y que me siento en ratos fue por mi culpa, que valor tengo, perdí lo único bueno por mis malas decisiones y me daba mucha envidia de no poder hacer bien las cosas en mi vida”. “Devastado, había perdido todo lo que me había costado tanto esfuerzo formar, quería mejor morirme, ya no tenía ganas de vivir”. “Mi estado de salud estaba muy deteriorado, estaba desnutrido, llegué a convulsionar, me abrí la cabeza con un golpe, ahora tengo muy mala memoria”.

e) Nivel de depresión grave.

En cuanto al sujeto que presenta depresión grave, durante su entrevista narró que constantemente experimenta ira, apatía, envidia, se enfoca en aspectos negativos, así como algunas otras alteraciones típicas de la depresión, como la irritabilidad y las alteraciones de sueño:

Sujeto 10: “Yo no les expreso cuando estoy triste, yo me pongo irritable, pues así nadie se me quiere acercar, porque trato medio mal a todos”. “Enojado, muy

enojado y con vergüenza”. “A veces, dependiendo, algunas veces mejor, me encierro y no me dan ganas de salir ni de hablar con nadie”. “Me siento cansado, a veces mal porque, veo a mi mujer, me soportó cosas horribles y sigue conmigo, me perdonó, yo no tengo perdón ni de Dios”. “Mi cabeza, pareciera que se concentra solamente en las cosas feas que me han pasado, y eso hace que me distraiga mucho”.

f) Nivel de depresión extrema.

Por último, para cerrar dicha categoría, se encuentra el sujeto clasificado con depresión extrema, mismo que compartió experimentar sentimientos de soledad, angustia, tristeza y enojo consigo mismo; comparte algunas manifestaciones que se presentan en otros niveles como las alteraciones del sueño, fatiga, dificultades para concentrarse, sentimientos de minusvalía, descuido personal, en combinación con la presencia de pensamientos suicidas y la realización de actividades de manera mecánica.

Sujeto 14: “Sufrí mucho, termine viviendo debajo de un puente”. “Enojo conmigo mismo, rabia, envidia, coraje, me sentía muy culpable, avergonzado”. “Me sentía indigno de querer estar con alguien, mi salud se vio afectada, por la escasa o nula alimentación que tuve viviendo en las calles”. “Era un mugroso, borracho de la calle”. “Los últimos meses, me desespero con mucha facilidad, me enojo muy fácil”, “Me sentía muy mal, tuve pensamientos de mejor querer matarme”. “Duermo mucho, me canso muy fácil”. “Lloraba”. “Deprimido, pero en mi casa.”

2) Causas de la depresión.

La segunda categoría, hace referencia a las causas, es decir, la instancia a partir de la cual se desarrollan eventos o situaciones; se determinan como causas aquellos fundamentos o el comienzo de una situación determinada, en este caso, cuáles fueron los detonantes o desencadenantes de que los sujetos presenten los niveles de depresión identificados.

a) Problemas económicos.

Fueron identificadas las siguientes causas: problemas económicos, ya que externaron algunos sujetos, estos se suscitaban debido a que no trabajaban a causa de su alcoholismo, o a una ineficiente administración económica, por invertir su dinero en el consumo de alcohol.

- Sujeto 1: “Ya más grande, los problemas económicos, me corrieron del trabajo, me refugiaba ahí”.
- Sujeto 4: “Pos a veces porque, quisiera darles a mis hijos lo que necesitan y soy un pinche mantenido como quien dice”.
- Sujeto 6: “Quedamos mal económicamente por mi culpa”.
- Sujeto 9: “Que soy un maldito tacaño con mis hijos”.

b) Problemas familiares.

Una segunda causa, fueron los problemas familiares, los más sobresalientes fueron: la separación de pareja, el abandono y discusiones con la esposa.

- Sujeto 3: “Yo le fui infiel a mi esposa”, “tengo otra familia actualmente, con la que me llevo muy bien, pero con mi otra familia ya no, he ido a verlos pocas veces, yo fui el que se distanció, nunca he estado con mis hijos de mi primera familia, ellos pues siento yo que no me quieren y con justa razón; he sido un mal padre”.
- Sujeto 9: “Puedo llevarles dinero a mis hijos para que gasten, aunque no pueda estar con ellos”.
- Sujeto 14: “Últimamente triste, en algunos ratos del día, cuando me quedo solo pensando, me pongo triste, no me perdono lo que hice de abandonar a mi primera familia, nunca los he buscado”.
- Sujeto 11: “Me hice de mi mujer, cada que teníamos problemas, yo me emborrachaba, me gastaba el dinero de la semana, mi esposa se enojaba conmigo, yo me iba a tomar y así pasaba”.
- Sujeto 15: “Recordar que gracias a mi vicio, perdí a la única mujer que me ha amado”. “Remordimientos de todas las cosas malas que hice cuando tenía a mi última novia y a la única que he tomado en serio”. “Sentirme solo, saber que yo lo provoqué”.

c) Enfermedades.

Otra de las causas identificadas fue la aparición o presencia de enfermedades, ya fueran propias del sujeto, de su pareja o esposa, de los hijos, así como de otro miembro de la familia.

- Sujeto 2: “Después, me dio la enfermedad del diabetes, ya valió el asunto, porque me enojé mucho, de ahí, me refugié en el alcohol”.
- Sujeto: 13 “Pero, tuve un accidente, yo era trailerero, un día se me pasaron las pastillas y me caí, al querer subirme, yo le brincaba; del accidente, quede mal de una pierna, ya no pude trabajar en eso, caí en una depresión horrible, mi escape fue las copas”.
- Sujeto 12: “Solamente cuando mi esposa se enferma, es que está delicada de salud, la han operado, todo eso me pone triste a veces”. “Culpable de que mi mujer estuviera enferma de los nervios por mi culpa”.
- Sujeto 8: “Me pongo decaído, sobre todo cuando me acuerdo de mi niño, que no lo valoré; él murió, estaba enfermito del corazón”.

c) Emociones negativas.

Por otra parte, se identificó la experiencia inadecuada de determinadas emociones negativas como la envidia, culpa, frustración, vergüenza, enojo, decepción,

coraje, tristeza, preocupación, nostalgia, apatía, angustia, impotencia, desesperación, resentimiento y rabia, que contribuyeron a generar el nivel de depresión actual de los diferentes sujetos.

- Sujeto 15: “Enojo, desesperación, envidia, coraje, ira, celos, frustración”.
- Sujeto 5: “Sentía mucha vergüenza”. “Estaba muy enojado conmigo mismo”.
- Sujeto 14: “Me sentía muy culpable”. “Muy triste, perdido, enojado conmigo mismo”.
- Sujeto 10: “Yo me pongo irritable pues así nadie se me quiere acercar, porque trato medio mal a todos”.

3) Conductas de afrontamiento ante la depresión.

En una tercera categoría se ubicaron las conductas de afrontamiento, mismas que de acuerdo con Oldham y cols. (2007: 70), “se refiere a los pensamientos y conductas específicos que una persona utiliza para manejar las demandas internas y externas de situaciones percibidas como generadoras de tensión”.

Para los miembros de los grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, las conductas de afrontamiento identificadas fueron: asistir al grupo, pedir disculpas, reparar daños, acudir con el padrino, buscar una nueva red de apoyo, dejar viejas amistades, alejarse de ciertos familiares, buscar ayuda por ellos mismos, cambiar su estilo de vida y rezar como apoyo espiritual.

- Sujeto 1: “Pedir disculpas me funcionó mucho” y “cambiar mi actitud con mi familia, para tratar de remediar un poco el daño que ya les había hecho”. “Mi esposa, fue la luz que me apoyó en esos momentos tan feos”.
- Sujeto 8: “En el grupo aprendí a rezarle a Dios, eso me ayuda, también ir al grupo y contarles”. “Me iba al grupo, con mi padrino, fue cuando aprendí a rezar”.
- Sujeto 14: “Les cuento en el grupo cuando voy”. “Sí, mi familia, todos me apoyaron mucho”.
- Sujeto 15: “Casi siempre, me iba con mi padrino, le contaba, iba al grupo, le contaba a mi padre”.
- Sujeto 3: “Ya no me gustan las fiestas, ni siquiera las propias”.
- Sujeto 11: “Por mi mujer y los compañeros del grupo”. “Pues por las fiestas de otras gentes antes iba mucho ahora ya no, solamente a las de mi familia, rara vez a la de un amigo, solamente que sea del grupo o muy cercano”.
- Sujeto 2: “Yo mismo busque la ayuda, fui a un grupo, antes que a este, llegué pidiendo ayuda, estaba muy desesperado”.

4) Red de apoyo.

La cuarta categoría hace referencia a la red de apoyo, es decir, aquellos aspectos individuales o comunitarios, en los cuales está presente la idea de los intercambios entre las personas, estos pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros, de acuerdo con las necesidades de la persona.

a) La esposa o pareja.

Las redes de apoyo que utilizan los miembros de Alcohólicos Anónimos, radican en la pareja, ya que en muchos de los casos la esposa o la pareja del sujeto le proporciona atención, lo escucha, lo anima en los momentos difíciles y estuvo presente durante el periodo de abstinencia o en su defecto, fue parte del proceso de recuperación.

- Sujeto 1: “Le cuento a mi esposa”. “Mi esposa me consuela, me abraza y me pregunta qué me pasa”
- Sujeto 3: “Pues por mi pareja actual sí, ella me apoyó mucho”. “Sí, solamente con la familia que yo formé por fuera”.
- Sujeto 6: “Mi esposa es la mujer más buena del mundo, ella siempre se ha preocupado por mí, me pregunta cómo me siento,

b) La familia.

En la familia se incluye a los hijos, padres y hermanos del sujeto, que le brindaron compañía, atención, escucha, proporcionaron alguna atención especial, como llevarlo al grupo, así como acompañarlo en su proceso de rehabilitación.

- Sujeto 4: “Pues mi esposa, me escucha y trata de apoyarme en la medida de sus posibilidades”. “Mi familia me motiva a ir al grupo, me felicitan por ya no tomar como antes”.
- Sujeto 15: “La verdad mis padres, me han apoyado mucho, gracias a ellos, pues ando aquí”. “Me han escuchado, consolado, se acuerdan de fechas importantes, me hacen sentir que están ahí, que les importo pese a que no fui muy buen hijo años atrás, ahorita lo intento ser mejor, se abstienen de ir a ciertos lugares cuando yo tengo que ir y no puedo, también de tener ciertos alimentos en casa, cuando yo voy”.
- Sujeto 5: “Por mi madre y padre”, “dos amigos del trabajo”, “por la familia de mi esposa en paz descansa”, “mi padrino del grupo”. “Claro que sí, mis padres, me ayudan a cuidar a mi hijo mientras yo trabajo”. “Estoy al cuidado de mi hijo, él es mi motor de vida”.

c) El padrino.

El padrino brinda ayuda en momentos de emergencia, o situaciones muy difíciles, para alguno es su única red de apoyo. Esta figura es muy representativa para los miembros de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, ya que precisamente es el padrino quien los acompaña por más tiempo durante las sesiones en grupo y fuera de él.

- Sujeto 2: “Mi padrino, principalmente, me escucha y me hace reflexionar en lo que la estoy regando”.
- Sujeto 9: “Me pongo a reflexionar un buen rato, pero ya cuando de plano no puedo salir de eso, le hablo a mi padrino para que me ponga un alto”.
- Sujeto 13: “Platicar con mi padrino y mi esposa”.
- Sujeto 1: “Voy y busco a mi padrino, para platicar con él”.

d) Los compañeros de grupo.

Los compañeros del grupo proporcionan al sujeto atención y escucha a sus problemáticas y a su estado de ánimo, además de que le brindan una retroalimentación, una vez que este ha compartido sus experiencias.

- Sujeto 1: “Si voy a al grupo ese día, les cuento a algunos de mis compañeros”.
- Sujeto 3: “Ellos pues te escuchan, te cuentan algo que a ellos también les pasó igual a ti, te dan consejos”.

- Sujeto 10: “Son bien directos y claros en las cosas que te dicen, pero te dicen la verdad”. “Además te escuchan, cosa que otras personas ya no hacen”.

e) Utilidad del grupo.

En su mayoría, los miembros de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, consideran útil asistir al grupo, ya que ellos lo perciben como una fuente de apoyo, que les proporciona comprensión, ánimos, los ayuda a valorar lo que tienen, a encontrar soluciones; es un lugar donde se sienten escuchados y no juzgados, les brindan explicaciones ante sus problemáticas y los invitan a reflexionar, a excepción del sujeto con depresión extrema, quién no lo percibe así, sino por el contrario, ha pensado en retirarse del grupo.

- Sujeto 14: “Siempre me escucharon, me dijeron la verdad de las cosas sin tapar nada, me enojara o no, eso se los agradezco; me ayudaron a salir de ese fondo tan oscuro de mi vida”.
- Sujeto 8: “En el grupo aprendí a rezarle a Dios, eso me ayuda, también ir al grupo y contarles”. “Me escucharon, me vieron chillar, me dieron mucho apoyo y buenos consejos que me han ayudado mucho”.
- Sujeto 4: “Me ayudaron a ser fuerte, a darme cuenta que yo podía dejar de beber”. “Me ayudaron a valorar a mi familia y no perderla”.

- Sujeto 7 (Depresión extrema): “Te escuchan y te sirve pero un tiempo”. “Te dejan expresarte a gusto, pero te vuelves mal hablado”. “He pensado en dejar el grupo por un tiempo, estoy enfadado”. “Te prohíben cosas”.

3.4.3 Integración de datos cuantitativos y cualitativos sobre la experiencia de depresión en dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán.

En el presente apartado se han integrado los resultados tanto de los datos cuantitativos, obtenidos a través de la aplicación de la Escala de Depresión de Beck, como de los datos cualitativos recabados mediante la realización de la entrevista semiestructurada. Ambas etapas se desarrollaron con 15 sujetos pertenecientes a dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán.

Los miembros de ambos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, respondieron la prueba y posteriormente, a la aplicación de la entrevista, ante la cual se mostraron sinceros y abiertos, e inclusive revelaron datos adicionales a lo que se les cuestionaba.

De acuerdo con la Escala de Depresión de Beck, los sujetos clasificados en el nivel altibajos normales, equivalen a un 27%, estos hombres viven su experiencia de depresión con alteraciones en el ciclo de sueño-vigilia, irritabilidad, enojo con ellos mismos, cansancio o fatiga y miedo, ya que de acuerdo con Ellis y Abrahams (2005), los errores cognitivos provocan pensamientos inadecuados, que por lo general llegan

a ser negativos, estos errores el sujeto puede cometerlos hacia su persona o hacia otros, como es el caso de los miedos o el enojo, pero cuentan con el apoyo de su familia, compañeros del grupo y de su padrino, de tal forma que como señalan Jarne y Talarn (2000), estas personas presentan un estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza o desánimo, sin tintes patológicos.

En cambio, los sujetos con una leve perturbación del estado de ánimo, equivalente a un 33%, relatan experimentar miedo a la crítica, preocupación, tristeza, desesperación, coraje y nostalgia, ya que algunos de ellos, han perdido a personas importantes como su esposa, su madre o un hijo, lo cual indica de acuerdo con San Molina y Arranz (2010), que estos sujetos han estado tristes alguna vez, por ejemplo, tras la ruptura de una relación sentimental o tras la muerte de un ser querido. Se pueden sentir enfados, irritables, tristes, estar más tensos de lo habitual, sin ganas de comer, o dormir mal; generalmente los síntomas desaparecen al cabo de unos días y no conforman una depresión como tal.

En este sentido, coincidiendo con Ellis y Abrahams (2005), la aparición de los problemas afectivos como la pérdida de un ser querido, parte de la base de creencias como que los seres humanos tienen una necesidad absoluta de cariño y aprobación por parte de la gente que los rodea, la percepción de que es horrible que las situaciones no resulten como ella desea, la necesidad de contar con el apoyo de alguien más fuerte o poderoso para poder desenvolverse adecuadamente, así como el ser competentes en todo lo que emprendan o de lo contrario, su valor personal queda en tela de juicio; estas percepciones orillan a la persona a presentar

sentimientos de poca valía, de inseguridad y se percibirse como poco valiosa, de modo que estos aspectos son motivadores para presentar un episodio depresivo.

Un 20% equivale a aquellos sujetos que presentan estados de depresión intermitentes, quienes expresaron tener una autovaloración negativa, llanto, dificultad para tomar decisiones, desánimo y vergüenza, además de mostrar una tendencia al aislamiento, algunos de ellos solamente cuentan con el apoyo de su esposa, y otro únicamente con el apoyo del padrino, por tal razón dichas características que corresponden a algunos criterios del DSM IV, como la dificultad para tomar decisiones, aspecto que afecta la vida funcional del sujeto, los sentimientos de soledad y el llanto. Ya que de acuerdo con Jervis y González (2005), los refuerzos que obtiene una persona a través de sus conductas, dependen de factores como la cantidad y el tipo de actividades reforzantes en las que participe, de la disponibilidad de estas en su ambiente cotidiano, así como de las habilidades y capacidades sociales, profesionales, deportivas y económicas de que disponga para conseguirlas; por lo tanto, según Jervis y González (2005), la depresión se desarrolla cuando el ambiente en el que el sujeto se desenvuelve cotidianamente, carece de los elementos gratificantes para estimular su condición anímica, o bien porque este no posee las habilidades adecuadas para procurarse dichos reforzadores.

Un porcentaje del 7% corresponde de igual manera tanto al sujeto con depresión moderada, el que presenta nivel de depresión grave, como al que tiene un nivel de depresión extrema. Esto es porque en función de la muestra, equivale a que un sujeto presenta cada uno de los niveles mencionados anteriormente.

Se identifica así, que el sujeto que presenta depresión moderada, comunicó descuido personal, sentirse frustrado, con sentimientos de culpa, envidia, además de compartir algunas características de los sujetos pertenecientes a otros niveles, como las alteraciones del sueño, la tristeza, los sentimientos de minusvalía y el enojo, pero con mayor intensidad, ya que ha tenido problemas económicos, familiares y de salud, cumpliendo así con los criterios diagnósticos señalados en el CIE-10, al presentar alteraciones del sueño, tristeza y sentimientos de minusvalía.

En cuanto al sujeto que presenta depresión grave, durante su entrevista narró que constantemente experimenta ira, apatía y envidia, se enfoca en aspectos negativos, así como algunas otras alteraciones típicas de la depresión, como la irritabilidad y las alteraciones de sueño, tal como lo explica Bellak (1980), se encuentra una disminución psicomotriz del habla, del andar y de los gestos; además, el sujeto experimenta pensamientos distorsionados o inadecuados que le hacen sentir que ya no tiene motivos para vivir, que nada le produce placer; cuenta con familia, pero él solamente se siente apoyado en algunas ocasiones por su padrino.

Para finalizar este apartado, se encuentra el sujeto con depresión extrema, mismo que compartió experimentar desde hace más de dos semanas, sentimientos de soledad, angustia, tristeza y enojo consigo mismo; comparte algunas manifestaciones que se presentan en otros niveles como las alteraciones del sueño, fatiga, dificultades para concentrarse, sentimientos de minusvalía, descuido personal, en combinación con la presencia de pensamientos suicidas y la realización de actividades de manera

mecánica. Cuenta con familia, cuyos miembros han sido su motivación para ya no beber, pero narró que actualmente ya no tiene el mismo interés por acudir al grupo, de modo que ha estado pensando en salirse.

Se coincide así con el DSM IV (APA; 1994), al presentar un estado de ánimo en extremo deprimido, que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos, como sentimientos de poca valía y de indecisión, funciones físicas perturbadas, como patrones de sueño alterados, y de peso o una pérdida de energía notable, a tal punto que la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador y la presencia de ideas suicidas.

CONCLUSIONES

Una vez presentados los resultados de la presente investigación, a manera de integración, es posible determinar si se cumplieron los objetivos particulares que perseguía la misma.

Se plantearon seis objetivos particulares y un objetivo general. El objetivo particular uno, correspondía a definir el concepto de depresión, mismo que se cumplió mediante la redacción del capítulo 1, basándose en el DSM IV y en autores como Jarne y Talarn, Bellak, San Molina y Arranz, quienes de acuerdo con su enfoque han realizado diferentes definiciones sobre el concepto de depresión. En cuanto al objetivo dos, este pretendía explicar teóricamente los modelos psicosociales de la depresión, objetivo que fue alcanzado mediante la redacción del capítulo 1, basándose en autores como Jervis, Frager y Fadiman, Beck y Ellis, para explicar los modelos comportamentales y los cognitivos.

El objetivo tres consistía en describir la sintomatología del alcoholismo, mismo que se cumplió mediante la redacción del capítulo 2, basándose en el CIE-10 (ONU; 1993) y el DSM IV (APA; 1994), ya que se hizo una descripción clara y explícita de la sintomatología del alcoholismo, abarcando desde los signos y síntomas físicos hasta los cambios de conducta. Respecto al objetivo cuatro, este buscaba distinguir entre el uso, abuso y dependencia del alcohol, lo cual se cumplió mediante la redacción del capítulo 2, basándose en autores como Coleman y Jelliken, quien calificó al

alcoholismo como una enfermedad progresiva que evoluciona en etapas, fácilmente identificables, que permitieron explicar la diferencia entre el uso, abuso y dependencia del alcohol, asimismo, basándose en Souza, él desglosa tres apartados que permiten realizar el diagnóstico de la dependencia al alcohol.

Los objetivos cinco y seis, se alcanzaron mediante la redacción del capítulo 3, ya que en el apartado sobre el análisis e interpretación de resultados obtenidos, a través de la aplicación de la Escala de Depresión y de la entrevista semiestructurada, se conocieron los niveles de depresión de los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, mismos que se analizaron, describiendo las características distintivas entre cada uno y además, se explicó la experiencia de la depresión, de cada uno de los niveles identificados en los 15 sujetos pertenecientes a la muestra, cumpliendo así con el objetivo general.

Por otra parte, la pregunta de investigación planteada al inicio de la investigación, se refería a conocer cuál era el nivel de depresión que presentaban los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, interrogante que fue contestada al realizar el análisis e interpretación de resultados, específicamente en el apartado del análisis cuantitativo, donde se explica que se obtuvo una media de 50, lo cual permite inferir que el nivel de depresión que presentan los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, son estados depresivos intermitentes, es decir, que se interrumpen y prosiguen cada cierto tiempo de manera reiterada.

Aunado a lo anterior, se procede a dar respuesta a las preguntas secundarias, mismas que fueron contestadas en el capítulo 3, en el apartado del análisis cualitativo específicamente; la primera cuestionaba cuáles eran las principales causas que provocan depresión en los miembros de dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, explicando así que los problemas con la esposa, económicos, familiares, enfermedades propias o de otro familiar y pérdidas, son las principales causas que provocan depresión en estos hombres.

Por otra parte, se encontró que la familia, la pareja y el padrino representan una red de apoyo para la mayoría de los miembros de los dos grupos de Alcohólicos Anónimos de Ario de Rosales, Michoacán, y que además utilizan una variedad de conductas de afrontamiento para sobrellevar la depresión, como son asistir al grupo, pedir disculpas, reparar daños, acudir con el padrino, buscar una nueva red de apoyo, dejar viejas amistades, dejar familiares, buscar ayuda por sí mismo y rezar, contestando así a la segunda interrogante de las preguntas secundarias y dando por terminada la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Albrecht, Ava T, Herrick, Charles. (2007)
100 preguntas y respuestas sobre la depresión.
Editorial Edaf. México.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, Juan Luis. (2004)
Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología.
Editorial McGraw-Hill. México.
- American Psychiatric Association. (APA). (1994)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.
- Bailón Blanco, Manuel. (1993)
No te rindas ante la depresión.
Editorial Riab. México.
- Beck T., Aaron; Wright, Fred D.; Newman, Corey F. (1999)
Terapia cognitiva de las drogodependencias.
Editorial Paidós. México.
- Beck, Aaron T.; Steer Robert A.; Brown, Gregory K. (2011)
Escala de Depresión de Beck. (Beck Depression Inventory). Versión española.
The Psychological Corporation. San Antonio.
- Bellak, Leopold. (1980)
Psicoterapia breve y de emergencia.
Editorial Pax. México.
- Canales Cerón, Manuel. (2006)
Metodología de la Investigación social.
Editorial LOM. Santiago de Chile.
- Carrillo, José Juan. (2004)
Consumo de drogas ¿Qué hacer?
Editorial Trillas. México.
- Coleman, Vernon. (1988)
Adictos y adicciones, causas y consecuencias y soluciones del mayor problema de
salud pública de nuestro siglo.
Editorial Grijalbo. México.
- Dicaprio, Nicholas S. (1989)
Teorías de la personalidad.
Editorial McGraw-Hill. México.

- DuPont, Robert L. (1990)
Drogas de entrada: una guía para la familia.
Editorial Prisma. México.
- Ellis, Albert; Abrahms, Eliot. (2005)
Terapia racional emotiva.
Editorial Pax. México.
- Frager, Robert; Fadiman, James. (2010)
Teorías de la personalidad.
Editorial Alfaomega. México.
- García Aurrecochea, Raúl. (2011)
Depresión y consumo de drogas: Factores motivacionales.
Editorial Trillas. México.
- García Rodríguez, José A. (2001)
Manual de estudios sobre alcohol.
Editorial EDAF. Madrid.
- Gómez, Marcelo M. (2006)
Introducción a la metodología de la investigación científica
Editorial Brujas. Argentina.
- Gómez Restrepo, Carlos. (2008)
Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos.
Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia.
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María del Pilar. (2010)
Metodología de la Investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.
- Jarne, Adolfo; Talarn, Antoni. (2000)
Manual de psicopatología clínica.
Editorial Paidós Ibérica. España.
- Jervis, Giovanni; González García, José Luis. (2005)
La depresión: Dos enfoques complementarios.
Editorial Fundamentos. España.
- Martínez Vizcaíno, Vicente; Bartolomé Gutiérrez, Raquel. (2001)
Alcoholismo: bases para la intervención.
Universidad de Castilla La Mancha. España.

- Modell, Walter, Lansing, Alfred. (1979)
Drogas. Colección científica de libros time life.
Editorial Lito offset latina. México.
- Oldham, John M, Skodol, Andrew, Bender, Donnas. (2007)
Tratado de los trastornos de la personalidad.
Editorial Masson. Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud. (1993)
CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación.
Editorial Meditor. Madrid.
- Papalia, Diane E.; Wendkos Olds, Sally; Duskin Feldman, Ruth. (2010)
Desarrollo Humano.
Editorial McGraw-Hill. México.
- Retamal, Pedro C. (1998)
La depresión.
Editorial Universitaria. Santiago de Chile.
- Rosenblut, Michael; Sidney, H. (2007)
Depresión y personalidad: Desafíos Clínicos Conceptuales
Editorial Barcelona. España.
- San Molina, Luis; Arranz Martí, Belén. (2010)
El médico en casa, comprender la depresión.
Editorial Amad. Barcelona.
- Souza y Machorro, Mario. (1988)
Alcoholismo, conceptos básicos.
Editorial El manual moderno. México.
- Stoppard, Miriam. (2000)
Qué son las drogas: desde el alcohol y el tabaco hasta el éxtasis y la heroína.
Editorial Grupo Zeta. México.
- Trickett, Shirley. (2009)
Supera la ansiedad y la depresión
Editorial HISPANO EUROPEA. Barcelona.
- Velarde Ponce de León, Carlos Alonso. (2011)
Modificación de la autoestima en internos con personalidad depresiva. Caso Clínicas del Cupatitzio para Alcohólicos y Drogadictos, A.C, Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, Michoacán, México.

Velazco Fernández, Rafael. (1988)
Alcoholismo: visión integral.
Editorial Trillas. México.

MESOGRAFÍA

García, A. (2002)

“La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes en la ciudad de México”.

México.

http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf

Sher, L.; Stanley B.; Oquendo, M. (2008)

“Los pacientes con depresión y abuso de alcohol presentan características distintivas”.

Cuba.

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=69821>

Torres, Juan Rolando; Iglesias Duquesne, Magaly; Turró Mármol, Cruz. (2000)

“Consumo de alcohol y riesgo de alcoholismo”

Cuba.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572000000200005&script=sci_arttext

**GUIÓN DE ENTREVISTA SOBRE LA MANERA EN QUE VIVEN LA DEPRESIÓN
LOS MIEMBROS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE ARIO DE ROSALES,
MICHOACÁN.**

Sujeto: _____

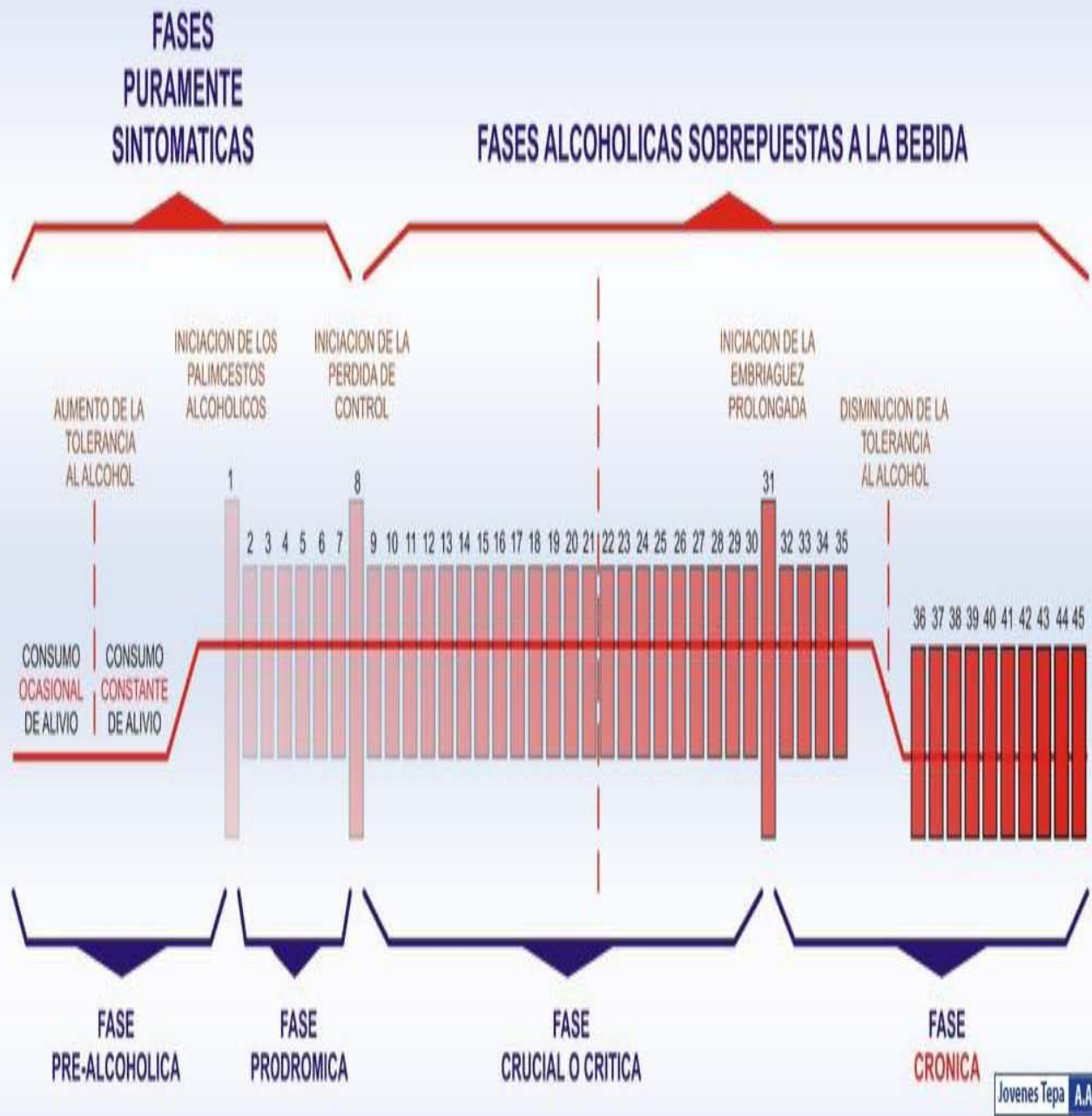
Nivel de depresión identificado: _____

1. ¿Qué situaciones, acciones o sucesos te ocasionan tristeza?
2. ¿Qué haces cuando te sientes triste?
3. ¿Cuál es la reacción de tu familia si te ve triste?
4. ¿Te sientes apoyado por alguien cuando te sientes triste?
5. ¿Cómo te sentías la primera vez que llegaste al grupo?
6. Cuando te encuentras en un momento de tristeza, ¿has acudido al grupo?
7. ¿Cómo es el apoyo que te brindan los miembros del grupo si te ven triste?
8. ¿Cómo te sentiste, cuando tuviste que reconocer que eres alcohólico?
9. Aparte de la tristeza, ¿qué otros sentimientos negativos has experimentado desde que dejaste de beber?
10. ¿Cuáles eran las razones que te motivaban a beber alcohol?
11. Antes de que entraras al grupo, ¿cómo te sentías emocionalmente y físicamente?
12. ¿Cómo te sientes física y emocionalmente desde que perteneces al grupo de AA?
13. ¿Cómo fue tu llegada al grupo?
14. ¿Cómo fue tu periodo de abstinencia la última vez que bebiste alcohol?
15. ¿Quiénes estuvieron contigo durante el periodo de abstinencia, la última vez que bebiste alcohol?
16. ¿Qué tan frecuente te sientes triste, irritable o decaído?
17. En una escala del 1 al 10, ¿qué tan triste te sentías cuando dejaste de beber alcohol?
18. ¿Qué cambios hubo en tu vida cuando dejaste de beber alcohol?

19. ¿Cómo fue el tener que enfrentar los cambios emocionales y físicos cuando dejaste de beber alcohol?
20. ¿Cómo era la calidad de sueño, posterior al día que dejaste de ingerir alcohol?
21. ¿Has llegado a tener dificultad para dormir o para despertarte y sentirte descansado?
22. ¿Cuáles fueron los sentimientos que persistían cuando dejaste de beber alcohol?
23. ¿Cuáles fueron los pensamientos que persistían cuando dejaste de beber alcohol?
24. ¿Qué hiciste para enfrentar los sentimientos y pensamientos negativos que experimentabas cuando dejaste de beber alcohol?
25. ¿Te sentiste apoyado por tu familia, cuando dejaste de beber alcohol?
26. ¿Te sientes apoyado por tu familia actualmente?
27. ¿De qué forma te ha apoyado tu familia para enfrentar el alcoholismo?
28. ¿Te sientes apoyado por el grupo de AA?
29. ¿De qué forma te ha apoyado el grupo de AA desde que ingresaste?
30. Desde qué dejaste de beber, ¿consideras que has perdido interés por algunas cosas?
31. ¿Qué harías o que haces cuando te sientes desesperanzado?
32. Desde qué dejaste de beber, ¿has tenido dificultades para concentrarte?
33. ¿Cuáles fueron tus motivaciones para dejar de beber?
34. ¿Cómo fueron los primeros meses que dejaste de beber?
35. ¿Qué pensaste cuando tomaste la decisión de dejar de beber?
36. Actualmente, ¿cuál es tu estado de ánimo más frecuente?
37. ¿Cómo es la relación con tu familia?
38. ¿Cómo es tu relación con los miembros del grupo?
39. ¿Qué tan satisfecho te encuentras con tu vida actual?
40. ¿Te consideras una persona eficaz y capaz de lograr lo que se propone? ¿Por qué?
41. ¿Qué sabes sobre la abstinencia?
42. ¿Qué significa para ti, ser miembro de un grupo de Alcohólicos Anónimos?

TABLA DE LA ALCOHOLOMANIA O ALCOHOLEMIA

DR. E.M. JELLINEK



Análisis porcentual de niveles de depresión

