



**UNIVERSIDAD DE MATEHUALA, S.C.**

---

---

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

**CLAVE 8961-25**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**“DEPRESIÓN EN CONSUMIDORES DE ALCOHOL Y  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES, EN  
COMPARACIÓN DE AQUELLOS QUE NO LAS  
CONSUMEN”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**IZTLLI MARIN VILLANUEVA LARA**

**Director de tesis: Mtro. Héctor Francisco  
Estrada Galicia.**

**MATEHUALA, S.L.P.**

**2023**





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.

## **Dedicatoria**

Para todas las personas en rehabilitación que tienen la esperanza de tener una vida mejor, y que pese a los obstáculos y los golpes de la cotidianidad, siguen luchando por tener un mejor mañana, para ellos y los seres queridos que los acompañan, serenidad, valor y sabiduría.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer profundamente a mi padre y a mi madre, Juan Antonio Villanueva Licea y Evelia Lara Pérez, por sus valiosas y a veces molestas palabras, por su confianza, por su amor y su cariño, a toda mi familia, a todos la que estuvieron conmigo en los momentos más difíciles, quiero agradecer a todos mis profesores por brindarme las herramientas necesarias y por transmitirme su conocimiento, a mi asesor de tesis por su guía y paciencia, y por último, pero no menos importante, quiero agradecer a la coordinadora de la carrera de Psicología Lic. Psic. Edith Martínez Careaga, por su disciplina y sus bienaventuradas sanciones.

## Sumario

El presente estudio se llevó a cabo en el Municipio de Matehuala, San Luis Potosí y tuvo por objetivo conocer y comparar la sintomatología depresiva entre un grupo de sujetos que se encontraba consumiendo alcohol o sustancias psicoactivas ilegales y otro que se encontraba en abstinencia de este tipo de sustancias; el primer grupo estuvo conformado por 12 sujetos del sexo masculino, y el segundo estaba conformado por 12 sujetos del sexo masculino, los cuales tenían alrededor de 2 años de abstinencia y en donde los miembros estaban acudiendo a un grupo de Alcohólicos Anónimos (A.A).

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: para conocer la sintomatología depresiva se empleó el Inventario de Depresión de Beck versión dos (BDI-II), por otro lado, para conocer el patrón de consumo de sustancias se utilizó una encuesta elaborada por el investigador. Las hipótesis a las que se les pretendió dar respuesta fueron las siguientes: *“La mayoría de los sujetos que acuden al grupo de A.A. presentarán niveles mínimos de sintomatología depresiva”* y *“Los sujetos que acuden a un grupo de rehabilitación de A.A y no consumen alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal presentarán una menor sintomatología depresiva que aquellos que no acuden y consumen alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal”*. Respecto a las características metodológicas de acuerdo con Hernández et al. (2014) fueron las siguientes: paradigma cuantitativo, alcance exploratorio-descriptivo y diseño no experimental y transversal.

Los resultados obtenidos indican que el grupo de sujetos que no acude al grupo A.A y que además se encuentra en consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal, presenta una mayor sintomatología depresiva en comparación con el grupo que si acude a

este tipo de grupos, lo cual acepta las hipótesis de investigación; en este sentido los resultados sugieren que el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas ilegales se encuentra asociados con la manifestación de sintomatología depresiva, esto es corroborado por lo mencionado por Villegas (2014) y Díaz (1998). Con referencia a la importancia del estudio se considera que esta sienta las bases para el desarrollo de estudios posteriores en la Ciudad de Matehuala debido a que es uno de los primeros en su tipo.

**Palabras clave:** Comparación, Sintomatología depresiva, Consumo de alcohol, Consumo de sustancias psicoactivas ilegales, Consumidores, Alcohólicos Anónimos.

## Abstract

The present study was carried out in the city of Matehuala, San Luis Potosí and aimed to know and compare depressive symptoms between a group of subjects who were consuming alcohol or illegal psychoactive substances and another who was abstinence of this type. of substances; the first group was made up of 12 male subjects, and the second group was made up of 12 male subjects, who had been abstinence for about 2 years and where the members were attending a group of Alcoholics Anonymous (A.A).

The instruments used were the following: to know the depressive symptoms, the Beck Depression Inventory version two (BDI-II) was used, on the other hand, to find out the pattern of substance use, a survey prepared by the researcher was used. The hypotheses to which they were intended to answer were the following: *“Most of the subjects who come to the group of A.A. they will present minimum levels of depressive symptoms ”*and*“ Subjects who go to an A.A rehabilitation group and do not consume alcohol or some illegal psychoactive substance will present less depressive symptoms than those who do not go and consume alcohol or some illegal psychoactive substance ”*. Regarding the methodological characteristics according to Hernández et al. (2014) were the following: quantitative paradigm, exploratory-descriptive scope, and non-experimental and cross-sectional design.

The results obtained indicate that the group of subjects who do not go to group AA and who are also in alcohol consumption or some illegal psychoactive substance, present a greater depressive symptomatology in comparison with the group that if they go to this type of groups, what which accepts the research hypotheses; In this sense, the results

suggest that the consumption of alcohol or illegal psychoactive substances is associated with the manifestation of depressive symptoms, this is corroborated by what was mentioned by Villegas (2014) and Díaz (1998). With reference to the importance of the study, it is considered that it lays the foundations for the development of subsequent studies in the city of Matehuala, since it is one of the first of its kind.

**Key words:** Comparison, Depressive symptoms, Alcohol consumption, Consumption of illegal psychoactive substances, Consumers, Alcoholics Anonymous.

# Índice de Contenido

Capítulo 1.....	1
1.1 Antecedentes de la Intervención.....	1
1.2. Planteamiento y Delimitación del Problema.....	13
1.3. Objetivos de la Investigación.....	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos.....	14
1.4. Preguntas de la Intervención.....	15
1.5. Hipótesis de la Intervención.....	16
1.6. Contextualización de la Intervención.....	17
1.7. Variables de la Intervención.....	18
1.7.1. Variable independiente.....	18
1.7.2. Variable dependiente.....	18
1.8. Definición operacional de las variables.....	18
1.9. Instrumentos Empleados para Medir y Conceptualizar las Variables del Estudio ....	20
1.10. Justificación de la Intervención.....	21
Capítulo 2.....	24
Referentes Teóricos.....	24
2.1. Marco Histórico y Contextual.....	24
2.2. Marco Teórico.....	27
2.2.1. Clasificación diagnóstica.....	28
2.2.2. Clasificación de los trastornos depresivos.....	28
2.2.3. Trastornos que están agrupados en esta categoría.....	28
2.2.4. Descripción del trastorno depresivo mayor de acuerdo con el DSM 5.....	29
2.2.5. Criterios diagnósticos.....	29
2.2.6. Características diagnósticas.....	30
2.2.7. Prevalencia.....	30
2.2.8. Desarrollo y curso.....	31
2.2.9. Factores de riesgo y pronósticos.....	31
2.2.10. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura.....	32
2.2.11. Aspectos diagnósticos relacionados con el género.....	32

2.2.12. Riesgo de suicidio .....	32
2.2.13. Diagnóstico diferencial .....	33
2.2.14. Etiología .....	33
2.2.15. Explicaciones biológicas .....	33
2.2.16. Genética .....	34
2.2.17. Neurotransmisores .....	34
2.2.18. Explicaciones psicológicas .....	35
2.2.19. Explicaciones socioculturales .....	35
2.2.20. Panorama general: buscar en los libros de psicología clínica. ....	35
2.2.21. Consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas ilegales .....	36
2.2.22. Principales sistemas de clasificación de sustancias .....	37
2.2.23. Principales sustancias que se consumen.....	38
2.2.24. Clasificación de consumo de sustancias .....	38
2.2.25. Grupo de A.A .....	39
2.2.26. Origen de los grupos A.A.....	39
2.2.27. Personas que atienden .....	41
2.2.28. Organización de los grupos A.A .....	41
2.2.29. Modo de trabajo (forma de intervención).....	41
Capítulo 3.....	44
Estrategias Metodológicas.....	44
3.1. Paradigma, Alcance y Diseño de la Intervención .....	44
3.2. Universo del Estudio.....	48
3.3. Población del Estudio.....	48
3.4. Muestra del Estudio.....	48
3.4.1. Características de la muestra .....	49
3.4.2. Criterios de inclusión.....	49
3.5. Pasos que Comprendió la Intervención.....	50
3.6. Procedimientos para la Recolección de Datos .....	51
3.7. Mecanismos para el Procesamiento de Datos .....	51
3.8. Mecanismos para la Interpretación de Datos .....	52
Capítulo 4.....	53
Resultados de la Intervención .....	53

4.1. Análisis de los Pasos Llevados a Cabo en la Intervención.....	53
4.2. Resultados Obtenidos .....	53
4.3. Características de los sujetos que participaron en el estudio .....	53
4.3.1. Sintomatología asociada a tristeza.....	62
4.3.2. Sintomatología asociada con pesimismo .....	63
4.3.3. Sintomatología asociada con fracaso .....	65
4.3.4. Sintomatología asociada a pérdida de placer .....	66
4.3.4. Sintomatología asociada a sentimientos de culpa.....	68
4.3.5. Sintomatología asociada a sentimientos de castigo .....	69
4.3.6. Sintomatología asociada a sentimientos de disconformidad con uno mismo. ....	70
4.3.7. Sintomatología asociada con autocrítica.....	71
4.3.8. Sintomatología asociada a pensamientos suicidas.....	73
4.3.9. Sintomatología asociada con agitación.....	74
4.3.10. Sintomatología asociada con la pérdida de interés .....	75
4.3.11. Sintomatología asociada con los sentimientos de indecisión.....	76
4.3.12. Sintomatología asociada con sentimientos de desvalorización.....	78
4.3.13. Sintomatología asociada con pérdida de energía. ....	79
4.3.14. Sintomatología asociada con los cambios en los hábitos de sueño. ....	80
4.3.15. Sintomatología asociada con sentimientos de irritabilidad .....	81
4.3.16. Sintomatología asociada con cambios en el apetito.....	83
4.3.17. Sintomatología asociada con dificultad de concentración. ....	84
4.3.18. Sintomatología asociada con cansancio o fatiga .....	85
4.3.19. Sintomatología asociada con pérdida de interés del sexo. ....	87
4.3.20. Interpretación de la prueba. ....	89
4.4. Conclusión de los Resultados .....	90
Capítulo 5.....	92
Discusión de los Resultados de la Intervención .....	92
5.1. Hallazgos Centrales Obtenidos en la Intervención .....	92
5.2. Conclusiones de la Intervención.....	95
5.3. Limitaciones .....	97
5.4. Recomendaciones para Futuras Intervenciones.....	99
5.5. Implicaciones de la Intervención. ....	100

<b>5.6. Propuestas y Líneas de Intervenciones Futuras .....</b>	<b>101</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>103</b>

## Índice de Tablas

Tabla 1 Edad de los participantes.....	54
Tabla 2 Ocupación de los participantes.....	55
Tabla 3 Tipo de casa en donde vive.....	57
Tabla 4 ¿Con quién vives?.....	57
Tabla 5 ¿Cómo consideras la relación con quien vives? .....	58
Tabla 6 ¿Cuánto tiempo llevas en rehabilitación? .....	59
Tabla 7 Actualmente consumes drogas.....	60
Tabla 8 ¿Cuál droga consumes?.....	61
Tabla 9 Sintomatología asociada con tristeza.....	63
Tabla 10 Sintomatología asociada con pesimismo.....	64
Tabla 11 Sintomatología asociada con fracaso.....	65
Tabla 12 Sintomatología asociada a pérdida de placer.....	67
Tabla 13 Sintomatología asociada a sentimientos de culpa.....	68
Tabla 14 Sintomatología asociada a sentimientos de castigo.....	69
Tabla 15 Sintomatología asociada a sentimientos de disconformidad con uno mismo.....	71
Tabla 16 Sintomatología asociada con autocrítica.....	72
Tabla 17 Sintomatología asociada a pensamientos suicidas.....	73
Tabla 18 Sintomatología asociada con agitación.....	74
Tabla 19 Sintomatología asociada con pérdida de interés.....	76
Tabla 20 Sintomatología asociada con sentimientos de indecisión.....	77
Tabla 21 Sintomatología asociada con sentimiento de desvalorización.....	78
Tabla 22 Sintomatología asociada con pérdida de energía .....	79

Tabla 23 Sintomatología asociada con los hábitos en los cambios de sueño.....	81
Tabla 24 Sintomatología asociada con sentimientos de irritabilidad.....	82
Tabla 25 Sintomatología asociada con cambios en el apetito .....	83
Tabla 26 Sintomatología asociada con dificultad de concentración .....	85
Tabla 27 Sintomatología asociada con cansancio o fatiga .....	86
Tabla 28 Sintomatología asociada con pérdida de interés y del sexo .....	87
Tabla 29 Puntaje obtenido en la prueba.....	88
Tabla 30 Interpretación de la prueba .....	90

## Índice de Gráficas

Grafica 1 Edad de los participantes.....	55
Grafica 2 Ocupación de los participantes que no acuden a A.A.....	56
Grafica 2.1. Ocupación de los participantes que acuden a A.A.....	56
Grafica 3 Tipo de casa en donde vive .....	57
Grafica 4 ¿Con quién vives?.....	58
Grafica 5 ¿Cómo consideras la relación con quien vives?.....	59
Grafica 6 ¿Cuánto tiempo llevas en rehabilitación?.....	60
Grafica 7 Actualmente consumes drogas.....	61
Grafica 8 ¿Cuál droga consumes?.....	62
Grafica 9 Sintomatología asociada con tristeza .....	63
Grafica 10 Sintomatología asociada con pesimismo.....	64
Grafica 11 Sintomatología asociada con fracaso .....	66
Grafica 12 Sintomatología asociada a pérdida de placer .....	67
Grafica 13 Sintomatología asociada a sentimientos de culpa .....	69
Grafica 14 Sintomatología asociada a sentimientos de castigo.....	70
Grafica 15 Sintomatología asociada a sentimientos de disconformidad con uno mismo.....	71
Grafica 16 Sintomatología asociada con autocrítica.....	72
Grafica 17 Sintomatología asociada a pensamientos suicidas .....	73
Grafica 18 Sintomatología asociada con agitación .....	75
Grafica 19 Sintomatología asociada con pérdida de interés.....	76
Grafica 20 Sintomatología asociada con sentimientos de indecisión.....	77

Grafica 21 Sintomatología asociada con sentimiento de desvalorización .....	79
Grafica 22 Sintomatología asociada con pérdida de energía .....	80
Grafica 23 Sintomatología asociada con los hábitos en los cambios de sueño.....	81
Grafica 24 Sintomatología asociada con sentimientos de irritabilidad.....	82
Grafica 25 Sintomatología asociada con cambios en el apetito.....	84
Grafica 26 Sintomatología asociada con dificultad de concentración .....	85
Grafica 27 Sintomatología asociada con cansancio o fatiga.....	86
Grafica 28 Sintomatología asociada con pérdida de interés y del sexo .....	87
Grafica 29 Puntaje obtenido en la prueba .....	89

## Índice de Anexos

Anexo A .....	107
Anexo B .....	108

# Capítulo 1

## Problema de Intervención

Este capítulo tiene la finalidad de describir de conocer, describir, analizar y justificar los motivos por los cuales se llevó a cabo la presente intervención, capítulo que está dividido de la siguiente forma; Antecedentes de la investigación, Planteamiento y delimitación del problema, Objetivos generales, Objetivos específicos, Preguntas de la investigación, hipótesis de la investigación, Contextualización de la investigación, Variables de la investigación, instrumentos utilizados, justificación y por ultimo una breve conclusión.

### 1.1 Antecedentes de la Intervención.

La sección de antecedentes tiene la finalidad de introducir al lector a esta investigación por medio de la definición de conceptos y constructos esenciales para la comprensión y el análisis del estudio, de la misma manera se llevará a cabo el análisis de estadísticas e investigaciones afines, esto con la intención de sensibilizar y justificar posteriormente la elaboración de una investigación que aborde el fenómeno de la depresión en personas con consumo de sustancias psicoactivas y personas en un grupo de rehabilitación conocido como A.A.

Conforme a lo anterior, según Chávez y Tena (2018), mencionan que la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se conocen, se trata de un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente (del latín depressus, abatimiento), que se caracteriza por sentimientos de infelicidad, abatimiento y culpabilidad, además provoca en

la persona una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida diaria.

Por otro lado, Beck (1967) citado por Guzmán (2015, p.10), menciona que la persona con depresión se ve a sí mismo incompetente, inútil y se desprecia, todo esto en relación con su entorno, así mismo y al futuro, un futuro con situaciones incontrolables siente que no tiene esperanza y que es inútil tratar de modificar su situación actual.

Actualmente la utilización de la palabra “*depresión*”, es usada tanto en el ámbito clínico, científico y coloquial, por esta razón es importante dejar en claro la variación de esta terminología, por lo tanto, en lo que respecta y de acuerdo con Vallejo (2015), el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad, se le conoce como síntoma cuando acompaña a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de ansiedad, se le relaciona como síndrome cuando existe un conjunto de signos y síntomas caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital y como enfermedad, desde el modelo médico se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse un origen, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

Por otro lado, con referencia a las consecuencias que trae consigo el que la persona experimente depresión, Guzmán (2015) y Sadock, Sadok y Ruíz (2015), explican que la depresión altera el metabolismo del cerebro, causando un desequilibrio en la regulación de diversos neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y dopamina, este desequilibrio químico influye en los pensamientos y la motivación, afectando significativamente la funcionalidad de la persona con depresión.

Bajo esta línea Sue, Wing, y Sue (2010), explican que las personas con depresión a menudo tienen interacciones sociales y laborales deficientes, carecen de energía y de motivación para realizar las actividades cotidianas que antes hacían, además de mostrar una pérdida en la capacidad para sentir placer, hay cambios relevantes en el apetito y por lo tanto en el peso corporal, algunas tienden a comer aun cuando no tienen hambre y otras pierden el apetito, la comida les parece insípida, en la depresión severa esto puede amenazar la vida, lo cual posibilita la aparición de pensamiento y conductas suicidas, las cuales lleguen a generar la consumación del acto suicida.

El fenómeno global de la depresión ha alcanzado a todo el mundo, esto puede apreciarse en las estadísticas que indican la presencia de la depresión en la población a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), menciona que para el año 2018 había alrededor de 300 millones de personas en el mundo con depresión, posicionándose, así como la primera causa de discapacidad, además contribuyendo de forma importante a la carga mundial general de morbilidad.

Por otro lado, en cuanto a la presencia específica de la depresión en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018), llevo a cabo en el año 2017 una encuesta con el objetivo de conocer los sentimientos de depresión en integrantes del hogar de 7 años y más por entidad federativa, periodo y sexo; en donde se encontró una tasa a nivel nacional de 30.5 personas con sentimientos de depresión por cada 100 mil habitantes, en cuanto a su distribución por genero la tasa para hombres fue de un 25.3 por cada 100 mil habitantes y para las mujeres esta relación fue de 35.4, con lo antes mencionado se puede observar que hay una mayor distribución la depresión en mujeres que en hombres, lo cual guarda relación con lo que menciona Sadock et al (2015), que para

explicar esta diferencia se han propuesto una serie de razones, como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones, y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida.

A nivel estatal el INEGI (2018), encontró a partir de la encuesta antes mencionada una tasa de 36.2 personas por cada 100 mil habitantes que se han sentido deprimidos, habiendo una tasa de 29.7 para hombres y 42.3 para mujeres por cada 100 mil habitantes.

En otra encuesta INEGI (2018), llevada a cabo en año 2017 con el objetivo de conocer el número de personas que han tenido sentimientos de depresión a diario a nivel nacional, en integrantes del hogar de 7 años y más, divididos en grandes grupos de edad, se registró que hubo 413,180 personas de entre 15 y 29 años que se han sentido deprimidos a diario, mientras que 875,918 de entre 30 y 49 años se han sentido así, 905,160 personas de entre 50 y 64 años y 931,640 personas de entre 65 años, lo cual guarda relación con lo mencionado por Santos (2019), el deterioro del cerebro anciano así como también el estrés al que está expuesto este determinado grupo de la población, ya sea por factores económicos o sociales como el aislamiento lo vuelve un grupo vulnerable a la depresión.

En cuanto a los casos nuevos registrados de depresión en el año del 2018, el boletín epidemiológico realizado por la Secretaría de Salud (SSA, 2018), indicó que en el 2018 hubo 121,053 nuevos casos a nivel nacional, siendo los rangos de edad en los que se presentó mayor distribución de: 25-44 con 33,044 casos, y de 65 años en adelante con 20,593, con referencia a la distribución por género hubo 89,571 casos nuevos de depresión a nivel nacional, para el sexo femenino, siendo los rangos de edad en los que más se presentaron más casos nuevos: de 25-44 años con 25,749 y 65 años y más con 14,433, en cuanto al sexo masculino hubo 31,482 casos nuevos a nivel nacional, siendo los rangos de

edad en los que hay mayor distribución son: de 25-44 años con 7,295, y de 65 años y más con 6,160 casos nuevos de enfermedad.

Por otra parte, en cuanto a los factores que hacen que una persona sea susceptible a presentar depresión, Ezpeleta y Toro (2014), mencionan que son las personas de sexo femenino, las que se hayan en una edad avanzada, las que presentan niveles altos de ansiedad, las que fueron víctimas de un abuso en la infancia, las que se hayan insatisfechas con su trabajo, escuela o con una mala convivencia doméstica, sin dejar de lado a las personas que consumen algún tipo sustancia psicoactiva, por otro lado según Carlson (2005), la prevalencia estimada de la depresión es de un 3 % en los hombres y de un 7 % en las mujeres.

Partiendo de lo antes mencionado, Campos y Martínez (2002), mencionan que uno de los factores de riesgo para que una persona desarrolle depresión consiste en que la persona consuma algún tipo de sustancia psicoactiva, esto ya que una consecuencia del abuso de estas sustancias consiste en un daño en el sistema serotoninérgico, el cual se considera responsable de los síntomas depresivos, además de que existe la hipótesis de la automedicación en los trastornos duales, la cual explica que cuando un individuo presenta una sintomatología de una disfunción neurobiológica y entra en contacto con sustancias psicoactivas inicia un rápido proceso de dependencia, sobre todo si la sustancia actúa como una medicación altamente efectiva para el trastorno subclínico.

De acuerdo con lo anterior, Sadock et al (2015), la sintomatología depresiva es muy común en personas que consumen algún tipo de sustancia psicoactiva, aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados con algún trastorno por abuso o dependencia de

sustancias presenta dicha sintomatología (terminología que se abordara detalladamente en el capítulo 2).

En esta misma línea Leshner (1997) citado por Pinel (2007), describe al adicto como aquellos consumidores usuales de sustancias psicoactivas que siguen consumiendo a pesar de sus efectos negativos en relación a su salud, su vida social, y de sus esfuerzos constantes por dejar de consumirla, al mismo tiempo menciona 2 tipos de dependencia, la fisiológica causante del síndrome de tolerancia y el síndrome de abstinencia, y la psicológica causante de cualquier consumo compulsivo.

Tomando en cuenta, que la depresión causa un desequilibrio neuroquímico en el cerebro al igual que el consumo de sustancias, las personas que tienen depresión son vulnerables a un consumo dependiente de sustancias y las personas que consumen drogas son vulnerables a presentar depresión.

Partiendo de lo antes mencionado, en cuanto a las investigaciones que se han llevado a cabo con el fin de conocer la prevalencia de los síntomas de depresión en personas consumidoras de drogas se han encontrado las siguientes.

Según una investigación llevada a cabo por Villa, Sirvet, y Blanco (2015), con el objetivo de fichar y caracterizar la depresión asociada al consumo de drogas determinando la epidemiología de la misma comparando datos propios con otros procedentes de una revisión bibliográfica ajustada, así como examinar la utilidad de dos de las escalas más utilizadas para la depresión como lo son la escala de Hamilton y Beck para la depresión entre los grupos control y diana.

Para el estudio, se utilizó una muestra de 82 sujetos adictos con trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos F0-19 según el CIE 10, de edad comprendida fue de los 18 y 63 años con juicio crítico y capacidad cognitiva suficiente, atendidos a lo largo de 2010 subdivididos en dos grupos: 1), grupo control clínico, sujetos adictos sin otro proceso psicopatológico asociado ni sintomatología psicopatológica alguna al margen de la adictiva, 2), Grupo depresión, sujetos adictos que reunieron al menos dos de las siguientes condiciones, 1), portar al ingreso diagnóstico de depresión, 2), no portar diagnóstico de depresión al ingreso pero haber sido diagnosticado de sintomatología depresiva en el centro y 3) haber sido tratado con antidepresivos (Villa et al., 2011).

Las principales conclusiones del estudio son: la prevalencia de depresión entre la población adicta es alta y tiende a seguir aumentando, la media de adictos con depresión se sitúa para el año 2017 en torno al 18% (14% varones y 26% mujeres), los resultados sobre la escala de Hamilton para la depresión es útil y tiene capacidad discriminativa, por otro lado, no se obtuvo resultados significativos con la escala de Beck, respecto al diagnóstico diferencial entre la depresión convencional y la del adicto, un sujeto depresivo puede recurrir al consumo de sustancias como medio paliativo, también es habitual que sujetos con trastorno por uso de sustancias padezcan depresión como patología asociada (Villa et al., 2011).

Por otro lado, la Secretaria Nacional de Salud Pública de México, (SSP, 2010), realizó una investigación con el objetivo de determinar la asociación entre el grado de adicción y patrón de consumo de tabaco con la ansiedad y depresión en fumadores que quieren dejar de fumar, el estudio se llevó acabo con una muestra de 495 sujetos que acudieron a un programa voluntario para dejar de fumar en el Instituto Nacional de

Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México (INER) en un periodo comprendido entre los años 2006 y 2008, los instrumentos usados fueron el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), el cuestionario de depresión de Beck, el cuestionario de Fagerström y el Patrón de Consumo de Tabaco (PCT) (paquetes-año), el 47% de los voluntarios fueron hombres y el 53% mujeres, el promedio de edad fue  $47 \pm 12$  años.

Este estudio permitió observar síntomas depresivos leves en el 63% de los fumadores, así como un 25% con síntomas moderados y un 12% con síntomas graves, los porcentajes para la ansiedad rasgo fueron los siguientes: 47% con sintomatología leve, 29% moderada y 24% graves, para ansiedad estado: 57% obtuvo una sintomatología baja, 27% media, y 16% una sintomatología alta, los resultados mostraron que hay una asociación estadísticamente significativamente entre el grado de adicción y consumo con la sintomatología de ansiedad y depresión, es decir las personas que consumen más cigarrillos al año presentan una mayor sintomatología de este tipo (SSP, 2010).

De la misma manera, en otra investigación realizada por Villegas (2014), con el objetivo de analizar el nivel de depresión en los hombres dependientes al alcohol que asisten a un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), de la Ciudad de Uruapan en el Estado de Michoacán (México), y someter a prueba sus hipótesis, la hipótesis de trabajo hacía referencia a que “existe depresión grave en hombres pertenecientes a los 5 grupos de doble A y la hipótesis nula la cual decía que “No existe depresión grave en hombres de los 5 grupos de doble A, se conformó una muestra no probabilística de 68 sujetos de cinco grupos distintos, para conocer la sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

En cuanto a los resultados, se encontró que hubo un porcentaje de 52% con sintomatología depresiva en niveles mínimos, por otro lado el 15.87% de los sujetos se encontraban levemente deprimidos, un 11.11% de la muestra presentaba un nivel de depresión moderada y finalmente un 20.63% presentaba una sintomatología depresiva grave, por estos resultados Villegas expresa que se acepta la hipótesis nula, la cual dice que no hay una cantidad significativa de sujetos con depresión grave en los 5 grupos de A.A en Michoacán Uruapan, como explicación a ello el autor considera que esto es debido a que la depresión puede agravar por otras enfermedades como el alcoholismo, Villegas (2014).

En otra investigación similar realizada por Vázquez (2016), con el objetivo de analizar los niveles de depresión que presentaban dos grupos de A.A en la Ciudad de Ario de Rosales Michoacán (México), con una muestra conformada por 15 personas las cuales se encontraban en abstinencia por un periodo mínimo de más de un año, el instrumento para conocer la sintomatología depresiva fue el BDI-II aplicándose una sola vez sin seguimiento alguno, como resultados se encontró que 33% presentaron una leve perturbación del ánimo, el 27% presentan altibajos normales, un 20% presentaron episodios depresivos intermitente y un 7% correspondiente a un 1 sujeto presentó depresión moderada, por estos resultados el autor expresó que puede inferirse que los estados depresivos son intermitentes, es decir que se interrumpen y prosiguen cada cierto tiempo de manera reiterada, el autor menciona que una posible razón de que presenten una sintomatología depresiva mínima, se deba a que estos grupos de A.A actúan como una fuerte red de apoyo para las personas, además de que utilizan unas mejores conductas de afrontamiento para sobrellevar la depresión tales como pedir disculpas, reparar daños,

acudir con un padrino (Guía), dejar viejas amistades de consumo y relaciones familiares dañinas.

En otra investigación realizada por Díaz (1998), con el objetivo de buscar si existen síntomas depresivos en un grupo de pacientes que acuden por primera vez al centro de salud mental ubicado en México Distrito Federal por un diagnóstico de alcoholismo, y comparar este grupo con sujetos alcohólicos inactivos que han pertenecido a la agrupación de AA, la muestra estuvo conformada por 20 sujetos alcohólicos activos y 20 inactivos con un rango de edad de 17-62 años para ambos grupos, el instrumento que se utilizó fue el inventario de Depresión De Beck BDI, la manera en cómo se llevó a cabo el estudio consistió en comparar la sintomatología depresiva de 20 personas ingresadas al hospital por problemas relacionados con su alcoholismo y 20 personas de un grupo de Doble A ubicado en el mismo hospital.

Los resultados concluyeron, que los alcohólicos activos presentaron mayor puntaje en síntomas depresivos, esto debido a que dos de ellos presentaron una sintomatología depresiva profunda, 13 con depresión moderada y cinco sin sintomatología depresiva, es decir que el 75% de la muestra de este grupo presenta sintomatología depresiva, en comparación con el grupo de alcohólicos inactivos, ya que solo seis presentaron depresión, sin embargo 5 tuvieron una sintomatología depresiva profunda y solo uno de estos seis presentó sintomatología depresiva moderada, los 14 sujetos restantes no presentaron sintomatología depresiva, es decir solo el 30% de la muestra de alcohólicos inactivos presenta algún nivel de sintomatología depresiva, Díaz (1998).

De acuerdo con una investigación realizada por Larios (2001), con el objetivo de conocer la incidencia con que se presenta la depresión en adolescentes con abuso y/o

dependencia de psicotrópicos, se conformó una muestra de 52 adolescentes, hombres y mujeres de entre 14 y 17 años que llegaron al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. N. Navarro, la muestra se valoró durante 6 meses y el instrumento utilizado para conocer la sintomatología depresiva fue la escala nominal (BIRLESON), los resultados indican que las mujeres presentaron mayor sintomatología depresiva y se presentan en el inicio y final de la adolescencia.

Por otro lado, en una investigación realizada por Guisado, Vaz, Ángeles, Peral y López (2014), con el objetivo de analizar la psicopatología y personalidad de un grupo de pacientes que acudió al Hospital Clínico Universitario San Carlos en Madrid España y valorar si había relación entre su psicopatología y su consumo de sustancias, se utilizó una muestra de 51 sujetos, de los cuales un 80% fueron hombres y un 20% mujeres.

Para conocer la sintomatología que presentaban los sujetos se utilizó la prueba Symptom Checklist, la cual permite conocer problemas psicológicos y diversas sintomatologías de algunas patologías, por ejemplo, somatización, depresión, ansiedad, ideación paranoica entre otras, los resultados muestran que la sintomatología depresiva es la tercera con más incidencia en el grupo de drogodependientes, solo debajo de la obsesiva compulsiva y la hostilidad, Guisado et al., (2014).

En otra investigación llevada a cabo por Guzmán, López, Alonso, Arévalo y Corral (2008) citada por Ramos Sanjuana (2009, p11), con el objetivo de conocer y comparar la sintomatología depresiva en 25 jóvenes de entre 18 y 29 años que consumían drogas ilegales y 50 jóvenes que no consumían, todos ellos residentes de una zona urbana marginada del área metropolitana de Nuevo León (México), el instrumento utilizado para conocer la sintomatología depresiva fue el (BDI II), para la selección de los sujetos se

realizó una visita a dicha zona metropolitana y únicamente se seleccionaron a personas del sexo masculino, los resultados obtenidos muestran que dentro del grupo de sujetos que si consumían, solo tres no presentaban algún nivel de sintomatología depresiva, nueve nivel leve, ocho nivel moderado y cinco nivel grave; a comparación de los sujetos que no consumían, 40 no presentaron ningún nivel de sintomatología depresiva, ocho tuvo un nivel leve, uno un nivel moderado y uno nivel grave.

Los investigadores concluyen con los datos anteriores y la prueba Chi Cuadrada De Pearson, un análisis cruzado (Odds Ratio), y los resultados de la Razón de Momios (OR), que los resultados son estadísticamente significativos y que los sujetos con depresión tienen alrededor de 30 veces mayor posibilidad de consumir alguna droga ilícita, es decir que la sintomatología depresiva es un factor de riesgo para el consumo de drogas ilícitas en sujetos marginales.

Con base en las estadísticas nacionales y estatales, puede apreciarse un aumento significativo en los últimos años referentes al índice de depresión y consumo de sustancias tanto legales como ilegales, por lo que conocer si los grupos de autoayuda como A.A tienen un efecto positivo sobre los adictos (en cuanto a sintomatología depresiva se refiere), ya que como se revisó en la literatura anterior existen niveles significativos de comorbilidad, siendo la sintomatología depresiva un factor importante en la rehabilitación de los adictos así como el consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo para la experimentación de altos niveles de sintomatología depresiva, por lo tanto es de vital importancia conocer si este tipo de grupos ayudan a las personas a lidiar con dichos sentimientos depresivos, y si es así hacer un llamado a trabajar de forma simultánea con instituciones como lo es CONADIC.

Las personas consumidoras de drogas son vulnerables a la enfermedad de la depresión, y las personas con depresión son vulnerables al consumo de drogas. Situación que no deja de intensificarse en los últimos años y que se espera siga creciendo, por esta razón conocer si los grupos de autoayuda afectan positivamente la sintomatología depresiva de sus integrantes es importante.

El consumo de sustancias en el Municipio de Matehuala, San Luis Potosí, ha ido en aumento y desde hace años se ha estado convirtiendo en un problema de salud pública, lo cual no solo afecta a los consumidores si no a las personas que lo rodean.

En conclusión, el fenómeno de la depresión está sumamente ligado al consumo de sustancias y el consumo de sustancias a la sintomatología depresiva, por ende explorar las herramientas con las que se cuenta como sociedad es de vital importancia para mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas.

## **1.2. Planteamiento y Delimitación del Problema**

De acuerdo con lo mencionado en la sección anterior, la depresión se considera como un trastorno mental de especial relevancia en el campo de la salud mental debido a que, los signos y síntomas que presentan las personas con depresión pueden llegar a ser incapacitantes e incluso pueden llegar a atentar contra su propia vida, por otro lado el incremento en el número de personas que lo padecen hacen que la depresión se encuentre entre las enfermedades con más tasa de incidencia en el mundo, OMS, 2018; INEGI, 2018; Kaplan et al (2015) Vallejo, APA (2014).

En este sentido, la depresión es un factor de riesgo para el consumo de sustancias, ya que según Campos y Martínez, (2002); Guzmán, (2014), existe la hipótesis de la

automedicación en los trastornos duales, la cual explica que cuando un individuo presenta una sintomatología de una disfunción neurobiológica (como es el caso de la depresión) y además entra en contacto con alguna o varias sustancias psicoactivas, este individuo inicia un rápido proceso de dependencia a dichas sustancias.

No obstante, la relación entre depresión y consumo de sustancias también se presenta de forma inversa, en este sentido la depresión de acuerdo con Campos y Martínez (2002) se considera que puede presentarse como una consecuencia del abuso de estas sustancias, ya que el abuso de dichas sustancias causa un daño en el sistema serotoninérgico encargado de la regulación de diversos procesos afectivos.

En este sentido, el planteamiento del problema se centra en identificar si existe una diferencia entre los niveles de sintomatología depresiva entre un grupo de personas que consumen alcohol o sustancias psicoactivas ilegales y que no acuden a un grupo de A.A con un grupo de personas que forman parte de un grupo A.A y que no consumen alcohol ni sustancias psicoactivas ilegales, grupo el cual se ubica en la Ciudad de Matehuala, San Luis Potosí, México.

### **1.3. Objetivos de la Investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

- Conocer y comparar la sintomatología depresiva de acuerdo con el BDI-II entre miembros de un grupo de A.A en abstinencia de alcohol y sustancias psicoactivas ilegales, y un grupo de sujetos que se hallan en consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal.

#### **1.3.2. Objetivos específicos.**

- Aplicar el BDI-II a un grupo de sujetos que acuden a un grupo de AA.

- Aplicar el BDI-II a un grupo de sujetos que no acuden a este tipo de grupos y que consumen alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal.
- Calificar e interpretar los inventarios de ambos grupos.
- Comparar los resultados a fin de identificar si existen diferencias.
- Proponer sugerencias para la disminución de la sintomatología depresiva en aquellos sujetos que consumen sustancias.

#### **1.4. Preguntas de la Intervención**

- ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en aquellos sujetos que están en un grupo A.A?
- ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en aquellos sujetos que no acuden a un grupo de A.A y que consumen alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal?

- ¿Existirá una diferencia a nivel descriptivo en la sintomatología depresiva entre el grupo de sujetos que acude a A.A y aquellos que no?

### **1.5. Hipótesis de la Intervención**

Con base en una investigación similar a la que se pretende llevar a cabo en este estudio, realizada por Villegas (2014), se encontró que el porcentaje de los sujetos en rehabilitación en un grupo de Alcohólicos Anónimos (A.A), la sintomatología depresiva mínima fue de 52%, mientras que un 15.87% presentaba una sintomatología leve, un 11.11% una sintomatología moderada y un 20.63% presentaban sintomatología depresiva grave. Partiendo de estos resultados se hipotetiza que:

- La mayoría de los sujetos que acuden al grupo de AA presentarán niveles mínimos de sintomatología depresiva.

Asimismo, en otra investigación realizada por Díaz (1998), en la que compara la sintomatología depresiva de 20 alcohólicos activos y 20 alcohólicos inactivos miembros de un grupo de A.A, los resultados indicaron que el grupo de sujetos que si acuden a rehabilitación a este tipo de grupos presentan una menor sintomatología depresiva que aquellos que no acuden, por lo tanto, la hipótesis de esta investigación establece que:

- Los sujetos que acuden a un grupo de rehabilitación de A.A y no consumen alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal presentarán una menor sintomatología depresiva que aquellos que no acuden y consumen alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal.

## **1.6. Contextualización de la Intervención**

El instrumento (BDI-II) fue aplicado a 2 distintos grupos de muestra en el Municipio de Matehuala S.L.P, en el mes de Noviembre del 2022, uno de ellos conformado únicamente por personas residentes de una colonia al sur del Municipio y colonias aledañas, que según el cuestionario aplicado por el investigador se encontraban en consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal, por otro lado, debido a complicaciones de algunos participantes la aplicación del instrumento fue aplicada en 3 lugares, una plaza pública, un punto de reunión de los participantes (aceras) y en la Universidad de Matehuala, institución privada que se encarga de brindar el servicio de educación superior y media superior, el tiempo en el que estos participantes contestaron el instrumento fue de alrededor 15 minutos.

El otro equipo fue seleccionado únicamente con personas pertenecientes a un grupo de A.A, llamado Sendero de la Victoria ubicado en el centro de la ciudad con dirección en la calle de Bravo s/n, el único objetivo de este tipo de grupos es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad, A.A no pertenece a ninguna organización, secta o partido político, y se mantiene mediante las contribuciones voluntarias de sus integrantes, el instrumento fue aplicado después de una de sus reuniones y el tiempo promedio en el que los participantes contestaron el instrumento fue de 15 minutos.

## **1.7. Variables de la Intervención**

### **1.7.1. Variable independiente**

- consumo de alcohol o sustancias psicoactivas ilegales.

### **1.7.2. Variable dependiente**

- niveles de sintomatología depresiva de acuerdo con el BDI-II.

## **1.8. Definición operacional de las variables.**

- ¿Qué es el “consumo de sustancias o drogas psicoactivas?”

Según Becoña (2014) citado por Pérez (2016, p.52), de una forma simple y pragmática, podemos definir «droga» como «toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este»

Con respecto a la definición conceptual la OMS (1994) y la APA (2010), el consumo de drogas o sustancias psicoactivas se entiende como la autoadministración de cualquier sustancia que al ingerirla de manera deliberada tenga efectos sobre los procesos mentales como la percepción, la afectividad, la memoria, la atención o el pensamiento, es importante mencionar que las drogas o sustancias psicoactivas en los ámbitos clínicos se conocen como fármacos psicotrópicos.

Así mismo, de acuerdo con la OMS (1994) y la APA (2010), el consumo se puede dividir en dos: consumo problemático y consumo social, el primero hace referencia a un patrón de consumo que genera problemas individuales o colectivos, de salud o sociales en la vida del individuo, el término equivalente descrito por el APA (2010), sería “*abuso de sustancias*”, por otro lado está el consumo social, el cual hace referencia al consumo por

motivos y formas socialmente aceptadas, principalmente en compañía de otras personas como por ejemplo: en fiestas o celebraciones culturales (OMS, 1994 y APA, 2010).

Es importante mencionar, que la palabra adicción hace referencia a un estado de dependencia psicológica, física, o inclusive ambas del uso de alcohol u otras drogas, pero para describir explícitamente este estado se prefiere el término (Dependencia de Sustancias), el cual hace referencia a un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que se relacionan con un patrón continuo de consumo pese a los problemas que este genera para la persona, debido al consumo constante este compone tolerancia y síntomas de abstinencia si suspende el consumo, a pesar de que es un término equivalente al de adicción, actualmente en el ámbito profesional se prefiere el término consumo de sustancias, APA (2010).

- ¿Qué se entiende por: niveles de sintomatología depresiva de acuerdo con el BDI-II?

Por otro lado, con respecto a la sintomatología depresiva se recurrirá a conocerla mediante el Inventario De Depresión De Beck II (BDI – II), el cual es un instrumento psicométrico para conocer la sintomatología característica del Trastorno Depresivo Mayor, esta sintomatología consiste en: sentimientos de tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvaloración, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño y apetito, irritabilidad, dificultad para concentrarse, fatiga y falta de interés por el sexo (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998 y González-Celis, 2009).

## **1.9. Instrumentos Empleados para Medir y Conceptualizar las**

### **VARIABLES DEL ESTUDIO**

Con la finalidad de conocer si los sujetos consumían o no alcohol, o bien alguna sustancia psicoactiva ilegal, se elaboró un cuestionario de carácter anónimo destinado a conocer datos género y edad, así como características sociofamiliares y del hogar en donde residía, así como para conocer si en ese momento consumía este tipo de sustancias, en donde, en caso de ser así debía de mencionar cual sustancia y el tiempo en la que la llevaba consumiendo (véase anexo A).

Por otro lado, a fin de conocer la sintomatología depresiva que experimentaron los sujetos, como se mencionó en la sección anterior, se va a conocer a través del BDI – II (2006), adaptado por la Lic. María Elena Brenlla (véase anexo B).

Según Hernández Pomar (2010), Debido a la creciente incidencia de depresión en las nuevas generaciones a nivel mundial entre los siglos XX y XXI, se promovió el estudio de la depresión tanto en investigaciones psicológicas como sociológicas y biológicas, de esta tendencia científica surge la primera versión del Inventario de Depresión de Beck en 1961, realizado en base al análisis de los contenidos más frecuentes en las sesiones terapéuticas con pacientes deprimidos, después de 33 años en 1994 se inició un estudio piloto para el diseño del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) cuyo objetivo principal era adecuar el contenido de los ítems a los criterios diagnósticos para la depresión considerados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV),

No obstante, en la estandarización para población mexicana llevada a cabo por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela (1998), el puntaje de 0 a 9 expresa un nivel de depresión mínima, de 10 a 16 leve, de 17 a 29 moderada y de 30 a 63 severa, dicha discriminación será la que se utilizara para esta investigación ya que la estandarización llevada a cabo por los anteriores investigadores concluyo que la confiabilidad del BDI II en población mexicana fue de un Alfa de Cronbach .87,  $p < .000$ , cumpliendo con los requerimientos psicométricos para evaluar los niveles de depresión en residentes de la ciudad de México.

Y más recientemente, una investigación llevada a cabo por Andrade (2010), con el objetivo de obtener la confiabilidad por consistencia interna, y la capacidad discriminativa de los reactivos de la versión traducida al español del BDI II en la población de la ciudad de México, se utilizó una muestra de 574 personas de entre 12 y 66 años, 59.4 % mujeres y 40.6% hombres, debido a que la investigación no contemplo la normalización de la prueba, se empleó un rango amplio de edad, en esta intervención se obtiene, que se puede afirmar que dicha versión de BDI II tiene la confiabilidad y discriminación de reactivos adecuados para estandarizar el test en la población mexicana de la ciudad de México.

### **1.10. Justificación de la Intervención**

La información que se obtenga en la siguiente intervención, puede servir a la agrupación de Alcohólicos Anónimos, para que sus mismos integrantes decidan darle una mayor importancia a la sintomatología depresiva que presentan las personas que llegan por primera vez, ya que se hipotetiza que las personas en consumo de alcohol o sustancias psicoactivas ilegales presentan una mayor sintomatología depresiva en comparación a los

que están en este grupo y que a su vez no consumen alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal.

De igual manera, la siguiente información puede servir para sensibilizar a la sociedad Matehualense, acerca de la presencia de la sintomatología depresiva en personas consumidoras de drogas o sustancias psicoactivas, o bien, para que algún profesional en el área de la salud realice alguna campaña de difusión acerca de las dificultades que enfrentan los adictos tanto en consumo como en rehabilitación.

Al ser el primer estudio de su tipo en el Municipio de Matehuala, abre paso al desarrollo de nuevas líneas de investigación o de intervención, que serán comentadas a profundidad en el último capítulo, respaldará o limitará los sustentos teóricos en los que el investigador se basó para realizar sus hipótesis, y se espera que los resultados sean un aliciente para otros investigadores y realicen una replicación para corroborar o rechazar los resultados, es decir, motivar la ampliación del conocimiento científico.

Esta investigación invita no solo a profesionales de la salud mental a tomar acciones a favor del bienestar social, se espera que sea de utilidad para la fundamentación de líneas de investigación o intervenciones en disciplinas como, por ejemplo: nutrición, derecho y criminología, debido a la complejidad de una patología dual como lo es el consumo de sustancias y la depresión, un trabajo multidisciplinario traería consigo resultados íntegros.

Aunque la agrupación de Alcohólicos Anónimos no recibe ni pretende recibir ayuda gubernamental, esta investigación pretende exhortar de la manera más atenta a las autoridades correspondientes como lo es la Comisión Nacional Contra las Adicciones

(CONADIC) a elaborar programas de manera conjunta con Alcohólicos Anónimos como ya se ha hecho en otros lugares.

Por último, pero no menos importante, la elaboración de este documento será la culminación de los aprendizajes obtenidos por parte del investigador en la Universidad de Matehuala (UM), cumpliendo así con uno de los requisitos para obtener el grado de licenciado en psicología por parte de la Universidad Autónoma de México (UNAM), contribuyendo al futuro ejercicio de la profesión al conocer más de cerca una de las problemáticas que afligen a la ciudad donde se reside y espera ejercer.

## Capítulo 2

### Referentes Teóricos

La finalidad de este capítulo, es presentar aquella información para sustentar a nivel contextual y teórico, la realización del estudio, para ello el capítulo se dividirá en 2 secciones las cuales son: Marco contextual: El cual tiene la finalidad de presentar información relacionada al lugar en donde se planteó llevar a cabo el estudio, seguido de ello está el marco teórico el cual tiene la finalidad de proveer el soporte bibliográfico para la realización de la investigación; posteriormente el capítulo terminara con la conclusión que dará paso al siguiente capítulo titulado, método de la investigación.

#### 2.1. Marco Histórico y Contextual

Esta sección, facilita información relativa al lugar en donde se propuso hacer el estudio, la cual es el grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), llamado Sendero de la Victoria, este capítulo comprende las secciones de: Aspectos históricos y Filosofía Institucional, Servicios que Ofrece, Organización de la Institución e Investigaciones Realizada, la sección finalizará con una conclusión que dará paso a la siguiente sección titulada Marco Teórico.

Como ya se mencionó anteriormente, se propuso realizar el estudio en el grupo de A.A, nombrado Sendero de la Victoria, ubicado en el centro del Municipio de Matehuala en el Estado de S.L.P, esta agrupación tuvo su origen en el mes de junio de 1975, hoy en el 2023 cumplieron su aniversario número 48, sin embargo, debido a uno de sus principios

el cual menciona que ante cualquier documento o investigación pública sus nombres serán anónimos, han decidido mantenerse así.

Alcohólicos Anónimos (A.A.), es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida, para ser miembro de A.A no se pagan honorarios ni cuotas; se mantienen con sus propias contribuciones, A.A., no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. El objetivo primordial es mantener sobrios a los sujetos que lo integran y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

La creación de este tipo de grupos en 1935, se realizó con el propósito de tratar los casos de alcoholismo, tanto de hombres como mujeres, sin embargo argumentaban que solo aquellos que tocaran un fondo verdadero eran capaces de dejar la bebida, es decir, solo trataban los casos de alcoholismo más severo, pero en menos de 4 años las primeras agrupaciones empezaron aceptar dentro de sus grupos a personas con otro tipo de consumo problemático, es decir consumidores de otro tipo de drogas, así como también a personas que aún no tenían un consumo problemático.

Para dar este servicio, la agrupación de A.A a nivel mundial se basa en el libro de los 12 pasos publicado en 1939 por la misma agrupación, los cuales son un conjunto de principios de naturaleza espiritual que, según la agrupación de A.A, si se adoptan como una forma de vida, puede liberar al enfermo de la obsesión por beber y transformarle en un ser íntegro, útil y feliz.

A este tipo de agrupaciones, acuden tanto hombres como mujeres de diferentes edades, según la literatura de A.A, cualquier persona puede asistir a sus reuniones, inclusive si no está pasando por dificultades relacionadas con el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva, puede asistir a sus reuniones con fines puramente educativos.

En las agrupaciones de A.A cualquier servicio es voluntario y un servicio no tiene mayor importancia que otro, el único objetivo de los servicios es mantener los grupos funcionando como por ejemplo: limpieza del grupo, el encargado de servir café, el encargado de abrir el grupo o el tesorero, cada grupo tiene un representante que se encarga de la comunicación con los mismos de otros grupos en el mismo Municipio, con la finalidad de apoyarse o acordar asuntos generales como el servicio de representante a nivel municipal.

Con referencia a si anteriormente se han llevado a cabo investigaciones similares a la que se realiza, el personal responsable mencionó: que no se ha llevado a cabo ninguna investigación y/o intervención en el grupo sendero de la victoria.

Finalmente, tras comentar el tema de intervención a los integrantes de la agrupación, ellos decidieron participar en el siguiente estudio debido a que les intereso saber acerca de los niveles de depresión en personas que aún están en consumo, argumentando que tienen dificultades para llegar a ese tipo de grupos y hacerle saber que en las agrupaciones de A.A se puede dejar de sufrir a causa de cualquier consumo problemático.

El investigador considera que esta sección es de vital importancia para que el lector conozca y entienda la historia, el contexto y las intenciones de este tipo de grupos.

## **2.2. Marco Teórico**

La finalidad de esta sección, es presentar aquella información para sustentar a nivel teórico el estudio que se llevará a cabo, es decir, es el soporte bibliográfico para la realización de la investigación, al final de la sección se dará una conclusión para finalmente pasar al capítulo 3 titulado, método de la investigación.

Con el fin de realizar una lectura digerible para el lector, la estructura en la que se dividirá el marco teórico será la siguiente: información referente a la depresión por ejemplo; su clasificación diagnóstica, la clasificación del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), según el manual diagnóstico y estadístico de la asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (APA), la descripción del TDM, los criterios diagnósticos para el TDM, las características diagnósticas para el TDM como su desarrollo y su curso, los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar depresión, los aspectos relacionados con la cultura y el género, riesgo de suicidio, diagnóstico diferencial y en cuanto a la etiología se revisaran diferentes perspectivas como la biológica, social y psicológica.

En cuanto al consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas ilegales se revisarán los principales sistemas de clasificación y las principales sustancias que se consumen, por otro lado, en la sección dedicada a los grupos de A.A, se revisara el origen, las personas a las que atienden, su organización, su forma de trabajo y un resumen de las investigaciones que respaldan las hipótesis de la investigación.

### **2.2.1. Clasificación diagnóstica.**

Actualmente, los principales sistemas para la clasificación de la depresión son, La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), y el manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en quinta edición (DSM-5), sin embargo, para esta investigación se utilizará el DSM-5, ya que en él se fundamenta el instrumento utilizado (BDI-II), y es el más empleado en el campo de la psicología clínica.

### **2.2.2. Clasificación de los trastornos depresivos.**

Según el APA (2014), los trastornos depresivos por sus características están agrupados en la sección de trastornos depresivos, debido a que comparten características y criterios diagnósticos, así mismo su ubicación dentro de este manual los posiciona entre los trastornos de ansiedad y los trastornos bipolares debido a que hay cierta comorbilidad entre ellos.

### **2.2.3. Trastornos que están agrupados en esta categoría.**

Partiendo de lo anterior, los trastornos que conforman esta categoría son: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (APA, 2014).

#### **2.2.4. Descripción del trastorno depresivo mayor de acuerdo con el DSM 5.**

Considerando que la categoría comprende distintos trastornos, y que el objetivo de este estudio es efectuar una comparación entre los niveles de depresión entre personas que consumen sustancias psicoactivas y aquellas que acuden a un grupo de autoayuda AA con base al BDI – II, partiendo de que este evalúa la sintomatología depresiva del trastorno depresivo mayor, a continuación, se presentará la información de este trastorno depresivo según el DSM-5.

#### **2.2.5. Criterios diagnósticos.**

Según la APA (2014), describe nueve criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor, siendo estos. 1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza), 2) disminución significativa de interés o placer por la mayoría de las actividades cotidianas del día, 3) pérdida o aumento importante de peso de más de un 5% en un mes, sin dieta ni ejercicio, 4) insomnio o hipersomnia casi todos los días, 5) agitación o retraso psicomotor observable por un tercero, 6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días, 7) sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, 8) disminución de la capacidad para concentrarse y para tomar decisiones casi todos los días y 9) pensamientos de muerte recurrentes.

Para diagnosticar un episodio de depresión, mayor a cinco o más de los síntomas anteriores han estado presentes durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio en el funcionamiento previo, al menos uno de los síntomas que deben estar presentes para diagnosticarlo son: el primero que hace referencia al estado de ánimo deprimido y el segundo que hace referencia a la pérdida del interés o placer, además, el

episodio no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica; con referencia a la gravedad ésta se basa en el número de síntomas y sus efectos sobre la discapacidad funcional, por ejemplo en el ámbito laboral social o familiar, por lo que se establecen la clasificación: leve, moderado y grave (APA, 2014).

### **2.2.6. Características diagnósticas.**

Como características diagnósticas, los criterios para el diagnóstico deberían aparecer casi todos los días la mayor parte del día para considerarlos como tal, con excepción de la ideación suicida y el cambio de peso, el rasgo principal del episodio depresivo mayor es un periodo de tiempo de al menos 2 semanas durante el cual la persona presenta un ánimo deprimido, pérdida de placer o de interés hacia las actividades que realizaba cotidianamente, tiene dificultades para concentrarse o tomar decisiones, existen alteraciones en el sueño, apetito, fatiga y la existencia de pensamientos de culpabilidad (APA, 2014).

### **2.2.7. Prevalencia.**

La prevalencia de este trastorno, a los doce meses para la población estadounidense es de aproximadamente del 7%, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores; las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana (APA, 2014); con referencia a la población mexicana se establece, como ya se mencionó en el capítulo uno que la tasa a nivel nacional de personas con sentimientos de depresión es de 30.5 personas por cada 100 mil habitantes.

### **2.2.8. Desarrollo y curso.**

Referente al desarrollo y curso el TDM, puede aparecer en cualquier edad, pero la probabilidad se incrementa en la pubertad, la cronicidad de los síntomas depresivos aumenta crucialmente la probabilidad de la comorbilidad con otros trastornos, por ejemplo, trastorno de ansiedad o consumo de sustancias (APA, 2014; Sue. Et al., 2010), Con referencia a la recuperación esta se inicia habitualmente dentro de los 3 meses siguientes en 2 de cada 5 pacientes y en un plazo de 1 año en 4 de cada 5 (APA, 2014); en este sentido cabe destacar que la incidencia de los trastornos bipolares se correlaciona con la aparición de un episodio depresivo característico del TDM (APA, 2014; Ezpeleta y Toro (2014).

### **2.2.9. Factores de riesgo y pronósticos.**

Existen 3 clases de factores de riesgo asociados al TDM, el primero es el temperamento, el cual hace referencia a la afectividad negativa con relación a la respuesta ante eventos estresantes, es decir sentimientos constantes de tristeza o miedo en relación a dichos eventos, el segundo son los factores ambientales, los cuales se refieren a eventos desfavorables en la infancia de la persona por ejemplo: un apego o vínculo disfuncional con la madre en los primeros años de crianza, que el niño sea inexpresivo y rechace a la madre o que la madre rechace al niño, la hostilidad, la sobreprotección por parte de los cuidadores o bien la violencia intrafamiliar pueden volverse factores potencialmente detonantes cuando son múltiples en el sujeto, por último se hallan los factores genéticos y fisiológicos, los cuales tienen relación con los familiares directos, es decir, si una persona tiene familiares con antecedentes de un trastorno depresivo mayor, ansiedad bipolar, las probabilidades de que esa persona presente un TDM u otro trastorno se incrementan de 2 a 4 veces más que la población normal (APA, 2014).

### **2.2.10. Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura**

Las investigaciones realizadas acerca del TDM, se pueden llegar a incrementar hasta 7 veces dependiendo de la cultura en la que se realice el estudio, sin embargo, estos estudios no permiten determinar asociaciones simples entre culturas concretas y la probabilidad de presentar síntomas específicos (APA, 2014), no obstante, según Sadock et, al (2015), la depresión es más frecuente en zonas rurales que en las urbanas, y a pesar de que los niveles de depresión varíen de cultura a cultura no se ha establecido una correlación entre esta y la depresión.

### **2.2.11. Aspectos diagnósticos relacionados con el género**

De acuerdo con el (APA, 2014), el TDM se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, sin embargo, no hay una diferencia clara entre sexos con relación a los síntomas, curso, respuesta al tratamiento y consecuencias funcionales, retomando y de acuerdo con lo anterior, las cifras del (INEGI, 2018) muestran que la distribución de sentimientos depresivos en mujeres mexicanas, fue de una tasa de 35.4 por cada 100 mil habitantes, mientras que para los hombres fue de 24.3.

### **2.2.12. Riesgo de suicidio**

Una de las características clínicas del TDM, es la presencia de pensamientos suicidas, lo cual puede conducir a la realización de actos de esta índole que pueden desencadenar la consumación de este acto, partiendo de ello, la posibilidad de un intento de suicidio está presente en todo el tiempo que dura el episodio depresivo mayor, no obstante, algunas características que se han asociado de manera importante al riesgo de presentar un intento de suicidio consumado, es decir, el llevar a cabo con éxito el acto de quitarse la vida son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de

desesperanza, y aun que las mujeres tienen una tasa de intentos de suicidios más alta, es menor cuanto a la tasa de suicidios consumados (APA, 2014).

### **2.2.13. Diagnóstico diferencial.**

El TDM puede compartir sintomatología con otros trastornos, lo que impide en ocasiones realizar un diagnóstico preciso, tal es el caso de presentar un trastorno de: humor debido a otra afección médica, depresivo o bipolar inducido por sustancias, por déficit de atención o hiperactividad, de adaptación con ánimo deprimido, y con episodios maníacos con ánimo irritable o y mixto (APA, 2014).

### **2.2.14. Etiología**

Como se ha expuesto el TDM, forma parte de la clasificación de los trastornos depresivos según el DSM 5, con base a ello, se mencionaron sus características según este manual, sin embargo a fin de ampliar la información a continuación se presentará un análisis contextual de la etiología de los trastornos depresivos en donde se abordaran explicaciones de tipo biológico, psicológico y sociocultural, en cuanto a el área psicológica una de las dimensiones que se enfatizará es la explicación que proporciona la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), creada por Aaron T. Beck, puesto que en ella se fundamenta el BDI – II.

### **2.2.15. Explicaciones biológicas**

Según Chávez y Tena (2018), la descripción de la etiología acerca de la depresión no ha terminado de definirse, sin embargo, el entendimiento actual es que se trata de un trastorno multifactorial que involucra principalmente 3 áreas: biológica, psicológica y social; en el área biológica existe el modelo de deficiencia de monoaminas, la cual postula que la depresión es causada por una deficiencia de neurotransmisores de la monoamina

p.ej., serotonina, norepinefrina y dopamina, los cuales están relacionados con la estabilidad anímica, empero esta explicación solo fue el comienzo para otras más que intentan aclarar las causas biológicas de la depresión (Chávez y Tena, 2018; y Sadock et, al 2015).

### **2.2.16. Genética**

Una de las aproximaciones en esta área es la genética, según el metaanálisis de Uher y McGuffin (2010) citados por Chaves y Tena (2014, p.16), hay investigaciones que afirman que el gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR), propicia junto con eventos de maltrato infantil una situación en la que la producción de cortisol sigue un patrón que va en aumento, lo cual predispone una sensibilidad a eventos estresantes que hacen vulnerable a un individuo a presentar depresión.

### **2.2.17. Neurotransmisores**

Referente a esta postura, según Sanacora et al. (2004), citados por Chaves y Tena (2014, p.17), se ha sugerido que a nivel neurológico existen alteraciones relacionadas con el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), específicamente en el sistema gabanérgico (Gaba), este pudiera tener un papel importante en los cambios cognitivos, afectivos, neuroanatómicos y de modificaciones fenotípicas con relación a la depresión.

Partiendo de lo anterior Luscher et al. (2014, p.17) citados por Chaves y Tena (2018), el sistema gabanérgico tiene una función importante en la maduración neuronal, al menos a eso apuntan las últimas investigaciones desde el modelo animal, es decir, la calidad del cuidado, las lamidas y cercanía físicas están relacionadas con un mejor funcionamiento del sistema gabanérgico, por lo que se concluye que este sistema neuronal asociado a las reacciones ansiosas y depresivas pudieran tener una etiología temprana que implique la modificación del sistema gabanérgico.

### **2.2.18. Explicaciones psicológicas**

En esta sección, se mencionarán las explicaciones de corte psicológico que explican el origen y el curso de la depresión y de acuerdo con lo mencionado al principio de este apartado se enfatizarán las aproximaciones que proporciona la TCC de Beck ya que en ella se fundamenta el BDI – II.

### **2.2.19. Explicaciones socioculturales**

Una dimensión para entender los trastornos depresivos, es la aproximación sociocultural, en este sentido Sue et al. (2010) y Ezpeleta y Toro (2014), mencionan que las catástrofes como guerras, desastres naturales o económicos, suelen asociarse frecuentemente con depresión, esto ya que este tipo de eventos resultan significativamente estresantes para las personas y como ya se revisó anteriormente, la incapacidad para lidiar con situaciones estresante es un factor de riesgo importante para la aparición de algún tipo de episodio depresivo, de la misma forma, Sadock et, al (2015), menciona que algunos de los eventos más asociados con el inicio de la depresión son, el desempleo, la pérdida de los padres o la pérdida del conyugue, y aunque todavía no se comprueba si dichos eventos juegan un papel importante solo al inicio, o durante todo el curso de la enfermedad, lo que queda claro es que son eventos con un potencial de riesgo importante.

### **2.2.20. Panorama general.**

Según Luutonen (2011) citado por Chaves y Tena (2014, p.17), se ha propuesto que los sujetos que presentan depresión tienen un sentido de coherencia empobrecida, en este sentido se define como la incapacidad de ver el mundo de forma positiva y a los eventos desafiantes como situaciones importantes de la vida que pueden enfrentarse como retos,

esta incapacidad se repite de modo constante lo cual hace que se convierta en un factor vulnerable para presentar depresión.

Según (Ezpeleta y Toro 2014; y Sadock et, al 2015), manifiestan que debido a que la etiología exacta de la depresión se desconoce es preferible hablar de factor de riesgo, entre los cuales se mencionan los siguientes; niveles altos de ansiedad, consumo de fármacos antiestrés o sustancias psicoactivas, relaciones familiares negativas, sentimientos de fracaso y una capacidad de resiliencia deficiente para afrontar eventos estresantes.

Presentación del modelo explicativo de la depresión de acuerdo con Beck, ya que esta teoría sustenta la prueba del BDI – II

Según Beck (1967) citado por Chávez y Tena (2018, p17), los tres conceptos específicos para explicar la base psicológica de la depresión son: 1) la tríada cognitiva, 2) los esquemas, y 3) los errores cognitivos, el primer concepto se divide en 3 componentes: 1) la visión negativa que la persona tiene de sí mismo, 2) la tendencia de la persona a interpretar los acontecimientos de forma negativa, 3) la visión negativa acerca del futuro, el concepto 2 se utiliza para explicar la tendencia de la persona a interpretar sus experiencias de una manera negativa y el concepto 3 se centra en comprender la la visión negativa que la persona tiene acerca del futuro.

#### **2.2.21. Consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas ilegales.**

Esta sección tiene por finalidad, presentar información acerca del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas ilegales, ya que estas son consumidas por una parte de los sujetos que son objeto de investigación, por ello, a continuación, se presentará

información referente a: sistemas de clasificación que hay, las principales sustancias que se consumen y la clasificación que existe de acuerdo con el consumo de estas.

### **2.2.22. Principales sistemas de clasificación de sustancias.**

Con respecto a los principales sistemas de clasificación que existen para categorizar este tipo de sustancias, se hayan con base en: la existencia de consecuencias legales y con base a los efectos que tienen consigo en el organismo, específicamente con los efectos que tienen en el Sistema Nervioso (SN). En este sentido según Pérez (2016), existen diferentes clasificaciones de las drogas bastante aceptadas, entre las más importantes internacionalmente están las clasificaciones que hace el Manual Diagnóstico Estadístico (DSM) al igual que la que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según Pérez (2016), una de las clasificaciones de drogas más aceptadas es la de (legales e ilegales), en este sentido menciona que las legales se consideran aquellas legalmente disponibles mediante prescripción médica o cuya comercialización es permitida, por ejemplo: el alcohol, el café o el tabaco, mientras que las ilegales reciben esta clasificación ya que son aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización están legalmente prohibidos o que son usadas sin la prescripción exigida, por ejemplo: metanfetamina, cocaína y heroína, se considera que este sistema de clasificación ha tenido bastante éxito en el ámbito legal referente al consumo y el tráfico de estas, por esa misma razón se sigue utilizando hasta la fecha.

Partiendo de los sistemas de clasificación antes mencionados, en esta sección se presentará una descripción con base a las características y consecuencias en el organismo que tienen las principales sustancias psicoactivas que se consumen de acuerdo con el DSM V (2014), los trastornos relacionados con sustancias engloban 10 clases diferentes de

drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos, los ansiolíticos y los estimulantes por ejemplo la anfetamina y la cocaína, el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas), es importante mencionar que todas las sustancias psicoactivas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos.

Por otro lado, la OMS (2004), clasifica las sustancias según sus efectos en el sistema nervioso central, y están divididas en 3 apartados: 1) depresoras, 2) estimulantes y 3) perturbadoras, el primer apartado se clasifico con drogas como por ejemplo; el alcohol, los opiáceos y sus derivados como la morfina, las benzodiazepinas y los hipnóticos, en el segundo apartado se clasificaron drogas como ejemplo, las anfetaminas, la cocaína, la nicotina y la cafeína, y en el último apartado se pueden encontrar drogas como por ejemplo; el cannabis, la ketamina, la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), la clasificación de la OMS es demasiado grande por lo cual solo se incluyeron algunos ejemplos.

### **2.2.23. Principales sustancias que se consumen**

Según la Comisión Nacional Contra las Drogas, CONADIC (2019), la sustancia ilegal más consumida en México al menos una vez en la vida es la marihuana, con una prevalencia del 8.6%, la segunda fue la cocaína con una prevalencia del 3.5%, mientras que sustancias legales como el alcohol alcanzan una prevalencia del 71.3%.

### **2.2.24. Clasificación de consumo de sustancias**

Al momento de hablar del consumo de sustancias psicoactivas es necesario aclarar el significado de algunas palabras, ya que estas se utilizan para denotar los niveles o el grado de consumo que la persona presenta, según (Pérez, 2016; APA, 2010) , el consumo

puede clasificarse en 3 clases; uso, abuso y dependencia, el uso hace referencia a la utilización ocasional, un consumo esporádico en dosis moderadas y el cual no trae consigo consecuencias negativas, por otro lado el abuso de una sustancia psicoactiva se diferencia esencialmente porque este tipo consumo amenaza la salud, física, mental o social del individuo, trae consigo consecuencias biológicas, sociales y psicológicas que llevan consigo a presentar algún síndrome de tolerancia o abstinencia, y con esto se da paso al último escalón el cual se conoce como dependencia, este hace referencia al estado físico y psicológico de una persona que a consumido algún tipo de droga de forma tan reiterada que cuando detiene el consumo comienza a presentar síntomas fisiológicos desagradables como por ejemplo; hiperactividad, náuseas, vomito, temblores, insomnio, ansiedad y alucinaciones.

#### **2.2.25. Grupo de A.A.**

Como se ha mencionado en secciones anteriores, una parte de los sujetos objetos de estudio son aquellos que pertenecen a los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (AA), partiendo de esto esta sección tiene por finalidad presentar información de este tipo de grupos para con ello contextualizar a este tipo de sujetos; la información que se presentará se refiere al: origen de este tipo de grupos, las personas que atienden, la organización que tienen, su modo de trabajo y la efectividad de los programas que facilitan.

#### **2.2.26. Origen de los grupos A.A.**

La agrupación de Alcohólicos Anónimos A.A fue fundada en Junio del año de 1975, tuvo su comienzo en la ciudad Akron perteneciente al estado de Ohio en los Estados Unidos de América, cuando un hombre de negocios de Nueva York conocido como Bill W había conseguido permanecer sin beber por primera vez gracias a los grupos de Oxford, los cuales

recalcaban la aplicación de los valores espirituales a la vida diaria, en aquella época los grupos de Oxford de América estaban dirigidos por el clérigo episcopaliano el Dr. Samuel Shoemaker, bajo esta tutela espiritual y la ayuda de su viejo amigo Ebby T., Bill W había logrado la sobriedad, por otro lado, un médico cirujano, el Dr. William D. Silkworth, mejor conocido como el Dr. Bob, tuvo contacto con el mismo grupo de Oxford pero no consiguió dejar de beber, después de algún tiempo Bill W pasaba por dificultades emocionales las cuales creía que podrían llevarlo a recaer, por lo cual se le ocurrió que necesitaba el apoyo de otro alcohólico que al igual que él tuviera el deseo de dejar la bebida, en ese momento y por medio de una amiga en común conoce al Dr. Bob, otro alcohólico que aun que no había logrado mantenerse sobrio tenía el deseo de dejar la bebida.

Bill W y el Dr. Bob se consideran los cofundadores de Alcohólicos Anónimos, después de su primera reunión ambos se dieron cuenta que el compartir sus experiencias con otros alcohólicos, así como el deseo de dejar la bebida, los ayudaba a mantenerse sobrios, a su vez Bill W recalca que el alcoholismo era una enfermedad de la mente, de las emociones y del cuerpo, conclusiones que comunico al Dr. Bob y a partir de ese momento comenzaron a trabajar con los grupos de alcohólicos que llegaban al pabellón del Hospital Municipal de Akron.

Para el año de 1939 la agrupación aún sin nombre ya contaba con más de 100 miembros distribuidos en diferentes grupos, y con la publicación de su primer libro titulado Alcohólicos Anónimos la comunidad tomó su nombre, y con la ayuda de amigos no alcohólicos, A.A. empezó a llamar la atención con su programa, extendiéndose rápidamente, tanto en Estados Unidos como en el extranjero, el 30 de octubre de 1951 la organización gano el premio LASKER, los cuales han sido otorgados desde 1946 a

individuos y grupos que han realizado importantes contribuciones en el campo de la salud pública.

### **2.2.27. Personas que atienden**

Con respecto a las personas que atienden, los grupos de AA lo hacen a mujeres, hombres, jóvenes, y convictos de cualquier religión o grupo étnico, personas enfermas de sus emociones y conductas compulsivas que tengan el deseo de dejar el consumo de cualquiera que sea su droga de abuso.

### **2.2.28. Organización de los grupos A.A.**

Referente a su organización, dicha estructura se divide por servicios los cuales tienen la finalidad de que el grupo siga estando abierto y funcione de la mejor manera, como por ejemplo: servicio de tesorero, el cual tiene la función de administrar las contribuciones monetarias y pagar los servicios básicos como el agua, la luz o la renta del espacio para realizar las reuniones, también están los servicios de limpieza para mantener el lugar lo más higiénico posible y el servicio de cafetero, el cual se encarga de la preparación de las bebidas que se ingieren durante las juntas como el café o el té, a su vez se sugiere que en todos los grupos exista un representante general de servicios (RSG), el cual tiene la función de asistir a juntas distritales con los RSG de otros grupos para hablar de las problemáticas que surgen referentes y como resolverlas, todos estos servicios son voluntarios y ningún se considera más importante que otro.

### **2.2.29. Modo de trabajo (forma de intervención).**

Con respecto a la forma de trabajo los grupos AA se dividen principalmente en dos tipos de juntas: las cerradas y las abiertas, las primeras se realizan cuando llega por primera vez una o varias personas a la agrupación con el fin de obtener información acerca del

programa, en lo referente a como es su forma de trabajo o simplemente llegan pidiendo ayuda, ya sea porque quieren dejar de consumir algún tipo de sustancia o conocen a alguien que quiere dejar de hacerlo.

En cuanto a las juntas cerradas, estas se centran en el seguimiento de los 12 pasos;

- 1) admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables,
- 2) llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio,
- 3) decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de dios, como nosotros lo concebimos,
- 4) sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos
- 5) admitimos ante dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos,
- 6) estuvimos enteramente dispuestos a dejar que dios nos liberase de nuestros defectos,
- 7) humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos,
- 8) hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos
- 9) reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros
- 10) continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente,
- 11) buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla,
- 12) habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos, se lee uno de estos pasos y después un integrante aborda una tribuna y comparte su experiencia relacionada con su consumo y con el tema.

A pesar de que no existen estudios que comprueben directamente si los grupos de A.A cumplen su objetivo, que como se revisó anteriormente consiste en que sus integrantes se mantengan sobrios, los grupos de A.A han conseguido tener una amplia aceptación tanto en la clínica como en la salud pública, actualmente existen programas de cooperación con instituciones públicas como, por ejemplo; IMMS, CONADIC, ISSTE.

Con base en las investigaciones presentadas, en la sección de antecedentes (Villa, Sirvet y Blanco, 2011; Secretaría Nacional de Salud Pública de México, 2010; Villegas, 2014; Vásquez, 2016; Diaz, 1998; Larios, 1996; Guisado et, al 2014; Guzmán et, al 2015), se concluye que las personas que se encuentran en abstinencia y que acuden a un grupo de A.A presentan una menor sintomatología depresiva que las personas que se encuentran en consumo y que no acuden a dichas agrupaciones, se infiere que los motivos principales por los que sucede esta diferencia es porque este tipo de grupos desempeñan una red de apoyo importante.

De la misma manera, se concluye que el capítulo 2, llevando a cabo sus objetivos de manera satisfactoria, describiendo y analizando el marco contextual y el marco teórico de la investigación, dando de esta manera las bases y el inicio del siguiente.

## Capítulo 3

### Estrategias Metodológicas

Este capítulo tiene la finalidad de definir y dar a conocer al lector las características metodológicas de la investigación, por ejemplo y en ese orden; Paradigma, Alcance, Diseño, Universo de estudio, población de estudio, muestra de estudio, paso que comprendido la investigación, Procedimientos para la recolección de datos, Mecanismos para el procesamiento de datos y por último la conclusión del capítulo 3.

#### **3.1. Paradigma, Alcance y Diseño de la Intervención.**

Esta intervención posee un paradigma cuantitativo, en este sentido según Hernández, Fernández & Baptista (2014), hacen referencia que este paradigma utiliza la recolección de datos basados en la medición y análisis estadísticos para probar hipótesis y establecer relaciones de comportamiento y probar teorías, los pasos para la realización de estos estudios son de carácter secuencial con el fin de ser replicados, esto permite que se disminuya el grado de error atribuido a variables externas e internas, para esto, se plantea un problema de estudio delimitado y dependiendo de las características de la muestra se puede generalizar los resultados a la población.

Este paradigma busca la objetividad, es decir, que el investigador presente con base a mediciones las propiedades del objeto de estudio, la meta principal es la construcción y demostración de teorías mediante resultados que poseen estándares de validez y confiabilidad, para ello hace uso del método deductivo, pasando de lo general a lo particular y según el nivel de análisis puede llegar a generar explicaciones causales, parte de la idea

de que el mundo social es intrínsecamente cognoscible y las personas pueden estar de acuerdo con la naturaleza de la realidad social, Hernández et al. (2014).

Con base a lo anterior, se justifica que el paradigma en esta investigación es cuantitativo, debido a que la información que se pretende recolectar servirá para comprobar o rechazar las hipótesis planteadas a partir de un análisis numérico y estadístico de los resultados, de la misma forma servirá para la construcción y demostración de teorías.

De acuerdo con Hernández et al. (2014), el alcance de esta investigación es exploratorio y descriptivo, a continuación se presentarán las características de cada uno, exploratorio: el tema elegido ha sido poco estudiado o las investigaciones relacionadas son ambiguas, difusas o vagas, uno de los objetivos principales de este tipo de alcance es obtener información para facilitar la elaboración de una investigación más completa respecto a un contexto en particular y establecer prioridades para investigaciones futuras, también es utilizado para estudiar un tema desde nuevas perspectivas, sugerir afirmaciones y postulados, como por ejemplo explicaciones y modelos explicativos, a comparación de otros alcances los resultados son más amplios y dispersos.

En este sentido, el alcance descriptivo según Hernández et al. (2014), describe fenómenos, situaciones, contexto y sucesos con el fin de detallar como son y cómo se manifiestan, el alcance descriptivo especifica las propiedades las características y los perfiles del fenómeno que se someten a un análisis, uno de sus principales objetivos es la medición de las variables sin embargo no consiste en indicar como es que estas se relacionan, es decir este alcance consiste en mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación, involucra que el

investigador sea capaz de definir o visualizar que se medirá y sobre que o quienes, como por ejemplo los censos.

Con base a estas características el investigador define que la investigación posee un alcance exploratorio debido a que el tema de la depresión en los grupos de A.A comparado con la depresión en las personas consumidoras de alguna sustancia psicoactiva ha sido poco estudiada en la población Matehualense y uno de sus principales objetivos es obtener información que posibilite llevar a cabo una investigación más completa, al mismo tiempo posee un alcance descriptivo ya que se utilizara una prueba psicométrica para la medición de variables, sin embargo no busca establecer una relación entre ellas.

El diseño de esta investigación es no experimental, el cual consiste de acuerdo con Hernández et al. (2014), en estudios que se realizan sin la manipulación intencionada de variables y la relación entre ellas se observa y se da solo en su ambiente natural, resulta de mucha utilidad para estudiar variables que no pueden ser manipuladas por diversos dilemas éticos como, por ejemplo; la violencia familiar o el acoso sexual.

Debido al tipo de recolección de datos en la investigación, es de diseño transversal, el cual de acuerdo con Hernández et al. (2014), son aquellas investigaciones que recolectan información en un único momento y uno de sus objetivos es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento específico y al mismo tiempo analizar el nivel de una o varias variables.

La intervención estará constituida por 2 diseños, uno de ellos, el diseño exploratorio, el cual consiste de acuerdo con Hernández et al. (2014), En conocer una variable o un conjunto de datos de variables como por ejemplo, una comunidad un contexto

o una situación, se trata de una exploración inicial en un momento específico del tiempo, por lo general se aplica a problemas de investigación nuevos o poco conocidos y tiene la finalidad de constituir preámbulos para otros diseños como por ejemplo; no experimentales y experimentales.

El segundo diseño de esta investigación es descriptivo, el cual según Hernández et al. (2014), consiste en indagar la incidencia de las modalidades, categorías, o niveles de una o más variables de una población o fenómeno, además proporciona una descripción de las variables que son objeto de análisis al mismo tiempo que formulan hipótesis descriptivas con el pronóstico de una cifra o valores determinados, no hay una idea de manipulación ni de vinculación de variables y el objetivo principal de este diseño es solo la descripción de variables, sin embargo, la información obtenida en ese lapso de tiempo puede cambiar y no es estática o confiable.

Tomando en cuenta las anteriores características el investigador llegó a la conclusión de que la investigación consta del tipo de diseño no experimental, ya que no se manipulara intencionadamente las variables de la investigación y el fenómeno es abordado en su ambiente natural, de tipo transversal por que el estudio del fenómeno se hace en un único momento en el tiempo, 1 de sus diseños es el exploratorio, porque el fenómeno a estudiar ha sido poco estudiado en la comunidad de Matehuala S.LP México, y es descriptivo porque solo se describirán la medición variables, mas no se establecerá relación entre ellas.

### **3.2. Universo del Estudio.**

De acuerdo con Lepkowski (2008) citado Hernández et al. (2014, p.174), se entiende como población o universo, al conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones en relación a las variables que se pretenden estudiar en la investigación.

### **3.3. Población del Estudio.**

Con base en lo anterior, esta investigación contempla estudiar 2 tipos de poblaciones, una de ellas estará conformada por sujetos que acuden a un grupo de A.A en la ciudad de Matehuala S.L.P México, donde el número de sujetos que acuden es fluctuante y oscila entre 5 y 10 sujetos mientras que el rango de edad oscila entre 26 y 61 años, por otro lado la segunda población estará conformada por sujetos que actualmente se encuentren consumiendo alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal con el único requisito de que sea mayor de edad (18 años), y que se encuentre habitando la zona limítrofe de la ciudad de Matehuala.

### **3.4. Muestra del Estudio.**

De acuerdo con Hernández et al. (2014), la muestra seleccionada para la investigación concuerda con las características de una muestra tipo no probabilística no representativa, la cual no representa a nivel numérico a la población total y además no se utilizaron métodos aleatorios al momento de seleccionar a los sujetos.

### **3.4.1. Características de la muestra.**

La primera muestra será conformada por personas que actualmente acuden a un grupo de A.A llamado sendero de la victoria en el Municipio de Matehuala S.L.P, y la segunda será conformada por sujetos ya conocidos por el investigador, que consumen algún tipo de sustancia psicoactiva habitando en la zona limítrofe de este Municipio, partiendo de la información anterior, las características para cada muestra consisten en las siguientes; el número de sujetos en ambas muestras será de 6, los rangos de edad en la primera muestra oscilaron entre 26 y 61 años de edad, mientras que para la segunda muestra oscilan entre 21 y 51 años de edad.

### **3.4.2. Criterios de inclusión.**

Referente a los criterios de inclusión para los sujetos, en cuanto a la primera muestra serán;

- 1) Que pertenezca al grupo de A.A Sendero de la Victoria en el Municipio de Matehuala S.L.P,
- 2) Que no consuma Alcohol o sustancias psicoactivas ilegales,
- 3) Que tenga por lo menos 2 años en la agrupación de A.A y en abstinencia,
- 4) Que sea mayor de 18 años,

Referido a los criterios de inclusión de los sujetos para la segunda muestra serán;

- 1) Que actualmente se encuentre consumiendo alcohol o sustancias psicoactivas ilegales,
- 2) que sea mayor de 18 años,
- 3) que pertenezca al Municipio de Matehuala S.L.P

### **3.5. Pasos que Comprendió la Intervención.**

Esta sección tiene como finalidad describir el procedimiento que se planea efectuar para la realización de la investigación.

Se realizará una entrevista informal, con el encargado de servicios generales del grupo de A.A Sendero de la Victoria para presentar la intención de realizar la investigación con los miembros de la agrupación, se le mencionaran las características como por ejemplo; la duración, beneficios y confidencialidad de la información y en caso de que no acepte se buscara otro grupo de A.A, al mismo tiempo se realizará una entrevista informal con cada sujeto ya conocido por el investigador que actualmente se encuentre consumiendo algún tipo de sustancia psicoactiva y de la misma manera se le informara acerca de los beneficios duración y confiabilidad.

En caso de que autorice su realización, se concretará una reunión de carácter formal y por separado con los integrantes de A.A y los sujetos que actualmente consumen algún tipo de sustancia psicoactiva, que tendrá por objetivo establecer el calendario para realizar la aplicación de los instrumentos.

Después de haber acordado el horario y el lugar, posteriormente se acudirá en las fechas y horas señaladas con el fin de realizar la aplicación de los instrumentos, (por separado) previo a la aplicación se les informara brevemente en que consiste el estudio en el que participaran.

Se llevará a cabo la aplicación de los instrumentos y al mismo tiempo se les sugerirá a los participantes poner atención y en caso de presentar alguna duda referente al

instrumento, preguntar, aclarando de nuevo que los datos recolectados serán completamente anónimos.

Después de haber aplicado el instrumento se foliarán las pruebas para luego realizar el procedimiento de calificación e interpretación, de acuerdo con el manual del instrumento (BDI II)

Posterior a ello, se conformará una base de datos del instrumento en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales versión 22 (SPSS 22, por sus siglas en inglés), con el fin de procesar, analizar e interpretar la información obtenida

### **3.6. Procedimientos para la Recolección de Datos**

El único instrumento utilizado para la recolección de datos fue el Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión (BDI II), a su vez el investigador se apoyó en entrevistas informales para conformar información necesaria para el marco contextual.

### **3.7. Mecanismos para el Procesamiento de Datos**

El programa informático contemplado para el procesamiento de datos es el programa SPSS 22, ya que de acuerdo con Camacho (2009), con este programa se pueden obtener estadísticos de diferentes tipos, sin embargo, para esta investigación solo se utilizaron estadísticos descriptivos (Conteo de frecuencias). Por otro lado, los datos introducidos en el programa fueron específicamente del Instrumento BDI II y el cuestionario hecho por el investigador.

### **3.8. Mecanismos para la Interpretación de Datos**

Esta sección tiene la finalidad de detallar los mecanismos utilizados por el investigador, para la interpretación de resultados producto de la aplicación del BDI II y el cuestionario.

Como ya se mencionó anteriormente, los mecanismos para la interpretación de datos fueron, por una parte, estadísticos descriptivos, conteo de frecuencias, la utilización de grafica de barras y grafica de pasteles, estos mecanismos de análisis fueron utilizados por el investigador debido a que se consideró que eran la forma más práctica de llevar acabo el análisis.

El investigador considera, que la metodología así como las herramientas para la recolección e interpretación de datos, fungen de manera positiva su objetivo.

## Capítulo 4

### Resultados de la Intervención

En esta sección, se presenta el análisis de los datos en extenso, con el fin de utilizar los resultados de cara a la toma de decisiones y de dar sentido a la realidad. En esta sección se debe mostrar en texto y en apoyos visuales (gráficas, tablas u otra modalidad) todos los resultados obtenidos en la investigación después de haber realizado el proceso, para efectos de este punto se consideran variantes según el paradigma (por áreas, etapas, competencias específicas, entre otros).

#### 4.1. Análisis de los Pasos Llevados a Cabo en la Intervención

En cuanto a los pasos metodológicos para la intervención, mencionados en el capítulo 3, todos se llevaron a cabo con el éxito necesario para garantizar la confiabilidad de la investigación.

#### 4.2. Resultados Obtenidos

En la siguiente sección del capítulo, se facilitará al lector algunos de los resultados obtenidos en la investigación con su respectiva descripción y grafica comparativa entre las personas que actualmente consumían y personas miembros de la agrupación A.A.

#### 4.3. Características de los sujetos que participaron en el estudio

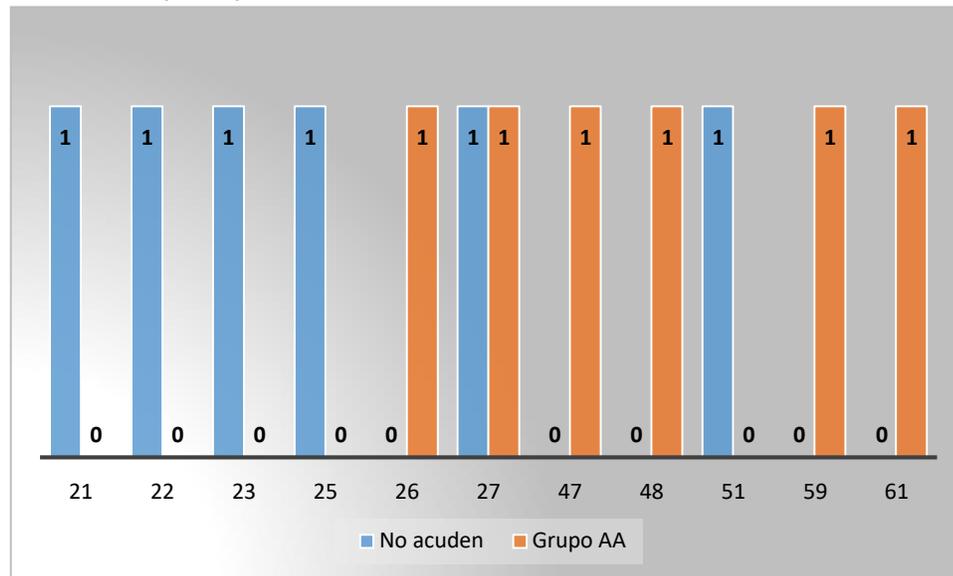
La cantidad de sujetos a los que se le aplicó los instrumentos, estuvo conformada por 12 varones divididos en 2 grupos, 1 grupo de sujetos está en abstinencia de alcohol y pertenecen a una agrupación de A.A, los otros seis no acuden a alguna agrupación de A.A, además de encontrarse consumiendo alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal, el rango

de edad del total de participantes osciló entre los 21 y 61 años, sin embargo, el rango para el grupo de sujetos que actualmente consume alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal fue de los 21 a 51 años, y el rango de edad para el grupo de personas que asistían al grupo de A.A fue de los 26 a 61 años (véase tabla 1 y gráfica 1).

**Tabla 1**  
*Edad de los participantes*

	<u>No acuden</u>		<u>Grupo AA</u>	
	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
21	1	16.7	0	0
22	1	16.7	0	0
23	1	16.7	0	0
25	1	16.7	0	0
26	0	0	1	16.7
27	1	16.7	1	16.7
47	0	0	1	16.7
48	0	0	1	16.7
51	1	16.7	0	0
59	0	0	1	16.7
61	0	0	1	16.7
<u>Total</u>	<u>6</u>	<u>100.0</u>	<u>6</u>	<u>100</u>

**Gráfica 1**  
*Edad de los participantes*

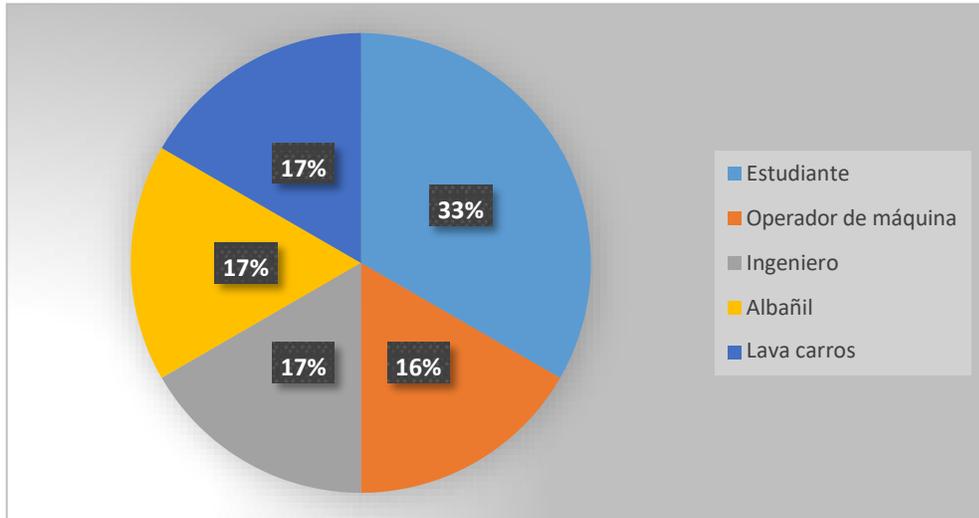


Con referencia a la ocupación de los sujetos de intervención, se encontró que había distintas ocupaciones para ambos grupos, para el grupo de sujetos que acudía a las reuniones del A.A, la ocupación que tuvo mayor frecuencia fue mecánico (dos frecuencias), mientras que para el grupo de personas que no asiste al grupo de A.A fue la ocupación de estudiante (dos frecuencias), (véase tabla 2 y gráfica 2).

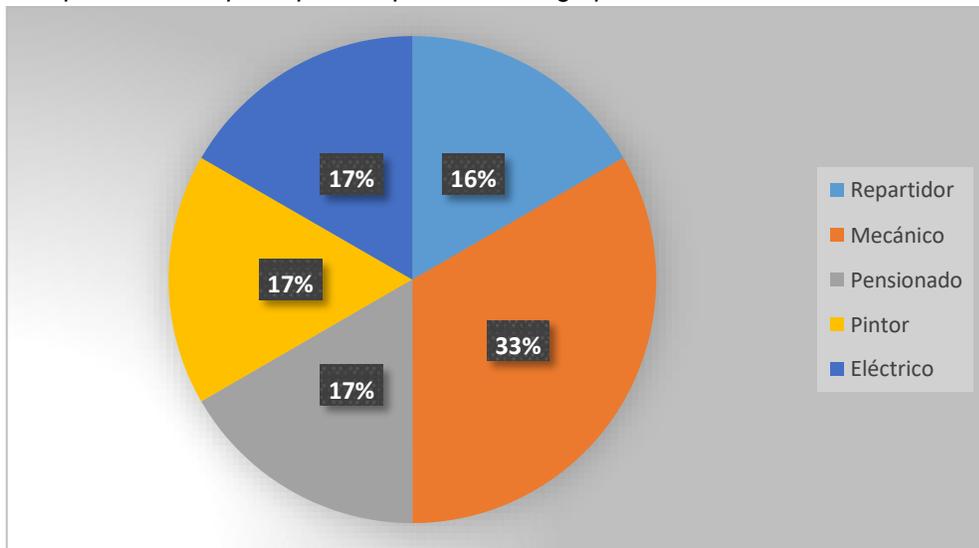
**Tabla 2**  
*Ocupación de los participantes*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Repartidor	0	0	1	16.7
Mecánico	0	0	2	33.3
Pensionado	0	0	1	16.7
Pintor	0	0	1	16.7
Eléctrico	0	0	1	16.7
Estudiante	2	33.3	0	0
Operador de máquina	1	16.7	0	0
Ingeniero	1	16.7	0	0
Albañil	1	16.7	0	0
Lava carros	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 2**  
*Ocupación de los participantes que no acuden al grupo AA*



**Gráfica 2.1**  
*Ocupación de los participantes que acuden al grupo AA*

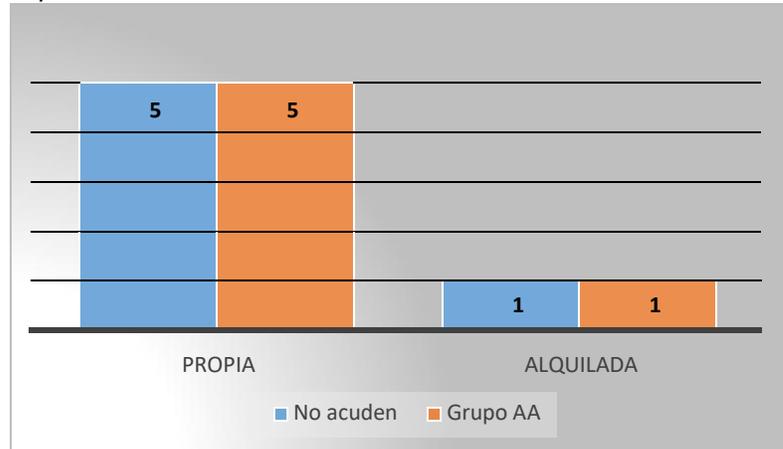


Con relación con el tipo de casa donde viven los sujetos estudiados, cinco de los que pertenecían al grupo que no acude a las reuniones del A.A viven en casa propia y solo 1 alquila, siendo estos resultados iguales para el grupo de personas que acuden a un grupo de A.A (véase tabla 3 y gráfica 3).

**Tabla 3**  
*Tipo de casa en donde vive*

	No acuden	Grupo AA
Propia	5	5
Alquilada	1	1
Total	6	6

**Gráfica 3**  
*Tipo de casa en donde vive*

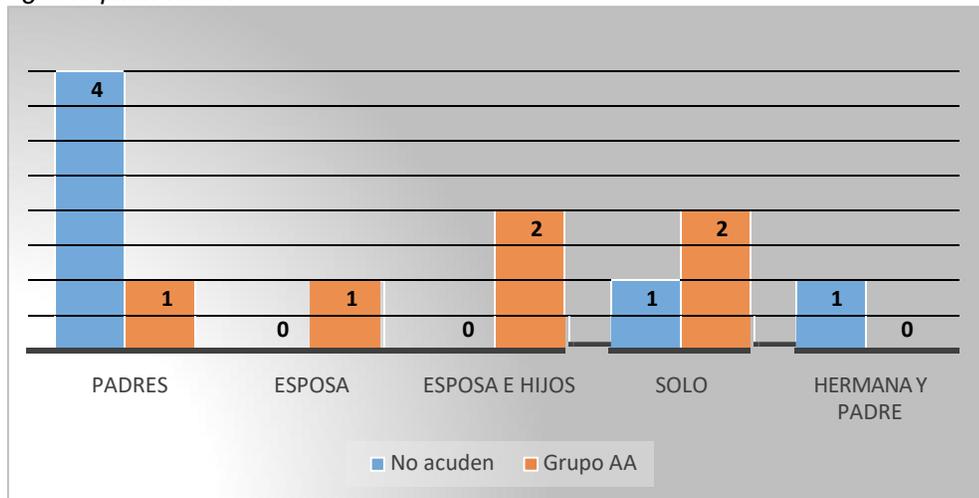


En cuanto a las personas con las que viven, cuatro de los seis sujetos que no acuden a un grupo de A.A vive con sus padres, uno vive solo y otro vive con su hermana y su padre, mientras que para el grupo de personas que acuden a un grupo de A.A, uno vive con sus padres, uno con su esposa, dos con su esposa e hijos y dos viven solos (véase tabla 4 y gráfica 4).

**Tabla 4**  
*¿Con quién vives?*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Padres	4	66.7	1	16.7
Esposa	0	0.0	1	16.7
Esposa e hijos	0	0.0	2	33.3
Solo	1	16.7	2	33.3
Hermana y padre	1	16.7	0	0.0
Total	6	100.0	6	100.0

**Gráfica 4**  
¿Con quién vives?

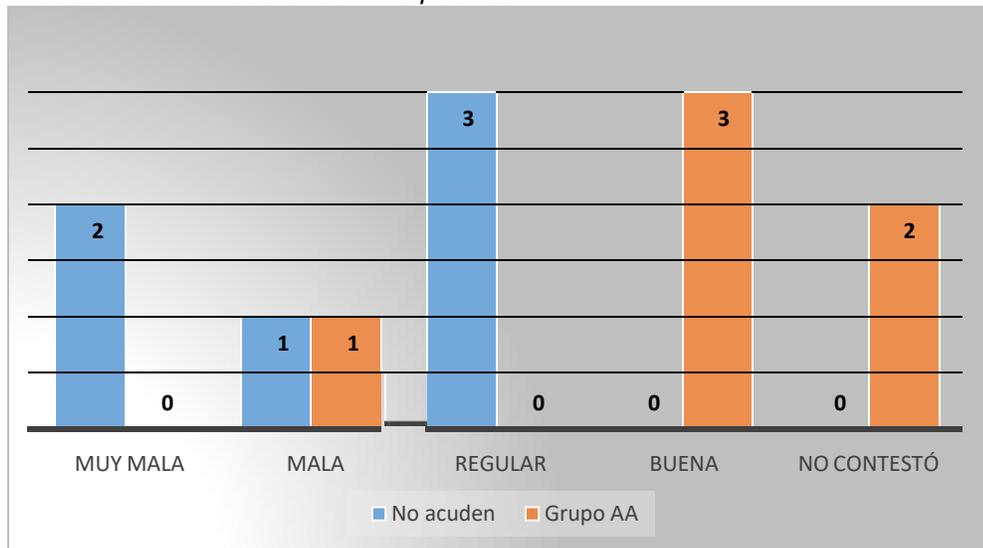


En cuanto a la percepción de la relación que los sujetos tienen con las personas con las que viven, las personas que no asisten a un grupo de A.A: dos la consideraron muy mala, uno la consideró mala y tres la consideran regular, en cuanto a las personas que si asisten a un grupo de A.A, solo uno considera que la relación con las personas que vive es mala, tres la consideran regular y dos no contestaron (véase tabla 5 y gráfica 5).

**Tabla 5**  
¿Cómo consideras la relación con quien vives?

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	2	33.3	0	0
Mala	1	16.7	1	16.7
Regular	3	50	0	0
Buena	0	0	3	50
No contestó	0	0	2	33.3
Total	6	100	6	100

**Gráfica 5**  
*Cómo consideras la relación con quien vives*



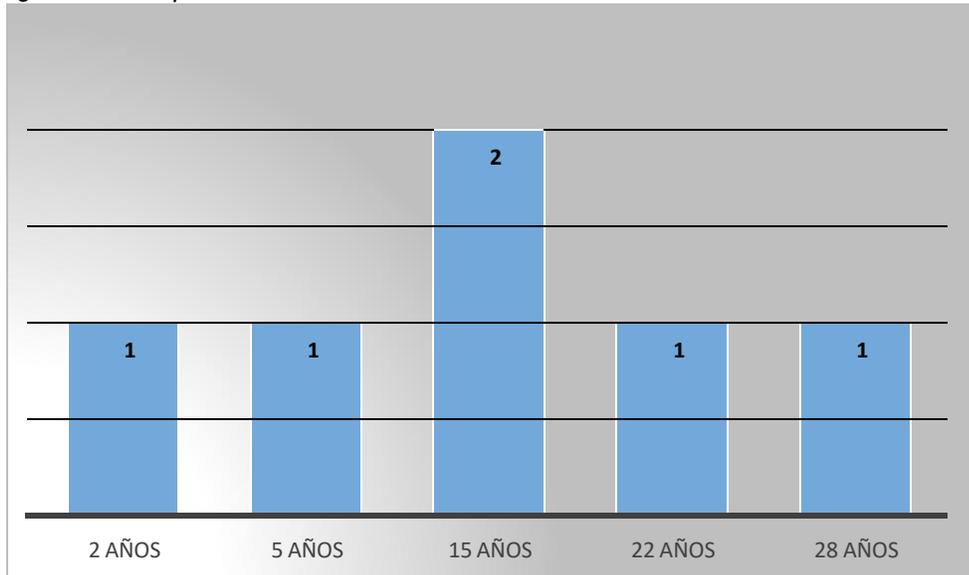
Con relación al tiempo que los sujetos llevan en rehabilitación (asistiendo a las reuniones de A.A y manteniéndose en abstinencia), se encontró del total de sujetos que acudía, uno llevaba dos años, uno tenía cinco años, dos llevaban 15, uno 22 y otro 28 (véase tabla 6 y gráfica 6).

**Tabla 6**  
*¿Cuánto tiempo llevas en rehabilitación?*

	Frecuencia	Porcentaje
2 años	1	16.7
5 años	1	16.7
15 años	2	33.3
22 años	1	16.7
28 años	1	16.7
Total	6	100

**Gráfica 6**

*¿Cuánto tiempo llevas en rehabilitación?*



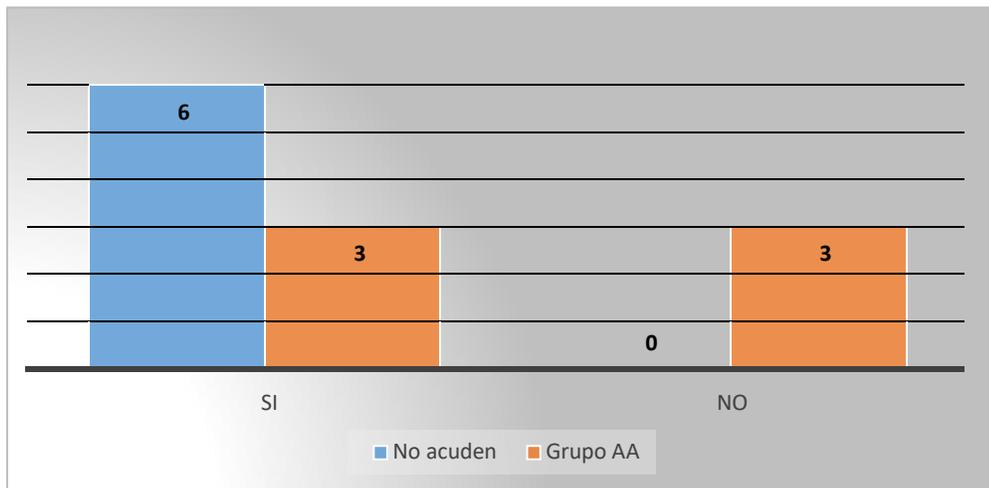
Con relación al número de los sujetos que consumen algún tipo de sustancia psicoactiva, el 100% de sujetos que no acuden a un grupo de A.A afirmaron que actualmente consumían alcohol o algún tipo de sustancia psicoactiva ilegal, mientras que el grupo de personas que acuden a un grupo de A.A, el 50% contestó que no consumían algún tipo de sustancia psicoactiva, mientras que el otro 50% contestó que sí (tabaco), cabe señalar que el reactivo que permitió obtener esta información sustituyó el término “sustancias psicoactivas” por “drogas”, con el fin de dar un mayor entendimiento de los participantes (véase tabla 7 y gráfica 7).

**Tabla 7**

*Actualmente consumes drogas*

	<u>No acuden</u>		<u>Grupo AA</u>	
	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Si	6	100	3	50
No	0	0	3	50
Total	6	100	6	100

**Gráfica 7**  
*Actualmente consumes drogas*

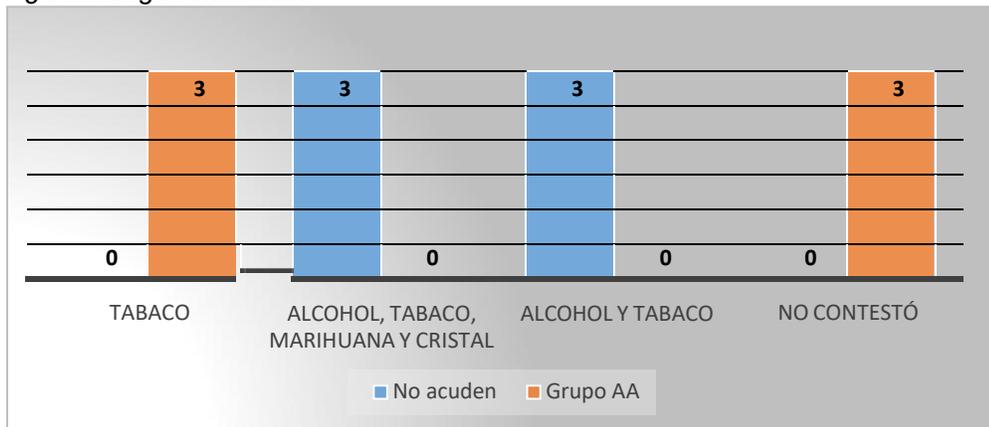


En cuanto al tipo de droga que los sujetos de ambos grupos consumían, estas fueron las siguientes: tres sujetos del grupo que no acuden a un grupo de A.A consumen alcohol, marihuana y cristal (metanfetamina), mientras que los otros tres sujetos consumían alcohol y tabaco, por otro lado tres sujetos de la muestra que si asiste al grupo de A.A consumen tabaco, mientras que los otros tres no contestaron la pregunta, (esto debido a que en la anterior pregunta contestaron que no consumen ningún tipo de sustancia psicoactiva “droga”), (véase tabla 8 y gráfica 8).

**Tabla 8**  
*¿Cuál droga consumes?*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	0	0	3	50
Alcohol, tabaco, marihuana y cristal	3	50	0	0
Alcohol y tabaco	3	50	0	0
No contestó	0	0	3	50
Total	6	100.0	6	100

**Gráfica 8**  
¿Cuál droga consumes?



A continuación, se dará paso a describir y analizar los resultados obtenidos en la prueba (BDI II).

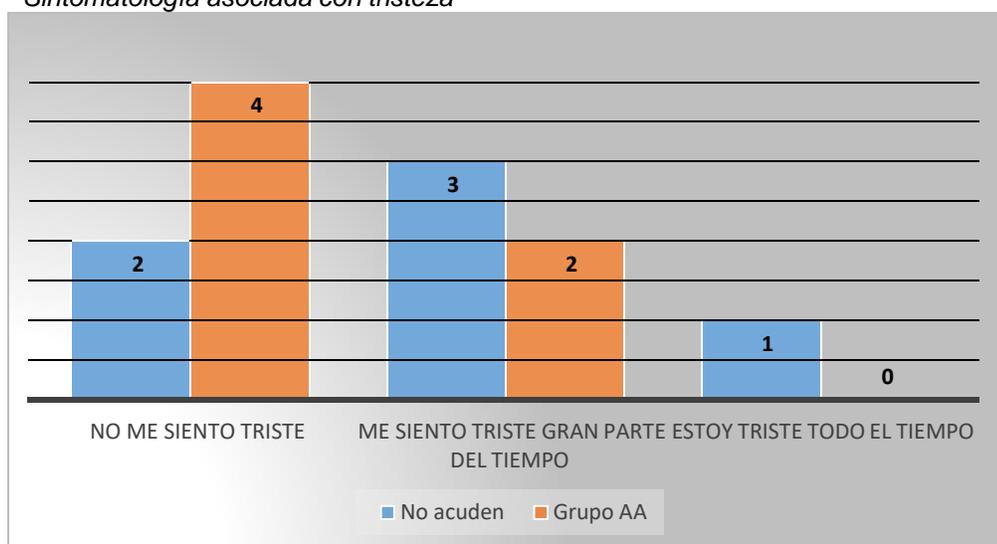
#### **4.3.1. Sintomatología asociada a tristeza.**

El primer reactivo del BDI -II, se orientaba a conocer la sintomatología asociada con la tristeza, partiendo de esto, se encontró que para los sujetos que no acudían a las reuniones de A.A, el 33% (2) contestaron con la opción “no me siento triste”, el 50% (3) seleccionaron la opción “me siento triste gran parte del tiempo” y el 16.7% (1) contesto con la opción “estoy triste todo el tiempo”, con referencia a los sujetos que acuden al grupo A.A, el 66% (4) de sujetos que si acuden a este grupo seleccionaron la opción “no me siento triste” y el 33.3% (2) seleccionaron la opción “me siento triste la mayor parte del tiempo” (véase tabla 9 y gráfica 9).

**Tabla 9**  
*Sintomatología asociada con tristeza*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No me siento triste	2	33.3	4	66.7
Me siento triste gran parte del tiempo	3	50	2	33.3
Estoy triste todo el tiempo	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 9**  
*Sintomatología asociada con tristeza*



Con base en los resultados, se concluye que el grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “tristeza” a comparación del grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A.

#### **4.3.2. Sintomatología asociada con pesimismo**

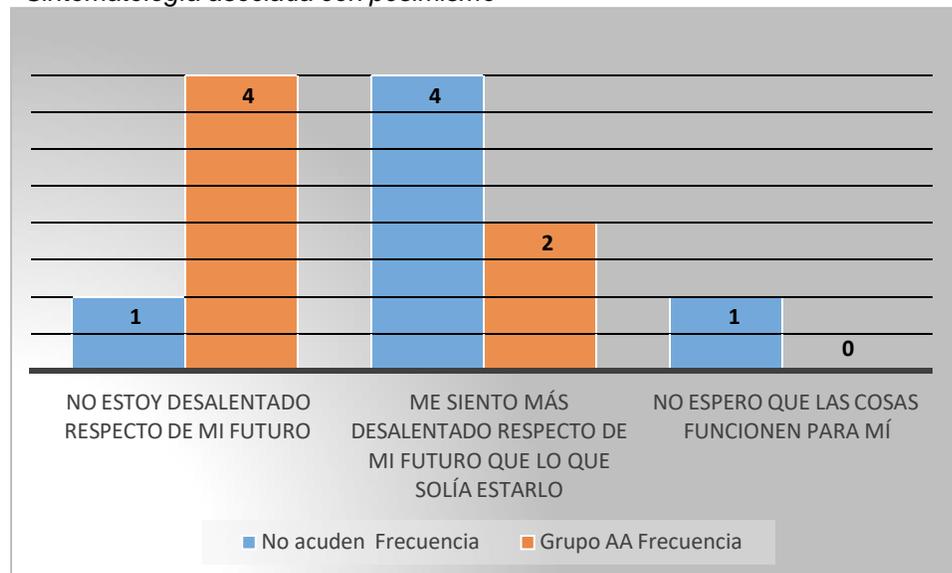
El segundo reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología asociada con el pesimismo, con respecto a los sujetos que no acuden al grupo A.A, el 16.7% (1) de las personas seleccionaron la opción “*No estoy desalentado respecto de mi futuro*”, el 66.7% (4) seleccionaron la opción “*Me siento más desalentado respecto de mi futuro que*

lo que solía estarlo” y el 16.7% (1) selecciona la opción “No espero que las cosas funcionen para mí”, por otro lado, con referencia a los sujetos que acuden al grupo A.A, el 66.7% (4) seleccionaron la opción “No estoy desalentado respecto a mi futuro” y el 33.3% (2) seleccionó la opción “Me siento desalentado respecto a mi futuro” (véase tabla 10 y gráfica 10).

**Tabla 10**  
*Sintomatología asociada con pesimismo*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No estoy desalentado respecto de mi futuro	1	16.7	4	66.7
Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo	4	66.7	2	33.3
No espero que las cosas funcionen para mí	1	16.7	0	0
Total	6	100.0	6	100

**Gráfica 10**  
*Sintomatología asociada con pesimismo*



Con base en los resultados, se concluye que el grupo de personas que no acuden a un grupo A.A presentaron mayores niveles en la sintomatología depresiva asociada con “pesimismo”.

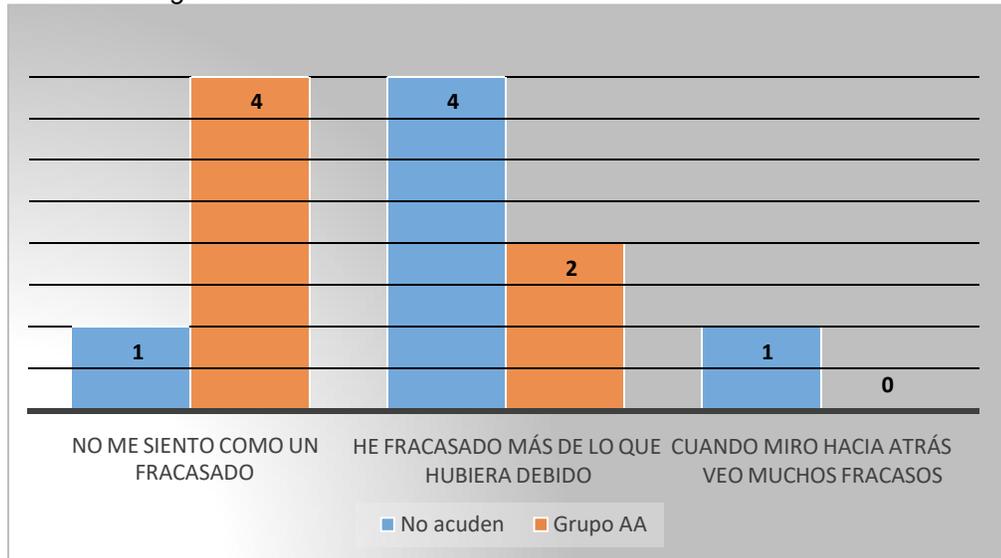
### 4.3.3. Sintomatología asociada con fracaso

El tercer reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología asociada con sentimientos de fracaso, con respecto al grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A, el 16.7% (1) seleccionaron la opción “*No me siento como un fracasado*”, 66.7% (4) seleccionaron la opción “*He fracasado más de lo que hubiera debido*” y el 16.7% (1) selecciono la opción “*Cuando miro atrás veo muchos fracasos*”, por otro lado, con referencia al grupo de sujetos que acuden al grupo de A.A, el 66.7% (4) seleccionaron la opción “*No me siento como un fracasado*” y el 33.3 % (2) selecciono la opción “*He fracasado más de lo debido*”, (véase tabla 11 y gráfica 11).

**Tabla 11**  
*Sintomatología asociada con fracaso*

	<u>No acuden</u>		<u>Grupo AA</u>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No me siento como un fracasado	1	16.7	4	66.7
He fracasado más de lo que hubiera debido	4	66.7	2	33.3
Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos	1	16.7	0	0
Total	6	100.0	6	100

**Gráfica 11**  
*Sintomatología asociada con fracaso*



Con base en los resultados, se concluye que el grupo de sujetos que no acuden a un grupo de A.A, presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “Fracaso” en comparación del grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A.

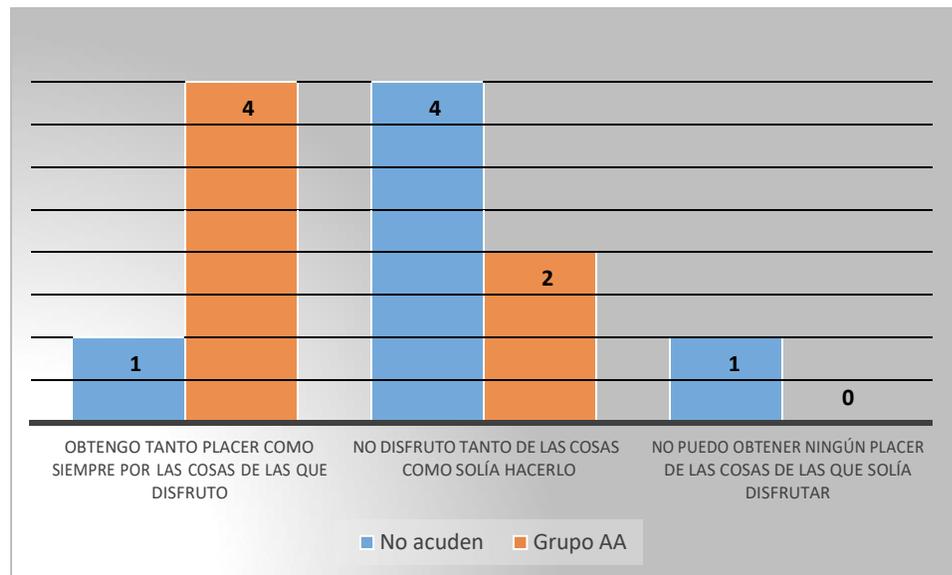
**4.3.4. Sintomatología asociada a pérdida de placer.**

El cuarto reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología asociada con la “Pérdida de placer”, con respecto al grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A, el 16.7% (1) seleccionaron la opción “*Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto*”, 66.7% (4) seleccionaron la opción “*No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo*”, y el restante 16.7% (1) selecciono la opción “*No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar*”, por otro lado, el 66.7% (4) de los sujetos que acuden a al grupo de A.A seleccionaron la opción “*Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto*” y 33.3% (2) selecciono la opción “*No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo*”, (véase tabla 12 y gráfica 12).

**Tabla 12**  
*Sintomatología asociada a pérdida de placer*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto	1	16.7	4	66.7
No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	4	66.7	2	33.3
No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 12**  
*Sintomatología asociada con fracaso.*



Con base en los resultados se concluyó que el grupo de sujetos que no acuden al grupo A.A presentaron mayores niveles en la sintomatología depresiva asociada con “*La pérdida de placer*” en comparación con el grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A

#### 4.3.4. Sintomatología asociada a sentimientos de culpa.

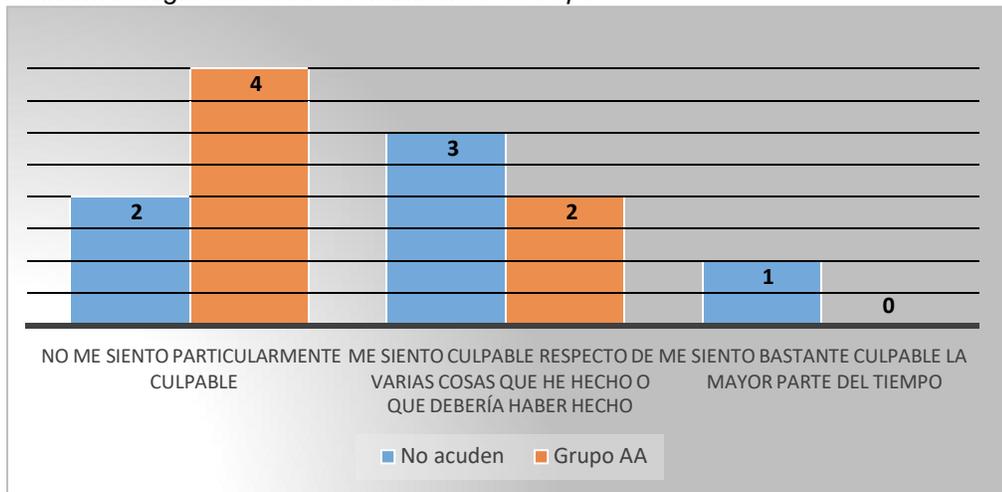
El quinto reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología asociada sentimientos de culpa, con respecto al grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A, el 33.3% (2) seleccionaron la opción “*No me siento particularmente culpable*”, el 50% (3) selecciono la opción “*Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho*”, y 16.7% (1) contesto “*Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 66.7% (4) selecciono la opción “*no me siento particularmente culpable*” y el 33.3% (2) selecciono la opción “*Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o debería haber hecho*”, (véase tabla 13 y gráfica 13).

**Tabla 13**

*Sintomatología asociada a sentimientos de culpa*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No me siento particularmente culpable	2	33.3	4	66.7
Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	3	50.0	2	33.3
Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 13**  
*Sintomatología asociada a sentimientos de culpa*



Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “Sentimientos de culpa”.

#### 4.3.5. Sintomatología asociada a sentimientos de castigo.

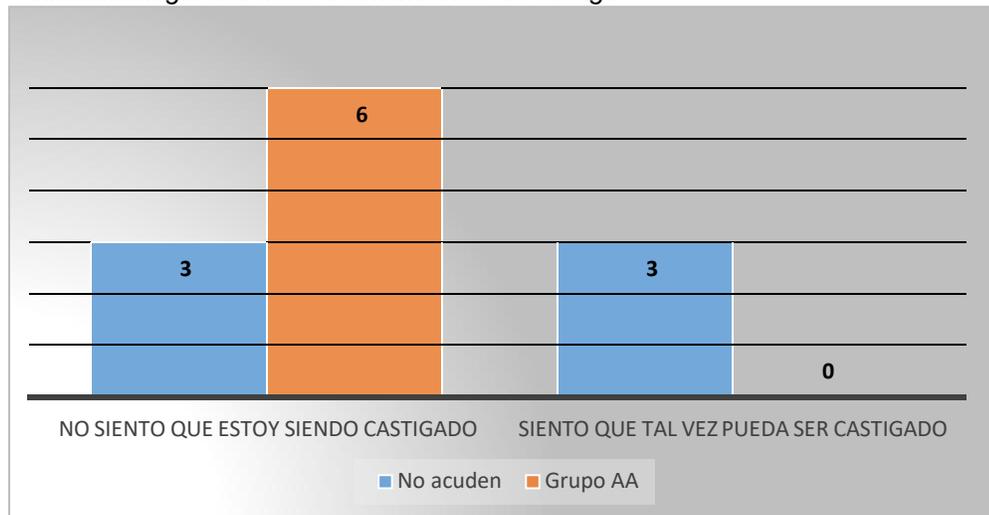
El sexto reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología asociada a sentimientos de “Castigo”, con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 50% (3) seleccionó la opción “No siento que estoy siendo castigado” y el restante 50% (3) selecciono la opción “Siento que tal vez pueda ser castigado”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 100% (6) selecciono la opción “no Siento que estoy siendo castigado”, (véase tabla 14 y gráfica 14).

**Tabla 14**  
*Sintomatología asociada a sentimientos de castigo*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No siento que estoy siendo castigado	3	50	6	100
Siento que tal vez pueda ser castigado	3	50	0	0
Total	6	100.0	6	100

**Gráfica 14**

*Sintomatología asociada a sentimientos de castigo*



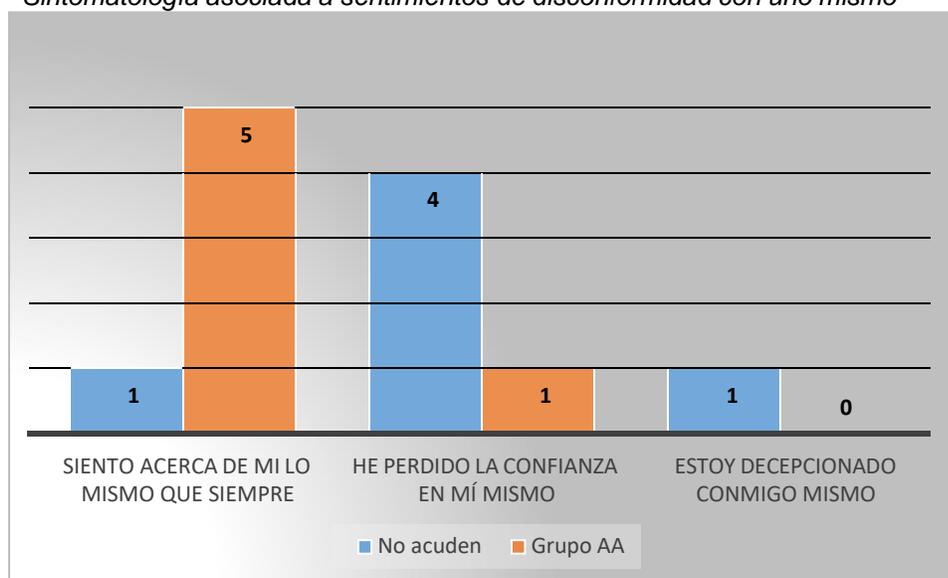
Con base en los resultados, se concluyó que las personas que no acuden al grupo de A.A presentaron una mayor sintomatología depresiva asociada con *“Sentimientos de castigo”*.

#### **4.3.6. Sintomatología asociada a sentimientos de disconformidad con uno mismo.**

El séptimo reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada a los sentimientos de disconformidad con uno mismo, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 16.7% (1) seleccionaron la opción *“Siento acerca de mi lo mismo que siempre”*, el 66.7% selecciono la opción *“He perdido la confianza en mí mismo”* y el 16.7% selecciono la opción *“Estoy decepcionado conmigo mismo”*, por otro lado, el grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 83% (5) seleccionaron la opción *“Siento acerca de mi lo mismo que siempre”* y el restante 16% (1) seleccionó la opción *“He perdido la confianza en mí mismo”*, (véase tabla 15 y gráfica 15).

**Tabla 15***Sintomatología asociada a sentimientos de disconformidad con uno mismo*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Siento acerca de mi lo mismo que siempre	1	16.7	5	83.3
He perdido la confianza en mí mismo	4	66.7	1	16.7
Estoy decepcionado conmigo mismo	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 15***Sintomatología asociada a sentimientos de disconformidad con uno mismo*

Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A presentaron un mayor nivel de sintomatología depresiva asociada a los “Sentimientos de disconformidad con uno mismo”.

#### 4.3.7. Sintomatología asociada con autocrítica.

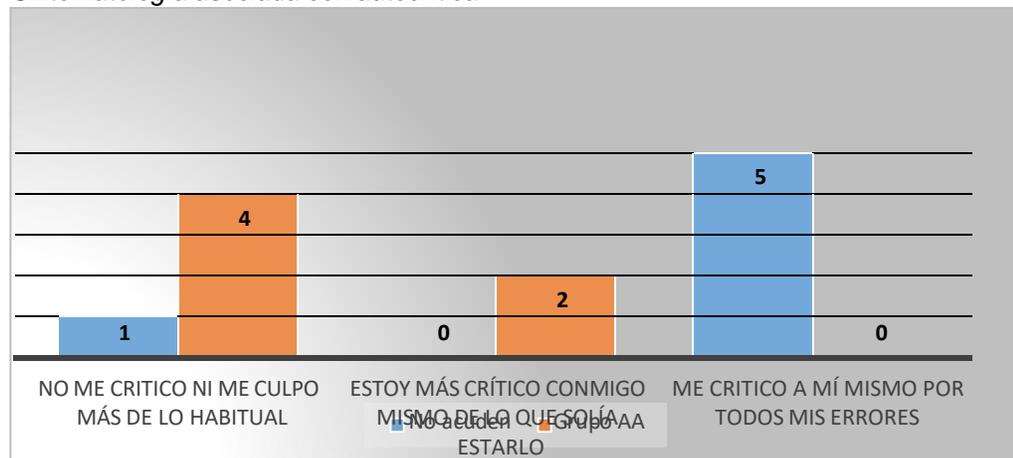
El octavo reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con la “Autocrítica”, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 16.7% (1) seleccionó la opción “No me critico ni me culpo más de lo habitual” y el 83.3% selecciono la opción “Me critico a mí mismo por todos mis errores”, por otro

lado, en cuanto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 66.7% (4) seleccionaron la opción “No me critico ni me culpo más de lo habitual” y el 33.3% selecciono la opción “Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo”, (véase tabla 16 y gráfica 16).

**Tabla 16**  
*Sintomatología asociada con autocrítica*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No me critico ni me culpo más de lo habitual	1	16.7	4	66.7
Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	0	0	2	33.3
Me critico a mí mismo por todos mis errores	5	83.3	0	0
Total	6	100	6	100

**Grafica 16**  
*Sintomatología asociada con autocrítica*



Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A presentaron un mayor nivel en la sintomatología depresiva asociada con “Autocrítica”.

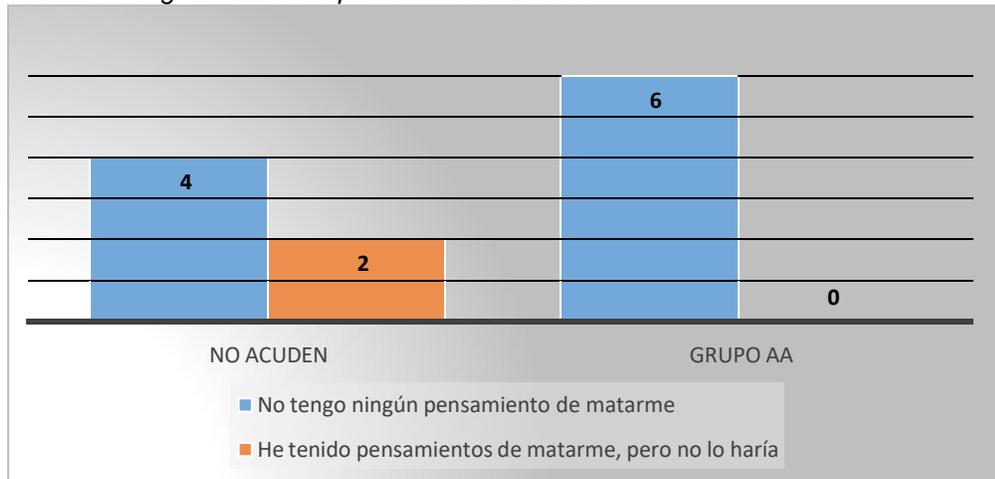
### 4.3.8. Sintomatología asociada a pensamientos suicidas.

El noveno reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada a “Pensamientos suicidas”, con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 66.7% (4) selecciono la opción “No tengo ningún pensamiento de matarme” y 33.3% (2) selecciono la opción “He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acuden al grupo de A.A, el 100% (6) selecciono la opción “No tengo ningún pensamiento de matarme”, (véase tabla 17 y gráfica 17).

**Tabla 17**  
*Sintomatología asociada a pensamientos suicidas*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No tengo ningún pensamiento de matarme	4	66.7	6	100
He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	2	33.3	0	0
Total	6	100	6	100

**Grafica 17**  
*Sintomatología asociada a pensamientos suicidas*



Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acude a un grupo A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “*pensamientos suicidas*”.

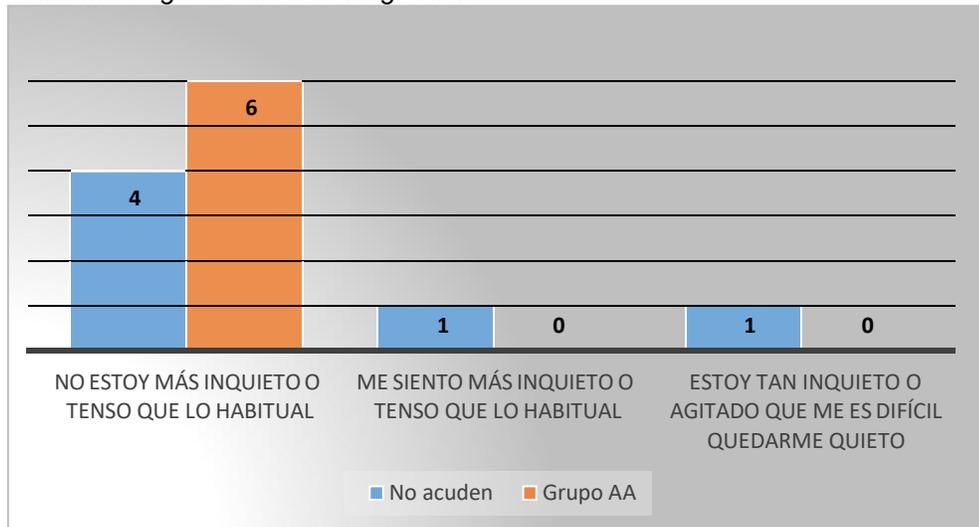
#### 4.3.9. Sintomatología asociada con agitación.

El décimo reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con “*Agitación*”, con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 66.7% (4) selecciono la opción “*No estoy más inquieto o tenso que lo habitual*”, el 16.7% (1) selecciono la opción “*Me siento más inquieto o tenso que lo habitual*” y el restante 16.7% (1) selecciono la opción “*Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 100% selecciono la opción “*No estoy más inquieto o tenso que lo habitual*”, (véase tabla 18 y gráfica 18).

**Tabla 18**  
*Sintomatología asociada con agitación*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No estoy más inquieto o tenso que lo habitual	4	66.7	6	100
Me siento más inquieto o tenso que lo habitual	1	16.7	0	0
Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 18**  
*Sintomatología asociada con agitación*



Con base en los resultados se concluyó que el grupo de sujetos que no acuden a un grupo de A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “Agitación”.

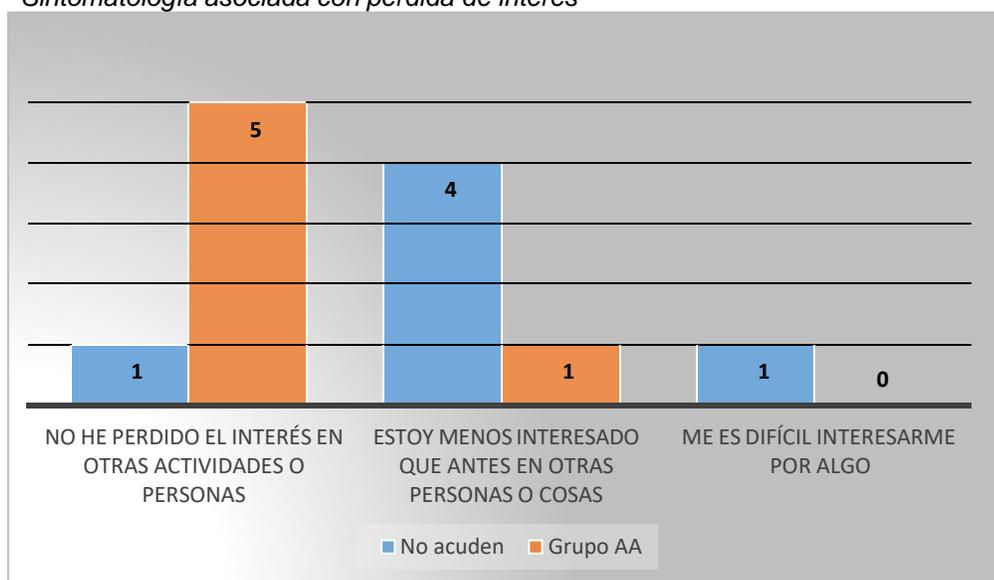
#### **4.3.10. Sintomatología asociada con la pérdida de interés.**

El décimo primer reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología asociada con la “Pérdida de interés”, con respecto al grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A, el 16.7% (1) seleccionaron la opción “*No he perdido el interés en otras actividades o personas*”, el 66.7% (4) selecciono la opción “*Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas*” y el restante 16.7 % (1) selecciono la opción “*Me es difícil interesarme por algo*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 83% (5) seleccionó la opción “*No he perdido el interés en otras actividades o personas*”, el 16.7% (1) seleccionó la opción, “*Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas*” y el restante 16.7 (1) seleccionó la opción “*Me es difícil interesarme por algo*”, (véase tabla 19 y gráfica 19).

**Tabla 19**  
*Sintomatología asociada con pérdida de interés*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No he perdido el interés en otras actividades o personas	1	16.7	5	83.3
Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	4	66.7	1	16.7
Me es difícil interesarme por algo	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Grafica 19**  
*Sintomatología asociada con pérdida de interés*



Con base en los resultados, se concluyó que las personas que no acuden al grupo A.A presentaron un mayor nivel de sintomatología depresiva asociada a la pérdida de interés.

#### **4.3.11. Sintomatología asociada con los sentimientos de indecisión.**

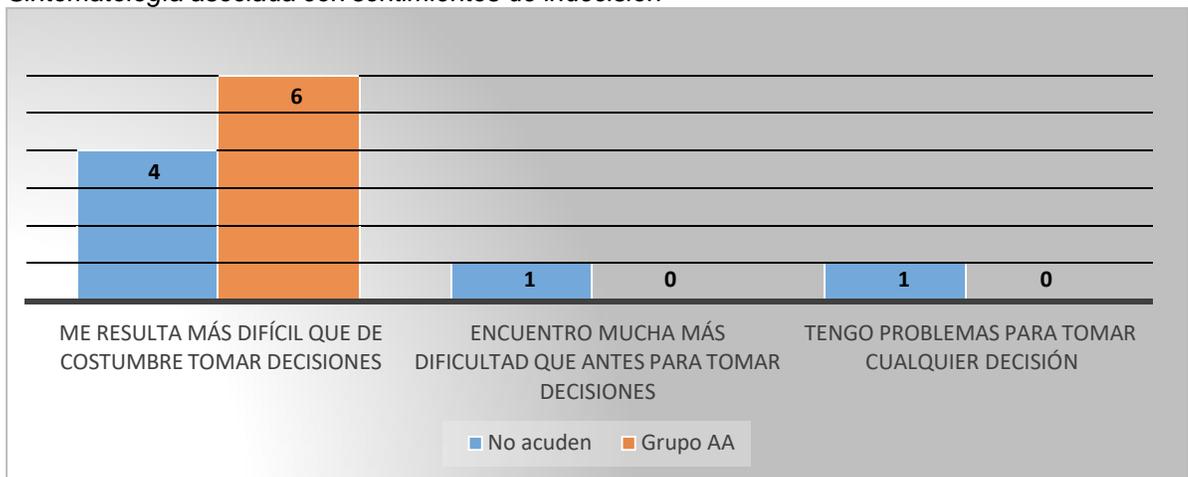
El décimo segundo reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con los “*sentimientos de indecisión*”, con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 66.7% (4) del grupo de sujetos que no acuden al grupo

A.A selecciono la opción “*me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones*”, 16.7% (1) seleccionó la opción de “*encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones*” y el restante 16.7% (1) selección la opción “*Tengo problemas para tomar cualquier decisión*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 100% (6) seleccionó la opción “*Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones*”, (véase tabla 20 y gráfica 20).

**Tabla 20**  
*Sintomatología asociada con sentimientos de indecisión*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	4	66.7	6	100
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones	1	16.7	0	0
Tengo problemas para tomar cualquier decisión	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 20**  
*Sintomatología asociada con sentimientos de indecisión*



Con base en los resultados, se concluye que el grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A presentaron menores niveles de sintomatología depresiva asociada con “*Sentimientos de indecisión*”.

### 4.3.12. Sintomatología asociada con sentimientos de desvalorización.

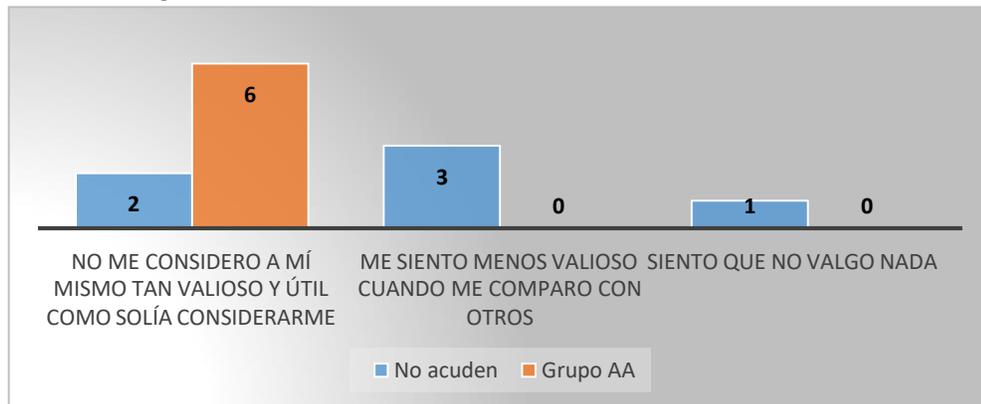
El décimo tercer reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con “*Sentimientos de desvalorización*”, con base en lo anterior, el 33.3% (2) del grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A selecciono la opción “*No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme*”, el 50% (3) selecciono la opción “*Me siento menos valioso cuando me comparo con otros*”, mientras que el 16.7% (1) selecciono la opción “*Siento que no valgo nada*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acuden al grupo de A.A, el 100% selecciono la opción “*No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme*”, (véase tabla 21 y gráfica 21).

Con base en los resultados se concluyó que el grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada a “*Desvalorización*”.

**Tabla 21**

*Sintomatología asociada con sentimientos de desvalorización*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme	2	33.3	6	100
Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	3	50	0	0
Siento que no valgo nada	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

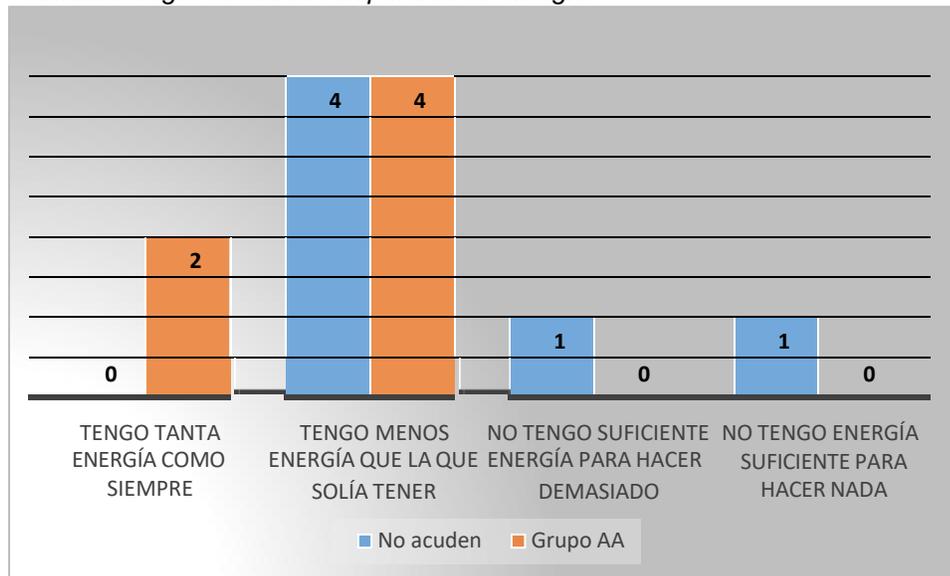
**Grafica 21***Sintomatología asociada con sentimientos de desvalorización***4.3.13. Sintomatología asociada con pérdida de energía.**

El décimo cuarto reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología asociada con “*Perdida de placer*”, con respecto al grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A, el 66.7% (4) seleccionó la opción “*Tengo menos energía que la que solía tener*”, el 16.7% (1) selecciono la opción “*No tengo suficiente energía para hacer demasiado*” mientras que el restante 16.7% (1) selecciono la opción “*No tengo energía suficiente para hacer nada*”, por otro lado, el grupo de sujetos que si acuden al grupo de A.A, el 33.3% (2) seleccionó la opción “*Tengo tanta energía como siempre*” y el 66.7% (4) selecciono la opción “*Tengo menos energía que la que solía tener*”, (véase tabla 22 y gráfica 22).

**Tabla 22***Sintomatología asociada con pérdida de energía*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tengo tanta energía como siempre	0	0	2	33.3
Tengo menos energía que la que solía tener	4	66.7	4	66.7
No tengo suficiente energía para hacer demasiado	1	16.7	0	0
No tengo energía suficiente para hacer nada	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Grafica 22**  
**Sintomatología asociada con pérdida de energía**



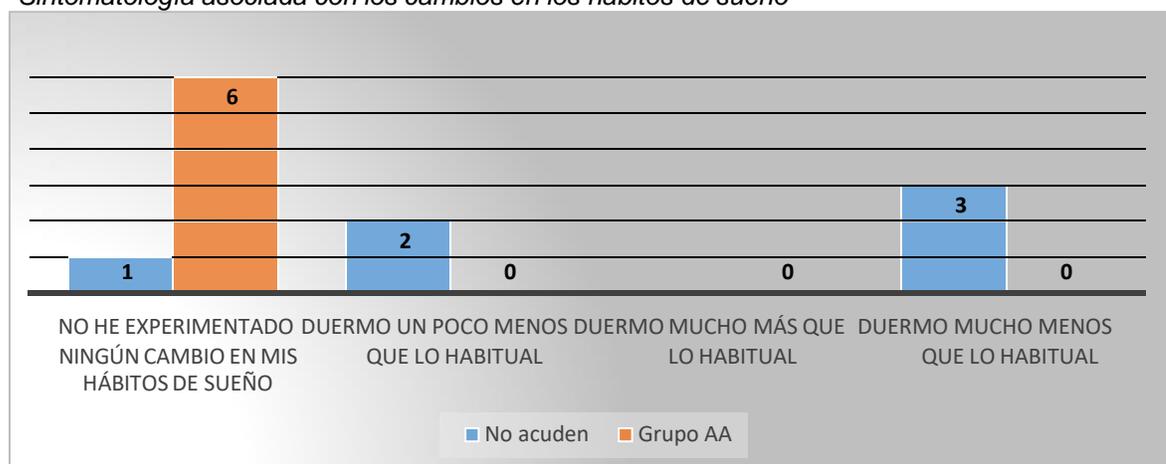
Con base a los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acude al grupo A.A presentaron un mayor nivel de sintomatología depresiva asociada con la “*pérdida de energía*”.

#### **4.3.14. Sintomatología asociada con los cambios en los hábitos de sueño.**

El décimo quinto reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada a “*Hábitos de sueños*” con respecto al grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A, el 16.7% (1) seleccionó la opción “*Duermo un poco menos que lo habitual*”, el 33.3% (2) seleccionó la opción “*Duermo más que lo habitual*” y el 50% (3) restante selecciono la opción “*Duermo mucho menos que lo habitual*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 100% (6) seleccionó la opción “*No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño*”, (véase tabla 23 y gráfica23).

**Tabla 23***Sintomatología asociada con los cambios en los hábitos de sueño*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	0	0	6	100
Duermo un poco menos que lo habitual	1	16.7	0	0
Duermo mucho más que lo habitual	2	33.3	0	0
Duermo mucho menos que lo habitual	3	50	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 23***Sintomatología asociada con los cambios en los hábitos de sueño*

Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acuden al grupo A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “*Los cambios en los hábitos de sueño*”.

#### **4.3.15. Sintomatología asociada con sentimientos de irritabilidad.**

El décimo sexto reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con sentimientos de “*Irritabilidad*”, con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 33.3%(2) del grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A selecciono la opción “*No estoy más irritable que lo habitual*” el 33.3% (2) selecciono la opción “*Estoy más irritable que lo habitual*”, el 16.7% (1) selecciono la opción “*Estoy*

*mucho más irritable que lo habitual*” y el restante 16.7% (1) selecciono la opción “*Estoy irritable todo el tiempo*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acuden al grupo de A.A, el 66.7% (4) seleccionó la opción de “*No estoy más irritable que lo habitual*” y el restante 33.3% (2) selecciono la opción “*Estoy más irritable que lo habitual*”, (véase tabla 24 y gráfica 24).

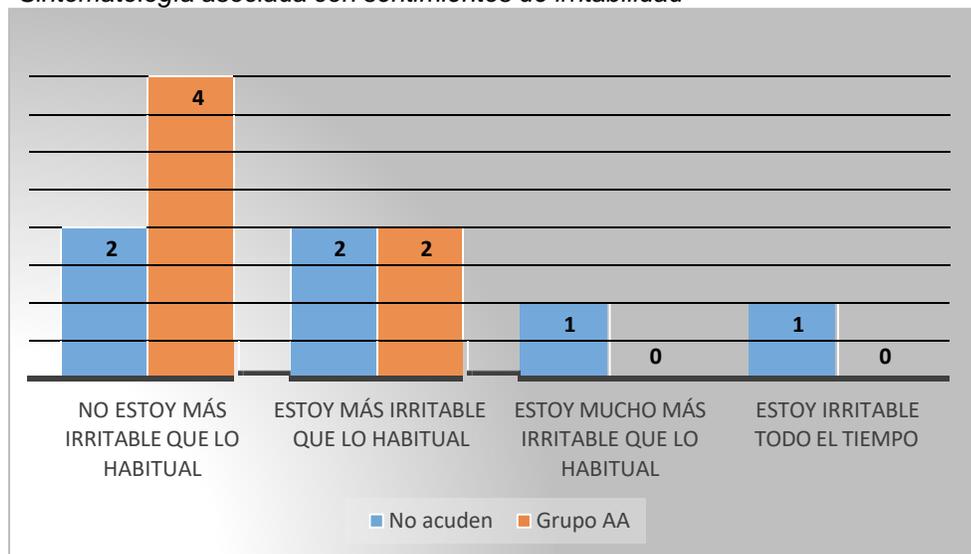
**Tabla 24**

*Sintomatología asociada con sentimientos de irritabilidad*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No estoy más irritable que lo habitual	2	33.3	4	66.7
Estoy más irritable que lo habitual	2	33.3	2	33.3
Estoy mucho más irritable que lo habitual	1	16.7	0	0
Estoy irritable todo el tiempo	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Grafica 24**

*Sintomatología asociada con sentimientos de irritabilidad*



Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acuden a un grupo de A.A presentaron una mayor sintomatología depresiva asociada a “*Sentimientos de irritabilidad*”.

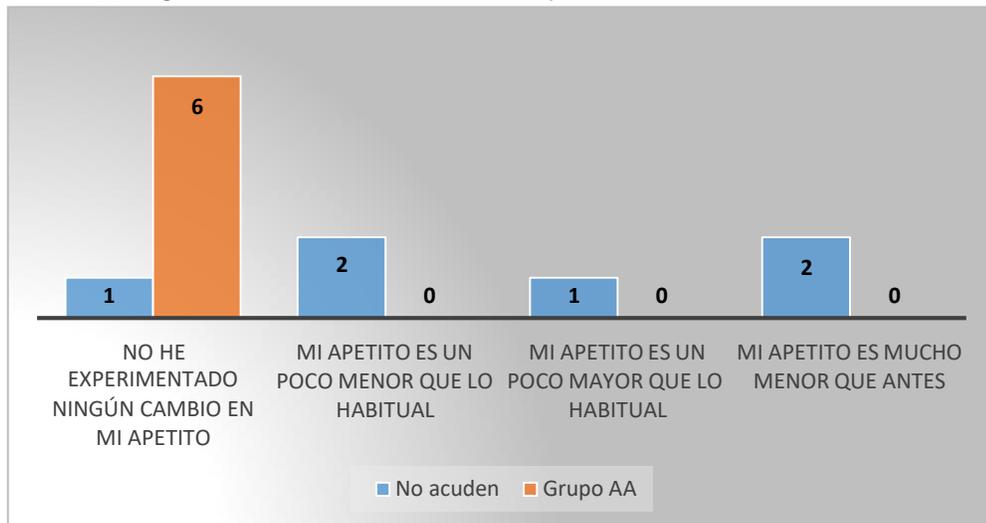
### 4.3.16. Sintomatología asociada con cambios en el apetito.

El décimo séptimo reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con “*Cambios en el apetito*”, con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 16.7% (1) del grupo de sujetos que no acuden al grupo de A.A selecciono la opción “*No he experimentado ningún cambio en mi apetito*” el 33.3% (2) selecciono la opción “*Mi apetito es un poco menor que lo habitual*”, el 16.7% (1) selecciono la opción “*Mi apetito es un poco mayor que lo habitual*” y el restante 33.33% (2) selecciono la opción “*Mi apetito es mucho menor que antes*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 100% (6) selecciono la opción “*No he experimentado ningún cambio en mi apetito*”, (véase tabla 25 y gráfica 25).

**Tabla 25**  
*Sintomatología asociada con cambios en el apetito*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No he experimentado ningún cambio en mi apetito	1	16.7	6	100
Mi apetito es un poco menor que lo habitual	2	33.3	0	0
Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	1	16.7	0	0
Mi apetito es mucho menor que antes	2	33.3	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 25**  
*Sintomatología asociada con cambios en el apetito*



Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acude a un grupo de A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “cambios en el apetito”.

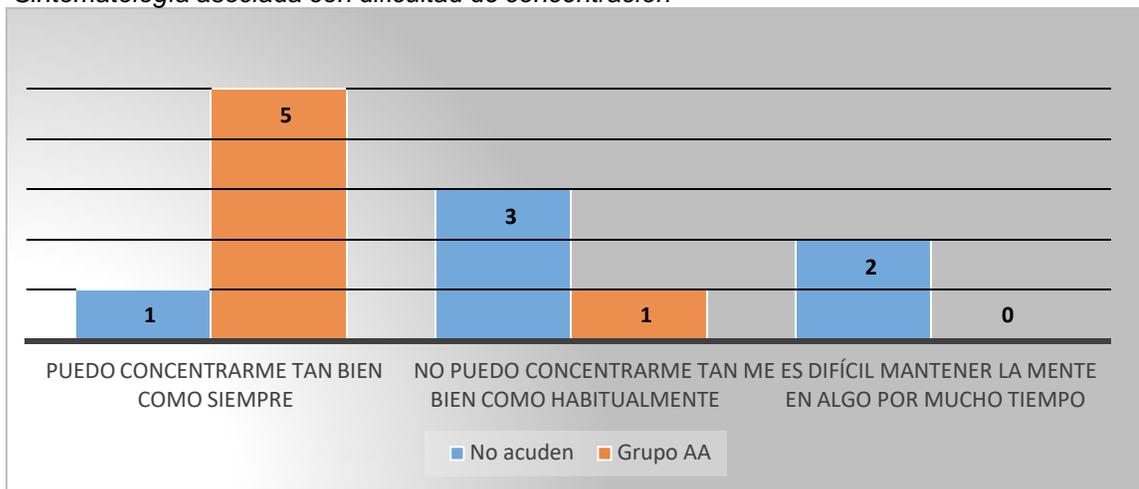
#### **4.3.17. Sintomatología asociada con dificultad de concentración.**

El décimo octavo reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con la “*Dificultad de concentración*”, con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 16.7% (1) del grupo de sujetos que no acuden a un grupo de A.A selecciono la opción “*Puedo concentrarme tan bien como antes*”, el 50% (3) selecciono la opción “*No puedo concentrarme tan bien como antes*” y el restante 33.3% (2) selecciono la opción “*Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 83.3% (5) selecciono la opción “*Puedo concentrarme tan bien como siempre*” y el restante 16.7% (1) selecciono la opción “*No puedo concentrarme tan bien como antes*”, (véase tabla 26 y gráfica 26).

**Tabla 26**  
*Sintomatología asociada con dificultad de concentración*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Puedo concentrarme tan bien como siempre	1	16.7	5	83.3
No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	3	50	1	16.7
Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	2	33.3	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 26**  
*Sintomatología asociada con dificultad de concentración*



Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “Dificultad de concentración”.

#### **4.3.18. Sintomatología asociada con cansancio o fatiga.**

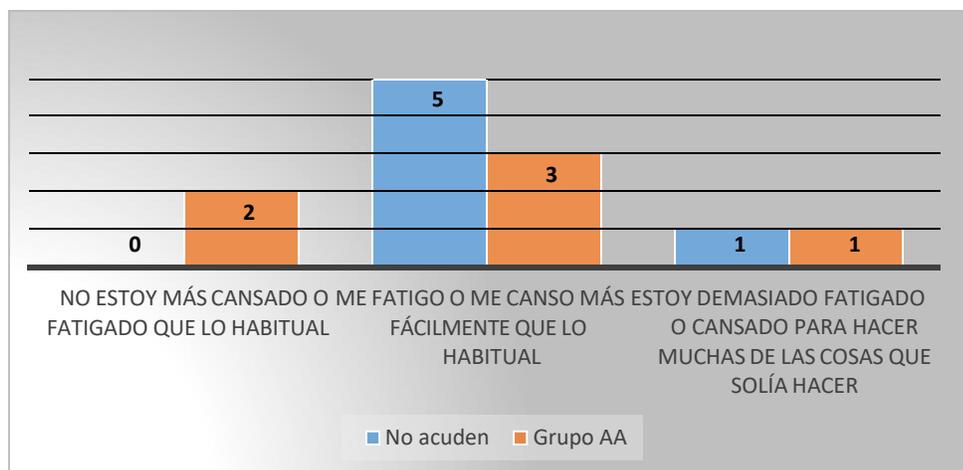
El décimo noveno reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con “Cansancio o fatiga”, con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 83.3% (5) seleccionó la opción “Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual” y el 16.7 % (1) selecciono la opción “Estoy demasiado cansadoo fatigado para hacer muchas de las cosas que solía hacer”, por otro lado, con respecto al

grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 33.3% (2) selecciono la opción “No estoy más cansado o fatigado que lo habitual”, el 50% (3) selecciono la opción “Me fatigo o me canso más de lo habitual”, y el restante 16.7% (1) selecciono la opción “Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas de las cosas que solía hacer”, (véase tabla 27 y gráfica 27).

**Tabla 27**  
*Sintomatología asociada con cansancio o fatiga*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	0	0	2	33.3
Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	5	83.3	3	50
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	1	16.7	1	16.7
Total	6	100	6	100

**Gráfica 27**  
*Sintomatología asociada con cansancio o fatiga*



Con base en los resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A presentaron un mayor nivel de sintomatología depresiva asociada con “*Cansancio o fatiga*”.

#### **4.3.19. Sintomatología asociada con pérdida de interés del sexo.**

El vigésimo reactivo del BDI II, se orientaba a conocer la sintomatología depresiva asociada con la “*Pérdida de interés del sexo*” con respecto al grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A, el 50% (3) selecciono la opción “*No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo*”, el 16.7% (1) selecciono la opción “*Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo*” y el restante 33.3% (2) selecciono la opción “*He perdido completamente el interés en el sexo*”, por otro lado, con respecto al grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A, el 50% seleccionó la opción “*No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo*” mientras que el restante 50% (3) selecciono la opción “*Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo*”, (véase tabla 28 y gráfica 28).

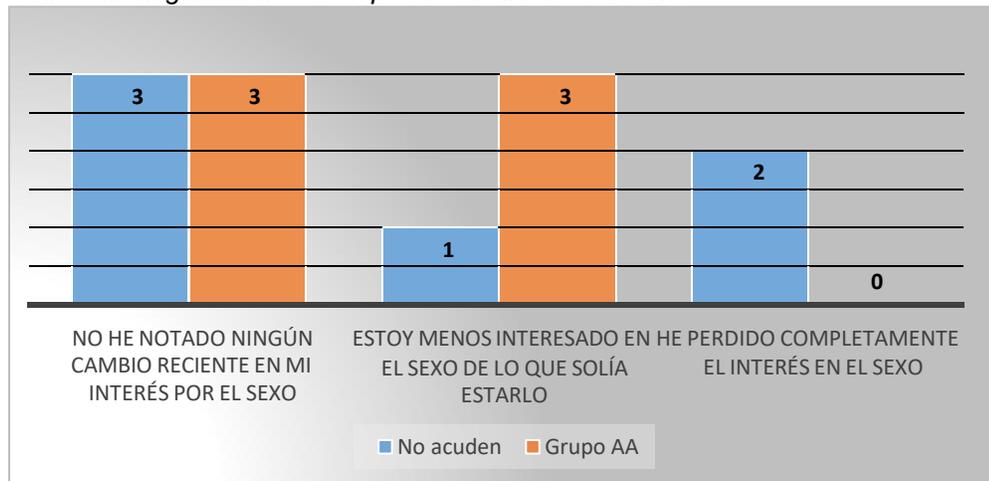
**Tabla 28**

*Sintomatología asociada con pérdida de interés del sexo*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	3	50	3	50
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo	1	16.7	3	50
He perdido completamente el interés en el sexo	2	33.3	0	0
Total	6	100	6	100

**Grafica 28**

*Sintomatología asociada con pérdida de interés del sexo*



Con base en lo resultados, se concluyó que el grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva asociada con “Pérdida de interés del sexo”.

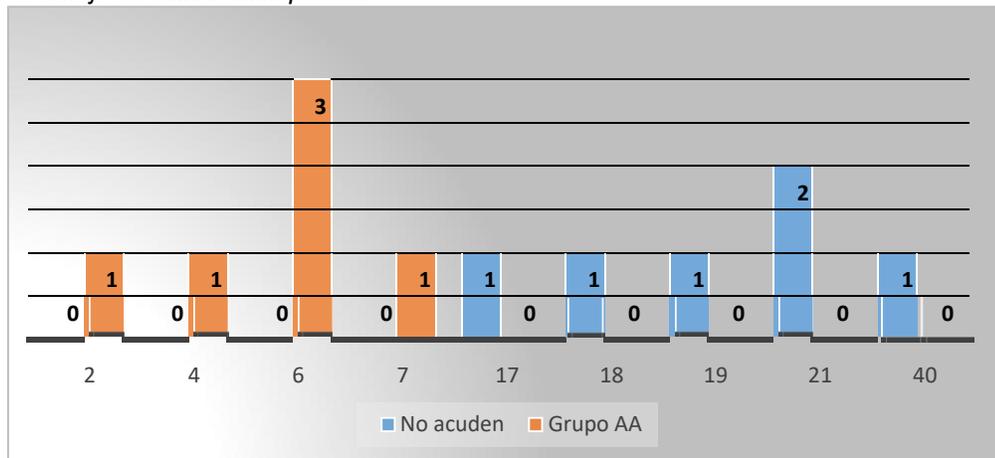
**Puntajes totales.** (Véase tabla 29 y gráfica 29).

**Tabla 29**

*Puntaje obtenido en la prueba*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2	0	0	1	16.7
4	0	0	1	16.7
6	0	0	3	50
7	0	0	1	16.7
17	1	16.7	0	0
18	1	16.7	0	0
19	1	16.7	0	0
21	2	33.3	0	0
40	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 29**  
Puntaje obtenido en la prueba



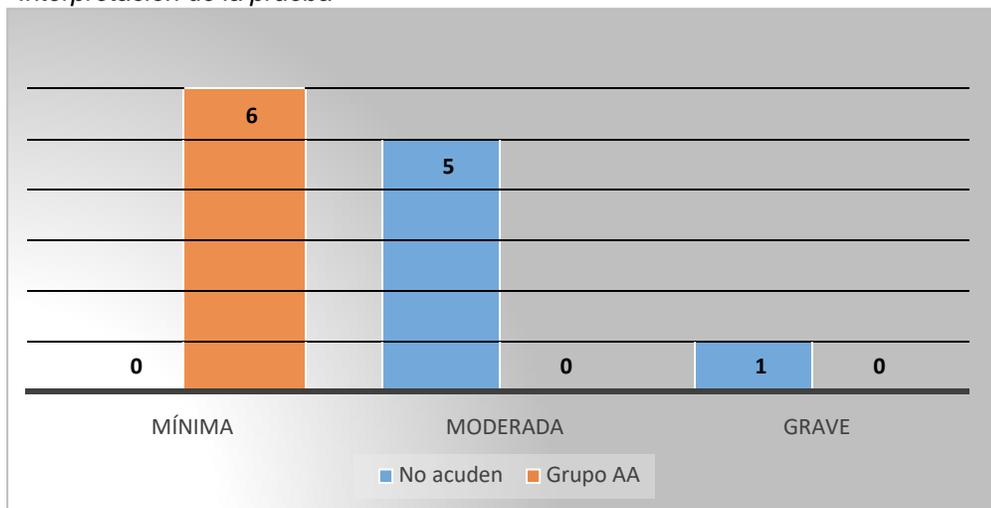
**4.3.20. Interpretación de la prueba.**

Con respecto a la interpretación de las pruebas aplicadas, el 83.3% (5) del grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A presentaron una sintomatología depresiva “Moderada” mientras que el 16.7% presento una sintomatología depresiva “grave”, por otro lado, el 100% del grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A presento una sintomatología depresiva “mínima”, (véase tabla 30 y gráfica 30).

**Tabla 30**  
*Interpretación de la prueba*

	No acuden		Grupo AA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	0	0	6	100
Moderada	5	83.3	0	0
Grave	1	16.7	0	0
Total	6	100	6	100

**Gráfica 30**  
*Interpretación de la prueba*



#### 4.4. Conclusión de los Resultados

Con base en los resultados y los análisis anteriores, se concluyó que el grupo de sujetos que no acude al grupo de A.A y que además, se encuentran en consumo de alcohol o de otra sustancia psicoactiva presentan una mayor sintomatología depresiva en comparación del grupo de sujetos que si acude al grupo de A.A y que no se encuentra en consumo de alcohol o de alguna sustancia psicoactiva ilegal.

Estos resultados de acuerdo con Campos y Martínez (2002); Ezpeleta y Toro, (2014) y Sadok et al. (2015), podría deberse a que el consumo de sustancias psicoactivas afecta de manera directa el equilibrio de la química cerebral involucrada en la regulación de diversos procesos emocionales, dando como resultado que las probabilidades de presentar algún tipo de sintomatología depresiva aumenten.

Aunado a lo anterior, la conclusión de que los sujetos que acuden al grupo de A.A presenten una menor sintomatología depresiva a comparación de aquellos que no acuden, guarda relación con lo mencionado por (Villa, Sirvet y Blanco, 2011; Secretaria Nacional

de Salud Pública de México, 2010; Villegas, 2014; Vásquez, 2016; Diaz, 1998; Larios, 1996; Guisado et, al 2014; Guzmán et, al 2015), ya que mencionan que, las personas en un grupo de apoyo como lo es A.A presentaron una menor sintomatología depresiva en comparación a las personas que no acuden y que actualmente se encuentran consumiendo alcohol o alguna sustancia psicoactiva.

El investigador concluye con base en las investigaciones y la información relacionada a esta intervención, que este resultado puede deberse a 2 factores importantes; 1) La red de apoyo que se genera en los grupos de A.A para evitar y tratar las recaídas tanto emocionales como de consumo, 2) El hecho de que las personas se encuentren en A.A y permanezcan en abstinencia durante periodos de tiempo significativo, hace que la neuroquímica cerebral se estabilice, disminuyendo así la sintomatología depresiva, además de la adquisición de algunas técnicas de afrontamiento emocional como puede ser la creencia en un poder superior, (el cual puede ser un psicólogo, su grupo de A.A, algún familiar o en general un guía), y por otro lado la creencia en un ser superior, (Dios).

## **Capítulo 5**

### **Discusión de los Resultados de la Intervención**

Este capítulo, tiene la finalidad de analizar los resultados obtenidos en función del planteamiento del problema, por ejemplo; objetivos, preguntas e hipótesis, además de relacionar estos resultados con la literatura que sustentó el estudio, posteriormente se examinarán las limitaciones de la investigación y partiendo de ello se analizará la importancia en función de una serie de argumentos justificativos, para luego dar una serie de propuestas de líneas de investigación y de intervención.

#### **5.1. Hallazgos Centrales Obtenidos en la Intervención**

Esta sección tiene por finalidad, dar respuesta al planteamiento del problema junto a los objetivos, preguntas e hipótesis de la investigación con base a los resultados presentados en el capítulo anterior, una vez presentada esta información se dará paso a la siguiente sección titulada conclusiones de la investigación.

Partiendo del planteamiento del problema, el cual era, “Identificar si existe una diferencia entre los niveles de sintomatología depresiva entre un grupo de personas que consumen alcohol o sustancias psicoactivas ilegales y que además no acuden a un grupo de A.A con un grupo de personas que forman parte de un grupo A.A y que no consumen alcohol ni sustancias psicoactivas ilegales”, el investigador considera que éste se logró responder satisfactoriamente ya que, se logró diferenciar los niveles de sintomatología depresiva entre ambos grupos de sujetos, esto con la ayuda de los instrumentos empleados y la disposición de los sujetos para llevar a cabo dichos instrumentos.

Con el fin de respaldar lo anterior, a continuación se realizará un análisis de los objetivos, preguntas e hipótesis que contempló el estudio, con respecto al objetivo general el cual era: “Comparar la sintomatología depresiva de acuerdo con el BDI-II entre miembros de un grupo de AA inactivos en consumo de sustancias adictivas y un grupo de sujetos que se hallan en consumo activo de estas sustancias” se considera que el objetivo se cumplió satisfactoriamente, puesto que en el capítulo 4 se comparó la sintomatología depresiva entre ambos grupos de sujetos.

Puesto que el objetivo general se cumplió, de acuerdo con el diseño del estudio se consideró que los objetivos específicos también se cumplieron, ya que con respecto al primer objetivo, el cual era, “Aplicar el BDI-II a un grupo de sujetos que acuden a un grupo de AA”, las pruebas se aplicaron según lo planeado lo cual se evidenció en el capítulo anterior, con referencia al segundo objetivo específico: “Aplicar el BDI-II a un grupo de sujetos que no acuden a este tipo de grupos y que consumen sustancias adictivas”, las pruebas se aplicaron según lo planeado y los resultados se pueden encontrar en el capítulo 4, el tercer objetivo era “Calificar e interpretar los inventarios de ambos grupos”, este también se realizó, el cuarto objetivo era “Comparar los resultados a fin de identificar si existen diferencias”, este objetivo se consideró que se cumplió ya que se aprecia ya que este sirvió para dar respuesta las hipótesis del estudio.

Considerando los análisis anteriores, las interrogantes planteadas también se respondieron satisfactoriamente, ya que con respecto a la primera y segunda: “¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en aquellos sujetos que están en un grupo AA?”, y “¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en aquellos sujetos que no acuden a un grupo AA y que consumen sustancias adictivas?”, estas fueron contestadas tras la

calificación e interpretación de los resultados del BDI-II, así mismo la tercer interrogante: “¿Existirá una diferencia a nivel descriptivo en la sintomatología depresiva entre el grupo de acude a AA y aquellos que no?”, esta también fue respondida satisfactoriamente.

Con base a la información obtenida, se pudo dar respuesta a las hipótesis en donde se halla que la primera: “La mayoría de los sujetos que acuden al grupo de AA presentarán niveles mínimos de sintomatología depresiva”, fue aceptada debido a que los resultados encontrados indicaron que el 100% del grupo de sujetos que acude al grupo de A.A presentó una sintomatología depresiva “Mínima” según los estándares planteados para la interpretación del BDI II, estos resultados concuerdan con lo encontrado por Villegas (2014), quien encontró que el 52% de los sujetos en A.A presentaron una sintomatología depresiva “Mínima”, 15.87% presentaron una sintomatología depresiva leve, 11.11% presentaron una sintomatología depresiva moderada y 20.63% presentaron una sintomatología depresiva grave, rescatándose así que la mayoría no obtuvo una sintomatología clínicamente significativa.

Con referencia a la segunda hipótesis: “Los sujetos que acuden a un grupo de rehabilitación A.A presentarán una menor sintomatología depresiva que aquellos que consumen sustancias pero que no acuden a este tipo de ayuda”, el investigador considera que esta hipótesis fue aceptada debido a que los resultados encontrados indicaron que el grupo de sujetos que acude al grupo de A.A presentó menores niveles de sintomatología depresiva en comparación con el grupo de sujetos que no acude y que en ese momento se encontraba consumiendo alguna sustancia psicoactiva ilegal, estos resultados concuerdan con lo encontrado por Díaz (1998); Vázquez (2016) y Villegas (2014), esto debido a que al comparar la sintomatología depresiva entre alcohólicos activos y alcohólicos inactivos

miembros de un grupo de A.A, los resultados indicaron que el grupo de sujetos que si acuden a rehabilitación a este tipo de grupos presentan una menor sintomatología depresiva que aquellos que no acuden.

Esta sección del capítulo, tuvo por finalidad de dar a conocer las discusiones finales de los resultados a fin de dar respuesta a la sección de: planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos e hipótesis, posteriormente se dará paso a la siguiente sección en donde se presentan una serie de conclusiones a la investigación.

## **5.2. Conclusiones de la Intervención.**

Considerando lo presentado en la sección anterior, se concluye que se respondió de forma total al planteamiento del problema y las demás secciones que se derivan de este; con base a ello se dará paso a presentar un análisis de las conclusiones extraídas producto de esta intervención.

Con respecto a la importancia de la investigación, se consideró que esta posee relevancia en distintas áreas, ya que, la información obtenida en la investigación puede ser útil para los encargados e integrantes del grupo de A.A, ya que la información obtenida puede ayudar a comprender la sintomatología depresiva que las personas en consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal presenten en su primer asistencia al grupo, esto ya que como se vio en el capítulo anterior, las personas que se encuentran en consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva ilegal presentan mayores niveles de sintomatología depresiva.

Así mismo, considerando que la información obtenida era la esperada esta podrá ser utilizada por algún profesional de la salud para sensibilizar a la población, esto ya sea

mediante campañas de sensibilización enfocadas a comprender la sintomatología depresiva que pueden llegar a presentar las personas que se encuentran consumiendo alcohol o algún tipo de sustancia.

Sumado a lo anterior, los resultados obtenidos respaldaron a diversos sustentos teóricos en los que el investigador baso para realizar las hipótesis, tales como: Villa et al. (2011); SSP (2010); Villegas (2014); Vásquez (2016); Díaz, (1998); Larios, (1996); Guisado et al. (2014) & Guzmán et al. (2015).

Por otro lado, y debido a lo complejo que resulta la depresión y el consumo de sustancias esta intervención no solo invita a profesionales de la salud a trabajar este fenómeno de manera multidisciplinaria, sino también a profesionales en otras áreas como, por ejemplo; nutrición, criminología o derecho, esto ya que la información recabada puede ser aplicable en otras disciplinas relacionadas con la salud mental.

Además, esta indagación pretende llamar la atención de las autoridades o servicios correspondientes como, por ejemplo; CONADIC, para la realización de programas que involucren la participación de los grupos de A.A, esto debido a que las personas en consumo de sustancias requieren ayuda psicológica.

Por ello, este documento permitirá cumplir con uno de los requisitos para la titulación a nivel profesional en el grado de Licenciado en Psicología, contribuyendo al futuro ejercicio de la profesión al conocer más de cerca una de las problemáticas que afligen a la ciudad donde se reside y se espera ejercer en el futuro.

Finalmente, con respecto a la aplicación de los resultados obtenidos estos pueden servir de fundamento en la elaboración de propuestas de líneas de intervención y/o de indagación, las cuales serán comentadas posteriormente en una sección posterior del capítulo.

### **5.3. Limitaciones.**

Con respecto a las limitaciones del estudio, estas parten de las características metodológicas presentadas en el capítulo tres en cuanto al: paradigma, alcance y diseño de la investigación, en este sentido, debido a que el paradigma fue de tipo cuantitativo, de acuerdo con Hernández et al. (2014), las limitaciones que tiene este paradigma son: debido a que el objeto de estudio es delimitado y concreto, sumado a que se empleó un instrumento psicométrico los resultados no permiten mostrar un panorama amplio y detallado del fenómeno investigado, ya que para lograrlo se precisa de un paradigma mixto que permita la recolección e integración de información cualitativa y cuantitativa; así mismo debido a que este paradigma estudia la realidad objetiva del sujeto se deja de lado la subjetividad, la cual es una fuente valiosa de información.

Con referencia al alcance del estudio, el cual fue de tipo exploratorio-descriptivo, las limitaciones que supone el alcance exploratorio de acuerdo con Hernández et al. (2014), consiste en que la información obtenida no permite hacer análisis correlaciones o causales, no obstante, la información proporcionada constituye un fundamento para el investigador que desee indagar en este tema lo aborde con estos alcance, ya que estos estudios poseen ese fin.

Por otro lado, debido a que es una de las primeras intervenciones en su tipo que se hacen a nivel municipal, la información obtenida no es concluyente y requiere que se lleven a cabo posteriores investigaciones y/o intervenciones en este tema, empero esto resalta el valor de este tipo de estudios, ya que esta de esta manera se generan líneas de investigación y de intervención (Hernández et al., 2014).

Con referencia al alcance descriptivo, su finalidad consiste en medir las variables establecidas en el planteamiento del problema, sin embargo, no se plantea buscar una relación entre variables, ya sea de tipo correlacional o causal, sin embargo, la información proporcionada puede servir como base para la elaboración de estudios en donde se pretenda buscar este tipo de relaciones, así mismo ya que esta investigación se orientó hacia la medición de variables con base en instrumentos que tuvieron un grado de confiabilidad y validez aceptables para la conducción del estudio, estos son susceptibles de ser mejorados o sustituidos por otros, por lo que se considera al investigador interesado en este tema que antes llevar a cabo su estudio indague si existen nuevos instrumentos o que si el que se empleó fue adaptado o estandarizado nuevamente a fin de obtener una mejor representación del constructo medido (Hernández et al., 2014).

Sumado a lo anterior, y con base al paradigma elegido y en función de este alcance y del planteamiento del problema, la medición obtenida no representa la realidad subjetiva de los participantes, ya que según Hernández et al. (2014), la intervención con paradigma cuantitativo representa la realidad objetiva, no obstante, esto permite realizar una investigación con otro paradigma, alcance y diseño que posibilite conocer esta otra parte de la realidad no explorada.

Con referencia al diseño del estudio, el cual fue de tipo no experimental y transversal, este último con las delimitaciones exploratorio-descriptivo, las limitaciones para el diseño no experimental consisten en que este no plantea la manipulación de las variables ya que su objetivo se basa en la observación del fenómeno, lo cual supone una limitación, sin embargo, los resultados presentados posibilitan la realización de un programa de intervención (Hernández et al., 2014). En cuanto al diseño transversal según Hernández et al. (2014), la limitación de este diseño consiste en que la recopilación de datos se da en un determinado momento, por lo que se considera recomendable analizar el fenómeno a lo largo del tiempo ya que esto permite obtener una mayor cantidad de información del objeto de estudio. Con base en la información presentada, a continuación se dará paso a presentar una serie de recomendaciones para futuras investigaciones.

#### **5.4. Recomendaciones para Futuras Intervenciones**

La presente sección tiene por finalidad, dar a conocer una serie de recomendaciones hacia la comunidad científica que pretenda replicar o realizar una investigación similar, esto con base en los obstáculos y limitaciones que se presentaron al momento de realizar el estudio, una vez presentada esta información se dará paso a presentar una serie de implicaciones de la investigación.

En un primer momento, es importante mencionar que el número de sujetos estudiados fue una limitante al momento de realizar el análisis de resultados, además de que una investigación en la que se encuentre alguna correlación entre variables aportaría resultados íntegros y enriquecedores para el estudio, un estudio exploratorio y descriptivo sirven y han servido como primer escalón para abordar fenómenos complejos como los que

se abordan en esta investigación, sin embargo se recomienda que si se parte de este estudio se complemente con un enfoque correlacional.

Además, considerando la naturaleza del objeto de estudio es recomendable utilizar un paradigma mixto ya que este permite obtener una mayor representatividad de la realidad, además es recomendable tener una comunicación asertiva y escucha activa con los sujetos de investigación a fin de generar un vínculo que permita obtener información verídica y confiable, esto debido a las características de los sujetos de intervención.

Además se recomienda que, si algún investigador se encuentra interesado en llevar a cabo un estudio similar, tome de referencia la encuesta que se ha elaborado a fin de que la pueda emplear o bien la modifique o le sirva de modelo para la construcción de sus propios instrumentos. Finalmente, otra recomendación consiste en que se amplíe el número de sujetos de investigación a fin de obtener una mayor representatividad y con ello generar resultados estadísticamente significativos. Partiendo de esto, a continuación, se dará paso a la sección de implicaciones de la investigación.

## **5.5. Implicaciones de la Intervención.**

Esta sección tiene por finalidad, analizar los alcances de la intervención en función de la utilidad que esta supone para el campo de conocimientos existente y su aplicación en la praxis profesional, una vez presentada esta información se dará paso a presentar una serie de propuestas y líneas de intervención.

En un primer momento se considera que los resultados obtenidos generan una serie de líneas de investigación a nivel municipal puesto que no se han llevado a cabo investigaciones similares con esta delimitación, por lo sienta las bases para posteriores

estudios. Sumado a lo anterior, los resultados obtenidos permitieron ampliar los conocimientos existentes en la materia debido a que permitieron corroborar lo mencionado por anteriores investigaciones y que sumado a esto permiten a la comunidad científica seguir investigando sobre el presente tema. Partiendo de esto se dará paso a presentar una serie de propuestas de investigación y de intervención.

## **5.6. Propuestas y Líneas de Intervenciones Futuras.**

Esta sección del documento, tiene por finalidad presentar una serie de propuestas de intervención y/o investigación que surgen de la realización del estudio, una vez presentado esto se dará paso a presentar una conclusión que tenga por finalidad concluir el capítulo y con ello la investigación.

Con respecto a las propuestas de intervención se sugiere replicarla, de acuerdo con los pasos descritos a fin de corroborar o falsar los resultados de la investigación, en este sentido otra recomendación consiste en ampliar la muestra para ambos grupos con el fin de generar resultados representativos y estadísticamente significativos, para esto último se recomienda emplear pruebas estadísticas de diferencias de medias.

De la mano con lo anterior, se recomienda que si se desea obtener más información sobre la existencia de diferencias se recomienda emplear una investigación con paradigma mixto, puesta que con ello se obtendría información cualitativa y cuantitativa, la cual permitiría enriquecer los resultados.

Por otro lado, se recomienda emplear un diseño longitudinal a fin de obtener información a lo largo del tiempo y con ello precisar los cambios que vayan teniendo, en este sentido, esto sería recomendable a fin de analizar los cambios que experimentan los

sujetos a lo largo de la intervención en el grupo A.A., especialmente sería de interés con aquellos sujetos que recién ingresan a este tipo de grupos.

Además, se recomienda estudiar el tema de la depresión en conjunto con otras variables, como lo son otros estados emocionales, por ejemplo, la ansiedad, debido a que esta tiende a ser concomitante con la depresión. Por otro lado, se recomienda llevar a cabo campañas de sensibilización a personas que consumen este tipo de sustancias a fin de que conozcan como la depresión afecta en su persona y que en caso de que requieran ayuda acudan a un servicio profesional de atención a la salud mental.

Así mismo, se recomienda sensibilizar a los responsables de los grupos A.A. sobre la depresión y estados emocionales concomitantes que pueden experimentar las personas que acuden a estos grupos, a fin de que en caso de que identifiquen personas con estados emocionales desadaptativos puedan sugerirles que acudan a atención psicológica profesional, de la mano con esto se recomienda que estos grupos estén en constante comunicación con los servicios públicos de atención mental como lo es CONADIC, ya que este se encarga en atender a personas con consumo de sustancias.

Con base en lo anterior, se concluye el presente capítulo, el cual realizó un análisis de: los hallazgos obtenidos, las conclusiones de la investigación, las limitaciones del estudio, recomendaciones para futuras investigaciones, las implicaciones de la investigación y las propuestas para futuras investigaciones, una vez presentado esto se dará paso a presentar las referencias en las que se sustentó el estudio, así como una serie de anexos.

## Referencias

- Alcohólicos Anónimos (A.A). (s.f.). *Alcohólicos Anónimos*. Recuperado de:  
[http://www.alcoholicos-anonimos.org/v\\_portal/apartados/apartado.asp?te=226](http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=226)
- Asociación Psicológica Americana (APA). (2010). *Diccionario Consiso de Psicología*. Manual Moderno.
- Asociación Psicológica Americana (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. En su 5a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Becoña, E. (agosto de 2016). *La adicción "no" es un enfermedad cerebral*. Papeles del psicólogo. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2696.pdf>
- Campos, M., & Martínez, J. (2002). *Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos*. Universidad Navarra, España.
- Carlson, N. (2005). *Fisiología de la conducta. 8a ed.* Madrid: Addison Wesley.
- Chávez, K., & Tena, E. (2018). *Depresion: Manual de intervencion grupal en habilidades sociales*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. Recuperado de:  
<https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017.php>
- Díaz, J. (1998). *Depresión en pacientes alcohólicos activos del centro comunitario de salud mental y en alcohólicos inactivos pertenecientes a un grupo de Alcohólicos Anónimos*. (Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autonoma de México). Recuperado de:  
[http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SC7TXM7IY1KYUTB8R3Q1FYLHMDI93C4637BH9UGUXYL5L77B45-41294?func=full-set-set&set\\_number=009698&set\\_entry=000001&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SC7TXM7IY1KYUTB8R3Q1FYLHMDI93C4637BH9UGUXYL5L77B45-41294?func=full-set-set&set_number=009698&set_entry=000001&format=999)
- Ezpeleta, L., & Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide.

- Guisado, J., Vas, F., Angeles, M., Peral, D., & Lopez, J. (2014). *Psiquiatria.com. Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias, 4(4)*. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/267373345\\_Comorbilidad\\_psiquiatrica\\_en\\_drogodependencias](https://www.researchgate.net/publication/267373345_Comorbilidad_psiquiatrica_en_drogodependencias)
- Guzmán, M. (2015). *Conducta adictiva y depresión*. Universidad de Machala, Ecuador.
- Hernández, A. (2010). "*Adaptación psicométrica del Inventario de Depresión de Beck-II en residentes de la ciudad de México*". (Trabajo de licenciatura, UNAM). Recuperado de:  
[http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5P3CBXC76INEH3GLG37UAQ44S29KTIVTQ33LRNKN9U4X1M1Y64-00090?func=find-b&REQUEST=Inventario+de+Depresi%C3%B3n+de+Beck-ii&find\\_code=WRD&ADJACENT=N&local\\_base=TES01&x=0&y=0&filter\\_code\\_2=WYR&filter\\_request\\_2=&filter\\_code\\_3=WYR&fi](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/5P3CBXC76INEH3GLG37UAQ44S29KTIVTQ33LRNKN9U4X1M1Y64-00090?func=find-b&REQUEST=Inventario+de+Depresi%C3%B3n+de+Beck-ii&find_code=WRD&ADJACENT=N&local_base=TES01&x=0&y=0&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&fi)
- Hernández, S. R., Fernandez, C. C., Y Baptista L. M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: MCGRAW-HILL EDUCATION.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2019). *Integrantes del hogar de 7 años y más por entidad federativa según sexo y sentimientos de depresión*. Recuperado de:  
<https://www.inegi.org.mx/temas/salud/default.html#Tabulados>
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1994). *Salud Mental. La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, 21(3)*. Recuperado de:  
[http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/706/705](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706/705)
- Larios, D. (2001). *Incidencia de depresión en adolescentes con abuso y dependecnia de sustancias*. (Tesis de especialización en psiquiatria, Universidad Nacional Autonoma de México).  
 Recuperado de:  
[http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SC7TXM7IY1KYUTB8R3Q1FYLHMDI93C4637BH9UGUXYL5L77B45-49907?func=find-b&REQUEST=Diego+Larios+Villanueva&find\\_code=WRD&ADJACENT=N&local\\_base=TES01&x=0&y=0&filter\\_code\\_2=WYR&filter\\_request\\_2=&filter\\_code\\_3=WYR&filter\\_reques](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SC7TXM7IY1KYUTB8R3Q1FYLHMDI93C4637BH9UGUXYL5L77B45-49907?func=find-b&REQUEST=Diego+Larios+Villanueva&find_code=WRD&ADJACENT=N&local_base=TES01&x=0&y=0&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_reques)  
[t\\_3=](#)

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.  
Recuperado de:  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Neurociencia del Consumo y sustancias psicoactivas*. Recuperado de:  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Enero de 2020). *Depresión*. Obtenido de  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pérez, F., & Mestre, M. (2016). *Drogodependencias y sexualidad*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología. 6a ed.* Madrid: Addison Wesley.
- Sadock, B., Sadok, V., & Ruíz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría. 11a ed.* Barcelona: Wolters Kluwer.
- Secretaria Nacional de Salud Publica (SSP). (2019). Boletín Epidemiológico. *Vigilancia Epidemiológica Semana 31*.
- Secretaria Nacional de Salud Pública de México (SSP). (2010). Epidemiología del tabaquismo. *Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos, 52(2)*.
- Sue, D., Wing, D., & Sue, S. (2010). *Psicopatología Comprendiendo la Conducta Anormal. [Traducido al español de Understanding Abnormal]*. México D.F: Cengage Learning Editores.
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Vázquez, E. (2016). *Depresión en miembros de dos grupos de Alcohólicos anónimos de Ario de Rosales, Michoacán*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Obtenido de  
[http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SC7TXM7IY1KYUTB8R3Q1FYLHMDI93C4637BH9UGUXYL5L77B45-00415?func=full-set-set&set\\_number=009087&set\\_entry=000007&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SC7TXM7IY1KYUTB8R3Q1FYLHMDI93C4637BH9UGUXYL5L77B45-00415?func=full-set-set&set_number=009087&set_entry=000007&format=999)

Villa, M., Sirvet, C., & Blanco, P. (14 de Abril de 2015). *Depresión y adicción*. Revista Psiquiátrica. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/274953574\\_Depression\\_and\\_addiction](https://www.researchgate.net/publication/274953574_Depression_and_addiction)

Villegas, S. (2014). *Nivel de depresión en hombres dependientes al alcohol de cinco grupos de Alcohólicos Anónimos de Uruapan, Michoacan*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SC7TXM7IY1KYUTB8R3Q1FYLHMDI93C4637BH9UGUXYL5L77B45-39290?func=full-set-set&set\\_number=008662&set\\_entry=000010&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/SC7TXM7IY1KYUTB8R3Q1FYLHMDI93C4637BH9UGUXYL5L77B45-39290?func=full-set-set&set_number=008662&set_entry=000010&format=999)

# Anexo A

**BDI-II<sup>1</sup>**

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lee cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.          1 Me siento triste gran parte del tiempo.          2 Estoy triste todo el tiempo.          3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.          1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.          2 No espero que las cosas funcionen para mí.          3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.          1 He fracasado más de lo que hubiera debido.          2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.          3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.          1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.          2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.          3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.          1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.          2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.          3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.          1 Siento que tal vez pueda ser castigado.          2 Espero ser castigado.          3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.          1 He perdido la confianza en mí mismo.          2 Estoy decepcionado conmigo mismo.          3 No me gusta a mí mismo.</p> <p><b>8. Auto crítica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.          1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.          2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.          3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.          1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.          2 Querría matarme.          3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.          1 Lloro más de lo que solía hacerlo.          2 Lloro por cualquier pequeñez.          3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
--	--

Subtotal Página 1 **Continúa atrás**

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)  
 Traducido y adaptado con permiso  
 © 1996, 1997 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation,  
 USA.  
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological  
 Corporation, USA.  
 Todos los derechos reservados.

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.          1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.          2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.          3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.          1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.          2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.          3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.          1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.          2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.          3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.          1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.          2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.          3 Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.          1 Tengo menos energía que la que solía tener.          2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.          3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.          1a Duermo un poco más que lo habitual.          1b Duermo un poco menos que lo habitual.          2a Duermo mucho más que lo habitual.          2b Duermo mucho menos que lo habitual.          3a Duermo la mayor parte del día.          3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.          1 Estoy más irritable que lo habitual.          2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.          3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.          1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.          1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.          2a Mi apetito es mucho menor que antes.          2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.          3a No tengo en apetito en absoluto.          3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p><b>19. Dificultad de Concentración</b></p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.          1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.          2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.          3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p><b>20. Cansancio o Fatiga</b></p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.          1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.          2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.          3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p><b>21. Pérdida de Interés en el Sexo</b></p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.          1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.          2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.          3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

Subtotal Página 2  
 Subtotal Página 1  
 Puntaje total

## Anexo B

Universidad de Michoacán (UM)  
Licenciatura en Psicología  
Epidemiología y Salud Pública  
Encuesta

**Propósito:** el propósito de esta encuesta es conocer datos sobre ti y algunas áreas del funcionamiento familiar, social e historial de tu consumo con fines de investigación para la materia. No se trata de un examen, no hay respuestas correctas ni incorrectas, ni respuestas buenas o malas además que son anónimas. Si no comprendes algo, pide ayuda a la persona encargada ¡GRACIAS!

**Género:** masculino/femenino **Edad (en años):** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** lee cada pregunta y posteriormente subraya la opción que consideres que se adecua más a ti, procura ser lo más sincero posible, recuerda que tus respuestas son anónimas.

1. **La casa en donde vives es:**

- a) Propia.                      b) Alquilada.                      c) Alquiler-Venta.

2. **Actualmente ¿Con quién vives?**

\_\_\_\_\_

3. **¿Cómo consideras que es la relación que tienes con las personas con las que vives?**

- a) Muy mala                      b) Mala                      c) Regular                      d) Buena                      e) Muy buena

4. **¿Cuánto tiempo llevas en rehabilitación?**

\_\_\_\_\_

5. **Actualmente consumes una droga (alcohol, tabaco, marihuana etc.)**

- a. No                      b. Si, ¿Cuál?

**Nota:** si mencionaste Si, pasa a la siguiente pregunta.

5.1. **¿Cuánto tiempo llevas consumiendo esa sustancia?** \_\_\_\_\_