

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES “DR. Y PROF. SANTIAGO
ECHEGOYEN”
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



INFORME FINAL DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN

**LA SALUD MENTAL DE ADULTOS SALVADOREÑOS QUE ASISTEN A
RECUPERACIÓN EN ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

PRESENTADO POR

LAURA CECILIA SOSA TEJADA
SARA LUCÍA VILLACORTA FERNÁNDEZ
SOFIA MICHELLE NIEVES MEJÍA

SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE DEL 2024

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 Descripción del problema	8
1.2 Delimitación del problema.....	11
1.3 Factibilidad del estudio	11
1.3.1 Factibilidad operativa:.....	11
1.3.2 Factibilidad técnica:	12
1.3.3 Factibilidad económica:.....	12
1.4 Enunciado del problema	12
1.5 Objetivos de la investigación	13
1.5.1 Objetivo general	13
1.6 Justificación	13
CAPÍTULO II. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1 Marco Histórico	16
2.1.1 Historia salud psicológica	16
2.1.2 Historia del Alcoholismo	16
2.1.3 Historia de la Asociación de Alcohólicos Anónimos	17
2.1.4 Antecedentes Internacionales sobre el consumo de alcohol	18
2.1.5 Antecedentes Nacionales sobre el consumo de alcohol	19
2.1.6 Antecedentes internacionales sobre salud mental en personas con alcoholismo	20
2.2 Marco Teórico.....	21
2.2.1 La salud mental	21
2.2.2 Salud Psicológica	22
2.2.3 Alcoholismo	22
2.2.4 Causas y consecuencias del alcoholismo	23
2.2.5 Proceso de la fase de recuperación del alcoholismo.....	25
2.2.6 Proceso de recaída en el alcoholismo	27
2.2.7 Teorías y modelos teóricos sobre salud mental	29
2.2.8 Teoría psicológica sobre el DASS-21	32
2.3 Marco conceptual.....	33
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1 Descripción del área de estudio	37

3.2 Enfoque, tipo y diseño de investigación	37
3.3 Sujetos y objetos de estudio	38
3.3.1 Unidad de análisis:	38
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión:	38
3.3.3 Población:	38
3.4 Matriz de congruencia.....	40
3.5 Variables e indicadores	43
3.6 Técnica, materiales e instrumentos	44
3.6.1 Técnica y procedimiento para recopilación de la información	44
3.6.2 Instrumentos de registro y medición.....	44
3.7 Aspectos éticos.....	45
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	48
4.1 Proceso de análisis de la información	48
4.2 Resultados de la investigación	49
4.2.1 Resultados sociodemográficos	49
4.2.2 Resultados de la presencia de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés	54
4.2.3 Resultados de los niveles de depresión, ansiedad y estrés	57
4.3 Discusión de los resultados	60
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1 Conclusiones	65
5.2 Recomendaciones.....	65
REFERENCIAS.....	67
ANEXOS.....	79
Anexo 1: Carta a Institución	79
Anexo 2: Consentimiento informado	80
Anexo 3: Instrumentos de medición	81
Anexo 4: Cronograma de actividades	84
Anexo 5: Presupuesto	88
Anexo 6: Prueba piloto	90
Anexo 7: Artículo de investigación	99

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen de Guadalupe, quienes han sido mi guía y refugio en todo momento, por iluminar mi camino, por darme la fuerza para seguir adelante en los días más difíciles y por llenar mi vida de bendiciones. Sin su amor y presencia constante, nada de esto habría sido posible. Agradezco por cada oportunidad, por cada enseñanza y por no dejarme sola en este viaje. Hoy, con humildad y gratitud, ofrezco este logro que es tanto suyo como mío.

Mi madre, Consuelo de Sosa, la mujer que me dio la vida y ha estado a mi lado en cada paso de mi vida estudiantil y personal, siempre con sus oraciones, palabras de aliento y su apoyo incondicional. Gracias por no dejarme rendir, por ser mi inspiración y enseñarme que todo esfuerzo vale la pena. Agradezco cada desvelo todos estos años y por demostrarme que el amor de madre no tiene límites. Tu apoyo inquebrantable y su fe en mí han sido mi mayor fortaleza, por eso y más, este logro es dedicado para ti que has sido mi incondicional.

Mi padre, Roberto Sosa quien me enseña siempre, que los sueños se persiguen con esfuerzo y dedicación, y que la felicidad se encuentra en cada meta alcanzada. Gracias por tu apoyo incondicional, por tus consejos, y por cada sacrificio que hiciste para verme avanzar. Ser tu última hija en graduarse es un honor, y este logro también es tuyo. Tu ejemplo de perseverancia y tu amor me han guiado siempre, recordando que todo esfuerzo tiene su recompensa.

Mi familia y hermanas gracias por ser mi pilar y fuente constante de inspiración. Sus oraciones, palabras de aliento y apoyo incondicional me han acompañado en cada etapa de este camino. Gracias por demostrarme con su ejemplo que los sueños sí se cumplen y por motivarme a nunca rendirme. Sus enseñanzas y cariño han sido fundamentales para alcanzar esta meta.

Mi hermano, Roberto Sosa, A ti, querido hermano, que ahora me miras desde el cielo mientras cumplo uno de mis más grandes sueños. Sé que desde allá me envías tus buenos deseos y te sientes orgulloso de tu hermana menor. Gracias por enseñarme a luchar por mis sueños y enfrentar con valentía cada batalla de la vida. Aunque ya no estemos juntos en esta tierra, agradezco todo lo que me diste en vida y por haberme inspirado a ser una mujer perseverante y dedicada a mis estudios. Siempre vivirás en mi corazón.

Mi novio, Edgar Trigueros quien ha sido un apoyo incondicional a lo largo de todo este proceso. Tu amor, comprensión y aliento constante han sido mi mayor motivación y una fuente inagotable de fuerza en los momentos más difíciles. Gracias por estar a mi lado, por creer en mí y en mis sueños, y por ser un compañero tan maravilloso. Tu apoyo no solo ha

hecho posible este logro, sino que también ha enriquecido cada etapa de mi vida. Sin ti, este camino habría sido mucho más arduo. Te agradezco de todo corazón por ser mi inspiración y por compartir este viaje conmigo.

A mis amigos cercanos y mis hermanas del alma, quienes me han acompañado desde la infancia y han sido mi consuelo en los momentos difíciles. Gracias por estar a mi lado en las buenas y en las malas, de forma incondicional, por creer en mí cuando yo misma dudaba y por celebrar cada uno de mis logros con orgullo. Su amistad y apoyo han sido un regalo invaluable en mi vida, y no podría haber llegado hasta aquí sin ustedes.

A mi equipo de trabajo y a mis colegas, con quienes compartí este proyecto de tesis y con quienes tengo el honor de graduarme. Gracias por su dedicación, esfuerzo y compromiso en cada etapa de este proceso. Su apoyo, colaboración y compañerismo hicieron de esta experiencia un camino más llevadero y enriquecedor. Juntas superamos retos, aprendimos y crecimos, y hoy celebramos este logro que es de todas.

Laura Cecilia Sosa Tejada.

Agradezco a Dios y a la virgen María, quienes han sido una fuente constante de guía y fortaleza durante todo este desafiante proceso. Su luz ha iluminado mi camino en los momentos de incertidumbre y ha dado propósito a mi esfuerzo y dedicación. Estoy eternamente agradecida por el apoyo divino que he recibido; sin la ayuda y la fe en estos pilares espirituales, este logro no habría sido posible. A ambos, les debo una eterna gratitud y mi más sincero reconocimiento.

Quiero dedicar un especial agradecimiento a mis padres, **Ricardo Villacorta y Sara de Villacorta**, cuyo amor incondicional y apoyo constante han sido fundamentales en este viaje académico. Su confianza en mí, sus sacrificios y su ánimo me han brindado la fortaleza necesaria para superar los retos y seguir adelante. Sin su guía, paciencia y apoyo, este logro no habría sido posible. Estoy profundamente agradecida por su presencia en cada paso de este proceso.

Agradezco a mi amigo Jorge García cuya amistad y apoyo incondicional han sido una fuente constante de motivación y aliento a lo largo de este proceso. Su disposición para escuchar, sus valiosos consejos y su capacidad para ofrecer una perspectiva positiva en los momentos de estrés han sido de gran ayuda. Estoy sinceramente agradecido por tu presencia y tu apoyo, que han sido fundamentales en el crecimiento personal; además agradezco a mi amiga **Melissa Sánchez** por su apoyo en cada presentación de este proceso, por su disponibilidad de tiempo y por sus palabras de aliento.

Agradezco a mi hermano **Andrés Villacorta**, por su apoyo en momentos difíciles y por sus palabras que reconfortan mi corazón, gracias por el tiempo dedicado que han sido luz en momentos de oscuridad. Gracias por tu amor y paciencia.

Quiero dedicarle un especial agradecimiento a **Julie Mejía** quien ha sido un apoyo fundamental al grupo de trabajo; su amabilidad y generosidad han sido invaluable durante el transcurso de esta tesis. Su apoyo y disposición para ayudarnos en momentos cruciales, así como su hospitalidad, han hecho una gran diferencia. Aprecio profundamente el tiempo y el esfuerzo que ha dedicado para ayudarnos a alcanzar este objetivo.

Agradezco a mi equipo de trabajo **Sofía Nieves y Laura Sosa** su colaboración, apoyo y camaradería han sido esenciales para el éxito de este proyecto. A lo largo de este proceso, su dedicación y compromiso no solo han enriquecido el trabajo, sino que también han hecho que cada desafío sea más llevadero. Valoro profundamente el tiempo que hemos compartido, las ideas que hemos intercambiado y el esfuerzo conjunto que ha llevado a la culminación de esta tesis.

Sara Lucía Villacorta Fernández.

Al concluir este significativo capítulo de mi vida, me siento profundamente agradecida por el apoyo y amor incondicional de tantas personas que han sido fundamentales en este camino. Cada uno de ustedes han dejado una huella imborrable en mi vida y han contribuido de manera única a la culminación de esta tesis.

Primeramente, quiero agradecerle a **Dios** por guiarme y darme la fortaleza necesaria para completar esta tesis. Su sabiduría y bendiciones me han acompañado en cada paso de este proceso, y sin su apoyo, no hubiera sido posible superar los desafíos y alcanzar este logro.

A mi mamá, Julia Mejía, su amor y sacrificio han sido la base sobre la que he construido cada uno de mis logros. Gracias por ser mi fuente constante de fortaleza, por tus palabras de aliento en los momentos más difíciles y por estar siempre dispuesta a ofrecerme tu apoyo incondicional. Tu fe en mí me ha impulsado a seguir adelante y a nunca rendirme.

A mi hermano, Mario Nieves, aprecio enormemente tu sacrificio y el hecho de que siempre hayas estado dispuesto a respaldarme en este camino. Sin tu valiosa contribución, este logro no habría sido posible. Estoy profundamente agradecida por tu generosidad y por el papel crucial que has desempeñado en mi éxito académico.

A mi prima, Roxana Nieves, por tu invaluable apoyo durante la realización de esta tesis. Tu generosidad en momentos cruciales me permitió concentrarme en mi investigación sin preocupaciones, facilitando mi progreso y éxito académico. Tu ayuda no solo alivió una carga práctica, sino que también reflejó tu amor y compromiso hacia mí.

A mi prima, Karla Escobar, estoy muy agradecida por tu cariño, tus palabras de aliento y tu compañía durante este proceso ha sido invaluable para mí.

A mis tías y tío Mauricio Mejía, les agradezco sinceramente por su apoyo y amor incondicional. Su presencia en mi vida ha sido un pilar de fortaleza y ha jugado un papel fundamental en mi crecimiento personal y académico. Su apoyo ha sido esencial para mantenerme motivada y enfocada en mis objetivos.

A mi novio, Diego Padilla, mi agradecimiento por ser mi compañero incondicional, por entender mis momentos de estrés y por brindarme el apoyo emocional necesario para culminar esta etapa. Tu amor y paciencia han sido un gran pilar durante todo este proceso.

A mi abuela, Ana Mejía, le agradezco de todo corazón por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia, estoy muy agradecida por tenerla en mi vida y por todo lo que ha hecho por mí.

A mi abuelo, Mario Mejía, que ha partido de este mundo, quiero dedicarle un agradecimiento especial. Su memoria y su legado han sido una fuente de fortaleza y esperanza

en este camino. Aunque no pueda verlo, siento su influencia y su sabiduría guiándome en cada decisión y en cada desafío.

A mi asesor de tesis, Marlon Lobos, su orientación, su paciencia y su dedicación han sido fundamentales para el éxito de este proyecto. Su experiencia y conocimiento han sido cruciales para el desarrollo y la culminación de esta investigación.

Agradezco profundamente a mi equipo de tesis **Lucía Villacorta y Laura Sosa** por su apoyo y dedicación. Su colaboración ha sido esencial para el éxito de este proyecto.

A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento. Sin su amor, apoyo y dedicación, este logro no habría sido posible. Estoy inmensamente agradecida por tenerlos en mi vida y por el papel que cada uno de ustedes ha jugado en este importante logro.

Sofia Michelle Nieves Mejía.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente fundamental del bienestar humano, influenciando significativamente la calidad de vida y el funcionamiento general de un individuo. El contexto de esta investigación, se enfocará en la exploración del estado de la salud mental relacionado con el consumo de alcohol; se conoce que el alcoholismo es una problemática que se caracteriza por la dependencia física y psicológica del alcohol. Se trata de una afectación crónica y progresiva que afecta a millones de personas en todo el mundo.

El alcoholismo se manifiesta a través de una serie de síntomas y comportamientos, que incluyen una incapacidad para controlar el consumo de alcohol, la necesidad imperiosa de beber y la continuación del consumo a pesar de las consecuencias negativas que pueda acarrear en la vida personal, laboral, y social del individuo (Arias, 2005).

El enfoque de dicha investigación es psico-clínico, debido a que se hizo conciencia de cómo la salud mental está afectada en los problemas del alcoholismo y cómo cumple un papel fundamental en la etapa de recuperación de los individuos, así mismo se conoció cuáles son las afectaciones que tiene el abuso de esta sustancia en las esferas emocionales y mentales de las personas. Los problemas de alcoholismo suelen experimentar trastornos psicológicos, especialmente ansiedad y depresión, que a menudo son exacerbados por el consumo de alcohol afectando al individuo. Sin embargo, en algunos casos, estos trastornos pueden ser independientes. Las personas con una patología psicológica grave y alcoholismo tienen un mayor riesgo de enfrentar problemas psicosociales, recaídas y suicidio, por lo que requieren un tratamiento integral y prolongado en unidades especializadas (Casas & Guardia, 2002). Por lo tanto, a lo largo de cada uno de los capítulos de la investigación se expone esta problemática como algo relevante y que es necesario el conocimiento y la concientización.

El presente estudio estuvo estructurado por cinco capítulos que se mencionan a continuación:

En el capítulo I se describió el entorno al tema investigado. Se planteó la problemática, se establecieron las preguntas directrices, el objetivo general y los objetivos específicos de la presente investigación, así como la justificación, los alcances y los límites de la misma. El capítulo II refiere al marco teórico donde se describió en primera instancia los antecedentes de investigaciones realizadas con respecto al problema propuesto, posteriormente se detalló los temas y subtemas relacionados a las variables del tema investigado.

En el capítulo III se expuso el marco metodológico donde se detalló el diseño y el tipo de investigación que se utilizó, se mencionó la población con la que se trabajó y las técnicas e instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos de la presente investigación. En el capítulo IV se describió a través de cuadros y gráficos el análisis estadístico y la interpretación de los resultados de los instrumentos que se aplicó a la muestra seleccionada de la población. En el capítulo V se presentó las conclusiones a las que se llegaron con el estudio, en base a los objetivos generales y específicos planteados; y se enunció las recomendaciones pertinentes para dar mayor realce al estudio y como pauta para futuras investigaciones relacionadas al tema.

Es de gran relevancia esta investigación ya que hasta el momento no ha sido estudiada la problemática de la salud mental en las personas que asisten a recuperación en AA, por lo que, mediante este estudio se pretendió determinar si existe o no una afectación en la salud mental.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La presente investigación tuvo un enfoque principal en salud psicológica relacionada a la variable de salud mental, debido a que la salud psicológica y sus variables como la ansiedad, estrés y depresión son categorías que forman parte del presente trabajo, cumpliendo con su papel importante para investigar e identificar su relación con la recuperación de los adultos salvadoreños que acuden a Alcohólicos Anónimos.

La ansiedad desempeña un papel crucial en la salud mental de una persona alcohólica en proceso de recuperación. Esta puede influir en la esfera mental de diversas maneras, y una de ellas es que puede desencadenar recaídas, ya que lleva a la persona a recurrir al alcohol como una forma de buscar alivio temporal, lo que puede interferir en el proceso de recuperación (Ávila Cadavid et al., 2005). Las personas en recuperación pueden enfrentar momentos de estrés intenso o ansiedad, lo que aumenta la tentación de volver a los patrones de consumo de alcohol como una forma de alivio; otra afectación es la dificultad para manejar emociones, la ansiedad puede dificultar el manejo de las emociones y el estrés, lo que puede ser especialmente desafiante para alguien en recuperación que está aprendiendo a lidiar con sus emociones de manera más saludable. Esto puede llevar a sentimientos de abruma, impotencia o desesperanza, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de recaída; además la ansiedad puede interferir con el progreso en la recuperación al dificultar la participación en actividades de apoyo, como reuniones de grupos de apoyo o terapia, o alentar el aislamiento social. Esto puede obstaculizar el acceso a la red de apoyo necesaria para mantener la sobriedad (Ávila Cadavid et al., 2005).

La depresión tiene un impacto significativo en la salud mental de una persona en recuperación por el alcoholismo. La depresión es una condición de salud mental en la que una persona experimenta continuamente sentimientos de tristeza y desesperanza, lo cual puede influir en su forma de pensar y actuar. Esto puede afectar muchos aspectos de la vida, incluyendo las responsabilidades profesionales, las metas personales y las relaciones con familiares y amigos (Ordoñez Galeano, 2020).

La depresión puede ser particularmente difícil para alguien que está recuperándose del alcoholismo. Para una persona en recuperación, enfrentarse a la depresión puede complicar aún más el proceso de dejar el alcohol. Los sentimientos de tristeza y desesperanza pueden aumentar el riesgo de recaída y hacer que mantener la sobriedad sea mucho más desafiante. Además, puede disminuir la motivación y hacer que sea más difícil seguir con el tratamiento (Ordoñez Galeano, 2020).

El abuso del alcohol está asociado con tasas más altas de depresión, y muchas personas que tienen problemas con el consumo de alcohol también experimentan ansiedad y depresiones graves. Estos problemas de salud mental pueden ocurrir al mismo tiempo que el alcoholismo y pueden empeorar las condiciones existentes o provocar nuevos problemas, como la pérdida grave de memoria, la depresión o la ansiedad (Ordoñez Galeano, 2020).

Es importante destacar que la relación entre el alcohol y la depresión puede ser bidireccional. Por un lado, las personas que abusan del alcohol tienen tasas más altas de depresión. Por otro lado, el consumo excesivo de alcohol puede ir produciendo un deterioro físico y psicológico cada vez mayor, lo que puede contribuir al desarrollo de la depresión. En ambos casos, abandonar el consumo de alcohol es un paso importante para la recuperación y el tratamiento de la depresión (Ordoñez Galeano, 2020).

En el ámbito de la psicología, existe una relación compleja y profunda entre el estrés y el alcoholismo. Muchos individuos utilizan el alcohol como un medio para aliviar el estrés debido a su efecto sedante inicial, aunque este alivio suele ser breve y puede desencadenar una dependencia alcohólica. El consumo prolongado de alcohol tiende a elevar los niveles de cortisol, una hormona asociada con el estrés, lo que incrementa la ansiedad y el estrés tras disiparse los efectos del alcohol. Esto puede desencadenar un ciclo destructivo en el que el estrés aumenta el consumo de alcohol y este, a su vez, genera más estrés. El alcoholismo también puede agravar o inducir otros trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, lo que dificulta aún más la gestión efectiva del estrés. Dentro del proceso de recuperación, controlar el estrés es esencial, ya que el estrés no manejado es una causa frecuente de recaídas en quienes buscan superar el alcoholismo. Por lo tanto, es fundamental adoptar estrategias saludables de manejo del estrés, como la terapia, la meditación y el soporte social, para preservar la sobriedad y fomentar una mejor salud mental (Guarino et al., 2000).

Carvajal Villaplana (2002) expone que en Alcohólicos Anónimos (AA) se reconoce que el alcoholismo es una enfermedad que afecta tanto el cuerpo como la mente. La salud mental juega un papel crucial en la recuperación, ya que el alcoholismo no solo afecta físicamente, sino que también puede tener un impacto significativo en la salud emocional y psicológica de la persona; el proceso de recuperación en AA implica varios aspectos relacionados con la salud mental como lo es el reconocimiento, debido a que es el primer paso en el proceso de la recuperación es dado que, la persona identifica que tiene un problema con el alcohol y acepta la necesidad de ayuda. En AA se prioriza la importancia del apoyo emocional mutuo entre los miembros; compartir experiencias y emociones con personas que

han pasado por situaciones similares puede ayudar a aliviar sentimientos de soledad, culpa o vergüenza, y fortalecer la salud mental (Carvajal Villaplana, 2002).

A través de los pasos de los programas de AA, los miembros son alentados a examinar sus vidas, identificar patrones de comportamiento destructivos y entender las razones subyacentes detrás de su alcoholismo. Este proceso de autoconocimiento contribuye al crecimiento personal y a una mejor salud mental. En AA, se aplican técnicas y estrategias para hacer frente a los desafíos diarios sin recurrir al alcohol. Esto puede incluir el desarrollo de habilidades de afrontamiento saludables, como la gestión del estrés, la resolución de problemas y la comunicación efectiva, así mismo, problemas relacionados con la ansiedad, depresión y el bienestar general del individuo, que son fundamentales para mantener la estabilidad emocional y mental (Carvajal Villaplana, 2002).

Los adultos en recuperación del alcoholismo frecuentemente enfrentan varios problemas relacionados con su salud psicológica, como depresión (tristeza profunda, falta de interés, cambios en el apetito), ansiedad (preocupación excesiva, problemas de sueño), trastorno de estrés (revivir eventos traumáticos, hipervigilancia). Estos problemas pueden complicar el proceso de recuperación, disminuir la motivación y aumentar el riesgo de recaída. Para abordar estos problemas, es esencial integrar terapias psicológicas que se lleven de la mano con el acompañamiento que se les brinda en AA y el apoyo en el desarrollo de habilidades sociales en el tratamiento, ayudando a los individuos a manejar mejor sus emociones, mejorar el estrés y fortalecer sus relaciones interpersonales, lo que es crucial para mantener la sobriedad (Solís et al., 2000).

Si bien es cierto, se les da mayor importancia a los problemas graves de alcohol, también es necesario saber que los problemas leves o moderados pueden provocar daños importantes en la vida de las personas. Los problemas relacionados con el alcohol tienen múltiples causas y consecuencias y no todas las personas se ven afectadas de la misma forma, para algunas personas los rasgos de impulsividad, depresión o ansiedad provoca que se ingiera esta sustancia de forma inapropiada ya que, muchas personas toman para poder sobrellevar o curar problemas emocionales. Algunos factores sociales pueden jugar roles claves en las personas con baja autoestima como lo es la presión de la sociedad y la disponibilidad fácil del alcohol. Sin embargo, no se habla mucho sobre los factores genéticos que hacen que algunas personas sean especialmente vulnerables a presentar dependencia, significa que las personas pueden tener mayor riesgo, los antecedentes familiares con esta problemática no necesariamente quiere decir que los hijos puedan padecerla, pero tampoco están exentos de esta situación (American Psychological Association, 2010).

En El Salvador, el consumo de alcohol está profundamente arraigado en la cultura, lo que ha dado lugar a un preocupante aumento en los problemas asociados con el alcoholismo. A medida que la sociedad salvadoreña enfrenta los efectos devastadores del abuso de alcohol, AA ha emergido como una opción popular para la recuperación. Sin embargo, a pesar de la percepción de utilidad de este programa, persisten poca información sobre el estado de salud mental de los adultos salvadoreños que participan en él; esta problemática radica en la falta de comprensión sobre cómo el alcoholismo afecta específicamente la salud mental de esta población. Aunque AA ofrece un entorno de apoyo para la recuperación del alcoholismo, no se sabe si este enfoque aborda de manera adecuada las necesidades psicológicas de los participantes. Esta carencia de información es inquietante, ya que la salud mental y el bienestar psicológico son elementos cruciales para una recuperación exitosa y duradera del alcoholismo (Melendez, 2019).

1.2 Delimitación del problema

La presente investigación se fundamentó en un enfoque psico-clínico, dado que la metodología empleada se enmarcó en el ámbito de la salud mental que integra principios de la psicología para evaluar y diagnosticar trastornos psicológicos y emocionales. Este enfoque se basó en el entendimiento de que los problemas mentales pueden tener múltiples causas y manifestaciones, y por tanto requiere una intervención que considere el contexto emocional, cognitivo y social del individuo, por lo que se trabajó de la mano con el Grupo de Alcohólicos Anónimos. Se buscó explorar cómo se encuentra la salud mental de los adultos salvadoreños que asisten al programa de recuperación en AA y de qué manera les favorece dicho problema. El área geográfica fue en el distrito de San Salvador, El Salvador, en las sedes 12 de abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Mediodía), Flor Blanca (Noche), Gente Joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexiones y UES 26 de abril. La población de estudio fueron adultos salvadoreños pertenecientes a Alcohólicos Anónimos entre las edades de 18 a 80 años, con cualquier estado civil. Así mismo, la investigación tuvo un tiempo delimitado de 9 meses iniciando desde enero del 2024 hasta septiembre del 2024.

1.3 Factibilidad del estudio

1.3.1 Factibilidad operativa:

La investigación fue viable, ya que se presentó una solicitud formal emitida por la Coordinación de la Facultad de Ciencias Sociales para obtener autorización de Alcohólicos

Anónimos en el área de San Salvador, y se recibió la aprobación de la organización, que facilitó la realización del estudio propuesto. De igual manera, se explicó a la población de AA sobre el trabajo de investigación que se iba a realizar, junto con los pasos y procesos a llevar a cabo durante la misma, siempre considerando velar por la privacidad, cuidado integral y emocional de los participantes de AA. Asimismo, se apoyó y respaldó un asesor de tesis y la coordinación del departamento de Ciencias Sociales (Psicología).

1.3.2 Factibilidad técnica:

Existe viabilidad técnica para la investigación debido a que se poseía el conocimiento de la herramienta técnica SPSS, cuyo propósito era la digitalización de la recolección de datos numéricos obtenidos a través del instrumento de medición. Además, se contaba con conocimientos en pruebas psicométricas, interpretación de resultados y realización de informes. Por otro lado, las investigadoras tenían diferentes habilidades con las cuales se generaría empatía con la población para poder profundizar en la investigación. Los recursos técnicos actuales fueron adecuados para cumplir los requisitos del trabajo, la formación académica y el conocimiento necesarios, y el equipo tecnológico apropiado para realizar la investigación de manera eficiente. En consecuencia, el estudio se pudo realizar de manera efectiva.

1.3.3 Factibilidad económica:

El trabajo de investigación contaba con la solvencia y el apoyo económico, ya que se dispuso de dos vehículos para el traslado de los investigadores hacia Alcohólicos Anónimos, donde se realizó el trabajo de campo. También se tuvo acceso a materiales didácticos y al uso de dispositivos tecnológicos para la investigación, como laptops, internet inalámbrico, impresora, páginas de papel bond, fotocopidora, borradores, lápices, etc. Los investigadores tuvieron acceso a la biblioteca virtual y presencial de la Universidad Evangélica de El Salvador, donde se obtuvo información para la investigación.

1.4 Enunciado del problema

¿Cómo se encuentra la salud mental de las personas que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos en las sedes 12 de abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Mediodía), Flor Blanca (Noche), Gente Joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexiones y UES 26 de abril durante los meses de enero a septiembre 2024?

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

- Identificar la salud mental de las personas alcohólicas que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos en las sedes 12 de abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Mediodía), Flor Blanca (Noche), Gente Joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexiones y UES 26 de abril.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir si existen o no síntomas ansiosos, depresivos y estresores en los adultos salvadoreños que asisten a AA.
- Determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés que presentan las personas alcohólicas que asisten a recuperación en AA en las sedes 12 de Abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Medio día), Flor Blanca (Media noche), Gente joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexión y UES 26 de abril.

1.6 Justificación

El abuso del alcohol y la dependencia al alcohol son fenómenos que afectan a personas en todo el mundo, independientemente de su ubicación geográfica o contexto cultural. Es un problema de salud pública debido a sus amplias implicaciones para la salud individual y colectiva (Prospero, 2014). La salud mental es un componente esencial del bienestar integral de los individuos, es de mucha importancia recalcar que cuando nos referimos a salud mental no solo se refiere a los diferentes trastornos que se pueden desarrollar en base a la relación entre el abuso de alcohol y los problemas de salud mental.

El estado de la salud mental de adultos salvadoreños en recuperación en Alcohólicos Anónimos se considera de alta relevancia debido a la escasez de teorías y estudios previos en el contexto nacional. Este estudio es particularmente pertinente dado el elevado índice de alcoholismo en la población salvadoreña, lo cual presenta un desafío considerable para los servicios de salud mental. La investigación no solo busca llenar un vacío en la literatura existente, sino también generar un impacto positivo en la sociedad mediante la identificación de necesidades específicas y la formulación de recomendaciones para el abordaje de los trastornos mentales en este contexto. Además, se llevó a cabo una exploración detallada de los niveles y síntomas de ansiedad, depresión y estrés en adultos salvadoreños, con el objetivo de delinear las necesidades específicas de este grupo demográfico en San Salvador. El estudio

proporcionó una comprensión integral de cómo estas condiciones afectan a los individuos en el contexto de su recuperación y permitió formular recomendaciones orientadas a mejorar la intervención y el apoyo psicosocial dirigido a esta población.

El consumo de alcohol tiene un impacto negativo en la salud mental a corto y largo plazo. A corto plazo, el consumo excesivo de alcohol puede provocar cambios en el estado de ánimo, como emociones desagradables, tristeza o depresión. Sin embargo, algunas personas pueden recurrir al alcohol como una forma de lidiar con el estrés o la ansiedad, lo que puede empeorar su salud mental a largo plazo. El consumo frecuente y elevado de alcohol también se ha relacionado con problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad, la psicosis y un mayor riesgo de suicidio (Aguirre et al., 2018).

La presente investigación puede contribuir a la expansión y mejora de la salud mental de las personas que se encuentran en recuperación del alcoholismo. Al explorar los resultados futuros de este estudio, se puede exponer una teoría que muestre el estado de la salud mental de los participantes y proponer recomendaciones a la organización de Alcohólicos Anónimos, para que tomen en cuenta. Además, con esta investigación se pretendió motivar a las instituciones universitarias a estudiar la salud mental de personas que se encuentran en recuperación del alcoholismo

La importancia de estudiar la salud mental de las personas alcohólicas en recuperación puede proporcionar información sobre los factores que contribuyen a la recuperación exitosa y cómo se puede apoyar a las personas en su proceso de recuperación. La comprensión de los desafíos y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas en recuperación puede ayudar a desarrollar intervenciones y tratamientos más efectivos (Aguirre et al., 2018).

Además, indagar en el tema de la salud mental de un alcohólico en recuperación puede contribuir al desarrollo de políticas y programas de prevención del consumo de alcohol y promoción de la salud mental. Al comprender los factores de riesgo y los efectos del consumo de alcohol en la salud mental, se pueden implementar medidas para prevenir el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol y promover la salud mental en general (Matos et al., 2017).

Dicha investigación tiene una gran importancia, ya que los adultos con esta problemática, saldrán beneficiados ya que es un estudio amplio que se realizará en algunas sedes de AA en San Salvador, junto con los resultados se ayudará a la concientización y a tomar la importancia debida, pero nuestro fin es sumar un dato positivo a las organizaciones como AA, ya que la salud mental es una parte fundamental en la parte de recuperación de estas personas, la terapia individual y grupal es favorable para sobrellevar sus problemas de ansiedad

y abstinencia, por lo tanto, con este trabajo de investigación se buscó dar un aporte enriquecedor para esta situación actual en nuestro país que día a día va creciendo.

Además de los impactos individuales y sociales, el estudio de la salud mental en personas en recuperación del alcoholismo es crucial para entender las dinámicas familiares y comunitarias que rodean a los afectados. En un país como El Salvador, donde el tejido social puede verse erosionado por problemas de alcoholismo, comprender cómo estos individuos interactúan con su entorno y qué apoyo reciben o necesitan, es vital para diseñar estrategias de intervención más efectivas. Este conocimiento puede ser clave para fortalecer las redes de apoyo y para fomentar una recuperación más sostenida y holística, no solo a nivel individual, sino también a nivel comunitario.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Marco Histórico

2.1.1 Historia salud psicológica

La salud psicológica como problemática en la historia siempre ha sido compleja y variada, con diferentes aspectos que han contribuido a su comprensión y abordaje a lo largo del tiempo. Aquí hay algunos hitos importantes que se han podido conocer son, el estigma y la discriminación, durante el paso del tiempo, las enfermedades mentales han sido estigmatizadas y mal entendidas. Las personas que sufrían trastornos mentales enfrentaban discriminación y eran marginadas de la sociedad. Esto dificultaba que buscaran ayuda y tratamiento adecuados, además que existían tratamientos inadecuados en el pasado, los tratamientos para los trastornos mentales eran a menudo inhumanos y poco efectivos. Por ejemplo, en el siglo XIX, se practicaban tratamientos como la lobotomía y la terapia de electroshock, que tenían graves consecuencias y no estaban respaldados por la evidencia científica (Arango, 2015).

Otro punto a resaltar es que existía una falta de comprensión científica, de los trastornos mentales o enfermedades mentales debido a que era limitada la información, se creía en explicaciones erróneas y estigmatizantes sobre la causa de estas enfermedades, como la posesión demoníaca o la debilidad moral. Esta falta de comprensión dificultaba el desarrollo de tratamientos efectivos; sin embargo, con el tiempo, se han desarrollado métodos más efectivos para tratar las diferentes afectaciones de la salud psicológica, incluida una variedad de enfoques de psicoterapia y medicamentos psicotrópicos. Estos avances han permitido un mejor manejo de muchas condiciones de salud mental y han reducido la estigmatización asociada con buscar tratamiento, además de las campañas de concientización de la importancia de la salud mental en la salud general y el bienestar de las personas. Se han realizado esfuerzos para desestigmatizar los trastornos mentales y promover la atención integral de la salud que incluya tanto la salud física como la mental (Guzmán & Arias, 2012).

2.1.2 Historia del Alcoholismo

El alcoholismo como fenómeno social y de salud ha existido a lo largo de la historia y no tiene un origen específico, ya que está influenciado por una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Blanco et al., 2003). Las bebidas fermentadas han estado presentes desde los primeros tiempos de la civilización egipcia, y hay evidencia de una bebida alcohólica primitiva en China que data aproximadamente del año 7000 a.C. En la

India, se utilizó una bebida alcohólica llamada sura, destilada a partir del arroz, en el periodo comprendido entre los años 3000 y 2000 a.C (Blanco et al., 2003).

El consumo de alcohol tuvo sus inicios en Mesoamérica y Andinoamérica hace aproximadamente 7 a 10 mil años. Desde entonces hasta el siglo actual, la conexión entre los seres humanos y las bebidas alcohólicas ha evolucionado de manera gradual, integrándose de manera compleja en las transformaciones de cada sociedad a lo largo de distintas etapas históricas. Esta evolución ha dado lugar a cambios sutiles en la manifestación de los problemas individuales y colectivos derivados del consumo de alcohol (Sánchez, 1984).

El alcohol, cuya palabra proviene del término árabe "alkuhi" que significa esencia o espíritu, ostenta el título de ser la sustancia psicoactiva más prevalente en todo el mundo. Su uso por parte de los seres humanos, en forma de bebida, se presume que se remonta a los primeros momentos de la existencia humana. Inicialmente asociado con prácticas religiosas, su consumo se expandió hacia formas más colectivas. Desde entonces, se han identificado dos amplias categorías de consumidores: aquellos que siguen pautas sociales de consumo responsable y aquellos que, lamentablemente, pierden el control, convirtiéndose en consumidores irresponsables (García Gutiérrez et al., 2004).

2.1.3 Historia de la Asociación de Alcohólicos Anónimos

La Asociación de Alcohólicos Anónimos se originó en 1935 en Ohio, EE. UU., cuando dos alcohólicos crónicos se conocieron a través de un grupo religioso llamado Oxford Group. En el primer encuentro, los dos hablaron cara a cara y se reconocieron. Para entonces, uno de los hombres, Bill W., había comenzado a buscar otros alcohólicos para ayudarlos a recuperarse. Él mismo observó que prolongaba su abstinencia hablando con otro alcohólico, aunque su conversación con el otro alcohólico no tuvo el mismo éxito. Unas semanas después de la convivencia entre Bill W. y el Dr. Bobs, este último dejó de beber el 10 de junio de 1935, lo que se considera el comienzo de AA. Inmediatamente buscaron nuevos alcohólicos a quienes pudieron ayudar (Sánchez Solís, 2008).

Sánchez Solís (2008) menciona que esta práctica básica de ayudar a otros alcohólicos se conoce hoy como el "Paso Doce" o "Duodécimo Paso". En 1939, a medida que crecía el número de miembros, la asociación decidió publicar un libro llamado Alcohólicos Anónimos, nombre con el que se presentó la asociación. Este libro narra las experiencias de los primeros alcohólicos que abandonaron el alcohol y muestra los 12 pasos hacia la sobriedad. Los pasos muestran influencia del grupo de Oxford, pero hace unos años decidieron separarse del grupo

de Oxford para evitar ser confundidos con un grupo religioso y centrarse exclusivamente en la recuperación del alcoholismo.

En la actualidad, la comunidad de Alcohólicos Anónimos funciona a través de más de 115.000 grupos locales en la mayoría de los países del mundo busca empoderar a las personas para que dejen de beber y mejoren su calidad de vida y la de los demás a través de la motivación, la información, el ejemplo, la voluntad y la convivencia. Así mismo, es de mucha relevancia mencionar que, AA considera el alcoholismo como una enfermedad progresiva que no puede curarse, pero que puede ser controlada. En el tiempo actual, los miembros de AA han aprendido que deben vivir sin alcohol si quieren evitar los problemas asociados con su consumo (Marinero, 2021).

El programa de Alcohólicos Anónimos llegó a El Salvador en el año 1955 a través de Edward Fitzgerald, un ciudadano estadounidense que había contraído matrimonio con una salvadoreña y que al llegar a El Salvador se dio cuenta de la expansión del vicio detrás de acontecimientos sociales, graduaciones, inauguraciones de negocios y reuniones familiares, las personas utilizaban el menor pretexto para beber. Así fue cómo surgió el primer grupo de Alcohólicos Anónimos en El Salvador y el primero de la región centroamericana. Luego de 61 años de ese momento, en El Salvador hay hasta la fecha 22,464 miembros de Alcohólicos Anónimos, 732 de los cuales son mujeres (La Prensa Gráfica, 2016).

2.1.4 Antecedentes Internacionales sobre el consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas tiene sus raíces en antiguas tradiciones y celebraciones, pero en la actualidad se ha convertido en una práctica común entre la juventud latinoamericana, según investigaciones realizadas por entidades de salud pública. Este hábito puede acarrear una serie de problemas personales, familiares, académicos, laborales e incluso fatales (Rivas Acuña et al., 2016). La OMS señala que el alcohol es una de las sustancias psicoactivas más consumidas a nivel mundial, con un impacto significativo en diversos aspectos sociales y económicos. El daño causado por el alcohol depende de factores como la cantidad y frecuencia de consumo, llegando a provocar hasta 3.3 millones de muertes anuales, así como enfermedades y trastornos mentales (Ponce Guerra et al., 2021).

El consumo de alcohol, asociado con trastornos mentales, es considerado un grave problema de salud pública por la OMS, ya que perturba el equilibrio del individuo con su cuerpo y entorno (Ariza & Casullo., 2002). Estudios como la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011 revelan que un alto porcentaje de la población, especialmente hombres y adultos, ha

experimentado con el alcohol, y este consumo ha aumentado tanto en áreas rurales como urbanas en los últimos años (Ariza & Casullo, 2002).

En México, específicamente en Tabasco, el consumo de alcohol está en aumento, influenciado por factores como la falta de educación, los prejuicios sociales y la falta de participación en las intervenciones de salud pública (Martínez et al., 2009). A lo largo del siglo XX, se ha estudiado científicamente el problema del alcoholismo, aplicando tratamientos y desarrollando marcos teóricos basados en la investigación neuroquímica, genética y neurofisiológica (Sánchez-Mejorada, 2007). La Asociación Médica Americana (AMA) y la OMS reconocieron la importancia de abordar el alcoholismo como una enfermedad, incluyéndola en sus clasificaciones médicas en la década de 1950.

2.1.5 Antecedentes Nacionales sobre el consumo de alcohol

En El Salvador, el alcoholismo es un problema de salud pública que afecta a una gran parte de la población adulta. Se estima que el 64% de la población salvadoreña mayor de 18 años se ve afectada por el fenómeno del alcoholismo. Según la Encuesta Nacional de Adicciones y Consumo de Drogas (ENAT), la población masculina es la mayor consumidora de alcohol, con un 32.98% de prevalencia (Escalante Ruiz et al., 2015).

Escalante Ruiz et al. (2015) mencionan que el consumo crónico y continuado o periódico del alcohol, que se caracteriza por una pérdida de control sobre la bebida, es considerado como alcoholismo. Esta condición puede ser influenciada tanto por el entorno social en el que se desenvuelve la persona como por factores biológicos propios de la persona.

El alcoholismo puede tener consecuencias negativas para la salud mental de las personas. Las causas más frecuentes que llevan a una persona a cometer suicidio están relacionadas con el alcoholismo, la depresión u otras enfermedades psiquiátricas. Además, situaciones de conflictos con parejas, violencia y problemas financieros también pueden contribuir a la precaria salud mental de las personas (González et al., 2023). Es importante destacar que la salud mental en El Salvador es precaria y existe un subregistro debido al estigma social asociado a las enfermedades mentales. El país cuenta con pocos recursos humanos especializados en salud mental y destina solo el 1% del presupuesto a la atención de la salud mental (Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”, 2021).

En El Salvador hay escasez de información debido a que esta población ha sido ignorada por la sociedad y las investigaciones, por lo que esto obstruye en descubrir antecedentes nacionales del estado de salud mental de las personas que se encuentran en Alcohólicos Anónimos. Es un tema poco estudiado pero que en la actualidad se necesita hacer

conciencia y dar una información correcta para que la sociedad esté conocedora de los efectos que puede tener esta problemática en su salud mental, de igual manera saber que hay organizaciones como AA que ayuda a las personas.

2.1.6 Antecedentes internacionales sobre salud mental en personas con alcoholismo

Investigaciones científicas han confirmado que existe una relación directa entre el deterioro de la salud mental y el aumento del consumo de alcohol, como lo demostró el estudio realizado por Casas y Guardia (2002) en una universidad en Medellín, Colombia. Este estudio reveló una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre los estudiantes universitarios que consumían alcohol de manera perjudicial, lo que también se asociaba con dificultades académicas y familiares.

Los pacientes con problemas de alcoholismo suelen experimentar otros trastornos psicológicos, especialmente de ansiedad y depresión, que a menudo son exacerbados por el consumo de alcohol. Sin embargo, en algunos casos, estos trastornos pueden ser independientes y requerir un tratamiento específico, lo que se conoce como patología dual. Los pacientes con una patología psicológica grave y alcoholismo tienen un mayor riesgo de enfrentar problemas psicosociales, recaídas y suicidio, por lo que requieren un tratamiento integral y prolongado en unidades especializadas (Casas & Guardia, 2002).

El estudio E.C.A. ("Epidemiological Catchment Area") llevado a cabo en los Estados Unidos entre 1980 y 1985 encontró una alta prevalencia de trastornos mentales, incluido el alcoholismo, asociado con problemas psicológicos. Además, se observó una mayor prevalencia de alcoholismo y otras adicciones entre pacientes con trastornos como esquizofrenia, trastorno antisocial, ansiedad y trastornos afectivos (Casas & Guardia, 2002).

Aunque los síntomas de ansiedad y depresión están frecuentemente asociados con el alcoholismo, no son mucho más prevalentes que en la población general. Sin embargo, la coexistencia de problemas de salud mental, como los trastornos de ansiedad, con el alcoholismo es más frecuente en aquellos que son dependientes del alcohol que en aquellos que simplemente abusan de él. En México, el alcohol es la principal sustancia psicoactiva consumida y es un factor importante en problemas de salud pública, como la violencia y la pobreza (OMS, 2019).

Investigaciones sobre la salud rural, como la realizada en Chiapas con 300 mujeres de 30 a 49 años, han encontrado una alta prevalencia de depresión relacionada con el alcoholismo. Además, se ha documentado una prevalencia significativa de depresión y nerviosismo en áreas rurales, especialmente entre las mujeres (Rivas Acuña et al., 2016).

2.2 Marco Teórico

2.2.1 La salud mental

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo puede alcanzar su máximo potencial, manejar eficazmente las tensiones cotidianas, desempeñarse productivamente en su trabajo y contribuir positivamente a su comunidad (World Health Organization, 2022a). La salud mental va más allá de la simple ausencia de trastornos mentales. Se trata de un proceso complejo que se experimenta de manera individual, con variados niveles de dificultad y angustia, y con resultados sociales y clínicos diversos muy diferentes (World Health Organization, 2022b).

- **Estrés:** Es cuando una persona siente que las exigencias de una situación superan los recursos personales y sociales disponibles para manejarlas. En el contexto de la salud mental, el estrés juega un papel crucial, ya que puede agravar o influir en diversos trastornos emocionales y psicológicos (Guarino et al., 2000). El estrés se manifiesta como una reacción natural del cuerpo ante circunstancias que se consideran retadoras o potencialmente peligrosas. En el ámbito de la salud mental, este fenómeno se presenta cuando las exigencias que se le hacen a una persona sobrepasan sus capacidades para gestionarlas adecuadamente (Cuevas & Gutiérrez, 2012).

- **Depresión:** Es un trastorno mental común. Involucra un estado de ánimo deprimido o la falta de interés o placer en actividades durante períodos prolongados de tiempo. La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día (World Health Organization, 2023). Es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento (Vidal, 2023).

- **Ansiedad:** La ansiedad se caracteriza por un estado de miedo, preocupación e inquietud. Puede manifestarse a través de sudoración, inquietud, tensión muscular y palpitaciones. Aunque la ansiedad puede ser una respuesta normal al estrés, para aquellos con trastornos de ansiedad, va más allá de ser útil, pudiendo interferir significativamente en su vida diaria y el miedo no es temporal y puede ser abrumador (National Library of Medicine, 2023). Es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno (Ortuño Sánchez, 2023).

2.2.2 Salud Psicológica

La salud psicológica se define como un estado de equilibrio y bienestar mental en el que una persona es capaz de enfrentar los desafíos de la vida, manejar sus emociones de manera saludable, mantener relaciones satisfactorias, y desarrollar su potencial de manera efectiva. Es un estado dinámico que involucra aspectos como la autoaceptación, la autenticidad, la resiliencia y el crecimiento personal (Vásquez et al., 2009). Otra manera en la que se puede definir es un nivel de equilibrio y bienestar mental en el que una persona es capaz de enfrentar los desafíos de la vida, manejar sus emociones de manera saludable, mantener relaciones satisfactorias, y desarrollar su potencial de manera efectiva. Es un estado dinámico que involucra aspectos como la autoaceptación, la autenticidad, la resiliencia y el crecimiento personal (Sánchez, 2022).

2.2.3 Alcoholismo

El alcoholismo es reconocido como una enfermedad y no simplemente como un vicio debido a su naturaleza crónica y progresiva que afecta tanto al cerebro como al comportamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el alcoholismo como un trastorno relacionado con el consumo de alcohol, caracterizado por una fuerte necesidad de beber, la pérdida de control sobre el consumo, la aparición de síntomas de abstinencia al reducir o interrumpir el consumo y la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para lograr el mismo efecto. Esta dependencia física y psicológica resulta de cambios neuroquímicos en el cerebro, lo que distingue al alcoholismo de un simple hábito o conducta moralmente cuestionable. La comprensión del alcoholismo como enfermedad permite abordarlo con tratamientos médicos y psicológicos adecuados, ofreciendo a las personas afectadas la posibilidad de recuperación y mejora de su calidad de vida. (Mayo Clinic, 2022).

- **Consumo de alcohol:** Esto implica que los hábitos de consumo de alcohol causan angustia y daño. La gravedad de este trastorno puede variar desde leve hasta severa, dependiendo de los síntomas presentes. En ocasiones, el tipo severo es llamado alcoholismo o dependencia del alcohol (National Library of Medicine, 2024). Es un patrón de consumo de alcohol que consiste en tener problemas para controlar lo que se toma, estar preocupado por el alcohol o continuar consumiendo aun cuando te causa problemas. Este trastorno también implica la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol consumida para alcanzar el mismo efecto deseado, así como la presencia de síntomas de abstinencia cuando se reduce o se interrumpe bruscamente el consumo de alcohol. El trastorno por consumo de alcohol incluye un nivel de consumo que suele llamarse alcoholismo (Mayo Clinic, 2022).

2.2.4 Causas y consecuencias del alcoholismo

La percepción del abuso del alcohol como un problema social tiene raíces históricas que se remontan a épocas anteriores. A lo largo de la historia, diversas culturas han observado los efectos perjudiciales del consumo excesivo de alcohol en la salud individual y en la sociedad en general. Este hábito tóxico se ha destacado como el más extendido a nivel mundial, afectando a diversas comunidades y grupos demográficos; la relación entre el consumo de alcohol y sus consecuencias en el organismo y la conducta es compleja y está influenciada por una variedad de factores (García et al., 2012).

Factores genéticos: Existe evidencia de que la predisposición genética puede aumentar la susceptibilidad al alcoholismo. Las personas con antecedentes familiares de trastornos relacionados con el alcohol tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas similares, debido a que sabemos la capacidad adictiva del alcohol y otras drogas se basa en la capacidad de fortalecer la transmisión dopaminérgica en el sistema mesolímbico, centro fundamental del sistema de recompensa, que está modulado por diferentes sistemas de neurotransmisores como el opioide y el serotoninérgico. La existencia de variantes genéticas para las proteínas clave de estos sistemas también podría estar relacionada con el consumo (Hoenicka et al., 2003).

Factores psicológicos: La presencia de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o el estrés crónico puede contribuir al desarrollo del alcoholismo. Algunas personas pueden recurrir al alcohol como una forma de automedicación para hacer frente a problemas emocionales, es importante señalar que la relación entre factores psicológicos y alcoholismo es compleja y multifacética. La intervención temprana y el tratamiento adecuado tanto para los trastornos mentales como para el alcoholismo son fundamentales para abordar estos problemas de manera efectiva (García et al., 2012).

Factores sociales y ambientales: El entorno en el que una persona crece y vive puede influir significativamente en el riesgo de desarrollar alcoholismo. Factores como la presión social, el acceso fácil al alcohol y la influencia de amigos o familiares que consumen alcohol de manera problemática pueden desempeñar un papel importante (Díaz & Moral, 2018).

Experiencias traumáticas y cultura: Eventos traumáticos en la vida, como abuso físico, emocional o sexual, pueden aumentar la probabilidad de que una persona recurra al alcohol como mecanismo de afrontamiento; la cultura y las normas sociales relacionadas con el consumo de alcohol pueden influir en los patrones de consumo. En algunas culturas, el consumo excesivo de alcohol puede ser más aceptado, lo que puede aumentar el riesgo de alcoholismo (Díaz & Moral, 2018).

Biología y neuroquímica: Las diferencias individuales en la respuesta biológica y neuroquímica al alcohol también pueden contribuir al desarrollo del alcoholismo. Algunas personas pueden experimentar una mayor sensación de placer o recompensa al consumir alcohol, lo que aumenta el riesgo de desarrollar dependencia (García et al., 2012).

Las teorías en torno a esta variabilidad sugieren que la respuesta al alcohol puede ser modulada por factores genéticos, lo que significa que la predisposición genética de una persona puede influir en cómo metaboliza y responde al alcohol. Además, factores psicológicos y sociales, como el entorno en el que una persona crece, sus experiencias de vida y las influencias culturales, también desempeñan un papel crucial en la relación entre el individuo y el alcohol (Arias, 2005).

A medida que alguien consume alcohol a lo largo del tiempo, existe la posibilidad de que el funcionamiento normal de áreas específicas del cerebro, asociadas con el placer, el razonamiento y el control de la conducta, se vea alterado. Este cambio puede contribuir a un fuerte deseo de consumir alcohol, ya sea para buscar sensaciones positivas o para mitigar los sentimientos negativos. Este proceso puede llevar al desarrollo de dependencia y trastornos relacionados con el consumo de alcohol, subrayando la importancia de comprender la interacción de diversos factores en la relación entre el individuo y esta sustancia (Arias, 2005).

El abuso de alcohol representa una de las principales causas de comportamientos antisociales, como agresiones, incidentes sexuales sin protección, deserción en el ámbito familiar y laboral. A nivel global, está asociado al 50 % de las muertes en accidentes de tráfico, así como al 30 % de los homicidios y detenciones policiales. Además, disminuye la expectativa de vida en un rango de 10 a 15 años y contribuye al 30 % de las hospitalizaciones psiquiátricas, así como al 8 % de los casos de ingreso por psicosis (Díaz & Moral, 2018).

Existen diferentes consecuencias que pueden existir por el alcoholismo algunas de ellas son trastornos como la depresión y ansiedad, debido a que el alcoholismo y los trastornos del estado de ánimo a menudo están interrelacionados. Algunas personas pueden recurrir al alcohol como una forma de auto tratar los síntomas de la depresión o la ansiedad, pero a largo plazo, el alcohol puede empeorar estos problemas. Otra afectación que existe es la desregulación emocional, debido a que esta problemática afecta la capacidad de una persona para regular sus emociones de manera saludable, en algunas ocasiones se manifiesta en cambios de humor rápidos, irritabilidad, explosiones emocionales o apatía emocional (Bolet & Socarrás, 2003).

Otra área que se logró ver afectada en estos casos es la autoestima y autoconcepto debido a que el alcoholismo puede socavar la autoestima y distorsionar el autoconcepto de una persona. Las personas pueden experimentar sentimientos de vergüenza, culpa y autoestima

reducida debido a sus comportamientos relacionados con el alcohol y las consecuencias negativas que experimentan como resultado; otro punto que se ve perjudicado es la cognición y función ejecutiva, función cognitiva y ejecutiva, lo que resulta en dificultades para concentrarse, tomar decisiones, resolver problemas y recordar información. Esto puede interferir con el desempeño laboral, académico y social de una persona (Díaz García & Moral Jiménez, 2018).

2.2.5 Proceso de la fase de recuperación del alcoholismo

El proceso de recuperación del alcoholismo puede definirse como la asistencia permanente y la realización responsable del proceso mediante el cual el alcohólico interrumpe el paulatino deterioro físico y mental propio de esta enfermedad e inicia una recuperación continua en las áreas de la vida afectadas. El proceso de recuperación del alcoholismo puede ser un desafío, pero con el apoyo adecuado y la determinación, es posible lograr una vida sobria y saludable (Pusay Villarroel, 2016).

Durante el proceso de recuperación del alcohol se producen cambios importantes tanto a nivel cerebral como psicológico. En cuanto al primero, los cambios neuroquímicos ocurren a nivel del sistema nervioso central, estos cambios se traducen en ajustes biológicos, que a su vez significan cambios que se manifiestan a través de signos y síntomas de carácter físico y psicológico. Es importante aplicar una terapia de rehabilitación temprana en la que se explique al paciente, a su familia o a su entorno más cercano cuáles son y en qué consisten cada una de las cuatro etapas que afrontarán a lo largo de su proceso de recuperación (Pusay Villarroel, 2016). Estas etapas son las siguientes:

La primera etapa de la recuperación es la abstinencia, o síndrome de abstinencia, que comienza con la primera abstención del consumo de alcohol y dura de 1 a 2 semanas. Sin duda, el síndrome de abstinencia es el protagonista de esta fase, lo que significa que el organismo del paciente se desintoxica del alcohol, lo que muchas veces deriva en fuertes deseos de consumir, depresión, ansiedad, falta de energía, irritabilidad, insomnio, paranoia, problemas de sueño y memoria. Durante esta etapa, se cree que los sentimientos negativos asociados con la abstinencia del alcohol provienen de una activación disminuida en los sistemas de recompensa y una mayor activación de los sistemas de estrés en el cerebro. Esto dificulta que las personas experimenten los placeres de la vida cotidiana y puede generar un deseo intenso por consumir alcohol (Carballo Crespo, 2007).

Es importante destacar que la abstinencia alcohólica puede variar en gravedad y duración, dependiendo del grado de alcoholismo y del estado de salud de la persona. En algunos

casos, los síntomas pueden ser leves y desaparecer en unos pocos días, mientras que en otros casos pueden ser más graves e incluso potencialmente mortales, como en el caso del delirium tremens. En el desarrollo de la fase de abstinencia, es fundamental contar con apoyo médico y emocional. Los profesionales médicos pueden brindar tratamiento farmacológico para aliviar los síntomas de abstinencia y prevenir complicaciones. Además, los grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos (AA) pueden proporcionar un entorno de apoyo y comprensión para aquellos que están en proceso de abstinencia alcohólica (Carballo Crespo, 2007).

La segunda etapa de la recuperación es conocida como la fase de abstinencia temprana o "luna de miel". Durante este período, es común que el paciente experimente un estado de bienestar y, en ocasiones, euforia al sentir o creer que sus problemas con la sustancia están casi resueltos. Esta fase tiene una duración de 4 a 6 semanas y se caracteriza por un aumento de la energía, un incremento del optimismo y una leve paranoia en el paciente. Estas sensaciones pueden llevar a una sobre confianza que podría generar complicaciones, ya que el paciente podría pensar que no es necesario continuar con el tratamiento, exponiéndose más a factores desencadenantes externos. Por esta razón, resulta crucial que los pacientes estén conscientes de la existencia de esta fase y de sus características distintivas. Esto les permitirá reconocer los riesgos asociados y prepararse para enfrentarlos mediante el uso de diversas estrategias adquiridas hasta el momento, como la implementación de un calendario estructurado, el reconocimiento de sus propios desencadenantes, la asistencia continua a grupos de apoyo, la práctica de ejercicio físico para liberar endorfinas y la aplicación de técnicas de detención del pensamiento (Carballo Crespo, 2007).

La fase siguiente en el proceso de recuperación se denomina abstinencia prolongada o fase del muro. Esta etapa genera aprehensión en muchos pacientes, ya que se percibe como un retroceso. Durante este periodo, la energía disminuye considerablemente y emocionalmente la persona experimenta apatía, tristeza y, en algunos casos, estados de anhedonia. La duración de esta fase puede extenderse entre 3 y 4 meses, durante los cuales la persona enfrenta cambios frecuentes en su estilo de vida, experimenta sentimientos de tristeza y enojo, se enfrenta a la soledad, posiblemente conflictos familiares, alteraciones en su vida sexual y la resurgencia de deseos de consumir alcohol, estos desafíos pueden inducir a la persona a creer que su recuperación es imposible, incrementando así la sensación de desesperanza frente a la situación y las posibilidades de recaída, que suelen justificar a través de su estado emocional. Es crucial destacar la importancia de que los familiares estén al tanto de esta fase y entender que todos estos cambios resultan de la estabilización adecuada de la neuroquímica cerebral, y que, con el tiempo, los síntomas remitirán (Almanza Avendaño & Gómez San Luis, 2020).

La fase final, que abarca de 4 a 6 meses, es la de adaptación y resolución. En este punto, la persona ha superado los síntomas de la abstinencia física, experimentando mejoras en casi todos sus efectos. No obstante, es crucial comprender que la conclusión de la recuperación no implica que el proceso haya llegado a su fin. En esta etapa, es común que el paciente perciba que, al superar la fase del muro, su vida puede regresar a la normalidad, aunque esta creencia sea inexacta. El objetivo principal de esta fase es mantener el estilo de vida que ha sido establecido de manera progresiva a lo largo de cada etapa de la recuperación, reconociendo que este proceso es continuo a lo largo de la vida. Dado que, la estabilidad emocional aumenta en esta fase, la toma de decisiones y el estado emocional del paciente experimentan mejoras notables. Este progreso puede motivar a participar en actividades que disfruta e incorporarlas a su nuevo estilo de vida. Es esencial que la persona, con el respaldo de sus diversos apoyos (familiares, amigos, etc.) y de sí misma, desarrolle y mantenga un estilo de vida equilibrado (Almanza Avendaño & Gómez San Luis, 2020).

2.2.6 Proceso de recaída en el alcoholismo

Usechelle Torrealba et al. (2017) mencionan que, el alcoholismo puede ser tratado como una enfermedad, actualmente no existe una cura definitiva. Esto implica que una persona alcohólica que haya logrado mantenerse sobria durante un largo período y haya recuperado su salud, aún corre el riesgo de sufrir una recaída y debe seguir evitando cualquier tipo de bebida alcohólica. La recaída es un aspecto fundamental que debe entenderse al hablar de cambios en los hábitos relacionados con la dependencia. Desde una perspectiva médica, la recaída se refiere a la reaparición de los síntomas de la enfermedad después de un periodo de mejoría. Aplicando este concepto a las dependencias, la recaída se entendería como el retorno a los niveles de consumo anteriores después de un intento de detener o reducir el consumo, o como el fracaso en alcanzar los objetivos establecidos por el individuo después de un periodo definido de tiempo (Jungerman & Laranjeira, 1999).

Así mismo, Fernández Godoy (2006) menciona que se trata de retomar un patrón de conducta y/o consumo que existía previamente a la decisión de dejar de consumir, buscar ayuda y someterse a un proceso de rehabilitación. En otras palabras, un individuo puede considerarse en recaída cuando muestra comportamientos y actitudes disfuncionales que presentaba antes del tratamiento. Para calificar como recaída en un paciente que inicia el proceso de rehabilitación, se requiere que haya alcanzado al menos dos meses de abstinencia. Si el período es menor, se considera que el paciente aún está en proceso de dependencia o abuso de alcohol. La recaída se percibe como una etapa del proceso de rehabilitación, no como su conclusión.

No indica que la persona haya fracasado y que no pueda recuperarse posteriormente. Durante cada ciclo que el paciente atraviesa hasta una nueva recaída, se suelen alcanzar objetivos intermedios en el tratamiento, modificando algunos de los comportamientos (Fernández Godoy, 2006).

En un principio, es relevante explicar el modelo teórico de Prochaska y DiClemente (1982) el cual es ampliamente utilizado en la actualidad. Este modelo postula que el cambio ocurre a través de un proceso que involucra distintos estadios, el punto de entrada al proceso de cambio es el estadio de Precontemplación, donde la persona aún no contempla la posibilidad de cambiar; en este estadio, la persona no reconoce su comportamiento como un problema, siendo este momento caracterizado por resistencia o negación. Al surgir cierta conciencia del problema, la persona progresa al siguiente estadio, la Contemplación. En esta fase, la persona considera el cambio, pero aún lo rechaza, y es aquí donde se debe abordar la ambivalencia, que está elevada, para facilitar una decisión de cambio. Tras gestionar la ambivalencia, la persona avanza al estadio de Preparación, mostrándose lista y comprometida con el cambio, es crucial, en este momento, aumentar la responsabilidad para el cambio y desarrollar un plan específico (Fernández Godoy, 2006).

El estadio subsiguiente es el de Acción, donde la persona ya implementa cambios y utiliza la terapia como un medio para asegurar su plan, fortalecer la autoeficacia y establecer las condiciones externas para el cambio, todo el proceso puede tener una duración de 3 a 6 meses. La prueba fundamental para evaluar la eficacia del cambio es la estabilidad de este nuevo estado durante años, lo cual se denomina Mantenimiento en el proceso de cambio, sin embargo, no todas las personas permanecen en este estadio, ya que muchas pueden experimentar recaídas y tener que reiniciar el proceso. La recaída, de alguna manera, forma parte del proceso de cambio y, en muchas ocasiones, es esencial para iniciar de nuevo, no siempre este reinicio comienza en la etapa inicial (Fernández Godoy, 2006).

La lucha contra el alcoholismo puede ser un proceso difícil y lleno de obstáculos, especialmente cuando se trata de una recaída de alcohol. Esta es una realidad en la recuperación del alcoholismo, y es importante saber cómo enfrentarlas y superarlas. La recaída se divide en tres etapas: emocional, mental y física. Cada una de estas etapas juega un papel importante en el proceso (Prismalia, 2023).

Recaída emocional: La recaída emocional es la primera etapa. Se caracteriza por sentimientos de ansiedad, tristeza, soledad, estrés o cualquier otra emoción negativa que pueda llevar a la persona a buscar consuelo en el alcohol. Si la persona no puede encontrar una forma

saludable de lidiar con estas emociones, es probable que recurra al alcohol para encontrar una solución temporal (Prismalia, 2023).

Recaída mental: La recaída mental es la siguiente fase. Se produce cuando la persona comienza a tener pensamientos negativos sobre su capacidad para mantener la sobriedad. Es en esta etapa donde la persona puede comenzar a racionalizar y justificar su consumo de alcohol, lo que la lleva a sentirse desesperada y desamparada (Prismalia, 2023).

Recaída física: La recaída física es la última etapa y se produce cuando la persona empieza a beber de nuevo. En este punto, la persona puede sentir que ha perdido el control y que no puede detenerse, lo que lleva a un consumo desmedido de alcohol. Incluso, puede ser peligrosa para la salud de la persona y puede requerir atención médica inmediata. También es común que se aprecien signos de alcoholismo en la cara (Prismalia, 2023).

2.2.7 Teorías y modelos teóricos sobre salud mental

Las teorías y modelos proporcionan marcos conceptuales y explicativos que permiten entender los trastornos mentales, su origen, desarrollo y tratamiento (Carvajal Villaplana, 2002). Así mismo, deben tener ciertas cualidades, como objetividad, fiabilidad, verificabilidad experimental y aplicabilidad en la clínica. Algunas teorías y modelos teóricos sobre salud mental son:

- **Modelo psicosocial**

Armendáriz García (2012) menciona que el modelo propuesto enfatiza que la formación de la persona se produce mediante su interacción dinámica con otros individuos y con una variedad de factores ambientales que configuran su entorno vital. En este sentido, no se plantea una relación lineal de causa y efecto para explicar el consumo, sino que se reconoce que este surge como resultado de la interacción entre diversas variables, sin atribuir a ninguna de ellas un papel de causa primaria. Cada una de estas variables puede influir de manera independiente o combinada en circunstancias específicas (Armendáriz García, 2012).

Este modelo contempla tres componentes principales: el primero se centra en los aspectos relacionados con la sustancia consumida, como cantidad, frecuencia y vía de administración, considerando las acciones desencadenantes de efectos específicos en el organismo. Este componente comparte principios del modelo médico, que considera aspectos bioquímicos y fisiológicos relacionados con la sustancia y su impacto en el cuerpo. El segundo componente aborda la variable del individuo, incluyendo factores de personalidad y aspectos cognitivos y motivacionales que pueden influir en el consumo de alcohol u otras drogas. Se destaca que, frente al enfoque médico, se reconoce la importancia de los aspectos psicológicos

en la adopción de conductas y estilos de vida no adaptativos, como el consumo de alcohol. El tercer componente se refiere al ambiente, considerando factores contextuales como el entorno familiar, el estatus socioeconómico, las relaciones sociales y las creencias compartidas. Estos elementos se integran para explicar la conducta de consumo de alcohol y otras drogas. Aunque este modelo es más amplio, no aborda las interacciones entre las dimensiones ambientales e individuales (Armendáriz García, 2012).

- **Modelo conductual**

Según Leiva (2005) el modelo conductual es una perspectiva psicológica que sostiene que el aprendizaje de un idioma, al igual que cualquier otra forma de aprendizaje humano, se deriva de la formación de hábitos. Este proceso de aprendizaje resulta de la imitación y repetición de respuestas específicas a estímulos particulares. El éxito o fracaso del aprendizaje está condicionado por la medida en que estas respuestas son aceptadas por el entorno circundante de la persona.

El modelo conductual se ha utilizado para comprender la salud mental de las personas en recuperación del alcoholismo desde una perspectiva basada en la conducta observable. Según este modelo, los trastornos mentales y los problemas de salud mental relacionados con el alcoholismo son el resultado de patrones de comportamiento desadaptativos o disfuncionales que pueden ser aprendidos y modificados a través del condicionamiento. En el contexto de la recuperación del alcoholismo, el enfoque conductista se centra en identificar y modificar los comportamientos problemáticos asociados con el consumo de alcohol. Se utilizan técnicas como el condicionamiento operante, el modelado y la exposición gradual para ayudar a las personas a adquirir habilidades de afrontamiento y autocontrol, y para reducir la reactividad a los estímulos relacionados con el consumo de alcohol (Calvo, 1983).

Según esta perspectiva, un individuo con dependencia del alcohol se distingue por consumir la sustancia de manera frecuente y repetida como una forma de evitar o escapar de situaciones de tensión o malestar. Este proceso de aprendizaje implica la asociación entre estímulos específicos y recompensas, que, tras numerosas repeticiones, puede transformarse en una compulsión para beber al enfrentarse a señales cognitivas, fisiológicas y ambientales vinculadas con la abstención de la bebida. El modelo conductual surge con la finalidad de explicar el alcoholismo como un resultado de un historial de aprendizaje en el cual el consumo de alcohol se ha intensificado en frecuencia, duración e intensidad debido a los beneficios percibidos. La terapia cognitivo-conductual es una de las intervenciones más utilizadas dentro del enfoque conductista para el tratamiento del alcoholismo. Esta terapia se centra en identificar y modificar los pensamientos y creencias disfuncionales relacionados con el consumo de

alcohol, así como en desarrollar habilidades de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas (Calvo, 1983).

- **Teoría del aprendizaje cognitivo social**

Bandura, tanto en sus formulaciones tempranas como en las posteriores, presentó una introducción a la teoría del aprendizaje social. Esta teoría ha evolucionado recientemente, adoptando la forma de la teoría del aprendizaje cognitivo social, y ofrece un análisis exhaustivo de los principios que rigen el desarrollo, la persistencia y la modificación del comportamiento humano. Aunque la teoría del aprendizaje social inicialmente sostenía que el aprendizaje se producía al experimentar los efectos de la conducta mediante la repetida asociación de estímulos y respuestas, ha evolucionado hacia el aprendizaje de una relación contingente entre estímulos condicionados y estímulos incondicionados. Esta relación correlativa se considera como una expectativa aprendida que puede ser mediada cognitivamente. En nuestra cultura, el aprendizaje del consumo de alcohol es una parte intrínseca del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización. Sin embargo, la influencia de los agentes de socialización puede ser necesaria pero no es suficiente para explicar el desarrollo del abuso del alcohol y la dependencia (Tataje Mitacc, 2011).

Tataje Mitacc (2011) menciona que, los principios clave de la teoría del aprendizaje social en relación con el consumo y abuso del alcohol incluyen:

1. La incorporación del consumo de alcohol en el desarrollo psicosocial y el proceso de socialización es esencial en nuestra cultura. Sin embargo, la influencia de los agentes de socialización, aunque necesaria, no es suficiente para explicar el desarrollo del abuso y la dependencia del alcohol.
2. Las diferencias individuales, ya sean biológicas o psicológicas, heredadas o adquiridas, junto con factores predisponentes, pueden interactuar con agentes socializadores y situaciones para influir en el patrón inicial de consumo de alcohol.
3. Las experiencias directas con el alcohol desempeñan un papel crucial en la continuación del desarrollo y experimentación con esta sustancia.
4. La sobrecarga de la capacidad de afrontamiento efectivo, combinada con la percepción disminuida de eficacia, aumenta la probabilidad de abuso del alcohol en comparación con el consumo simple, especialmente cuando los factores predisponentes interactúan con la demanda situacional actual.
5. La tolerancia adquirida hacia las propiedades directas y reforzantes del alcohol puede impulsar la ingesta de cantidades mayores para lograr los mismos efectos.

6. El aumento sostenido del consumo incrementa el riesgo de desarrollar dependencia física y psicológica, y en este punto, el consumo puede ser reforzado negativamente para evitar los síntomas de abstinencia.
7. Las consecuencias individuales y sociales del consumo de alcohol pueden generar estrés y dar lugar a interacciones negativas entre la persona y su entorno.
8. La recuperación depende de la capacidad de elegir y explorar formas alternativas de afrontamiento.

- **Teoría de la reducción de la tensión**

La teoría de la reducción de la tensión surge como una aplicación de la teoría de la reducción del impulso, buscando clarificar el papel reforzante que el alcohol parece tener en los individuos. Se ha centrado principalmente en los estados aversivos, como la ansiedad, concebidos como impulsos en los cuales la reducción de la ansiedad desempeña un papel reforzador. La teoría sugiere que el alcohol actúa reduciendo la tensión, entendida como una forma de estrés, y que muchas personas beben para lograr este resultado, incluso llegando a la adicción (Tataje Mitacc, 2011).

En la formulación inicial de la teoría por (Conger, 1956, como se citó en Tataje Mitacc, 2011) se utilizaron principios del condicionamiento, particularmente basándose en la teoría de los dos factores de Mowrer relacionada con la conducta de evitación. Se presupone que el efecto farmacológico depresivo del alcohol reduce el impulso subyacente asociado al estado de ansiedad. La evidencia para respaldar esta teoría proviene de diversos contextos, siendo uno de ellos el paradigma experimental del conflicto, inicialmente probado en modelos animales. Se emplearon paradigmas de escape y de aproximación y evitación para sugerir que el alcohol reduce el miedo a través de un mecanismo de evitación (Tataje Mitacc, 2011).

2.2.8 Teoría psicológica sobre el DASS-21

Como herramienta, el DASS se desarrolló desde una perspectiva dimensional en lugar de categórica para los trastornos psicológicos, partiendo de la idea de que las diferencias entre individuos normales y aquellos con alteraciones clínicas se deben a la intensidad con la que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Esta premisa ha sido respaldada por evidencia empírica, que ha mostrado que la estructura factorial del DASS es consistente tanto en muestras clínicas como no clínicas. Esto apoya la noción de que los trastornos clínicos representan una forma extrema o disfuncional de síndromes emocionales fundamentales (Román Mella et al., 2014).

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) fueron diseñadas para medir la presencia de emociones negativas asociadas con la depresión, ansiedad y estrés con el fin de diferenciar claramente entre estas dos condiciones, cuya superposición ha sido documentada tanto por profesionales de la salud como por investigadores (Lovibond & Lovibond, 1995). Para lograr esto, se incluyeron síntomas específicos de cada condición y se excluyeron aquellos que son comunes a ambos trastornos, como los cambios en el apetito. Durante los análisis factoriales, se identificó un tercer factor, el estrés, que agrupa síntomas como la dificultad para relajarse, la tensión nerviosa, la irritabilidad y la agitación (Lovibond & Lovibond, 1995).

El DASS-21 se basa en un modelo teórico que considera que la depresión, la ansiedad y el estrés son dimensiones emocionales relacionadas pero separables. Este modelo postula que estas tres dimensiones pueden ser medidas de manera independiente, pero que comparten un factor común de malestar emocional.

Este instrumento fue evolucionándose utilizando análisis factoriales que identificaron tres factores subyacentes correspondientes a los tres estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés. Este enfoque permite medir cada una de estas dimensiones con precisión y distingue entre ellas en contextos clínicos y de investigación (Lovibond & Lovibond, 1995).

Se creó con la finalidad de cumplir con los requisitos psicométricos de una escala de autoinforme, adoptando una perspectiva dimensional en lugar de categórica sobre los trastornos psicológicos. Esto significa que las diferencias entre personas sin trastornos y aquellas con alteraciones clínicas se basan en la severidad con que experimentan los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond & Lovibond, 1995).

El DASS-21 surgió como una respuesta a la necesidad de una herramienta más breve y accesible que mantuviera la efectividad del DASS original. Su desarrollo y validación han hecho de él una herramienta valiosa en la evaluación psicológica, proporcionando una manera práctica de medir estos importantes estados emocionales en una variedad de contextos (Román Mella et al., 2014).

2.3 Marco conceptual

La salud mental se concibe como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que le permite participar de manera exitosa en ámbitos laborales, intelectuales y relaciones sociales, experimentando así un bienestar y una calidad de vida satisfactorios. Hoy en día, se reconoce que la salud mental ha sido definida de diversas maneras por estudiosos de diferentes culturas. Sin embargo, estas definiciones coinciden en incluir el bienestar subjetivo,

la autonomía y el potencial emocional del individuo, trascendiendo así el mero funcionamiento biológico (Morales Sosa, 2010).

Díaz Moreno et al. (2007) definen el alcoholismo como una enfermedad crónica y primaria, con causas múltiples que abarcan factores biológicos, genéticos, educativos, psicológicos y ambientales. Esta condición se manifiesta clínicamente a través de signos de abstinencia, reducción o cesación tanto voluntaria como involuntaria del consumo de alcohol, falta de control sobre el consumo, minimización o negación del problema, y la continua ingesta a pesar de las consecuencias adversas.

A lo largo de la historia, el concepto de adicción ha sido moldeado por diversos factores tanto materiales como simbólicos, incorporando elementos subjetivos y sociales. Esto hace que resulte difícil ignorar la confusión y la parcialidad que lo rodean. Los expertos no han logrado consensuar una definición clara, lo que ha generado controversia desde perspectivas médicas, psicológicas y otros enfoques, sin embargo, la OMS lo define como, una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación; Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales (Díaz, 2023).

El consumo de alcohol es un comportamiento complejo que implica la ingesta deliberada de bebidas que contienen etanol, una sustancia psicoactiva con efectos tanto físicos como psicológicos en el organismo humano. Este fenómeno puede variar en intensidad, frecuencia y contexto, desde el consumo ocasional en eventos sociales hasta el abuso crónico y la dependencia, conocida como alcoholismo. El consumo de alcohol puede tener múltiples motivaciones, incluyendo el disfrute social, la relajación, la reducción del estrés o la automedicación de problemas emocionales o mentales. Sin embargo, el consumo excesivo y prolongado de alcohol puede tener graves consecuencias para la salud física, mental y social, incluyendo daño hepático, trastornos mentales, deterioro de las relaciones interpersonales, problemas laborales y legales, así como un aumento del riesgo de accidentes y muertes prematuras. La comprensión del consumo de alcohol implica considerar no sólo los aspectos individuales, como la genética, la personalidad y las experiencias pasadas, sino también los factores socioeconómicos, culturales y ambientales que influyen en los patrones de consumo y en las estrategias de prevención y tratamiento (Cortez, et al., 2017).

El término ansiedad se refiere a una combinación de manifestaciones físicas y mentales que no están asociadas con peligros reales, sino que pueden presentarse en forma de crisis o como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar incluso al pánico. Además, pueden aparecer otras características neuróticas como síntomas obsesivos o histéricos que no son

predominantes en el cuadro clínico. Aunque la ansiedad comparte similitudes con el miedo, se diferencia en que mientras el miedo se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad está relacionada con la anticipación de peligros futuros, que son indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986, como se citó en Sierra et al., 2003).

La depresión es tristeza sin causa aparente, desvinculada de los desencadenantes identificables, y si los hay, sin correlación proporcional en términos de intensidad, duración y funcionalidad del individuo, se denomina tristeza patológica, o más precisamente, "depresión". No obstante, es importante reconocer que el término "depresión" ha sido mal utilizado y abusado tanto por el público en general como por los profesionales y académicos que estudian este fenómeno; esta condición patológica del estado de ánimo constituye en realidad un conjunto variado de enfermedades o trastornos afectivos, abarcando un amplio espectro que va desde casos clásicos como la "depresión mayor" hasta formas atípicas, secundarias o variantes de reacciones psíquicas normales. Sin embargo, comparten como característica distintiva de este estado de ánimo patológico una disfuncionalidad extrema o una limitación en las capacidades del individuo, su cronicidad y la presencia de otros síntomas propios de la depresión (Benavides, 2017).

El estrés es una reacción natural del cuerpo ante circunstancias que se consideran retadoras o potencialmente peligrosas. En el ámbito de la salud mental, este fenómeno se presenta cuando las exigencias que se le hacen a una persona sobrepasan sus capacidades para gestionarlas adecuadamente (Cuevas & Gutiérrez, 2012).

Alcohólicos Anónimos es una comunidad de personas que se reúnen para resolver su problema con la bebida. Asistir a reuniones de A.A. no cuesta nada. No hay ningún requisito de edad o nivel de educación para participar. Cualquiera que quiera hacer algo para resolver su problema con la bebida puede hacerse miembro. El propósito primordial de A.A. es ayudar a los alcohólicos a lograr la sobriedad (Alcoholics Anonymous, 2021).

La recaída se define como el retorno a un patrón de comportamiento o consumo que existía antes de que la persona tomara la decisión de cambiar, buscar ayuda y realizar un proceso de rehabilitación. Se considera que la recaída es una etapa del proceso de rehabilitación y no su conclusión. No implica necesariamente un fracaso irreparable, sino que debe ser comprendida como parte del proceso de (Álvarez, 2011).

El autocontrol se refiere a la habilidad que poseen las personas para regular su comportamiento y sus impulsos de manera voluntaria. En otras palabras, implica la capacidad de influir en sí mismos, incluyendo sus emociones, deseos y acciones. Aquellas personas que tienen dificultades para controlarse a sí mismas pueden experimentar problemas de control de

impulsos, lo que significa que no pueden limitar o inhibir su propio comportamiento (Colomar, 2019).

La abstinencia alcohólica se refiere a los síntomas que se pueden presentar cuando una persona que ha estado consumiendo alcohol en exceso regularmente de pronto deja de beber alcohol. La abstinencia de alcohol se manifiesta como un proceso continuo, que va desde temblores, convulsiones, alucinaciones hasta inestabilidad del sistema autónomo potencialmente mortal en la abstinencia intensa (Grant et al., 2015).

La recuperación es un proceso profundamente personal y único que implica un cambio en las actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Se trata de vivir una vida satisfactoria, llena de esperanza y contribuciones, a pesar de las limitaciones que puedan surgir debido a la enfermedad. Este proceso implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, mientras la persona supera los efectos negativos de la enfermedad mental y crece más allá de ellos (Anthony, 1993, como se cita en González Fernández, 2018).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Descripción del área de estudio

La investigación de campo se trabajó con una población accesible, en donde el número de elementos fue reducido y estuvo delimitado por criterios de inclusión y exclusión (Ventura-León, 2017). Dicha población estuvo conformada por 241 personas, tanto hombres como mujeres, que asisten a las diferentes sedes de Alcohólicos Anónimos en el distrito de San Salvador, El Salvador. No obstante, se implementó muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández González, 2021), en el cual participaron un total de 124 personas.

3.2 Enfoque, tipo y diseño de investigación

La investigación se realizó desde el enfoque cuantitativo, el cual se caracterizó por su énfasis en la recolección y análisis de datos numéricos y su interpretación estadística (Hernández Sampieri et al., 2014). El estudio fue de tipo diagnóstica (descriptiva), debido a que, en las investigaciones descriptivas, también conocidas como investigaciones diagnósticas, gran parte de los estudios y escritos sobre temas sociales, como el proceso de salud mental de las personas que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos, se quedaron en este nivel. Básicamente, se trató de describir un fenómeno o situación específica señalando sus características más distintivas o que las hacían únicas (Esteban Nieto, 2018).

El propósito de la investigación descriptiva fue comprender situaciones, costumbres y actitudes predominantes mediante la descripción precisa de actividades, objetos, procesos y personas. Su objetivo fue más allá de simplemente recopilar datos, ya que también buscó predecir e identificar las relaciones entre dos o más variables, por ejemplo, la prevalencia de los síntomas ansiosos, depresivos y de estrés en los adultos salvadoreños que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos. Los investigadores no se limitaron a tabular información; recogieron datos con base en una hipótesis o teoría, presentaron y resumieron la información con cuidado, y luego analizaron detalladamente los resultados para extraer generalizaciones significativas que aportaran al conocimiento (Esteban Nieto, 2018).

Se trabajó con un diseño de cohorte transversal debido a que era un tipo de investigación observacional donde se evaluaban una o más características o enfermedades (variables) en un momento específico. Los datos de un estudio transversal se recopilaron en el presente y, en algunos casos, también se obtuvieron de características pasadas, conductas o experiencias de los individuos. En el presente estudio, se recolectó información acerca de la presencia de síntomas ansiosos, depresivos y de estrés que las personas adultas salvadoreñas manifestaban

durante su proceso de recuperación en Alcohólicos Anónimos (Rodríguez & Mendivelso, 2018).

3.3 Sujetos y objetos de estudio

3.3.1 Unidad de análisis:

Adultos en fase de recuperación con problemas de alcoholismo de diferentes centros de Alcohólicos Anónimos en el distrito de San Salvador.

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión:

- **Inclusión:** Hombres y mujeres, entre las edades de 18 y 80 años que asisten a recuperación en el grupo de apoyo Alcohólicos Anónimos, y personas dispuestas a participar en la investigación.
- **Exclusión:** Niños y adolescentes de ambos sexos, personas que no asistieran al grupo de Alcohólicos Anónimos, aquellos que no estuvieran en proceso de recuperación, quienes no quisieran participar en la investigación, así como a individuos con otros problemas de adicción o algún padecimiento médico.

3.3.3 Población:

La población seleccionada para el desarrollo de los instrumentos estuvo conformada por 241 adultos participantes que pertenecían a distintas sedes de Alcohólicos Anónimos ubicadas en el distrito de San Salvador.

Las sedes con las que se trabajó fueron las siguientes:

Sede 12 de abril: Ubicada en Boulevard los Héroes, contando con 12 hombres y 2 mujeres como miembros asistentes.

Sede Centroamérica: Ubicada en Colonia Centroamérica, contando con 35 hombres como miembros asistentes.

Sede El Carmen: Ubicada al final del Paseo General Escalón, Cantón El Carmen, contando con 22 hombres como miembros asistentes.

Sede Flor Blanca (Mediodía): Ubicada cerca del Colegio García Flamenco, contando con 30 hombres y 4 mujeres como miembros asistentes.

Sede Flor Blanca (Noche): Ubicada en Boulevard Constitución, contando con 25 hombres y 1 mujer como miembros asistentes.

Sede Gente Joven: Ubicada en Boulevard los Héroes, frente anexo Hospital Benjamín Bloom, con una población de 14 hombres y 4 mujeres como miembros asistentes.

Sede La 75: Ubicada en 75 avenida norte, prolongación Juan Pablo II, contando con 30 hombres y 2 mujeres asistentes.

Sede Nuevo Renacer 1999 (Tabernáculo de Israel): Situada en Final Villa Bautista, 73 Avenida sur, calle Nueva #2, colonia Escalón #401, con la población de 15 hombres y 4 mujeres asistentes.

Sede Reflexiones: Ubicada en Colonia Miramonte, Avenida Sierra Nevada, Condominio CC Local 2, contando con 13 hombres y 2 mujeres asistentes.

Sede UES 26 de abril: Situada en Universidad de El Salvador, 25 avenida norte, portón de odontología, contando con 23 hombres y 3 mujeres asistentes.

3.3.4 Muestra:

En la investigación, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar a los participantes, ya que la muestra se seleccionó según la conveniencia del investigador, quien tenía la libertad de decidir de forma arbitraria el número de participantes en el estudio (Hernández González, 2021). Este método se eligió debido a la naturaleza del estudio, que se centró en la salud mental de adultos en recuperación en Alcohólicos Anónimos. Los participantes fueron seleccionados en función de su disponibilidad y disposición para participar en el estudio, lo que permitió acceder a un grupo de individuos que asistían regularmente a las reuniones y estaban dispuestos a proporcionar información útil para el proceso de investigación (López, 2004). Participaron un total de 124 adultos salvadoreños.

3.4 Matriz de congruencia

Tema: La salud mental de adultos salvadoreños que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos.								
Enunciado del problema: ¿Cómo se encuentra la salud mental de las personas que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos en las sedes 12 de abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Mediodía), Flor Blanca (Noche), Gente Joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexiones y UES 26 de abril durante los meses de enero a septiembre 2024?								
Objetivo general: Identificar la salud mental de las personas alcohólicas que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos en las sedes 12 de abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Mediodía), Flor Blanca (Noche), Gente Joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexiones y UES 26 de abril.								
Objetivos Específicos	Unidad de análisis	Variables	Definición de la variable	Operacionalización de variables	Indicadores	Ítems	Técnica a utilizar	Tipo de instrumento a utilizar
1. Describir si existen o no síntomas ansiosos, depresivos y estresores en los adultos salvadoreños que asisten a AA.	Participantes activos de Alcohólicos Anónimos.	Salud mental.	La salud mental se concibe como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que le permite	Cualitativa ordinal.	Estrés.	Ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18.	Cuestionario.	Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21).
					Ansiedad.	Ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20.		
					Depresión.	Ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21.		

			participar de manera exitosa en ámbitos laborales, intelectuales y relaciones sociales, experimentando así un bienestar y una calidad de vida satisfactorios (Morales Sosa, 2010).					
2. Determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés que presentan las	Participant es activos de Alcohólicos Anónimos.	Salud mental.	La salud mental se concibe como el estado de equilibrio entre una persona y	Cualitativa ordinal.	Estrés.	Ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18.	Cuestionario.	Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21).
					Ansiedad	Ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20.		

personas alcohólicas que asisten a recuperación en AA en las sedes 12 de Abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Medio día), Flor Blanca (Media noche), Gente joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexión y UES 26 de abril. .			su entorno socio-cultural, lo que le permite participar de manera exitosa en ámbitos laborales, intelectuales y relaciones sociales, experimentando así un bienestar y una calidad de vida satisfactorios (Morales Sosa, 2010).		Depresión	Ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21.		
--	--	--	--	--	------------------	---	--	--

3.5 Variables e indicadores

Variable	
Salud Mental	La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad (World Health Organization, 2022a).
Indicadores	
Estrés	Es una respuesta automática natural del cuerpo ante circunstancias que se consideran retadoras o potencialmente peligrosas. En el ámbito de la salud mental, este fenómeno se presenta cuando las exigencias que se le hacen a una persona sobrepasan sus capacidades para gestionarlas adecuadamente (Guerrero Barona, 1997).
Depresión	Es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante algunos momentos en su vida cotidiana. La depresión es distinta de los cambios habituales que tiene el ser humano del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día presentes en la vida cotidiana (World Health Organization, 2023).
Ansiedad	La ansiedad es un estado que la persona puede presentar miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones. Puede ser una reacción normal al estrés. Si bien la ansiedad puede ayudar a enfrentar una situación, además de darle un impulso de energía o ayudarlo a concentrarse, para las personas con trastornos de ansiedad el miedo no es temporal y puede ser abrumador (National Library of Medicine, 2023).

3.6 Técnica, materiales e instrumentos

3.6.1 Técnica y procedimiento para recopilación de la información

Según Muñoz Giraldo et al. (2001), en la investigación cuantitativa se solían emplear métodos como encuestas, entrevistas, observación sistemática, análisis de contenido, fichas de verificación, etc. La técnica para la recopilación de datos e información para la investigación fue la encuesta, definida por (Archenti, 2012, como se citó en Gonzalo Seid & Abiuso, 2019), como un método para recopilar información que emplea cuestionarios estandarizados para explorar diversos aspectos de los individuos o grupos estudiados, como hechos, actitudes, creencias, opiniones, patrones de consumo, hábitos, prejuicios predominantes e intenciones de voto.

El procedimiento de recopilación de la información se realizó de la siguiente manera:

- Se implementó un cuestionario breve para que las personas a encuestar proporcionarán información verídica.
- Las personas que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos no contaron con tiempo para responder el cuestionario.
- Se aplicó el cuestionario de manera presencial únicamente a las personas que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos, cumpliendo los criterios de inclusión de acuerdo con la investigación.
- Se mencionó a las personas que la información que proporcionarán sería de forma anónima, con la finalidad de cuidar su integridad personal, y se les entregó adicionalmente un consentimiento informado.

3.6.2 Instrumentos de registro y medición

En la investigación se seleccionó el instrumento de medición de acuerdo con el problema de estudio para la recolección de datos pertinentes sobre los participantes involucrados en la investigación.

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), creada por Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond en 1995, fue uno de los instrumentos más utilizados para evaluar estados emocionales negativos en diferentes poblaciones (Güilgüiruca et al., 2023) (ver anexo 2). El DASS-21 constaba de 21 ítems evaluando tres subescalas: ansiedad, depresión y estrés, donde cada indicador constaba de 7 ítems clasificados de la siguiente manera:

- Ansiedad: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20
- Depresión: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21

- Estrés: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18

El individuo debía responder en una escala tipo Likert entre 0 y 3, donde 0 aludía a "No ha ocurrido"; 1 a "Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo"; 2 a "Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo"; y 3 a "Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo". El DASS-21 contaba con adecuadas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en adolescentes y adultos salvadoreños (Lobos-Rivera et al., 2022; Orellana & Orellana, 2021).

Para la evaluación de cada subescala, se debieron sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una, donde la interpretación era que, a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología, de acuerdo con los siguientes puntos de corte:

- Depresión: 5-6 depresión leve; 7-10 depresión moderada; 11-13 depresión severa; 14 o más, depresión extremadamente severa.
- Ansiedad: 4 ansiedad leve; 5-7 ansiedad moderada; 8-9 ansiedad severa; 10 o más, ansiedad extremadamente severa.
- Estrés: 8-9 estrés leve; 10-12 estrés moderado; 13-16 estrés severo; 17 o más, estrés extremadamente severo

3.7 Aspectos éticos

El estudio se apegó rigurosamente a los principios éticos establecidos en el código de ética de la Junta de Vigilancia de Psicología de El Salvador. Este compromiso ético se constituyó como el pilar fundamental que orientó cada etapa del proceso investigativo, asegurando la protección y el bienestar de todos los participantes. Desde la fase de planificación hasta el análisis y la difusión de resultados, se prestó especial atención para garantizar el cumplimiento estricto de estos principios, promoviendo la confianza, la transparencia y el respeto en la investigación psicológica dentro del contexto salvadoreño.

Esta investigación psicológica tuvo como objetivo primordial la comprensión, interpretación y resolución de dilemas tanto humanos como sociales, así como también abordó las responsabilidades inherentes a los procesos de cambio que contribuyeron al progreso de la sociedad en el país y al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Se basó en los principios éticos y científicos de la investigación, los cuales dictaron que esta debía llevarse a cabo considerando siempre los derechos humanos de los participantes como prioridad fundamental. La investigación siguió rigurosamente principios científicos, se garantizó la confidencialidad de la información recopilada durante la investigación y se aseguró de protegerla en casos donde existiera la posibilidad de que terceros accedieran a dicha

información. Se asignaron tareas a asistentes o colaboradores según sus habilidades y capacitación, manteniendo una supervisión constante para garantizar el cumplimiento de estándares éticos y científicos. Se buscó asesoramiento de expertos dedicados a la investigación especializada en una población específica, con el fin de desarrollar y aplicar el proyecto de investigación, tomando precauciones para evitar que las personas involucradas sufrieran algún tipo de perjuicio (Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología, 2021).

La investigación se llevó a cabo en condiciones adecuadas que garantizaron y promovieron el bienestar, desarrollo e integridad de los participantes. Además, se ofreció a los participantes la oportunidad de plantear preguntas y aclarar sus dudas sobre los procedimientos de la investigación. Fue crucial evitar cualquier forma de coacción hacia los participantes, ya fuera mediante actitudes autoritarias o el ofrecimiento de retribuciones financieras u otros incentivos; asimismo, se proporcionaron a los participantes los resultados y las conclusiones de la investigación. En el caso de que los procedimientos de la investigación causaran daño a algún participante, se implementaron medidas razonables para minimizar dicho daño. Si se detectó la posibilidad de que se produjeran efectos negativos posteriores, se suspendió de manera inmediata el proceso de investigación con el fin de proteger el bienestar y la dignidad de los participantes; se garantizó en las publicaciones, filmaciones, grabaciones o reproducción de documentos el anonimato de las personas y la confidencialidad de la información obtenida, a menos que se hubiera llegado a un acuerdo diferente previamente (Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología, 2021).

Los principios fundamentales que orientaron nuestra investigación incluyeron son:

Confidencialidad: Este principio se refiere a la obligación de resguardar la información personal de los participantes, garantizando que dicha información se mantenga privada y no sea divulgada a individuos no autorizados. Se establecieron medidas de seguridad rigurosas para proteger los datos, conforme a las normativas de protección de datos y privacidad aplicables.

Respeto: Este principio implicó el reconocimiento y la valoración de la dignidad, los derechos y las opiniones de los participantes. Se aseguró que todos los participantes fueran tratados con respeto y consideración, manteniendo la integridad de sus valores y derechos a lo largo del proceso investigativo.

Autonomía: Este principio subrayó el derecho de los participantes a completar el instrumento de investigación de manera libre y autónoma, de acuerdo con sus propias capacidades y decisiones. Se garantizó que los participantes pudieran responder con total

libertad, sin coerción, asegurando que sus respuestas reflejaran fielmente sus experiencias y percepciones individuales.

Estos principios éticos fueron esenciales para el diseño y la implementación del estudio, asegurando el cumplimiento de los estándares científicos y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes en todas las fases de la investigación.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1 Proceso de análisis de la información

La muestra de nuestra investigación fue seleccionada según la conveniencia de las investigadoras debido a que tenían que cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, además se decidió de forma arbitrada el número de participantes (Hernández González, 2021). Se optó por este método debido a la orientación del estudio, el cual se enfocó en la salud mental de adultos en proceso de recuperación dentro de Alcohólicos Anónimos. Los participantes fueron elegidos en función de su disponibilidad y voluntad para formar parte del estudio, lo que facilitó el acceso a un grupo de personas que asistían regularmente a las reuniones y estaban dispuestas a ofrecer información valiosa para la investigación (López, 2004). Por lo que el total de nuestra muestra fueron 124 personas que asisten a Alcohólicos Anónimos.

Los resultados obtenidos gracias al cuestionario DASS 21 fueron tomados en cuenta, con la ayuda de los asistentes de AA, tomando a bien la disposición de las personas en participar en dicha investigación. Sin embargo, se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del trabajo, abordando así nuestra muestra de 124 adultos salvadoreños que asisten Alcohólicos Anónimos. La discusión de los resultados se realizó tomando en consideración los antecedentes, bases teóricas según los autores mencionados en el marco teórico.

Para la tabulación en el programa estadístico SPSS de los datos recopilados de las personas encuestadas que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos, se siguió un proceso detallado. Primero, en la vista "Variable View", se definieron las variables de la encuesta, asignando nombres descriptivos y especificando el tipo de datos (numérico, texto, etc.), así como etiquetas y valores para las respuestas categóricas. Esto facilitó una clara identificación y manejo de cada variable. Posteriormente, en la vista "Data View", se ingresaron los datos de cada encuestado, asegurando que las respuestas se codificaran correctamente, cómo asignar números a opciones de respuesta textuales para simplificar el análisis.

Después de ingresar los datos, se llevó a cabo una revisión exhaustiva para identificar y corregir errores o valores faltantes, garantizando la integridad y precisión de la información. Se utilizaron las funciones de transformación en SPSS para crear nuevas variables, como calcular promedios de los niveles de depresión, ansiedad y estrés, facilitando el análisis posterior. De igual manera, se realizaron análisis estadísticos descriptivos, incluyendo la obtención de frecuencias, se generaron tablas y gráficos para visualizar los resultados de manera efectiva.

4.2 Resultados de la investigación

Con el fin de lograr los objetivos planteados al inicio de la presente investigación se vació la información obtenida mediante el cuestionario en el programa estadístico SPSS, para su análisis e interpretación. Además, se realizaron gráficas en el programa de Excel para una mejor comprensión de los resultados.

Se presentan los resultados en orden, partiendo de los datos sociodemográficos de cada encuestado hasta los resultados relacionados con los niveles de depresión, ansiedad y estrés de los participantes. El estudio se basó sobre una muestra de 10 sedes de AA, en la cual se obtuvo una participación de 124 adultos salvadoreños que asisten a recuperación en AA.

Los resultados se obtuvieron a través de encuestas presenciales administradas a adultos en proceso de recuperación de la adicción al alcohol, provenientes de diversas sedes de Alcohólicos Anónimos en el distrito de San Salvador.

4.2.1 Resultados sociodemográficos

Con respecto a los datos sociodemográficos en la tabla 1, el análisis de la distribución por edad de los participantes activos en Alcohólicos Anónimos revela que la mayoría se encuentra en el rango de 29 a 50 años, con el mayor grupo en el intervalo de 29 a 39 años 32.3%. Esto sugiere una mayor participación en las edades medias, posiblemente debido a una mayor disponibilidad o una mayor conciencia de la necesidad de apoyo en estas etapas de la vida. En contraste, los participantes mayores de 60 años representan solo el 3.2% del total, indicando una menor representación en esta franja etaria.

Tabla 1.

Rangos de edad de las personas que asisten a AA.

Edad	Frecuencia (%)
De 18 a 28 años	26 (21.0)
De 29 a 39 años	40 (32.3)
De 40 a 50 años	38 (30.6)
De 51 a 61 años	16 (12.9)
De 62 a 72 años	4 (3.2)
Total	124 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

El desglose por sexo de los participantes activos en Alcohólicos Anónimos, según la tabla 2, muestra que el 57.3% de los participantes son hombres, mientras que el 42.7% son mujeres, con un total de 124 participantes. Esto indica una mayor representación masculina en el grupo activo, con una diferencia de 14.6 puntos porcentuales entre hombres y mujeres. Esta diferencia podría implicar que los hombres, al tener una mayor prevalencia de problemas relacionados con el alcohol, están más representados en las reuniones de Alcohólicos Anónimos. La proporción de mujeres, aunque menor, sigue siendo significativa y refleja una participación considerable.

Tabla 2.

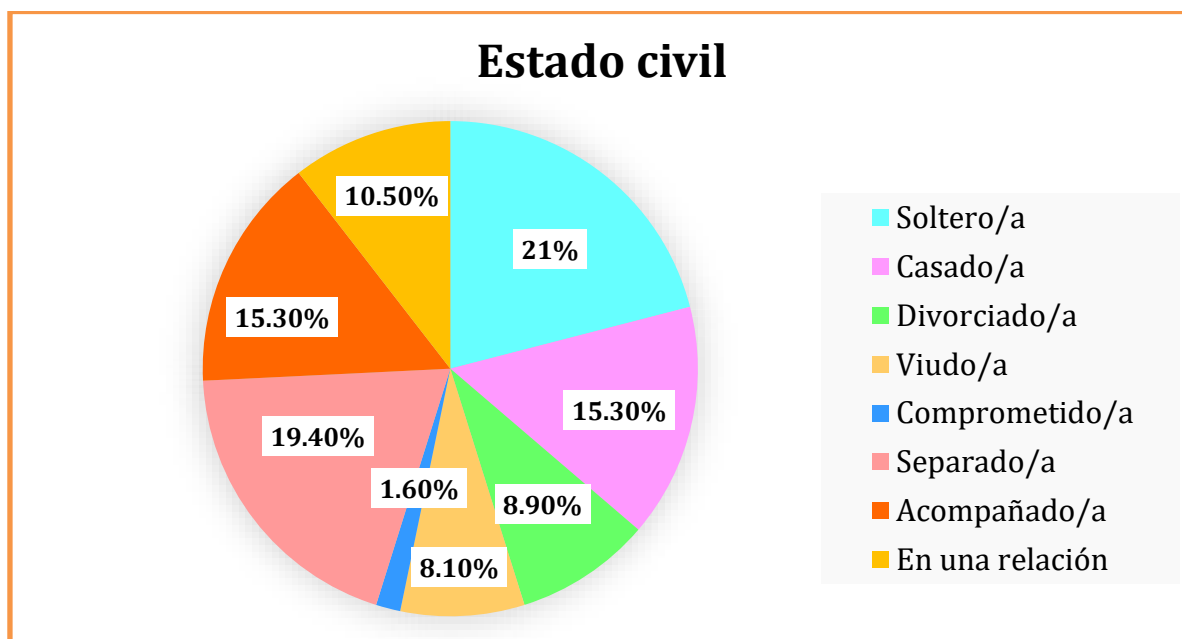
Sexo de las personas que asisten a AA.

Sexo	Frecuencia (%)
Hombre	71 (57.3)
Mujer	53 (42.7)
Total	124 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

La figura 1 que muestra el estado civil de los miembros activos en AA destaca que el 21.0% son solteros, el grupo más numeroso, seguido por los separados con un 19.4% y casados y acompañados, ambos con un 15.3%. Los divorciados representan el 8.9%, y los viudos el 8.1%, con los comprometidos siendo menos frecuentes, con un 1.6% respectivamente. Los que están "en una relación" forman el 10.5% del total. La notable predominancia de solteros y separados, junto con la menor representación de comprometidos, sugiere que el estado civil puede influir en la participación, posiblemente indicando que los individuos en situaciones menos estables o que atraviesan cambios significativos en sus relaciones tienen una mayor propensión a buscar apoyo en Alcohólicos Anónimos.

Figura 1.
Estado civil de las personas que asisten a AA.



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.

Según la información presentada en la tabla 3, se puede ver que los participantes en Alcohólicos Anónimos según si tienen hijos muestra que el 62.1% tienen hijos, mientras que el 37.9% no tienen. Este predominio de participantes con hijos puede indicar que aquellos con responsabilidades familiares adicionales podrían estar buscando apoyo en Alcohólicos Anónimos debido a las complejidades añadidas que la paternidad puede traer a su proceso de recuperación. La mayor proporción de participantes con hijos sugiere que las dinámicas familiares y las responsabilidades parentales juegan un papel significativo en su decisión de asistir a las reuniones, posiblemente reflejando una necesidad de apoyo adicional para manejar las demandas de la vida familiar junto con los desafíos de la adicción.

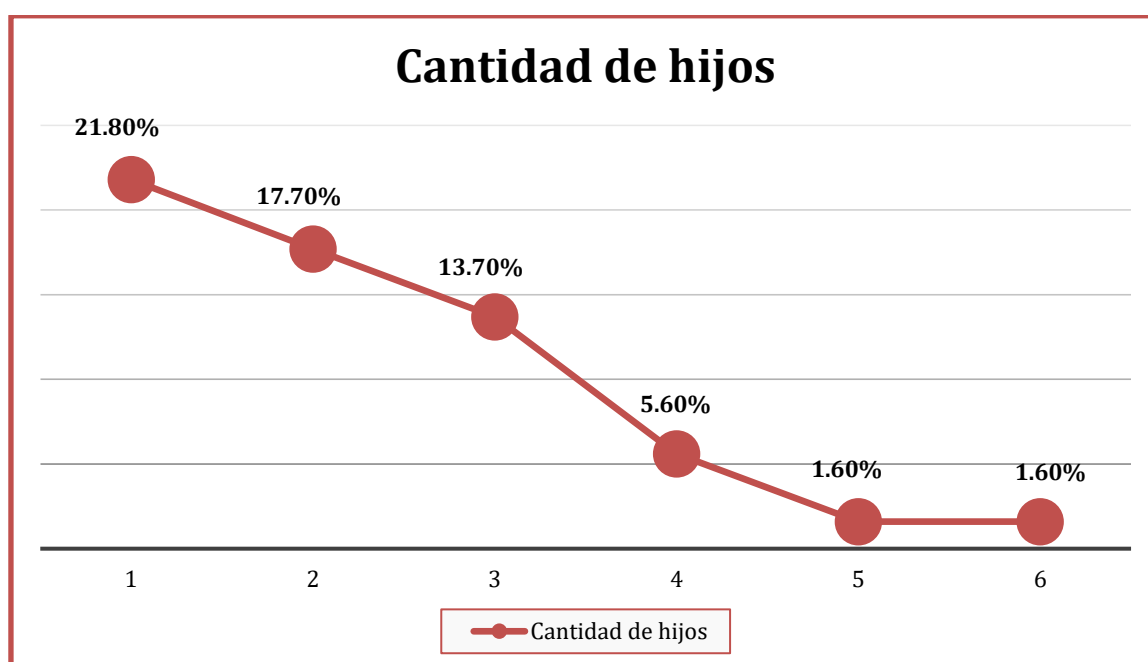
Tabla 3.
Presencia de hijos de las personas que asisten a AA.

Hijos	Frecuencia (%)
No	47 (37.9)
Si	77 (62.1)
Total	124 (100.0)

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.

La figura 2 muestra que entre los 124 asistentes a Alcohólicos Anónimos (AA), la mayoría tiene entre 1 y 2 hijos, representando el 21.8% y 17.7% de la muestra, respectivamente. Este patrón indica que la mayor parte de los participantes maneja una estructura familiar relativamente pequeña. En contraste, la presencia de familias más grandes es menos común, con solo un 5.6% de los participantes teniendo 4 hijos y apenas un 3.2% con 5 o 6 hijos. Esto sugiere que aquellos con menos hijos podrían tener menos responsabilidades y, por lo tanto, más facilidad para asistir regularmente al programa. La menor representación de personas con más hijos podría indicar que las numerosas familias enfrentan mayores desafíos en términos de tiempo y recursos, lo que podría impactar su capacidad para participar en el proceso de recuperación.

Figura 2.
Cantidad de hijos de las personas que asisten a AA.



Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

La tabla 4 detalla que, entre los 124 participantes, la mayoría tiene educación de nivel medio, representando el 40.3% de la muestra. El 35.5% cuenta con educación superior, mientras que el 24.2% tiene solo nivel básico. Esto sugiere que un porcentaje significativo de los asistentes posee una educación formal que va más allá del nivel básico, con una concentración notable en el nivel medio.

Tabla 4.

Nivel académico de las personas que asisten a AA.

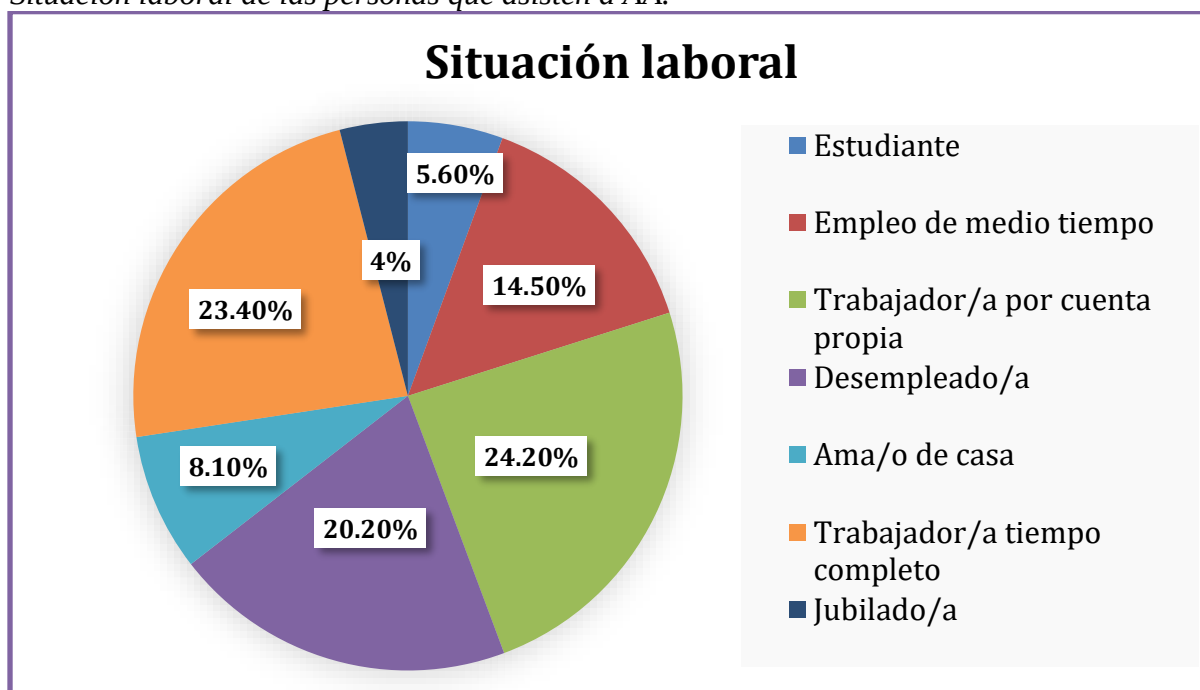
Nivel Académico	Frecuencia (%)
Básico	30 (24.2)
Medio	50 (40.3)
Superior	44 (35.5)
Total	124 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

El análisis de figura 3 de la situación laboral de las personas que asisten a reuniones de Alcohólicos Anónimos (AA) revela una diversidad significativa en sus ocupaciones y estados laborales. La mayor proporción de participantes se encuentra trabajando por cuenta propia 24.2% o a tiempo completo 23.4%. Sin embargo, un porcentaje notable de individuos está desempleado 20.2%, lo que sugiere que la búsqueda de empleo o la reintegración laboral puede ser un desafío considerable para este grupo. Además, la presencia de estudiantes 5.6%, ama de casa 8.1% y jubilados 4.0% indica que el grupo está compuesto por personas en diversas etapas de sus vidas y con diferentes responsabilidades, aunque estos grupos representan una menor proporción.

Figura 3.

Situación laboral de las personas que asisten a AA.



Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

La tabla 5 muestra las sedes más concurridas que son El Carmen 18.5% y Centroamérica 15.3%. Por otro lado, sedes como Nuevo Renacer 1999 y 12 de abril tienen la menor asistencia, con un 4.8% y 5.6% respectivamente. Las sedes intermedias como La 75 y Gente Joven 9.7% cada una presentan una asistencia moderada. En conjunto, la variabilidad en la asistencia a las sedes indica que los factores como la ubicación, los horarios y la orientación específica de cada sede juegan un papel crucial en la elección de los asistentes, influyendo en su capacidad para mantenerse comprometidos con el proceso de recuperación.

Tabla 5.

Nivel académico de las personas que asisten a AA.

Sede AA	Frecuencia (%)
12 de abril	7 (5.6)
Centroamérica	19 (15.3)
El Carmen	23 (18.5)
Flor Blanca (Mediodía)	18 (14.5)
Flor Blanca (Noche)	8 (6.5)
Gente Joven	12 (9.7)
La 75	12 (9.7)
Nuevo Renacer 1999	6 (4.8)
Reflexiones	9 (7.30)
UES 26 de abril	10 (8.1)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

4.2.2 Resultados de la presencia de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés

La depresión en los participantes de Alcohólicos Anónimos (AA) se manifiesta a través de una tristeza persistente y una sensación general de desesperanza. Esto puede reflejarse en la incapacidad para experimentar alegría o entusiasmo por actividades que solían ser placenteras. Es importante mencionar que la depresión puede afectar gravemente la capacidad de un individuo para seguir con el tratamiento y comprometerse con el proceso de recuperación. Los sentimientos de desesperanza y la falta de motivación pueden aumentar el riesgo de recaídas y disminuir la efectividad de las estrategias de tratamiento. En la tabla 6 se encuentran los síntomas relacionados con la depresión, donde el mayor porcentaje arriba del 36.3% representa que le ha ocurrido bastante de acuerdo con los ítems del instrumento aplicado.

Tabla 6.
Presencia de síntomas relacionados con la depresión

No.	Ítem	Total (%)	No me ha ocurrido o durante parte del tiempo (%)	Me ha ocurrido poco (%)	Me ha ocurrido bastante (%)	Me ha ocurrido mucho (%)
1	No podía sentir ningún sentimiento positivo.	124 (100.0)	10 (8.1)	31 (25.0)	59 (47.6)	24 (19.4)
2	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	124 (100)	5 (4.0)	30 (24.2)	54 (43.5)	35 (28.2)
3	He sentido que no había nada que me ilusionara.	124 (100)	5 (4.0)	30 (24.2)	49 (39.5)	40 (32.3)
4	Me sentí triste y deprimido.	124 (100)	13 (10.5)	34 (27.4)	51 (41.1)	26 (21.0)
5	No me pude entusiasmar por nada.	124 (100)	8 (6.5)	24 (19.4)	62 (50.0)	30 (24.2)
6	Sentí que valía muy poco como persona.	124 (100)	10 (8.1)	36 (29.0)	42 (33.9)	36 (29.0)
7	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	124 (100)	14 (11.3)	31 (25.0)	45 (36.3)	34 (27.4)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

Los síntomas de ansiedad en los participantes pueden incluir preocupaciones constantes, dificultad para relajarse y una sensación general de tensión. Esto puede manifestarse físicamente con síntomas como la sequedad de la boca, temblores y dificultad para respirar. La ansiedad severa puede complicar el proceso de recuperación al aumentar el malestar emocional y dificultar el manejo efectivo del estrés. La ansiedad intensa puede llevar a comportamientos de evasión, hacer más difícil adherirse a las pautas de tratamiento y aumentar la vulnerabilidad a las recaídas. En la tabla 7 se encuentran los síntomas relacionados con la ansiedad, donde el mayor porcentaje arriba del 35% representa que le ha ocurrido bastante de acuerdo con los ítems del instrumento aplicado.

Tabla 7.
Presencia de síntomas relacionados con la ansiedad

No.	Ítem	Total (%)	No me ha ocurrido o durante parte del tiempo (%)	Me ha ocurrido poco (%)	Me ha ocurrido bastante (%)	Me ha ocurrido mucho (%)
1	Me di cuenta de que tenía la boca seca.	124 (100)	15 (12.1)	33 (26.6)	54 (43.5)	22 (17.7)
2	Se me hizo difícil respirar.	124 (100)	11 (8.9)	39 (31.5)	46 (37.1)	28 (22.6)
3	Sentí que mis manos temblaban.	124 (100)	6 (4.8)	30 (24.2)	57 (46.0)	31 (25.0)
4	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	124 (100)	8 (6.5)	36 (29.0)	37 (29.8)	42 (33.9)
5	Sentí que estaba al punto de pánico.	124 (100)	18 (14.5)	36 (29.0)	41 (33.1)	29 (23.4)
6	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	124 (100)	19 (15.3)	41 (33.1)	36 (29.0)	28 (22.6)
7	Tuve miedo sin razón.	124 (100)	12 (9.7)	24 (19.4)	65 (52.4)	23 (18.5)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

El estrés elevado puede manifestarse en una dificultad significativa para manejar la tensión y en reacciones emocionales exageradas. Los participantes pueden experimentar una sensación de estar constantemente agobiados y tener problemas para relajarse. El estrés alto puede interferir con el proceso de recuperación al exacerbar otros síntomas como la ansiedad y la depresión. La incapacidad para manejar el estrés adecuadamente puede llevar a una menor adherencia al tratamiento y aumentar el riesgo de recaídas, ya que las personas pueden recurrir al alcohol como una forma de auto-medicación. La tabla 8 muestra los síntomas relacionados con el estrés, donde el mayor porcentaje arriba del 40% representa que le ha ocurrido bastante de acuerdo con los ítems del instrumento aplicado.

Tabla 8.
Presencia de síntomas relacionados con el estrés

No.	Ítem	Total (%)	No me ha ocurrido o durante parte del tiempo (%)	Me ha ocurrido poco (%)	Me ha ocurrido bastante (%)	Me ha ocurrido mucho (%)
1	Me ha costado mucho descargar la tensión.	124 (100)	11 (8.9)	42 (33.9)	48 (38.7)	23 (18.50)
2	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	124 (100)	11 (8.9)	32 (25.8)	44 (35.5)	37 (29.8)
3	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	124 (100)	9 (7.3)	39 (31.5)	47 (37.9)	29 (23.4)
4	Me he sentido inquieto.	124 (100)	13 (10.5)	28 (22.6)	49 (39.5)	34 (27.4)
5	Se me hizo difícil relajarme.	124 (100)	11 (8.9)	26 (21.0)	57 (46.0)	30 (24.2)
6	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	124 (100)	11 (8.9)	32 (25.8)	54 (43.5)	27 (21.8)
7	He tendido a sentirme enfadado con facilidad.	124 (100)	15 (12.1)	24 (19.4)	47 (37.9)	38 (30.6)

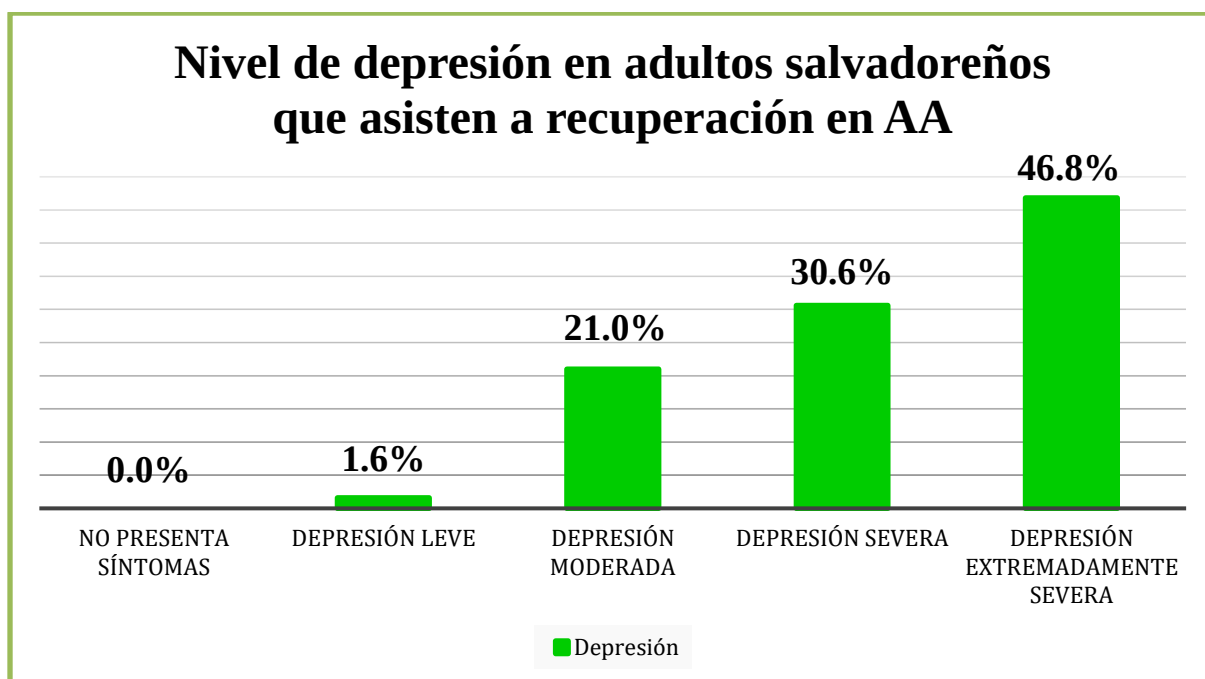
Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

4.2.3 Resultados de los niveles de depresión, ansiedad y estrés

En la figura 4 se puede observar de manera más detallada los resultados obtenidos, donde el gráfico de barras en cuestión ilustra la distribución de los niveles de depresión entre los participantes en un programa de recuperación en AA. La categoría con el mayor porcentaje es "Depresión Extremadamente Severa", en segundo "Depresión severa", tercero "Depresión moderada" y por último se encuentra "Depresión leve". Los porcentajes indican la proporción de individuos que presentan cada nivel de depresión según el instrumento de medición. Este hallazgo indica que una proporción significativa de los adultos en recuperación está experimentando una forma muy grave de depresión. Esta alta prevalencia puede reflejar las dificultades intensas asociadas con la recuperación del alcoholismo, como la pérdida de sentido, desesperanza profunda y severas alteraciones emocionales que afectan la capacidad de los individuos para manejar sus vidas cotidianas.

Figura 4.

Nivel de depresión en adultos salvadoreños que asisten a recuperación en AA.

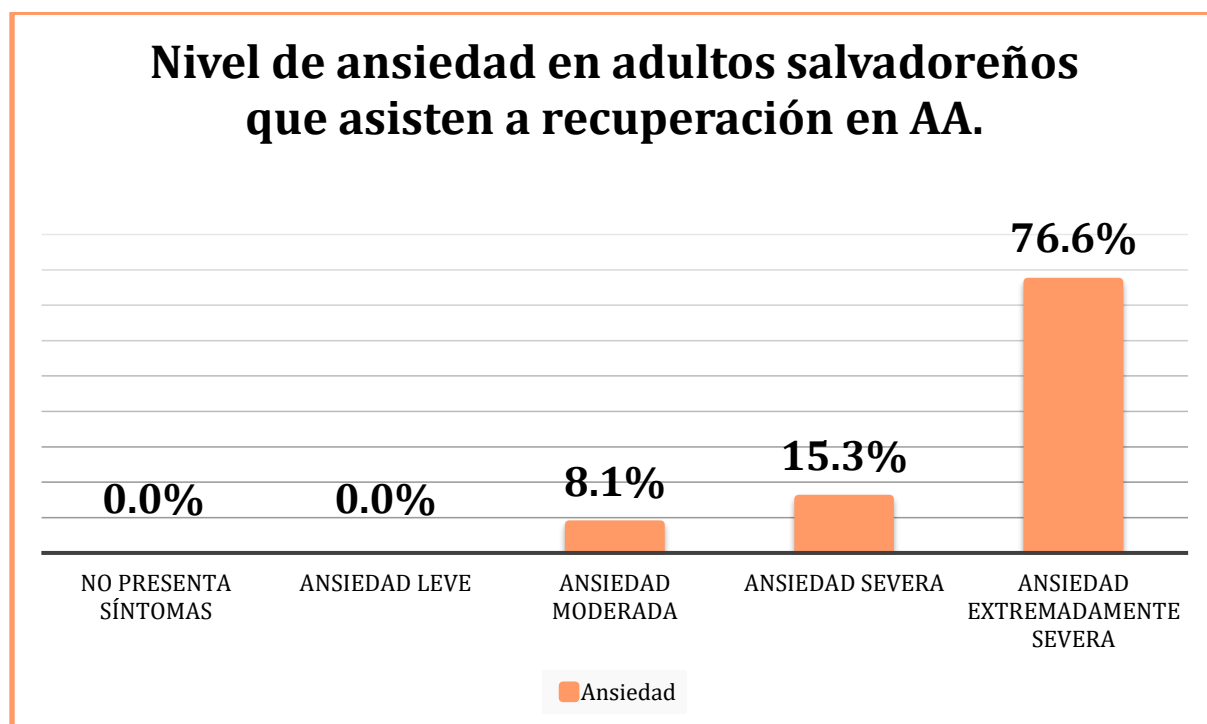


Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

En la figura 5 se puede observar los resultados obtenidos, representados en un gráfico de barras que muestra los niveles de ansiedad en adultos que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos, donde se obtuvo que la categoría con el mayor porcentaje es "Ansiedad Extremadamente Severa", en segundo "Ansiedad severa" y por último "Ansiedad moderada". El análisis del gráfico de barras revela que los adultos en recuperación en AA enfrentan una amplia gama de niveles de ansiedad, con una alta prevalencia de ansiedad extremadamente severa y severa. Esto subraya la necesidad de enfoques de tratamiento integrales que incluyan tanto intervenciones intensivas para la ansiedad grave como estrategias preventivas para los síntomas más leves. El tratamiento adecuado y el apoyo continuo son esenciales para mejorar el bienestar emocional de los participantes y apoyar su proceso de recuperación.

Figura 5.

Nivel de ansiedad en adultos salvadoreños que asisten a recuperación en AA.



Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

Se puede observar los resultados obtenidos en la figura 6, donde se reflejan los niveles de estrés, se obtuvo que el mayor porcentaje de participantes de AA cuenta con un “estrés severo” esto indica que una proporción significativa de los adultos en recuperación experimenta niveles severos de estrés. El estrés severo puede ser debilitante y afectar la capacidad de los individuos para manejar su proceso de recuperación. Los síntomas pueden incluir una gran dificultad para afrontar las demandas diarias, alta irritabilidad, y agotamiento físico y emocional.

En segundo lugar “estrés moderado”, la presencia de estrés moderado sugiere que también hay un número considerable de participantes que enfrentan niveles significativos de estrés, aunque no tan intensos como en el caso del estrés severo. El estrés moderado puede generar malestar y afectar el funcionamiento general, pero es menos incapacitante en comparación con el estrés severo.

En tercer lugar “estrés extremadamente severo”, aunque menos prevalente que el estrés severo, aún indica que algunos participantes están experimentando niveles de estrés muy altos.

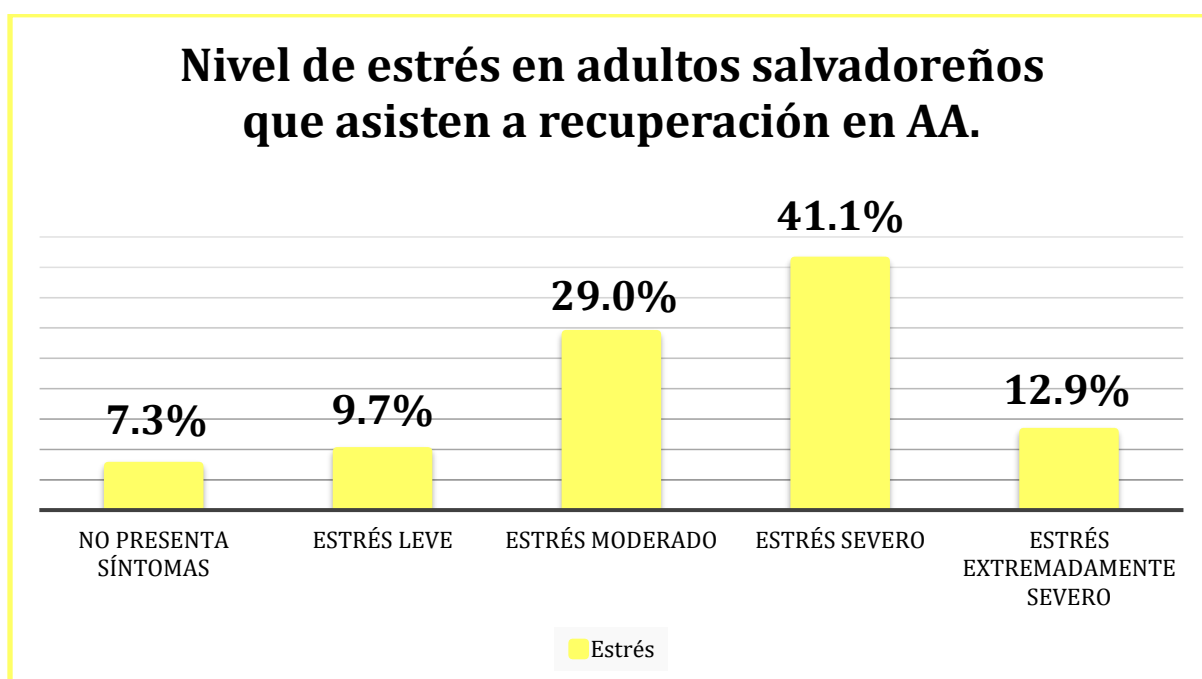
Estos niveles pueden estar asociados con síntomas graves como ataques de pánico, insomnio severo, y una incapacidad para llevar a cabo funciones básicas

Cuarto lugar “estrés leve” a menor prevalencia de estrés leve sugiere que solo una pequeña proporción de los participantes experimenta síntomas de estrés que son menos intensos y menos disruptivos. Aunque estos niveles de estrés son menores, siguen siendo relevantes para la salud general de los participantes y pueden evolucionar si no se manejan adecuadamente.

Y con el porcentaje más bajo “no presentan síntomas”, esto indica que una pequeña proporción de los participantes no experimenta síntomas de estrés. Aunque este grupo es el más reducido, es importante que también se le proporcione apoyo para mantener su bienestar emocional y prevenir la aparición de síntomas de estrés en el futuro.

Figura 6.

Nivel de estrés en adultos salvadoreños que asisten a recuperación en AA.



Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

4.3 Discusión de los resultados

Arias et al. (2023) manifiesta que la recuperación de la adicción al alcohol en Alcohólicos Anónimos (AA) frecuentemente está acompañada por desafíos significativos en términos de salud mental, particularmente en relación con la ansiedad, el estrés y la depresión.

Estos problemas pueden afectar tanto la capacidad de los individuos para mantener su recuperación como su calidad de vida en general.

Sin embargo, el alcohol es un potente depresor del sistema nervioso, y los efectos que produce en dosis pequeñas tienen que ver con la desinhibición y la relajación, lo que provoca la falsa sensación de mejoría de los síntomas de tristeza, ansiedad, pensamientos negativos y aislamiento social, pero con dosis mayores los efectos depresores del alcohol siguen avanzando, especialmente si su consumo va aumentando y llega a hacerse regular, por lo que irá produciendo un deterioro físico y psíquico cada vez mayor, llegando a afectar de forma importante en la vida de la persona ocasionando problemas de deterioro en la salud mental, deterioro físico, dejadez, problemas laborales, descuido de las relaciones sociales. (Centro bonanova, 2023)

El análisis de los datos recopilados sobre adultos salvadoreños que asisten a AA proporciona una visión detallada de cómo el alcoholismo interrelaciona con las características sociodemográficas y los problemas de salud mental. La muestra está compuesta mayoritariamente por hombres adultos de entre 29 y 50 años, que una franja etaria que representa una etapa de vida en la que los problemas de adicción suelen volverse más prominentes y visibles. Ahumada-Cortez et al. (2017) expresan que esta tendencia muestra que el alcoholismo a menudo se manifiesta en la adultez media, cuando las responsabilidades y las tensiones acumuladas pueden exacerbar el problema.

En términos de estado civil, se observa que la mayoría de los participantes están solteros, separados o divorciados, con un porcentaje significativo que tiene hijos. Esta situación puede reflejar la disrupción en las relaciones personales y familiares que a menudo acompaña al alcoholismo, y cómo estas dinámicas pueden influir en la decisión de buscar ayuda. El estado civil y las responsabilidades familiares pueden afectar el acceso y la motivación para el tratamiento de la adicción del alcohol, sugiriendo que los individuos en situaciones de inestabilidad relacional o familiar pueden buscar ayuda cuando los problemas se vuelven demasiado abrumadores (Ahumada- Cortez et al., 2017).

El nivel educativo de los participantes varía, con una mayoría que ha completado la educación media y superior. Aunque la educación puede estar asociada con mejores resultados en el tratamiento de adicciones debido a un mayor acceso a recursos y comprensión, los datos muestran una distribución amplia en el nivel académico, lo cual puede reflejar la realidad de que el alcoholismo afecta a individuos en diferentes niveles educativos. En cuanto a la situación laboral, la presencia significativa de desempleados y trabajadores por cuenta propia destaca cómo el desempleo y las inestabilidades económicas pueden contribuir al estrés y la adicción,

un hallazgo que vinculan el estrés económico con mayores tasas de abuso de sustancias alcohólicas (Ahumada- Cortez et al., 2017).

Los datos recopilados en la presente investigación revelan una prevalencia notablemente alta de problemas de salud mental, especialmente depresión, ansiedad y estrés, entre los adultos salvadoreños que participan en AA. En particular, la depresión se destaca como un problema crítico, con aproximadamente el 77.4% de los participantes experimentando desde depresión moderada hasta extremadamente severa. Los síntomas reportados incluyen la incapacidad para sentir placer en actividades que anteriormente eran agradables, la falta de motivación o interés en la vida y una autoevaluación negativa, caracterizada por sentimientos de baja autoestima. Estos síntomas son representativos de la depresión, un trastorno mental que afecta profundamente el estado emocional y psicológico de las personas.

De acuerdo a la investigación de Lamb (2023) no es habitual que el desánimo acompañe al consumo excesivo de alcohol. En realidad, las investigaciones revelan que la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo con frecuencia coexisten con el trastorno por consumo de alcohol, y la depresión es la alteración más común del ánimo. De hecho, entre las personas con un trastorno depresivo grave, la concurrencia del trastorno por consumo de alcohol varía entre el 27 y el 40% durante la vida, según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA).

La conexión entre depresión y alcoholismo es muy significativa. Ordoñez Galeano (2020) menciona que estos dos trastornos a menudo coexisten, lo que significa que una persona que sufre de uno de estos problemas es muy probable que también enfrente el otro. La depresión puede actuar como un factor de riesgo para desarrollar problemas con el alcohol, mientras que el abuso de alcohol puede a su vez agravar los síntomas depresivos. En otras palabras, una persona que está deprimida puede recurrir al alcohol para intentar aliviar sus sentimientos negativos, lo que a menudo lleva a un ciclo de dependencia. Aunque el alcohol puede proporcionar un alivio temporal de los síntomas depresivos, su uso constante suele empeorar la depresión a largo plazo y crear una espiral descendente de deterioro emocional y dependencia.

El uso crónico del alcohol como una forma de automedicación para la depresión puede crear un ciclo dañino. Arboledas Acevedo (2020) señala que, a corto plazo, el alcohol puede ofrecer una sensación de alivio, pero a medida que el cuerpo se adapta y la tolerancia aumenta, el efecto positivo disminuye. Esto puede llevar a un aumento en el consumo de alcohol para intentar obtener el mismo alivio, agravando los problemas de salud mental y creando una dependencia que es difícil de romper. Este ciclo de automedicación con alcohol no solo no

resuelve la depresión, sino que también la intensifica, haciendo que el individuo se sienta atrapado en un círculo vicioso de malestar emocional y consumo de sustancias.

Ávila Cadavid et al. (2005) expresan que la ansiedad juega un papel crucial en el proceso de recuperación del alcoholismo, impactando significativamente tanto la efectividad del tratamiento como el bienestar general de los individuos. En el contexto de la investigación reciente, se ha observado que aproximadamente el 91.9% de los participantes reportan niveles de ansiedad que varían de severa a extremadamente severa. Este hallazgo subraya la prevalencia de la ansiedad en esta población y la necesidad de abordarla de manera integral durante el tratamiento de la adicción.

Guadalsalus (2023) explica que, tanto la ansiedad puede llevar al alcoholismo; como el consumo de alcohol, a la ansiedad. Al consumir bebidas alcohólicas de forma excesiva, los nervios del cerebro pueden dañarse y afectar a la función de los neurotransmisores. Esto provoca problemas para recordar, incapacidad para resolver problemas y dificultad para concentrarse en algo. Y estos síntomas los comparten el consumo abusivo de alcohol y la ansiedad. Incluso esa ansiedad por el alcohol puede ser mayor tras su ingesta, en un estado de resaca. La sensación de culpa o de desconocimiento aumenta el estado depresivo o ansioso. Así que, si sufres ansiedad, busca aliviarla con métodos saludables sin tener que recurrir al alcohol.

Los síntomas de ansiedad más destacados en la muestra incluyen temblores, dificultad para respirar y miedo irracional, todos estos síntomas son indicativos de ansiedad severa. La presencia de estos síntomas no solo es preocupante por sí misma, debido a que tiene implicaciones profundas para el proceso de recuperación.

De acuerdo con Rivas Acuña et al. (2016), la ansiedad puede aumentar significativamente el riesgo de recaída en individuos que están intentando dejar el alcohol. La ansiedad severa puede llevar a una mayor desesperación y un deseo intenso de alivio inmediato, lo que puede llevar a las personas a recurrir al alcohol como una forma de autoterapia. Este uso del alcohol para manejar la ansiedad puede crear un ciclo vicioso donde el alivio temporal proporcionado por el alcohol se ve contrarrestado por el agravamiento de los síntomas ansiosos a largo plazo.

Muchas personas con problemas de alcoholismo también padecen trastornos de ansiedad, lo que complica aún más el tratamiento. El trabajo de Ortuño Sánchez (2023) indica que el alcohol, aunque inicialmente puede actuar como un sedante que proporciona alivio temporal de los síntomas ansiosos, a largo plazo tiende a agravar la ansiedad. Este malestar

ansioso se ve intensificado por las dificultades inherentes al proceso de abstinencia y los retos de ajustar su vida a una nueva realidad sin el consumo de alcohol.

Cabe recalcar que más de la mitad de los participantes del 54% reporta niveles severos o extremadamente severos de estrés. Los síntomas incluyen dificultades para relajarse, reacciones exageradas y una alta tendencia a la inquietud. La presencia significativa de estrés crónico en estos individuos es un hallazgo crucial que indica un alto nivel de tensión emocional y psicológica.

La alta prevalencia de estrés sugiere que este problema debe ser abordado con prioridad en los programas de tratamiento. Rodríguez López (1998) menciona que el estrés elevado puede crear un ciclo negativo donde agrava los síntomas del alcoholismo. Este ciclo se manifiesta de manera que el estrés intenso puede llevar a un mayor consumo de alcohol como una forma de autocuración, lo que a su vez incrementa el estrés y perpetúa el problema.

Según Guarino et al., (2000), el entrelazamiento complejo entre estrés y alcoholismo subraya la importancia de un enfoque integral en el tratamiento. La capacidad para gestionar el estrés efectivamente es esencial para una recuperación exitosa. Si los participantes no reciben el apoyo necesario para manejar el estrés, esto podría aumentar la probabilidad de recaídas y disminuir la eficacia global del tratamiento. Por lo tanto, es crucial que los programas de recuperación incluyan estrategias específicas para la gestión del estrés, como técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual y apoyo emocional, para mejorar las perspectivas de recuperación y bienestar general de los participantes.

Este estudio proporciona evidencia clave sobre la alta prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés en adultos que participan en Alcohólicos Anónimos (AA). Los hallazgos destacan que los niveles de ansiedad y depresión entre estos individuos son preocupantemente altos, indicando una necesidad urgente de intervenciones más exhaustivas y especializadas. No obstante, los síntomas de estrés fueron encontrados como severos y moderados. Lo anterior, evidencia que los adultos en rehabilitación en AA presentan síntomas relacionados con una mala salud mental.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La investigación revela que los trastornos de salud mental, en particular la depresión, ansiedad y estrés, tienen un impacto significativo en el proceso de recuperación de los adultos salvadoreños que participan en Alcohólicos Anónimos (AA). Los altos niveles de depresión, ansiedad y estrés destacan cómo estos problemas emocionales. Estos hallazgos indican que los individuos en recuperación no solo enfrentan el desafío de superar la adicción, sino que también deben lidiar con serios problemas de salud mental que pueden afectar su capacidad para mantener la abstinencia y mejorar su calidad de vida.
- En El Salvador existen factores de la vida cotidiana, que influyen negativamente en las personas que sufren de adicción al alcohol. Los gobiernos no brindan apoyo a instituciones como Alcohólicos Anónimos, dotándolos con psicólogos que ayuden a garantizar la salud mental de esta población.
- El trabajo de Alcohólicos Anónimos con personas salvadoreñas ayuda grandemente a la población afectada por la adicción al alcohol, cuyo problema conlleva serios problemas emocionales y sociales.

5.2 Recomendaciones

- Es de mucha importancia que los participantes de AA, conozcan sobre estrategias de autocuidado por lo que se sugiere a la organización hacer intervenciones una vez al mes para poder informar a la población y hacer conciencia; en estas intervenciones se debe de ver ejercicio físico debido al impacto psicológico que este tiene debido a que la actividad física regular tiene múltiples efectos positivos sobre la salud mental debido a sus consecuencias en los neurotransmisores y el sistema endocrino.
- Otra área clave a abordar en las intervenciones de autocuidado es la importancia de un sueño adecuado, dado que el sueño es crucial para la regulación emocional y el funcionamiento cognitivo. La privación del sueño deteriora la capacidad del cerebro para procesar y regular las emociones, exacerbando síntomas de depresión y ansiedad.

Implementar modificaciones en los hábitos de sueño de manera gradual y consistente puede promover una mayor estabilidad emocional y facilitar una recuperación más efectiva.

- Dado el alto nivel de depresión, ansiedad y estrés en el estudio, es crucial que Alcohólicos Anónimos colabore con profesionales de salud mental para implementar programas de psicoeducación. Estos programas deben abordar específicamente el manejo del estrés y los problemas emocionales durante la recuperación del alcoholismo, proporcionando herramientas prácticas y estrategias efectivas. La inclusión de expertos en salud mental enriquecerá el apoyo ofrecido, facilitando una recuperación más integral y sostenible al ofrecer técnicas basadas en evidencia y un espacio seguro para compartir experiencias.

- Considerando los niveles alarmantes de síntomas y deterioro en la salud mental de las personas que asisten a recuperación en AA, se sugiere establecer una colaboración entre la Universidad Evangélica de El Salvador y Alcohólicos Anónimos. Esta asociación facilitaría la inclusión de los individuos afectados en la clínica universitaria, ofreciendo apoyo psicológico a un sector que actualmente carece de atención adecuada.

REFERENCIAS

- Acuña, V. R., Hernández, M. R., Guzmán, M. R. A., Hernández, L. C., Contreras, E. Z., & Jorge, R. G. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Revista Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 67, 71-77.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6137743>
- Aguirre, J., Jairidin, A., & Flores, Z. (2018). *Rehabilitación y reinserción social de los alcohólicos consuetudinarios del casco urbano del Municipio de San Rafael del Sur* [Tesis de Grado]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
<https://repositorio.unan.edu.ni/10647/1/9245.pdf>
- Ahumada-Cortez, J., Gámez-Medina, M., & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública, *Revista RA XIMHAI*, 13(2), 13-24.
<https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Alcoholics Anonymous. (2021). ¿Qué es A.A.? <https://www.aa.org/es/what-is-aa>
- Almanza Avendaño, A. M., & Gómez San Luis, A. H. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud colectiva*, 16, 2523.
<https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2523/es/>
- Álvarez, A. A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana, Cuba*. <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/06/PC-MD-074-UI-PJ-AF.pdf>
- American Psychological Association. (2010). Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento. *American Psychological Association*.
<https://www.apa.org/topics/substance-use-abuse-addiction/alcohol>
- Arango, L. (2015). *Evaluación psicológica: Historia, fundamentos teóricos- conceptuales y psicometría* (2º Grado) Manual Moderno.

- Arboledas Acedo, A. (2020). *Relación entre el alcoholismo y la depresión en la población adulta*. [Tesis de Grado]. Universitat de les Illes Balears. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/156859/Arboledas_Acedo_Alba.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arias, R. (2005) Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 138-147. <https://acortar.link/23DtwJ>
- Arias, C., & Guzmán, R. (2015). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista colombiana de cirugía* 27(1) 10-14. <https://acortar.link/23DtwJ>
- Ariza, M., & Casullo, M. M. (2002). Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 30(10), 11–20. <https://www.redalyc.org/journal/674/67446178010/html/>
- Armendáriz García, N. A. (2012). *Modelo explicativo de factores personales, psicológicos y sociales que influyen en el consumo de alcohol en estudiantes universitarios* [Tesis de Grado]. Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://eprints.uanl.mx/25323/2/25323.pdf>
- Ávila Cadavid, J. D., Escobar Córdoba, F., & Chica Úrzola, H. L. (2005). Prevalencia de ansiedad y depresión en alcohólicos hospitalizados para desintoxicación en Bogotá. *Revista de la Facultad de Medicina*, 53(4), 219-225. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v53n4/v53n4a03.pdf>
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista Puce*, (105), 171-188. <http://revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/119/149>
- Blanco, A., Guijarro, F., Pozas, R & Uruaga, C. (2003). Origen y evolución del término alcohol. *Cuaderno de Economía*, 81-84. https://www.researchgate.net/publication/319142598_ORIGEN_Y_EVOLUCION_D_EL_TERMINO_ALCOHOL

- Bolet, M., & Socarrás, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1). <https://acortar.link/OMkitd>
- Calvo, R. (1983). Tratamiento conductual del alcoholismo. Universidad Complutense de Madrid. *Revista Estudios de Psicología*, 13(4), 11-27. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65871.pdf>
- Carballo Crespo, J. L. (2007). *La recuperación natural de la adicción al alcohol y las drogas* [Tesis Doctoral]. Universidad de Oviedo. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/14666/TD_Jose%20Luis%20Carballo%20Crespo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carvajal Villaplana, A. (2002). Teorías y modelos teóricos que explican la salud mental de un alcohólico en recuperación. *Revista Comunicación*, 12(1), 1-14. <https://www.redalyc.org/pdf/166/16612103.pdf>
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Revista Adicciones*, 14(1), 195-219. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/524/519>.
- Centro bonanova. (2023). Alcohol y depresión. <https://www.centrobonanova.com/alcohol-y-depresion/>
- Colomar, J. E. A. (2019). Qué es el autocontrol: definición y técnicas. *psicologia-online.com*. <https://www.psicologia-online.com/que-es-el-autocontrol-definicion-y-tecnicas-4710.html>
- Cornelio, C., & Contreras, A. (2020). WHO-5 Índice: validez, confiabilidad y aplicaciones de una escala para evaluar el bienestar subjetivo en salud laboral. *Superintendencia de Riesgos del Trabajo*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/validacion_who_5.pdf
- Cortez, J., Gámez, M., & Valdez C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Revista Ra Ximhai*, 13(2), 13-24. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>

- Cuevas, S. G., & Gutiérrez, E. J. C. (2012). *Estrés y salud: investigación básica y aplicada*. El Manual Moderno.
- Davis, T. (2020). *¿Qué es el bienestar? Definición, tipos y habilidades para el bienestar*. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/es/blog/que-es-el-bienestar-definicion-tipos-y-habilidades-para-el-bienestar>
- Díaz, H. (2023). Las adicciones suelen ser difíciles de superar y pueden requerir tratamiento médico y psicológico. *Top.Doctors*. <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/las-adicciones-suelen-ser-dificiles-de-superar-y-pueden-requerir-tratamiento-medico-y-psicologico>
- Díaz García, N. & Moral Jiménez, M. (2018). Consumo de alcohol y conducta antisocial e impulsividad en adolescentes Españoles. *Revista Acta colombiana de Psicología*, 21(2), 110-120. <https://www.redalyc.org/journal/798/79856553006/html/#c1>
- Díaz Moreno, H., Olmos Espinosa, R., & Martínez Hoyos, C. (2007). Alcoholismo. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(86), 5521–5528. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2359889>
- Escalante Ruiz, C. E., Grimaldi Calderón, R. M., Mcleod Alvarado, A. E., Medrano Cornejo, S. P., & Zayas Hernández, A. E. (2015). *Alcoholismo en El Salvador*. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”. [\(PDF\) El Alcoholismo en El Salvador | Carlos E Escalante - Academia.edu](#)
- Esteban Nieto, N. T. (2018). *Tipos de investigación*. Universidad “Santo Domingo de Gúzman”. <http://repositorio.usdg.edu.pe/bitstream/USDG/34/1/Tipos-de-Investigacion.pdf>
- Fernández Godoy, S. (2006). *Factores que condicionan la recaída en los alcohólicos. Propuesta en la prevención de recaída*. [Tesis de Grado]. Universidad de la Habana. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117289>
- García-Betancurdt, N., Morales Rigau, J., Gonzales Pino, M., Serrano-Dueñas, Y., Trujillo-Rodríguez, Y., & Morales-Fuentes, M. (2012). Prevalencia del alcoholismo y factores

- asociados. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 130-140.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242015000200004&script=sci_arttext
- García Gutiérrez, E., Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Carrillo, P., & Feliciano Álvarez, F. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000300007
- González Fernández, J. (2018). *Análisis del impacto del movimiento de la recuperación en los planes de salud mental de las comunidades autónomas Españolas* [Trabajo Final de Máster]. Universidad Jaume.
https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/181016/TFM_2018_GonzalezFernandez_Joseba.pdf?sequence=1
- González, M., Duarte, M., & Barrientos, A. (2023). Hay una emergencia de salud mental entre los salvadoreños, según expertos. *elsalvador.com*.
<https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/iss-ministerio-de-salud-psiquiatricos-mental-/1060433/2023/>
- Gonzalo Seid, M. K., & Abiuso, F. L. (2019). *La técnica de encuesta: Características y aplicaciones*. Universidad de Buenos Aires.
<https://metodologiadelainvestigacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/117/2019/03/Cuaderno-N-7-La-técnica-de-encuesta.pdf>
- Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M., & Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. *Psicología conductual*, 8(1), 57-71.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/04.Guarino_8-1oa-1.pdf
- Guadalsalus. (2023). *¿Qué relación hay entre el alcohol y la ansiedad?*.
<https://www.guadalsalus.com/blog/relacion-entre-alcohol-y-ansiedad>
- Güilgüiruca, M., Quiñones, M., & Zúñiga, C. (2023). Dimensionalidad de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Un Estudio en Trabajadores Chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación – E Avaliação Psicológica*, 70(4). <https://doi.org/10.21865/ridep70.4.03>

- Grant, B., Goldstein, R. B., Saha, T. (2015) Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766. <https://acortar.link/mMGzeq>
- Hernández González, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3), e1442. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n3/1561-3038-mgi-37-03-e1442.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta Ed.). McGraw-Hill Education.
- Hoenicka, J., Ampuero, I., & Ramos Atance, A. (2003). Trastornos adictivos. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 213-222. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575097303701135>
- International Baccalaureate Organization. (2021). *¿Qué es el bienestar?*. <https://www.ibo.org/globalassets/new-structure/research/pdfs/what-is-well-being-es.pdf>
- Jungerman, F., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas prácticas. *Revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(5), 197-207. <https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2014/01/motivacao-senad.pdf>
- Junta de Vigilancia de Psicología. (2021). *Código de ética de la profesión en psicología*. CSSP. <https://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2017/05/C%C3%93DIGO-DE-%C3%89TICA-ACTUALIZADO.pdf>
- Lamb, S. (2023). ¿El alcohol podría estar aumentando tu depresión? AARP. <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2023/alcohol-aumenta-la-depresion.html>
- La Prensa Gráfica. (2016). *La sociedad Alcohólicos Anónimos cumple hoy 81 años de fundación*. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/La-sociedad-Alcoholicos-Anonimos-cumple-hoy-81-anos-de-fundacion-20160610-0084.html>

- Leiva, C. (2005). Conductismo, cognitivismo y aprendizaje. *Revista Tecnología En Marcha*, 18(1). https://revistas.tec.ac.cr/index.php/tec_marcha/article/view/442/370
- Lobos-Rivera, M. E., Ventura-Romero, J. M., Flores-Monterrosa, A. N., Durán-Hernández, T., & Umanzor-Gómez, V. M. (2022). Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés en una muestra de estudiantes universitarios salvadoreños. *Revista entorno*, (73), 23-31. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/366/3663884003/html/>
- López, P. L. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto cero*, 9(08), 2224-8838. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
- López Guerra, V., Aguirre Mejía, A. J., Guerrero Alcedo, J. M. (2022). Propiedades psicométricas y estructura factorial del cuestionario de salud del paciente PHQ-4 en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(3), 1561-2961. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000300014
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-uso-las-escalas-depresion-ansiedad-S2007471916300539>
- Marinero, J. (2021). 66 años de AA en El Salvador. *Diario El Mundo*. <https://diario.elmundo.sv/Opini%C3%B3n/66-anos-de-aa-en-el-salvador>
- Martinez G., & Guinsberg, B. (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1): 32-38. <https://www.redalyc.org/journal/674/67446178010/html/>
- Matos, J., Pérez, J., Pineda, M., Barroso, D., & Sánchez, A. (2017). Seguimiento a pacientes alcohólicos en Psicoterapia. *Revista Información Científica*, 96(2), 251–259. <https://www.redalyc.org/journal/5517/551764114011/html/>

- Mayo Clinic. (2022). *Trastorno por consumo de alcohol: Síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/alcohol-use-disorder/symptoms-causes/syc-20369243>
- Melendez, J. (2019). *Nivel de depresión en usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente de junio a noviembre de 2019* [Tesis de Postgrado]Universidad Nacional de El Salvador. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129500/42-11106292.pdf>
- Morales Sosa, F. E. (2010). *Estudios de salud mental en estudiantes universitarios de la facultad de ciencias de la educación de la Universidad de Carabobo* [Tesis de Grado]. Universidad Autónoma de Madrid. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/6196/37641_morales_sosa_flor_elena.pdf?sequence=1
- National Library of Medicine. (2023). *Ansiedad*. <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20ansiedad%3F,una%20reacci%C3%B3n%20normal%20al%20estr%C3%A9s.>
- Ordoñez Galeano, R. A. (2020). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 4(2), 15-21. <https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/123/179>
- Orellana, C. I., & Orellana, L. M. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos salvadoreños. *Teoría y Praxis*, (38), 45-54. <https://rd.udb.edu.sv/server/api/core/bitstreams/3ab68d12-b581-47e9-8c69-a1b026990de7/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud*. <https://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2020.2.01/312>
- Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. Fondo de cultura económica.1-8 <https://acortar.link/D7nQXE>

- Ortuño Sánchez, F. (2023). *Ansiedad. Síntomas, ataque de ansiedad, control y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra*. <https://www.cun.es.https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad>
- Paz Donoso, M. (2015). *Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados Escala*. Observatorio Chileno de Drogas. [https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/boletines/Boletin%203%20Análisis%20de%20Resultados%20del%20Alcohol%20Use%20Disorders%20Identification%20Test%20\(AUDIT\)%20Resultados%20Escala.pdf](https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/boletines/Boletin%203%20Análisis%20de%20Resultados%20del%20Alcohol%20Use%20Disorders%20Identification%20Test%20(AUDIT)%20Resultados%20Escala.pdf)
- Ponce Guerra, C., Pilco Guadalupe, G., Santos Pazos, D., & Erazo Salcedo, L. (2021). Alteración de la salud mental y consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad Nacional de Chimborazo. *Revista Médica-Científica Cambios hecam*, 20(1), 39-43. <https://doi.org/10.36015/cambios.v20.n1.2021.635>
- Prismalia. (2023). *¿Qué hacer ante una recaída de alcohol?* Instituto Europeo Alfi. <https://www.institutoeuropeoalfi.es/blog/recaida-alcohol-que-hacer/>
- Prochaska J., & DiClemente C. (1982). Transactional therapy: toward a more integrative model of change. *Psichoterapy: theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Prospero, O. (2014). Alcoholismo. *Revista Ciencia*, 32-39. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Alcoholismo.pdf
- Pusay Villarroel, N. C. (2016). *Patrones clínicos de la personalidad y continuidad en el proceso de recuperación del alcoholismo en grupos de apoyo A.A tradicionales de la ciudad de Riobamba, periodo diciembre 2015- mayo 2016* [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3356/1/UNACH-FCS-LAB-CLIN-2017-0001.pdf>
- Rivadeneira, J., Suarez, A. & Barrera, M. (2020). Análisis general del spss y su utilidad en la estadística. *E.idea- Jorunal of business sciences*, 2(4), 17-25. <https://revista.estudioidea.org/ojs/index.php/eidea/article/view/19>

- Rivas Acuña, V. R., Rodríguez Hernández, M. R., Guzmán, M. R. A., Hernández, L. C., Contreras, E. Z., & Jorge, R. G. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia: De La Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 67, 71-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6137743>
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista médica sanitas*, 21(3), 141-146. <https://acortar.link/DdD87>
- Rodríguez López, T. (1998). *El estrés y la habituación alcohólica*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(4), 398-406. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000400013&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez Nuñez, V., & Espín García, C. R. (2016). *Sistematización del proyecto organizacional: "satisfacción laboral del personal de enfermería y su incidencia en la atención a los pacientes del área de consulta externa del hospital de docencia de la policía nacional de guayaquil no. 2 del año 2015"*. Universidad de Guayaquil. <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e4568058-df31-4acd-b759-e61b8f17ffcd/content>
- Román Mella, F., Vinet, EV y Alarcón Muñoz, AM (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190 <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265009.pdf>.
- Sánchez, H. (2022). Salud Mental, Salud Psicológica y Desajustes del Comportamiento. *Ciencia y Psique*, 1(1), 7-29. <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/cienciaypsique/article/view/5328/7185>
- Sánchez, O. (1984). Aspectos históricos y psicosociales del alcoholismo en Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 52(3), 155-160. <https://acortar.link/5lXZFk>
- Sánchez-Mejorada, J. (2007). Concepto del alcoholismo como enfermedad: historia y actualización. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 7(1), 27-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071e.pdf>

- Sánchez Solís, A. (2008). Alcohólicos Anónimos, qué es y cómo funcionan: análisis y fundamentos. *Anuario de investigación en adicciones*, 9(1). <https://biblat.unam.mx/hevila/Anuariodeinvestigacionenadicciones/2008/vol9/no1/10.pdf>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar E Subjetividade*, 3(1), 10–59. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Solís, L. R., Vélez, A., & Berumen, D. (2000). Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(3), 38-45. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22665>
- Tataje Mitacc, A. S. (2011). *El alcoholismo: Teorías Psicológicas*. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de ICA. <https://es.scribd.com/document/87254304/EL-ALCOHOLISMO>
- Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”. (2021). Salud mental, materia pendiente. *Noticias UCA*. <https://noticias.uca.edu.sv/editoriales/salud-mental-materia-pendiente>
- Usechelle Torrealba, F. A., Escalona Duin, M. J., López Guerra, V. M., & Ortiz Francisco, G. J. (2017). Factores psicosociales en la recaída de la dependencia al alcohol: Un análisis en ruta. *Revista Enfermería Investiga*, 2(4), 137-144. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6233755>
- Vásquez, C., Herváz, G., Rahona, J., Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132719/APCS_5_esp_15-28.pdf?sequence=1&isA
- Ventura-León, J. L. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), 648-649. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21453378014>

- Vidal, J. (2023). *Depresión: Causas, síntomas y tratamiento*. Clínica Universidad de Navarra
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>
- Wilson, W. (1939). El Libro Grande de AA. Alcoholicos Anonimos.
<https://www.alcoholicosanonimos.cl/12pasos>
- World Health Organization. (2022a). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2022b). *Por Qué la Salud Mental Debe Ser una Prioridad Al Adoptar Medidas Relacionadas Con el Cambio Climático*.
<https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
- World Health Organization. (2023). *Depresión*. <https://acortar.link/6le2Uu>

ANEXOS

Anexo 1: Carta a Institución

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

San Salvador 15 de marzo 2024

Asociación de Alcohólicos Anónimos El Salvador**Presente:**

Esperando sus actividades laborales se encuentren alcanzando con mucho éxito.

VISIÓN

Ser la institución de Educación Superior líder Regional por su excelencia académica e innovación, reconocida por su naturaleza y práctica evangélica.

MISIÓN

Formar profesionales con excelencia académica, conscientes del servicio a sus semejantes y con una ética cristiana basada en las sagradas escrituras para responder a las necesidades y cambios

En esta oportunidad me dirijo a usted para solicitarle permiso a nuestras estudiantes EGRESADAS de la carrera de Psicología, para ingresar a su Institución, quienes se encuentran realizando su Investigación de Pre-Grado para optar al título de Licenciatura en Psicología con el Tema de investigación: **Estado de salud mental de adultos salvadoreños que acuden a recuperación en Alcohólicos Anónimos.** El objetivo de la investigación es Analizar el estado de salud mental de adultos salvadoreños que acuden a recuperación en Alcohólicos Anónimos, además Identificar el nivel de riesgo del consumo de alcohol de las personas que se encuentran en el proceso de recuperación en Alcohólicos Anónimos. El tiempo a realizar el trabajo de campo será en los meses de abril a julio y está siendo asesorado por el Msc. Marlon Lobos.

Esperando una respuesta favorable,



Msc. Nancy Jennifer Melgar de Pacheco
Coordinadora de La Licenciatura en Psicología
Universidad Evangélica de El Salvador
PBX. (503)-2275-4006

AFILIADA A



Unión de Universidades de
América Latina y el Caribe



"Educación de Calidad con Valores Cristianos"

Prolongación Alameda Juan Pablo II y calle El Carmen San Antonio Abad, San Salvador, El Salvador,
C.A.

PBX 2275-4000, Fax: 2275-4040, Web Site: www.uees.edu.sv

Anexo 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
INVESTIGACIÓN**

Investigación de trabajo de tesis.

Usted está invitado a participar en un estudio de investigación que se enfoca en conocer cómo se encuentra la salud mental de las personas que asisten a recuperación en las diferentes sedes de Alcohólicos Anónimos. El propósito de este documento es brindarle toda la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación.

El objetivo de esta investigación es determinar cómo el proceso de recuperación en AA influye en aspectos específicos de la salud mental. Los hallazgos de este estudio pueden contribuir a mejorar las prácticas y el apoyo ofrecido en Alcohólicos Anónimos.

Si decide participar, se le pedirá que responda un cuestionario que evalúa diferentes aspectos relacionados con la salud psicológica. La participación estimada no contará con un tiempo establecido.

La información que proporcione será tratada con la máxima confidencialidad. Todos los datos serán almacenados de manera segura y se utilizarán de forma anónima para garantizar su privacidad y cuidar su integridad personal. Los resultados se presentarán en una forma agregada que no permitirá identificar a los participantes individualmente.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin que ello afecte su relación con Alcohólicos Anónimos o el apoyo que recibe.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sus derechos como participante, no dude en preguntarle a las investigadoras Laura Sosa, Sofia Nieves y Lucía Villacorta.

He leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Consiento participar en este estudio de forma voluntaria.

Firma del Participante

Anexo 3: Instrumentos de medición



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DATOS GENERALES

1. Edad

2. Sexo

☐

Hombre

☐

Mujer

3. Estado civil

☐

Soltero/a

☐

Divorciado/a

☐

Comprometido/a

☐

Acompañado/a

☐

Casado/a

☐

Viudo/a

☐

Separado/a

☐

En una relación

4. ¿Tiene hijos? En caso afirmativo ¿Cuántos?

☐

No

☐

Sí

Cantidad

5. Nivel académico

☐

Básico

☐

Medio

☐

Superior

6. Situación laboral actual

☐

Estudiante

☐

Desempleado/a

☐

Ama/o de casa

☐

Empleo de medio tiempo

☐

Empleo de tiempo completo

☐

Trabajador por cuenta propia

☐

Jubilado/a

7. Sede de Alcohólicos Anónimos en la que pertenece

ESCALA DASS-21

Indicaciones: En el siguiente cuestionario se evalúan aspectos relacionados con la salud psicológica. Lea detenidamente las siguientes preguntas y responda con una (X) en cada casilla según su criterio.

N. º	Ítems	No me ha ocurrido	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo
1	Me ha costado mucho descargar la tensión.	0	1	2	3
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo.	0	1	2	3
4	Se me hizo difícil respirar.	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	0	1	2	3
6	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7	Sentí que mis manos temblaban.	0	1	2	3
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	0	1	2	3
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	0	1	2	3
10	He sentido que no había nada que me ilusionara.	0	1	2	3
11	Me he sentido inquieto.	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido.	0	1	2	3

14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15	Sentí que estaba al punto de pánico.	0	1	2	3
16	No me pude entusiasmar por nada.	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18	He tendido a sentirme enfadado con facilidad.	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20	Tuve miedo sin razón.	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	1	2	3

Anexo 5: Presupuesto

Nº	RECURSO		CANTIDA D/TIEMPO	PRECIO UNITARI O	PRECIO TOTAL
1	MATERIALES	Lapiceros	200	\$0.20	\$40.00
		Lápices	200	\$0.10	\$16.00
		Resma de papel bond	2	\$5.00	\$10.00
		Libros de investigació n	3	\$5.00	\$15.00
		Fotocopias	800	\$0.03	\$24.00
		Impresiones	600	\$0.10	\$60.00
SUBTOTAL RUBRO A: \$165.00					
2	TECNOLÓGICO S	USB	3	\$5.00	\$15.00
		Internet	9 meses c/u	\$30.00	\$810.00
SUBTOTAL RUBRO B: \$825.00					

3	TRANSPORTE	Combustible	9 meses	\$15.00	\$135.00
SUBTOTAL RUBRO C: \$135.00					
4	IMPREVISTOS				\$60
SUBTOTAL RUBRO: \$60.00					
TOTAL: \$1,185.00					

Anexo 6: Prueba piloto

Informe técnico sobre Prueba Piloto realizada en adultos salvadoreños que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos en la sede “Un milagro en el hogar”.



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Investigación titulada:

La salud mental de adultos salvadoreños que asisten a recuperación en Alcohólicos Anónimos.

GENERALIDADES

Fecha: 4 de junio del 2024

Nombre de las investigadoras: LAURA CECILIA SOSA TEJADA
SARA LUCÍA VILLACORTA FERNÁNDEZ
SOFIA MICHELLE NIEVES MEJÍA

Producto del informe:

1. Descripción de resultados
2. Conclusiones
3. Base de datos

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

Evaluar la viabilidad del proceso y las herramientas de recolección de datos diseñados para la investigación, además de la identificación y corrección de posibles problemas en el diseño del estudio, mejoramiento de la metodología, aspectos logísticos y operativos del estudio sean eficaces antes de la implementación completa de la investigación.

Objetivos del estudio:

Objetivo General:

- Explorar el estado de salud mental de adultos salvadoreños que acuden a recuperación en Alcohólicos Anónimos.

Objetivos específicos:

- Describir si existen o no síntomas ansiosos, depresivos y estresores en los adultos salvadoreños que asisten a AA.
- Determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés que presentan las personas alcohólicas que asisten a recuperación en AA en las sedes 12 de Abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Medio día), Flor Blanca (Media noche), Gente joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexión y UES 26 de abril.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD REALIZADA

Para el procesamiento de los datos de la prueba piloto, se imprimieron alrededor de 15 pruebas de nuestro instrumento DASS-21, se determinó que el instrumento no posee un límite de tiempo para que no exista una predisposición de la población para realizar el instrumento.

La prueba tiene tres secciones, **la primera sección** son los datos generales de nuestra instituciones que respalda esta investigación, el nombre de la universidad, logo de la misma, la facultad a la que se pertenece y la licenciatura, posteriormente se obtienen los datos generales del individuo, donde se especifica edad, sexo, estado civil, si tienen hijos o no y cantidad, nivel académico, situación laboral y sede de Alcohólicos Anónimos donde pertenece, **la segunda sección** se describen las indicaciones donde se especifica que llenarán un cuestionario para evaluar aspectos relacionados con la salud mental y la importancia de leer las preguntas para responder según el criterio de cada persona; **la tercera sección** se presentan los ítems y las opciones de respuestas.

Posteriormente el 4 de junio de 2024 se realizó la reunión en Alcohólicos anónimos en la sede “Un milagro en el hogar”, en el cual se presentaron 12 personas de esta población quisieron participar de manera voluntaria 10 personas, 9 sexo masculino y 1 sexo femenino, después se les hizo una presentación de las investigadoras, la importancia de realizar la prueba, el proceso de la misma y se especificó que era una prueba piloto, que podían brindar sugerencias para mejorar el entendimiento del instrumento; durante este proceso las personas

pudieron ir completando las pruebas mientras las investigadoras se encontraron pendientes de dudas o brindar apoyo en el complemento de la prueba.

La obtención de los resultados se adquiere por medio de los instrumentos aplicados en la sede de AA, posteriormente los resultados se trabajan como base de datos en el programa SPSS, luego de ingresados los datos, se seleccionan las variables de las que se busca la obtención de los datos por medio de tablas estadísticas. Así mismo, el programa genera unas tablas predeterminadas que luego se les da el formato solicitado.

LIMITANTES

1. Las participantes que asisten a alcoholicos anónimos tienen problemas de concentración por lo cual se tiene que estar muy al pendiente, del llenado completo del instrumento.
2. Debido al clima lluvioso, no se presentaron todos los individuos que asisten cotidianamente a AA.
3. Se tuvo dificultad en el área de indicaciones debido a que los participantes no comprendieron por completo como se tenían que marcar la respuesta escogida.

RESULTADOS OBTENIDOS

Características sociodemográficas evaluadas:

Como primer punto, se presentan los factores sociodemográficos de la muestra evaluada del presente estudio, cuyas respuestas fueron de índole cualitativa como por ejemplo (edad, género, cantidad de hijos, estado civil, nivel académico, etc).

Con respecto a los factores sociodemográficos, se puede observar en la tabla 1 que hay una adecuada distribución en los rangos y demás resultados de la muestra de estudio. No obstante, se puede observar que la muestra está compuesta mayormente por hombres (90.0%) cuyo rango de edad predomina en 28 y 30 años (20.0%) con estado civil soltero o divorciado del (30.0%), tomando en cuenta que el nivel académico que resalta más es el de bachillerato (50.0%) y la situación laboral como trabajador por cuenta propia de un (50.0%).

A continuación, se presenta una serie de tablas acorde a los resultados obtenidos, dando respuesta a los objetivos del trabajo mencionados anteriormente. En la tabla 1 se pueden observar una tabla detallada con las características sociodemográficas de las personas que acuden a la sede un milagro en el hogar de Alcoholicos Anónimos.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las personas que acuden a la sede un milagro en el hogar de Alcohólicos Anónimos.

Factores Sociodemográficos	Frecuencia (%)
Edad	
De 25 a 28 años	4 (40.0)
De 30 a 56 años	4 (40.0)
De 60 a 64 años	2 (20.0)
Sexo	
Hombre	9 (90.0)
Mujer	1 (10.0)
Estado Civil	
Soltero/a	3 (30.0)
Casado/a	2 (20.0)
Divorciado/a	3 (30.0)
Acompañado/a	1 (10.0)
Comprometido/a	1 (10.0)
Hijos	
Si	2 (20.0)
No	8 (80.0)
Cantidad de hijos	
1	3 (30.0)
2	1 (10.0)
3	3 (30.0)
4	1 (10.0)
Nivel Académico	
Secundaria	2 (20.0)
Bachillerato	5 (50.0)
Universitario	3 (30.0)
Situación Laboral	
Trabajador/a por cuenta propia	5 (50.0)
Desempleado/a	2 (20.0)

Trabajador/a tiempo completo 3 (30.0)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Se puede observar de la tabla 2 a la 4, la presencia de síntomas relacionados a las variables de investigación (depresión, ansiedad y estrés), dándole respuesta al primer objetivo de la investigación que es; describir si existen o no síntomas en los adultos que asisten a AA.

Tabla 2.
Presencia de síntomas relacionados con la depresión

No.	Ítem	Total (%)	No me ha ocurrido durante parte del tiempo (%)	Me ha ocurrido poco (%)	Me ha ocurrido bastante (%)	Me ha ocurrido mucho (%)
1	No podía sentir ningún sentimiento positivo.	10 (100)	3 (30.0)	1 (10.0)	5 (50.0)	1 (10.0)
2	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	10 (100)	1 (10.0)	3 (30.0)	4 (40.0)	2 (20.0)
3	He sentido que no había nada que me ilusionara.	10 (100)	2 (20.0)	3 (30.0)	3 (30.0)	2 (20.0)
4	Me sentí triste y deprimido.	10 (100)	2 (20.0)	6 (60.0)	2 (20.0)	0 (0.0)
5	No me pude entusiasmar por nada.	10 (100)	2 (20.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	3 (30.0)
6	Sentí que valía muy poco como persona.	10 (100)	2 (20.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	4 (40.0)
7	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	10 (100)	2 (20.0)	1 (10.0)	3 (30.0)	4 (40.0)

Tabla 3.
Presencia de síntomas relacionados con la ansiedad

No .	Ítem	Total (%)	No me ha ocurrido durante parte del tiempo (%)	Me ha ocurrido poco (%)	Me ha ocurrido bastante (%)	Me ha ocurrido mucho (%)
1	Me di cuenta de que tenía la boca seca.	10 (100)	4 (40.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	1 (10.0)
2	Se me hizo difícil respirar.	10 (100)	4 (40.0)	1 (10.0)	3 (30.0)	2 (20.0)
3	Sentí que mis manos temblaban. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que	10 (100)	2 (20.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	2 (20.0)
4	podría hacer el ridículo.	10 (100)	2 (20.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	2 (20.0)
5	Sentí que estaba al punto de pánico. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	10 (100)	4 (40.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	0 (0.0)
6	Tuve miedo sin razón.	10 (100)	3 (30.0)	1 (10.0)	3 (30.0)	3 (30.0)
7		10 (100)	4 (40.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	0 (0.0)

Tabla 4.
Presencia de síntomas relacionados con el estrés

No .	Ítem	Total (%)	No me ha ocurrido durante parte del tiempo (%)	Me ha ocurrido poco (%)	Me ha ocurrido bastante (%)	Me ha ocurrido mucho (%)
1	Me ha costado mucho descargar la tensión.	10 (100)	0 (0.0)	3 (30.0)	4 (40.0)	3 (30.0)
2	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	10 (100)	1 (10.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	3 (30.0)
3	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	10 (100)	1 (10.0)	3 (30.0)	5 (50.0)	1 (10.0)
4	Me he sentido inquieto.	10 (100)	0 (0.0)	3 (30.0)	5 (50.0)	2 (20.0)
5	Se me hizo difícil relajarme.	10 (100)	2 (20.0)	2 (20.0)	5 (50.0)	1 (10.0)
6	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	10 (100)	1 (10.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	1 (10.0)
7	He tendido a sentirme enfadado con facilidad.	10 (100)	2 (20.0)	0 (0.0)	4 (40.0)	4 (40.0)

Se puede observar de la tabla 5 a la 7, respuesta al segundo objetivo sobre los niveles de depresión, ansiedad y estrés, donde se determinan los niveles que presentan los adultos que asisten a AA.

Tabla 5
Niveles de Depresión

Niveles de Depresión	Frecuencia (%)
No presenta síntomas	1 (10.0)
Depresión leve	1 (10.0)
Depresión moderada	1 (10.0)
Depresión severa	3 (30.0)
Depresión extremadamente severa	4 (40.0)
Total	10 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos recolectados.*

Tabla 6*Niveles de Ansiedad*

Niveles de Ansiedad	Frecuencia (%)
No presenta síntomas	2 (20.0)
Ansiedad leve	1 (10.0)
Ansiedad moderada	1 (10.0)
Ansiedad extremadamente severa	6 (60.0)
Total	10 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos recolectados.***Tabla 7***Niveles de Estrés*

Niveles de Estrés	Frecuencia
No presenta síntomas	2 (20.0)
Estrés moderado	4 (40.0)
Estrés severo	1 (10.0)
Estrés extremadamente severo	3 (30.0)
Total	10 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos recolectados.*

CONCLUSIONES

El procesamiento de los datos obtenidos durante la prueba piloto del instrumento DASS-21 en la sede de Alcohólicos Anónimos “Un milagro en el hogar” brindó información valiosa sobre los factores sociodemográficos de los participantes y la efectividad del instrumento. Diez personas participaron voluntariamente en la prueba y completaron un cuestionario bajo la dirección de los investigadores. Los resultados muestran que las edades de las personas oscilan entre 25 y 60 años. El 60,0% de los participantes poseen el estado civil de solteros o divorciados y el 50,0% nivel académico es principalmente bachillerato. Del mismo modo, con un 50,0% la situación laboral más común fue el trabajador/a por cuenta propia, a pesar de las limitaciones observadas, como la necesidad de supervisión constante por problemas de concentración y la dificultad de las indicaciones de los instrumentos, la prueba piloto aportó información útil, facilitando la identificación de las áreas a mejorar para la claridad del cuestionario. En conclusión, la prueba piloto del DASS-21 resultó en una distribución sociodemográfica adecuada de la muestra y proporcionó información importante para mejorar el instrumento, asegurando su efectividad en futuras aplicaciones.

De igual forma, se buscaba conocer el nivel de depresión, estrés y ansiedad de las personas participantes, por lo tanto, se obtuvo información y resultados muy importantes y un poco alarmantes, como lo es en el apartado de depresión, los participantes muestran que en el 40,0% padecen depresión extremadamente severa, así también como ansiedad con un porcentaje de 60,0%, sin embargo, se obtuvo un dato no tan alarmante como lo es en el estrés, que refleja el estrés moderado en 40,0%. Al obtener estos datos podemos visualizar que esta población que asiste a la sede anteriormente mencionada cuenta con problemas algo severos de estrés y ansiedad, por lo que la prueba piloto DASS-21 cuenta con bastante efectividad para la obtención de resultados favorables.

Anexo 7: Artículo de investigación

NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE ADULTOS SALVADOREÑOS QUE ASISTEN A RECUPERACIÓN EN ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.

LEVELS OF DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS OF SALVADORAN ADULTS ATTENDING RECOVERY IN ALCOHOLICS ANONYMOUS

LAURA CECILIA SOSA TEJADA
SARA LUCÍA VILLACORTA FERNÁNDEZ
SOFIA MICHELLE NIEVES MEJÍA

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo determinar los niveles de ansiedad, estrés y depresión que tienen los adultos salvadoreños que asisten AA y describir si existen síntomas o no ansiosos, depresivos o de estrés en dicha población. El estudio fue de tipo diagnóstico descriptivo, con un diseño transversal. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dejándolo a criterio de conveniencia del investigador. El estudio se conformó por 71 hombres (57.3%) y 53 mujeres (42.7%). La media de edad general fue de 29 a 39 años, la técnica de recolección de datos fue pasar el instrumento DASS 21 de forma presencial a los adultos salvadoreños que acuden a AA. Los resultados revelaron que los síntomas que más manifestó la población fue de ansiedad con un aproximado de 76.6% seguido de síntomas de depresión de 46.8% y un 51% de presencia de síntomas de estrés.

Palabras clave: Salud mental, alcoholismo, depresión, ansiedad, estrés.

Abstract

The present research aims to determine the levels of anxiety, stress, and depression among Salvadoran adults who attend AA (Alcoholics Anonymous) and to describe whether or not there are symptoms of anxiety, depression, or stress in this population. The study was descriptive-diagnostic, with a cross-sectional design. A non-probabilistic convenience sampling method was used, leaving the selection to the researcher's discretion. The study included 71 men (57.3%) and 53 women (42.7%), with an average age ranging from 29 to 39 years. Data collection was conducted by administering the DASS 21 instrument in person to

Salvadoran adults attending AA. The results revealed that the most commonly reported symptoms in the population were anxiety at approximately 76.6%, followed by depression symptoms at 46.8%, and 51% showed symptoms of stress.

Keywords: Mental health, alcoholism, depression, anxiety, stress.

Introducción

La salud mental es un componente fundamental del bienestar humano, influenciando significativamente la calidad de vida y el funcionamiento general de un individuo. El contexto de esta investigación, se enfocará en la exploración del estado de la salud mental relacionado con el consumo de alcohol. El enfoque de dicha investigación es psico-clínico, debido a que se hará conciencia de cómo la salud mental está afectada en los problemas del alcoholismo y cómo cumple un papel fundamental en la etapa de recuperación de los individuos, así mismo conocer cuáles son las afectaciones que tiene el abuso de esta sustancia en las esferas emocionales y mentales de las personas. Los problemas de alcoholismo suelen experimentar trastornos psicológicos, especialmente ansiedad, depresión y estrés que a menudo son exacerbados por el consumo de alcohol afectando al individuo.

Es de gran relevancia esta investigación ya que hasta el momento no ha sido estudiada la problemática de la salud mental en las personas que asisten a recuperación en AA, por lo que, mediante este estudio se pretende determinar si existe o no una afectación en la salud mental.

En El Salvador, el alcoholismo es un problema de salud pública que afecta a una gran parte de la población adulta. Se estima que el 64% de la población salvadoreña mayor de 18 años se ve afectada por el fenómeno del alcoholismo. Según la Encuesta Nacional de Adicciones y Consumo de Drogas (ENAT), la población masculina es la mayor consumidora de alcohol, con un 32.98% de prevalencia (Escalante Ruiz et al., 2015).

Escalante Ruiz et al. (2015) mencionan que el consumo crónico y continuado o periódico del alcohol, que se caracteriza por una pérdida de control sobre la bebida, es considerado como alcoholismo. Esta condición puede ser influenciada tanto por el entorno social en el que se desenvuelve la persona como por factores biológicos propios de la persona.

En El Salvador hay escasez de información debido a que esta población ha sido ignorada por la sociedad y las investigaciones, por lo que esto obstruye en descubrir antecedentes nacionales del estado de salud mental de las personas que se encuentran en Alcohólicos Anónimos. Es un tema poco estudiado pero que en la actualidad se necesita hacer

conciencia y dar una información correcta para que la sociedad esté conocedora de los efectos que puede tener esta problemática en su salud mental, de igual manera saber que hay organizaciones como AA que ayuda a las personas.

Alcohólicos anónimos

La Asociación de Alcohólicos Anónimos se originó en 1935 en Ohio, EE. UU., cuando dos alcohólicos crónicos se conocieron a través de un grupo religioso llamado Oxford Group. En el primer encuentro, los dos hablaron cara a cara y se reconocieron. Para entonces, uno de los hombres, Bill W., había comenzado a buscar otros alcohólicos para ayudarlos a recuperarse.

En la actualidad, la comunidad de Alcohólicos Anónimos funciona a través de más de 115.000 grupos locales en la mayoría de los países del mundo busca empoderar a las personas para que dejen de beber y mejoren su calidad de vida y la de los demás a través de la motivación, la información, el ejemplo, la voluntad y la convivencia. Así mismo, es de mucha relevancia mencionar que, AA considera el alcoholismo como una enfermedad progresiva que no puede curarse, pero que puede ser controlada. En el tiempo actual, los miembros de AA han aprendido que deben vivir sin alcohol si quieren evitar los problemas asociados con su consumo (Marinero, 2021).

El programa de Alcohólicos Anónimos llegó a El Salvador en el año 1955 a través de Edward Fitzgerald, un ciudadano estadounidense que había contraído matrimonio con una salvadoreña y que al llegar a El Salvador se dio cuenta de la expansión del vicio detrás de acontecimientos sociales, graduaciones, inauguraciones de negocios y reuniones familiares, las personas utilizaban el menor pretexto para beber.

Impacto del alcoholismo en la salud mental

El alcoholismo es reconocido como una enfermedad y no simplemente como un vicio debido a su naturaleza crónica y progresiva que afecta tanto al cerebro como al comportamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el alcoholismo como un trastorno relacionado con el consumo de alcohol, caracterizado por una fuerte necesidad de beber, la pérdida de control sobre el consumo, la aparición de síntomas de abstinencia al reducir o interrumpir el consumo y la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para lograr el mismo efecto; por otro lado es importante definir la salud mental como un nivel de equilibrio y bienestar mental en el que una persona es capaz de enfrentar los desafíos de la vida, manejar sus emociones de manera saludable, mantener relaciones satisfactorias, y desarrollar su

potencial de manera efectiva. Es un estado dinámico que involucra aspectos como la autoaceptación, la autenticidad, la resiliencia y el crecimiento personal.

Por lo tanto, la presencia de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o el estrés crónico puede contribuir al desarrollo del alcoholismo. Algunas personas pueden recurrir al alcohol como una forma de automedicación para hacer frente a problemas emocionales, es importante señalar que la relación entre factores psicológicos y alcoholismo es compleja y multifacética. La intervención temprana y el tratamiento adecuado tanto para los trastornos mentales como para el alcoholismo son fundamentales para abordar estos problemas de manera efectiva (García et al., 2012).

Proceso de recuperación

El proceso de recuperación del alcoholismo puede definirse como la asistencia permanente y la realización responsable del proceso mediante el cual el alcohólico interrumpe el paulatino deterioro físico y mental propio de esta enfermedad e inicia una recuperación continua en las áreas de la vida afectadas. El proceso de recuperación del alcoholismo puede ser un desafío, pero con el apoyo adecuado y la determinación, es posible lograr una vida sobria y saludable (Pusay Villarroel, 2016).

Es importante destacar que la abstinencia alcohólica puede variar en gravedad y duración, dependiendo del grado de alcoholismo y del estado de salud de la persona. En algunos casos, los síntomas pueden ser leves y desaparecer en unos pocos días, mientras que en otros casos pueden ser más graves e incluso potencialmente mortales, como en el caso del delirium tremens. En el desarrollo de la fase de abstinencia, es fundamental contar con apoyo médico y emocional. Los profesionales médicos pueden brindar tratamiento farmacológico para aliviar los síntomas de abstinencia y prevenir complicaciones (Carballo Crespo, 2007).

La primera etapa de la recuperación es la abstinencia, o síndrome de abstinencia, que comienza con la primera abstinencia del consumo de alcohol y dura de 1 a 2 semanas. Sin duda, el síndrome de abstinencia es el protagonista de esta fase, lo que significa que el organismo del paciente se desintoxica del alcohol, lo que muchas veces deriva en fuertes deseos de consumir, depresión, ansiedad, falta de energía, irritabilidad, insomnio, paranoia, problemas de sueño y memoria; La segunda etapa de la recuperación es conocida como la fase de abstinencia temprana o "luna de miel". Durante este período, es común que el paciente experimente un estado de bienestar y, en ocasiones, euforia al sentir o creer que sus problemas con la sustancia están casi resueltos; la fase siguiente en el proceso de recuperación se denomina abstinencia prolongada o fase del muro. Esta etapa genera aprehensión en muchos pacientes, ya que se

percibe como un retroceso. Durante este periodo, la energía disminuye considerablemente y emocionalmente la persona experimenta apatía, tristeza y, en algunos casos, estados de anhedonia (Almanza Avendaño & Gómez San Luis, 2020).

Y por último la fase final, que abarca de 4 a 6 meses, es la de adaptación y resolución. En este punto, la persona ha superado los síntomas de la abstinencia física, experimentando mejoras en casi todos sus efectos. No obstante, es crucial comprender que la conclusión de la recuperación no implica que el proceso haya llegado a su fin. En esta etapa, es común que el paciente perciba que, al superar la fase del muro, su vida puede regresar a la normalidad, aunque esta creencia sea inexacta (Almanza Avendaño & Gómez San Luis, 2020).

La recuperación de la adicción al alcohol es un proceso complejo que no solo involucra la superación de la dependencia física, sino también el manejo de múltiples desafíos psicológicos y emocionales (Almanza Avendaño & Gómez San Luis, 2020). En el contexto de la recuperación en Alcohólicos Anónimos (AA) para adultos salvadoreños, se ha observado una prevalencia significativa de síntomas relacionados con la ansiedad, la depresión y el estrés. Estos síntomas, que se manifiestan de manera prominente en esta población, reflejan un nivel elevado de malestar psicológico que acompaña a su proceso de rehabilitación (Almanza Avendaño & Gómez San Luis, 2020).

En primer lugar, los síntomas ansiosos se caracterizan por una constante sensación de inquietud y preocupación. Los individuos en proceso de recuperación a menudo experimentan episodios de ansiedad que pueden incluir palpitaciones, sudoración excesiva, temblores y una sensación generalizada de tensión. Este malestar ansioso se ve intensificado por las dificultades inherentes al proceso de abstinencia y los retos de ajustar su vida a una nueva realidad sin el consumo de alcohol (Ortuño Sánchez, 2023).

Por otro lado, la depresión es otro aspecto crítico que afecta a los adultos salvadoreños en recuperación, los síntomas depresivos en esta población incluyen sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza y vacío (Benavides, 2017). Muchas veces, estos individuos reportan una pérdida significativa de interés en actividades que antes solían disfrutar, junto con problemas para dormir, alteraciones en el apetito y una disminución en la energía general. Estos síntomas depresivos pueden ser consecuencia de las dificultades emocionales y sociales asociadas con el proceso de desintoxicación y la adaptación a un estilo de vida sobrio (Benavides, 2017).

Además, el estrés, que a menudo se presenta de manera crónica en los individuos en recuperación, se manifiesta en forma de sobrecarga emocional y presión constante. Este estrés puede derivarse de múltiples fuentes, incluyendo las demandas de la vida diaria, las presiones

sociales y las expectativas personales para mantener la abstinencia. El estrés prolongado puede exacerbar tanto los síntomas ansiosos como los depresivos, creando un círculo vicioso que complica aún más el proceso de recuperación (Sierra, et al., 2003).

Muchos individuos que buscan ayuda en AA han enfrentado estrés crónico y trauma en sus vidas, ya sea en el contexto familiar, laboral o social. En El Salvador, un país con antecedentes de violencia, inseguridad y desigualdad socioeconómica es común que las personas vivan en un entorno de estrés constante. Este estrés previo a la recuperación puede exacerbar la aparición de síntomas ansiosos y depresivos, ya que el proceso de recuperación implica enfrentar recuerdos dolorosos y lidiar con las consecuencias emocionales de la adicción (Sierra, et al., 2003). Debido a todo lo anterior, se plantea el objetivo de investigación el cual consiste en determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés que presentan las personas alcohólicas que asisten a recuperación en AA en las sedes 12 de Abril, Centroamérica, El Carmen, Flor Blanca (Medio día), Flor Blanca (Media noche), Gente joven, La 75, Nuevo Renacer 1999, Reflexión y UES 26 de abril.

Método

Diseño y muestra

El estudio es de tipo diagnóstica (descriptiva) (Esteban Nieto, 2018) con un diseño transversal (Rodríguez & Mendivelso, 2018). Se utilizó un muestro no probabilístico por conveniencia (Hernández González, 2021) evaluando a 124 adultos salvadoreños que se encuentran en recuperación en Alcohólicos Anónimos. La muestra está conformada por 71 hombres (57.3%) y 53 mujeres (42.7%). Los rangos de edad oscilan entre los 18 a 72 años. La técnica de recolección de datos fue la encuesta.

Instrumento de medición

La Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) fue creada por Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond en 1995, es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar estados emocionales negativos en diferentes poblaciones (Güilgüiruca et al., 2023). La escala consta con 21 ítems evaluando tres subescalas: (depresión: ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21; ansiedad: ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20; estrés: ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18) y cuenta con una escala de respuesta tipo Likert entre el 0 y 3, donde 0 alude a No he ha ocurrido; 1 a Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2 a Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3 a Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. La DASS-21 cuenta con adecuadas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en adolescentes y adultos salvadoreños (Lobos-Rivera et al., 2022; Orellana & Orellana, 2021).

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo luego de una previa aprobación por las autoridades de la Universidad Evangélica de El Salvador para poder implementar la prueba piloto en la sede “Un milagro en el hogar” para comprobar la efectividad del instrumento aplicado y verificar si se cumplen los objetivos planteados en la investigación. Luego de corroborar los datos obtenidos en la prueba piloto, se aplicó el instrumento en las 10 sedes planteadas en la investigación y posteriormente los datos recopilados se trasladaron al programa estadístico SPSS para el análisis e interpretación estadística.

Aspectos éticos

La muestra evaluada participó de forma voluntaria, siempre y cuando tuvieran la edad legal para dar su consentimiento (mayores de 18 años). Cada participante completó un consentimiento informado que aseguraba el anonimato de su identidad, especificando que los datos serían utilizados con fines de investigación y publicados en artículos científicos sin revelar información personal.

Resultados

Los resultados fueron obtenidos por medio de encuestas presenciales realizadas a los adultos en fase de recuperación con problemas de alcoholismo de diferentes centros de Alcohólicos Anónimos en el distrito de San Salvador. El 18.5% de los adultos que están en fase de recuperación asisten a la sede El Carmen, el 15.3% asisten a recuperación en la sede Centroamérica, el 14.5% participan en la sede Flor Blanca (Mediodía), el 9.7% acuden a las sedes Gente Joven y La 75, el 8.1% de los participantes asisten a la sede UES 26 de abril, el 7.30% participan en la sede Reflexiones, el 6.5% asisten a la sede Flor Blanca (Noche), el 5.6% de los participantes acuden a la sede 12 de abril y el 4.8% asisten a la sede Nuevo Renacer 199.

Tabla 1

Sedes a las que pertenecen los adultos salvadoreños que asisten a recuperación.

Sede AA	Frecuencia
12 de abril	7 (5.6)
Centroamérica	19 (15.3)
El Carmen	23 (18.5)
Flor Blanca (Mediodía)	18 (14.5)
Flor Blanca (Noche)	8 (6.5)
Gente Joven	12 (9.7)
La 75	12 (9.7)
Nuevo Renacer 1999	6 (4.8)
Reflexiones	9 (7.30)
UES 26 de abril	10 (8.1)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

El estudio muestra que una porción significativa de la muestra de adultos en recuperación presenta niveles elevados de depresión. La depresión severa y extremadamente severa es común, afectando a una alta proporción de participantes. En la tabla 2 se muestran los porcentajes correspondientes de los niveles de depresión donde el 46.8% de los participantes reportaron depresión extremadamente severa, este hallazgo es alarmante y sugiere que casi la mitad de los participantes están lidiando con niveles críticos de malestar emocional. La mayor proporción de la muestra el 30.6% reportó depresión severa. Este nivel de severidad sugiere que una parte importante de la población estudiada está enfrentando dificultades significativas que requieren atención y tratamiento. Un grupo significativo del 21% de los participantes experimentó depresión moderada. Esto muestra que una proporción considerable de la muestra está lidiando con síntomas que afectan su bienestar, aunque no tan severos como los niveles más altos. Y solo el 1.6 de la muestra reportó depresión leve, lo que sugiere que esta categoría es menos común entre los participantes.

Tabla 2*Niveles de Depresión*

Niveles de Depresión	Frecuencia (%)
No presenta síntomas	0 (0.0)
Depresión leve	2 (1.6)
Depresión moderada	26 (21.0)
Depresión severa	38 (30.6)
Depresión extremadamente severa	58 (46.8)
Total	124 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

La recuperación de una adicción al alcohol implica una serie de cambios importantes en la vida de los participantes, incluyendo el enfrentamiento con el síndrome de abstinencia, la adopción de nuevas rutinas, y la modificación de comportamientos asociados al consumo. Estos cambios pueden generar altos niveles de ansiedad, ya que los individuos enfrentan la incertidumbre y el miedo a recaídas.

La tabla 3 presenta los resultados de los niveles de ansiedad, se identificó que La gran mayoría de los participantes 76.6% reporta ansiedad extremadamente severa. Este alto porcentaje sugiere que la ansiedad en esta población es extremadamente grave y generalizada. Un porcentaje mayor 15.3% reporta ansiedad severa. Esto indica que una parte significativa de la muestra experimenta niveles de ansiedad que afectan considerablemente su bienestar diario. Por último, un pequeño porcentaje de la muestra 8.1% presenta ansiedad moderada. Esto sugiere que una fracción menor de los participantes enfrenta niveles de ansiedad que pueden ser preocupantes, pero no tan graves como los niveles superiores.

Tabla 3*Niveles de Ansiedad*

Niveles de Ansiedad	Frecuencia (%)
No presenta síntomas	0 (0.0)
Ansiedad leve	0 (0.0)
Ansiedad moderada	10 (8.1)
Ansiedad severa	19 (15.3)
Ansiedad extremadamente severa	95 (76.6)
Total	124 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

El proceso de desintoxicación del alcohol y la adaptación del cuerpo a la abstinencia pueden ser altamente estresantes. Los síntomas físicos y emocionales de la abstinencia pueden causar malestar significativo, aumentando el estrés en los participantes durante las primeras etapas de la recuperación. La recuperación de la adicción implica realizar cambios importantes en la vida personal y social. Los participantes deben reconstruir relaciones personales y laborales dañadas, adaptar sus rutinas diarias y enfrentar el estigma asociado con la adicción. Estos ajustes pueden ser estresantes y difíciles de manejar, contribuyendo a niveles elevados de estrés.

La tabla 4 ilustra los porcentajes donde la mayor proporción de la muestra 41.1% reporta estrés severo. Esto sugiere que una porción considerable de la población está experimentando niveles de estrés que afectan significativamente su bienestar y funcionamiento diario. Del mismo modo, un grupo considerable 29.0% reporta estrés moderado. Esto indica que una parte significativa de la muestra está lidiando con niveles de estrés que son más que leves, pero no tan graves como los niveles superiores. De manera similar, un 12.9% reporta estrés extremadamente severo. Aunque este porcentaje es menor que el de estrés severo, sigue siendo una cifra notable que indica que una parte de los participantes enfrenta niveles críticos de estrés. El 9.7% de los participantes experimenta estrés leve. Este porcentaje es bajo, indicando que relativamente pocos individuos reportan niveles bajos de estrés. Finalizando, el 7.3% de los participantes reportó no presentar síntomas de estrés, lo que indica que una pequeña proporción de la muestra no está experimentando estrés significativo.

Tabla 4

Niveles de Estrés

Niveles de Estrés	Frecuencia
No presenta síntomas	9 (7.3)
Estrés leve	12 (9.7)
Estrés moderado	36 (29.0)
Estrés severo	51 (41.1)
Estrés extremadamente severo	16 (12.9)
Total	124 (100.0)

Fuente: *Elaboración propia, a partir de los datos recolectados del presente estudio.*

Discusión de resultados

Arias et al. (2023) manifiesta que la recuperación de la adicción al alcohol en Alcohólicos Anónimos (AA) frecuentemente está acompañada por desafíos significativos en

términos de salud mental, particularmente en relación con la ansiedad, el estrés y la depresión. Estos problemas pueden afectar tanto la capacidad de los individuos para mantener su recuperación como su calidad de vida en general.

Los resultados obtenidos de la investigación sobre los niveles de depresión, ansiedad y estrés en los participantes de Alcohólicos Anónimos presentan una visión preocupante de la salud mental de esta población. La interpretación de estos datos es crucial para comprender la extensión de los problemas emocionales enfrentados y para diseñar intervenciones adecuadas.

El análisis muestra que el 77.4% de los participantes presentaron síntomas de depresión, con una proporción destacada de depresión severa de 30.6% y extremadamente severa de 46.8%. Estos datos sugieren que los problemas depresivos son graves y generalizados entre los participantes. La ausencia de individuos sin síntomas de depresión indica que todos los miembros de la muestra están experimentando algún nivel de malestar emocional significativo.

La alta prevalencia de depresión extremadamente severa es alarmante. Este nivel de depresión puede tener múltiples raíces. Samaniego Namicela (2017) señala que la transición hacia la recuperación de una adicción puede implicar una serie de desafíos emocionales intensos, como sentimientos de culpa, vergüenza, y una reestructuración completa de la identidad personal. Los participantes podrían estar enfrentando dificultades para adaptarse a un nuevo estilo de vida y a la falta de los mecanismos de afrontamiento previos que pudieron haber estado asociados con su adicción. Sin embargo, la depresión tiene un impacto significativo en la salud mental de una persona en recuperación por el alcoholismo. La depresión es una condición de salud mental en la que una persona experimenta continuamente sentimientos de tristeza y desesperanza, lo cual puede influir en su forma de pensar y actuar. Esto puede afectar muchos aspectos de la vida, incluyendo las responsabilidades profesionales, las metas personales y las relaciones con familiares y amigos (Ordoñez Galeano, 2020).

Adicionalmente, el entorno de Alcohólicos Anónimos, a pesar de ser un lugar de apoyo, podría también contribuir al estrés y la depresión si las expectativas de recuperación no se cumplen o si hay una falta de recursos adecuados para enfrentar estos desafíos emocionales (Samaniego Namicela, 2017). Es fundamental que los programas de recuperación integren soporte psicológico continuo y estrategias para manejar la depresión de manera efectiva.

La falta de reportes de ansiedad leve o moderada, combinada con una alta prevalencia de ansiedad severa de 15.3% y extremadamente severa de 76.6%, indica que la mayoría de los participantes experimentan niveles intensos de ansiedad. Este patrón puede reflejar una situación donde los individuos no solo enfrentan ansiedad de manera general, sino que esta alcanza niveles críticos que afectan su funcionalidad diaria.

El hecho de que ningún participante reportara ansiedad leve o moderada sugiere que la ansiedad en esta población es crónica y severa. Arias et al. (2023) mencionan que la ansiedad severa y extremadamente severa puede estar asociada con la incertidumbre y las presiones del proceso de recuperación, así como con el estrés prolongado que enfrentan los individuos en recuperación. La ansiedad puede estar exacerbada por la preocupación constante por la recaída, la adaptación a una nueva rutina de vida, y las posibles dificultades en las relaciones interpersonales.

Según los estudios de Avila Cadavid et al., (2005) La ansiedad juega un papel fundamental en la salud mental de un alcoholico que asiste a recuperación, debido a que existen diferentes métodos en que la ansiedad puede afectar en la esfera mental, una de ellas es que desencadena recaídas debido a que la ansiedad puede alterar el deseo de recurrir al alcohol como una forma de auto prescribirse alivio temporal.

La alta prevalencia de ansiedad extremadamente severa también podría indicar la necesidad de intervenciones específicas para el manejo de la ansiedad, como terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación, o programas de apoyo psicológico más intensivos Casas & Guardia, 2002). La falta de ansiedad leve y moderada en los datos sugiere que los problemas de ansiedad pueden estar en un estado de crisis para esta población.

El estrés fue reportado en niveles variados, con el 41.1% de los participantes experimentando estrés severo y el 12.9% con estrés extremadamente severo. La combinación de niveles moderados, severos y extremadamente severos de estrés (83.7% en total) indica que el estrés es un problema significativo que afecta a la mayoría de los participantes.

Según lo indicado por Casas y Guardia (2002) el estrés puede ser particularmente alto durante el proceso de recuperación debido a las múltiples demandas que enfrentan los individuos, incluyendo la adaptación a nuevas rutinas, el manejo de desencadenantes de la adicción, y la necesidad de reconstruir aspectos de su vida social y económica. El estrés extremadamente severo reportado por una parte de la muestra destaca la necesidad de intervenciones específicas que aborden el manejo del estrés y que proporcionen técnicas para afrontar situaciones estresantes de manera saludable.

Los resultados de esta investigación subrayan la urgente necesidad de un enfoque más integral y enfocado en la salud mental en los programas de recuperación de adicciones. La alta prevalencia de síntomas graves de depresión, ansiedad y estrés indica que las estrategias actuales podrían no ser suficientes para abordar las complejas necesidades emocionales de esta población. Implementar medidas adicionales para apoyar la salud mental puede ser clave para mejorar los resultados en el proceso de recuperación.

Estos problemas pueden complicar el proceso de recuperación, disminuir la motivación y aumentar el riesgo de recaída. Para abordar estos problemas, es esencial integrar terapias psicológicas que se lleven de la mano con el acompañamiento que se las brinda en AA y el apoyo en el desarrollo de habilidades sociales en el tratamiento, ayudando a los individuos a manejar mejor sus emociones, mejorar el estrés y fortalecer sus relaciones interpersonales, lo que es crucial para mantener la sobriedad (Solís et al., 2000).

Conclusiones

La presente investigación pone en evidencia los elevados niveles de depresión, ansiedad y estrés asociados al alcoholismo, lo que conduce a un mayor consumo de esta sustancia y, en consecuencia, afecta negativamente la calidad de vida de las personas. Asimismo, aquellos que se encuentran en proceso de recuperación son más propensos a sufrir recaídas debido a la falta de equilibrio en sus esferas emocionales, lo que impacta negativamente en su proceso de rehabilitación.

Alcohólicos Anónimos, cumple un papel fundamental y es de bastante ayuda su acompañamiento para estas personas que padecen de alcoholismo, aunque se conoce que en el país (El Salvador) no hay una amplia teoría sobre esta temática, pero organizaciones como AA busca dar el apoyo a esta población y acompañarlos en su proceso de recuperación. Hay factores externos dentro del país que pueden sumar a que estas personas presenten niveles alterados en depresión y ansiedad y un poco significativos en el estrés, el contexto sociocultural influye en la parte emocional de las personas y complicando su proceso de recuperación del alcoholismo, afectando su salud mental de manera significativa.

Recomendaciones

- Se recomienda integrar programas de apoyo psicológico dentro de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) para abordar de manera específica los síntomas de estrés, ansiedad y depresión observados en los miembros. Estos programas podrían incluir sesiones regulares con psicólogos o terapeutas capacitados que trabajen en conjunto con los facilitadores de AA, asegurando un enfoque holístico en la recuperación que contemple tanto la dependencia al alcohol como los trastornos emocionales asociados.
- Se sugiere proporcionar capacitación especializada a los facilitadores y líderes de los grupos de AA en temas de salud mental, especialmente en la identificación y manejo de síntomas de ansiedad, depresión y estrés entre los participantes. Al equipar a los facilitadores con conocimientos básicos en salud mental, se mejora la capacidad del grupo

para ofrecer un entorno de apoyo más integral, permitiendo una intervención temprana y la referencia a profesionales de salud mental cuando sea necesario.

Referencias bibliográficas

- Almanza Avendaño, A. M., & Gómez San Luis, A. H. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud colectiva*, 16, 2523.
<https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2523/es/>
- Andrade, J. A., Ciro, M., & Gutiérrez, N. (2012). Prevalencia de síntomas ansiosos depresivos en un grupo de 30 personas vinculadas a los Alcohólicos Anónimos en la ciudad de Ibagué. *Revista Psicología Científica.com*, 14(22).
<https://psicologiacycientifica.com/alcoholicos-anonimos-prevalencia-sintomas-ansiosos-depresivos>
- Arias, R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 138-147.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982005000200003&script=sci_arttext
- Arias, F., Sion, A., Espinosa, R., Jurado-Barba, R., Marín, M., Martínez Maldonado, A., & Rubio, G. (2023). Fases de la recuperación psicológica en pacientes dependientes del alcohol tras un tratamiento intensivo: Un seguimiento de 4 años. *Revista Adicciones*, 35(1), 21-32.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/1575/1205>
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista Puce*, (105), 171-188.
<http://revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/119/149>
- Bolet, M., & Socarrás, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1).
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004&lng=es&tlng=es)

- Carballo Crespo, J. L. (2007). La recuperación natural de la adicción al alcohol y las drogas [Tesis Doctoral]. Universidad de Oviedo. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/14666/TD_Jose%20Luis%20Carballo%20Crespo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Casas M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Revista Adicciones*, 14(1), 195-219. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/524/519>
- Díaz García, N., & Moral Jiménez, M. (2018). Consumo de alcohol y conducta antisocial e impulsividad en adolescentes Españoles. *Revista Acta colombiana de Psicología*, 21(2), 110-120. <https://www.redalyc.org/journal/798/79856553006/html/#c1>
- Escalante Ruiz, C. E., Grimaldi Calderón, R. M., Mcleod Alvarado, A. E., Medrano Cornejo, S. P., & Zayas Hernández, A. E. (2015). Alcoholismo en El Salvador. Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”. [\(PDF\) El Alcoholismo en El Salvador | Carlos E Escalante - Academia.edu](#)
- Garcia-Betancurdt, N., Morales Rigau, J., Gonzales Pino, M., Serrano-Dueñas, Y., Trujillo-Rodriguez, Y., & Morales-Fuentes, M. (2012). Prevalencia del alcoholismo y factores asociados. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 130-140. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242015000200004&script=sci_arttext
- Garcia-Betancurdt, N., Morales Rigau, J., Gonzales Pino, M., Serrano-Dueñas, Y., Trujillo-Rodriguez, Y., & Morales-Fuentes, M. (2012). Prevalencia del alcoholismo y factores asociados. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 130-140. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242015000200004&script=sci_arttext
- Hoenicka, J., Ampuero, I., & Ramos Atance, A. (2003). Trastornos adictivos. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 213-222. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575097303701135>
- Lobos-Rivera, M. E., Ventura-Romero, J. M., Flores-Monterrosa, A. N., Durán-Hernández, T., & Umanzor-Gómez, V. M. (2022). Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés en una muestra de estudiantes universitarios

- salvadoreños. *Revista entorno*, (73), 23-31.
<http://portal.amelica.org/ameli/journal/366/3663884003/html/>
- Marinero, J. (2021). 66 años de AA en El Salvador. *Diario El Mundo*.
<https://diario.elmundo.sv/Opini%C3%B3n/66-anos-de-aa-en-el-salvador>
- Ortuño Sánchez, F. (2023). Ansiedad. Síntomas, ataque de ansiedad, control y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es.https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad>
- Pusay Villarroel, N. C. (2016). Patrones clínicos de la personalidad y continuidad en el proceso de recuperación del alcoholismo en grupos de apoyo A.A tradicionales de la ciudad de Riobamba, periodo diciembre 2015- mayo 2016 [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de Chimborazo.
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3356/1/UNACH-FCS-LAB-CLIN-2017-0001.pdf>
- Samaniego Namicela, E. G. (2017). *La depresión en personas que asisten a la comunidad de alcohólicos anónimos de la ciudad de Loja* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18063/1/Tesis.pdf>
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar E Subjetividade*, 3(1), 10–59.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002