



Universidad de San Carlos de Guatemala
Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Maestría en Atención Integral y Conductas Adictivas

EL PAPEL DE AUTOCOMPASIÓN EN LA AMORTIGUACIÓN DE LOS
TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL E INDICADORES DE DEPRESIÓN,
EN PERSONAS QUE ASISTEN A CENTROS DE RECUPERACIÓN DE LA CIUDAD
DE GUATEMALA.

Javier Antonio Ramírez Galindo

Guatemala de la Asunción, septiembre del 2023

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Arizábal de León

Secretaria

M.A Karla Amparo Carrera Vela

M.Sc. José Mariano González Barrios

Representantes de los Profesores

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

Representantes Estudiantiles

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruíz

Representante de Egresados

MIEMBROS DEL CONCEJO ACADÉMICO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Maestro Ronald Amílcar Solís Zea

Director Departamento de Postgrado

Maestra Gabriela Álvarez García

Maestro Francisco José Ureta Morales

Maestro Miguel Alfredo Guillén Barillas

Maestro Mario Colli Alonso

Docentes titulares



Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 206
postgrado@psicomasac.edu.gt

D.E.P.Ps 303-2023
Guatemala 29 de agosto de 2023

**Autorización para impresión proyecto de investigación.
Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas**

Licenciada (o)
Javier Antonio Ramírez Galindo
Maestrante

Licenciada (o) Ramírez Galindo:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto OCTAVO del ACTA No. CADEP-Ps-12-2023 de fecha nueve de agosto del dos mil veintitrés: El director del Departamento de Estudios de Postgrado invitó al Maestro Mario Colli Alonso para que presente el informe de los trabajos de graduación quien supervisó los mismos, de los maestrantes de la Maestría en Prevención y Atenuación Integral de Conductas Adictivas 2da cohorte. Este trabajo representa el último paso para culminar con los requisitos de graduación de la Maestría. Para tal efecto, los miembros del Concejo Académico del Departamento revisaron los documentos que fueron presentados y realizaron algunas preguntas sobre contenidos que fueron de interés debido a lo innovador del tema, la metodología utilizada, entre otros. Considerando, Reglamento del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Concejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos, se **ACUERDA:** Autorizar la impresión del trabajo final de graduación con el título **"El papel de autocompasión en la amortiguación de los trastornos por consumo de alcohol e indicadores de depresión, en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala"**

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.Sc. Mariano González
Director en funciones
Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas



c.c archivo
Verna



Cc. Archivo

CODIPs. 1587-2023

ORDEN DE IMPRESIÓN TRABAJO DE GRADUACIÓN

09 de septiembre de 2023

Licenciado (a)
Javier Antonio Ramírez Galindo
Presente

Maestrante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto OCTOGÉSIMO TERCERO (83°)** del **Acta CUARENTA Y SEIS - DOS MIL VEINTITRÉS (46-2023)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 06 de septiembre de 2023, que copiado literalmente dice:

"OCTOGÉSIMO TERCERO: Se conoció el expediente que contiene el Trabajo de Graduación titulado: **"El papel de autocompasión en la amortiguación de los trastornos por consumo de alcohol e indicadores de depresión, en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala"** de la Maestría en **Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas**, realizado por :

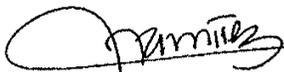
Javier Antonio Ramírez Galindo

Registro Académico: 199918563
CUI: 1573242490101

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Trabajo de Graduación de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas 2° cohorte con categoría en artes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARÍA DE ESCUELA II

/Verna



Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

Guatemala, 29 de abril del 2022

Maestro
Ronald Solís Zea
Director Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del estudiante Javier Antonio Ramírez Galindo con registro académico 199918563, previo a optar al grado de Maestro en Prevención y atención integral en las conductas adictivas, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título "El papel de autocompasión en la amortiguación de los trastornos por consumo de alcohol e indicadores de depresión, en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala".

Atentamente,

M. Sc. Mario Colli Alonso
Coordinador Maestría en Prevención y atención integral de las conductas adictivas. Colegiado No. 4323.

Javier Antonio Ramírez Galindo
Técnico Orientador Vocacional y Laboral
Licenciado en Psicología
Colegiado No. 14,654

Índice

Introducción	1
1. Capítulo 1: Generalidades	4
1.1 Líneas de investigación	4
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Justificación	7
1.4 Alcances	8
1.5 Objetivos de investigación	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	9
1.6 Operacionalización de objetivos, categoría/variables	10
2. Capítulo 2: Fundamentación teórica.	14
2.1 Trastornos por consumo de alcohol	14
2.01.1. Suposiciones teóricas de los trastornos por consumo de alcohol.	15
2.02. Depresión	16
2.03. Autocompasión	19
Capítulo 3: Marco metodológico	21
3.1 Diseño de investigación	21
3.1.1 Técnica de recolección de datos.	21
3.2 Sujetos	22
3.3 Instrumentos	23
3.3.1 Árbol de categorías	26
3.4 Procedimiento de investigación	27
3.5 Diseño y metodología del análisis de la información recabada	29
4. Capítulo: Resultados del trabajo de campo	31
4.1 Resultados	31
4.1.1 Caracterización de la población	31
4.1.2 puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol	33
4.1.3 Indicadores de depresión	36
4.1.4 Niveles de autocompasión	38

4.1.4 Relación entre trastornos por consumo de alcohol, depresión y autocompasión	40
4.2 Discusión	42
4.2.1 Trastornos debidos al consumo de alcohol	42
4.2.2 Indicadores de depresión	48
4.2.3 Autocompasión	53
4.2.4 Relación entre trastornos debidos al consumo de alcohol	54
Capítulo 5: conclusiones y recomendaciones	59
5.1 Conclusiones	59
5.2 Recomendaciones	63
Capitulo 6: Propuesta	65
6.1 Análisis de participantes	65
6.2 Análisis de problemas	70
6.2.1 Árbol de problemas	71
6.3 Análisis contextual y diagnóstico	72
6.4 Análisis de objetivos, objetivos de la intervención.	76
6.5 Análisis de opciones	77
6.6. Marco conceptual	82
6.6.1 Trastornos por consumo de alcohol	82
6.6.1.1. Suposiciones teóricas de los trastornos por consumo de alcohol.	83
6.6.2 Depresión	84
6.3 Autocompasión	87
6.3.1 Autocompasión versus juicio propio.	87
6.3.2 Humanidad común versus aislamiento.	88
6.3.3 Mindfulness versus sobreidentificación o evitación.	88
6.3.4 Las relaciones entre los componentes de la autocompasión	89
6.3.5 Fuentes de autocompasión	91
6.3.6 Autocompasión en el contexto terapéutico	91
6.3.7 Entrenamiento de Autocompasión Consciente (MSC)	92
6.7 Matriz del proyecto	94
Referencias	117

Anexos	124
1. Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión auto aplicable.	124
2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)	126
3. Escala de Auto-Compasión (SCS)	133

Índice de tablas

1. Tabla 1: Procedimiento de investigación	23
2. Tabla 2: Frecuencias de sexo	28
3. Tabla 3: Frecuencias de edad	28
4 Tabla 4: Frecuencias de estado civil	29
5 Tabla 5: Frecuencias de empleo	29
6 Tabla 6: Frecuencia de práctica alguna religión	29
7 Tabla 7: Grupo de autoayuda	30
8 Tabla 8: Descriptivos del cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol	31
9 Tabla 9: Niveles de riesgo por trastornos debidos al Consumo de Alcohol	31
10 Tabla 10: Niveles de riesgo por trastornos debidos al Consumo de Alcohol cruzado con datos sociodemográficos	32
11 Tabla 11: Descriptivos del Inventario de depresión-II (BDI-II)	33
12 Tabla 12: Clasificación de depresión	34
13 Tabla 13: Clasificación de depresión cruzado con datos sociodemográficos.	34
14 Tabla 14: Descriptivos para la escala de autocompasión (SCS)	35
15 Tabla 15: Niveles de autocompasión	36
16 Tabla 16: Niveles de autocompasión cruzado con datos sociodemográficos	36
17 Tabla 17: Estadísticos descriptivos de normalidad de los datos	37
18 Tabla 18: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	37
19 Tabla 19: Correlación trastornos por consumo de alcohol, depresión y autocompasión	38

Introducción

El abuso y la dependencia del alcohol se han asociado con el afecto negativo, la depresión y las estrategias de afrontamiento inadecuadas (Camatta & Nagoshi, 1995). Se puede argumentar que la incomodidad de ciertos pensamientos, emociones, estados corporales y predisposiciones conductuales dan como resultado trastornos por consumo de alcohol para eliminar, atenuar o reducir estas experiencias dolorosas. Además, la evidencia preliminar ha demostrado que las personas con dependencia del alcohol tienen niveles más bajos de autocompasión que la población en general (Brooks, Kay-Lambkin, Bowman & Childs, 2012), lo que sugiere que estas personas pueden carecer de importantes estrategias de afrontamiento para recuperarse de su adicción (Rendon, 2007).

Durante la última década, la autocompasión ha ganado popularidad como una construcción relacionada y complementaria a la atención plena, y la investigación sobre la autocompasión continúa creciendo. La autocompasión es un rasgo medible dentro de los individuos que implica tratarse a uno mismo con la misma amabilidad, preocupación y apoyo que le mostraría a un buen amigo. Cuando se enfrentan a luchas difíciles de la vida, o cuando se enfrentan a errores, fracasos e insuficiencias personales, la autocompasión responde con amabilidad, en lugar de un juicio severo de sí mismo, reconociendo que la imperfección es parte de la experiencia humana compartida. Para darse a uno mismo compasión, uno debe poder volverse hacia, reconocer y aceptar que uno está sufriendo, lo que significa que la atención plena es un componente central de la autocompasión (Neff, 2003). Investigaciones recientes han comenzado a examinar el uso de la compasión centrada en uno mismo y la atención plena como una forma de aliviar la angustia asociada con los trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión (Neff, 2011).

La investigación preliminar ya ha demostrado una relación inversa entre la autocompasión y la depresión, la ansiedad y otras formas de psicopatología (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2011). Sin embargo, se han realizado muy pocas investigaciones que examinen el rasgo de autocompasión en el grupo objetivo elegido para este

estudio: adultos con trastornos por consumo de alcohol en centros de recuperación. Aunque la investigación ha tenido éxito en documentar la incidencia y la prevalencia del uso y abuso del alcohol, existe una necesidad constante de examinar los factores psicológicos asociados con este problema (Camatta y Nagoshi, 1995; Pullen, 2001). Por ejemplo, un patrón de impulsividad y búsqueda de sensaciones está fuertemente relacionado con el aumento de la bebida entre los estudiantes universitarios. Este patrón está respaldado por investigaciones sobre la personalidad, los motivos para beber, las expectativas de consumo de alcohol y los contextos de consumo (Wilson y Byrd, 2005).

También se documenta un segundo patrón de consumo de alcohol asociado con estados emocionales negativos. El abuso de alcohol se ha asociado con afectos negativos, depresión y estrategias de afrontamiento inadecuadas (Camatta & Nagoshi, 1995). Se puede argumentar que la incomodidad de ciertos pensamientos, emociones, estados corporales y disposiciones conductuales contribuye al abuso y la dependencia del alcohol en un intento por eliminar o reducir estas experiencias dolorosas (Wilson y Byrd, 2005).

Los estudios empíricos que examinan la asociación entre la autoestima y la bebida han encontrado que la autoestima positiva global, cómo uno se siente típicamente sobre sí mismo y su propia valía, no necesariamente protege contra el abuso del alcohol (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003) y, de hecho, autoestima narcisista (es decir, visión exagerada de la autoestima) y autoestima contingente (es decir, cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos o nos evaluamos en función de fuentes externas como lo que otros dicen, nuestro éxito o fracaso, o la competencia de uno mismo) se correlacionan positivamente con el abuso de alcohol (Luhtanen y Crocker, 2005).

Sin embargo, la investigación sobre la autoestima y el consumo de alcohol no ha logrado producir resultados consistentes con respecto a la naturaleza de la relación entre el abuso de alcohol y la autoestima (Crocker y Park, 2004). Como resultado, ha

surgido una construcción psicológica diferente: la autocompasión, que parece particularmente relevante para el abuso y la dependencia del alcohol (Neff, 2003a).

La investigación existente que se ha realizado sobre la autocompasión y los trastornos por consumo de alcohol es escasa y tiene numerosas limitaciones. Sin embargo, hay un estudio que proporciona evidencia preliminar importante de la relación entre la autocompasión, la depresión, la ansiedad, el estrés y el consumo peligroso de alcohol en una población australiana (Brooks et al., 2012).

Los principales hallazgos de la investigación fueron que los participantes tenían niveles significativamente más bajos de autocompasión y niveles más altos de depresión. Además, se encontró que los encuestados en recuperación sobria (que ya no bebían) eran significativamente más autocompasivos y menos deprimidos que aquellos que luchaban con un trastorno debido al consumo de alcohol activo. Dichos resultados indican que las intervenciones diseñadas para mejorar la autocompasión pueden ser beneficiosas para incorporarlas al tratamiento por abuso de sustancias.

1. Capítulo 1: Generalidades

1.1 Líneas de investigación

Esta investigación está ubicada en el área de Salud mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca (Escuela de Ciencias Psicológicas, 2021). Particularmente dentro de la línea: Psicología de la salud de la cual se seleccionaron las siguientes sub líneas:

- Comportamiento y salud
- Adicciones, causas y efectos, prevención y tratamiento
- Discriminación del riesgo
- Componentes sociales, económicos, culturales y psicológicos de las adicciones.

Se debe tomar en cuenta que la justificación de esto es que en Guatemala la salud mental se ha visto afectada por las consecuencias del conflicto armado interno, además de la violencia común, organizada y la estructural que figuran como un círculo de injusticia social y falta de voluntad política para su solución. Todo esto evidencia la necesidad del trabajo asistencial en material de la salud mental

1.2 Planteamiento del problema

El abuso y la dependencia del alcohol se han asociado con afecto negativo, depresión y estrategias de afrontamiento inapropiadas (Camatta & Nagoshi, 1995). Se puede argumentar que la incomodidad de ciertos pensamientos, emociones, estados corporales y predisposiciones conductuales provocan trastornos por consumo de alcohol para eliminar, atenuar o reducir estas experiencias dolorosas. Asimismo, la evidencia preliminar ha demostrado que las personas con dependencia del alcohol tienen niveles más bajos de autocompasión que la población general (Brooks, Kay-Lambkin, Bowman & Childs, 2012), lo que sugiere que estos individuos pueden carecer de estrategias importantes para recuperarse de su adicción (Rendon, 2007).

Durante la última década, la autocompasión ha ganado popularidad como una construcción relacionada y complementaria de la atención plena, y la investigación sobre la autocompasión continúa ha aumentado. La autocompasión es un rasgo medible dentro de las personas que implica tratarse con la misma amabilidad, preocupación y apoyo que uno le mostraría a un buen amigo. Cuando se enfrenta a luchas difíciles de la vida, o confronta errores personales, fallas e insuficiencias, la autocompasión responde con amabilidad, en lugar de un duro juicio propio, reconociendo que la imperfección es parte de la experiencia humana compartida. Para darse compasión, uno debe ser capaz de volverse hacia, reconocer y aceptar que está sufriendo, lo que significa que la atención plena es un componente central de la autocompasión (Neff, 2003a).

Investigaciones recientes han comenzado a examinar el uso de la compasión centrada en uno mismo y la atención plena como una forma de aliviar la angustia asociada con los trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión (Neff, 2011).

La investigación preliminar ya ha demostrado una relación inversa entre la autocompasión y la depresión, la ansiedad y otras formas de psicopatología. Sin embargo, se ha realizado muy poca investigación para examinar la autocompasión del rasgo en el grupo objetivo elegido para este estudio: adultos con trastornos por consumo de alcohol tratados en centros de recuperación. Aunque la investigación ha sido exitosa en documentar la incidencia y prevalencia del uso y abuso del alcohol, existe una necesidad continua de examinar los factores psicológicos asociados con este problema. Por ejemplo, un patrón de impulsividad y búsqueda de sensaciones está fuertemente relacionado con el aumento del consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios. Este patrón está respaldado por la investigación de la personalidad, los motivos de consumo, las expectativas de alcohol y los contextos de consumo (Wilson & Byrd, 2005).

También se documenta un segundo patrón de consumo de alcohol asociado con estados emocionales negativos. El abuso de alcohol se ha asociado con afecto negativo, depresión y estrategias de afrontamiento inapropiadas. Se puede

argumentar que la incomodidad de ciertos pensamientos, emociones, estados corporales y disposiciones conductuales contribuye al abuso y la dependencia del alcohol en un intento de eliminar o reducir estas experiencias dolorosas. Los estudios empíricos que examinan la asociación entre la autoestima y el consumo de alcohol han encontrado que la autoestima positiva global, cómo se siente típicamente sobre uno mismo y la autoestima, no necesariamente protege contra el abuso del alcohol, de hecho, la autoestima narcisista y autoestima contingente, es decir, cómo nos sentimos o nos evaluamos a nosotros mismos en función de fuentes externas como lo que dicen los demás, nuestro éxito o nuestros fracasos, o la competencia de uno, están correlacionados positivamente con abuso de alcohol (Luhtanen & Crocker, 2005).

Sin embargo, la investigación sobre la autoestima y el consumo de alcohol no ha logrado producir resultados consistentes con respecto a la naturaleza de la relación entre el abuso del alcohol y la autoestima (Crocker y Park, 2004). Como resultado, ha surgido una construcción psicológica diferente: la autocompasión, que parece particularmente relevante para el abuso y la dependencia del alcohol.

La investigación existente que se ha llevado a cabo sobre la autocompasión y los trastornos por consumo de alcohol (AUD) es escasa y tiene numerosas limitaciones. Sin embargo, hay un estudio que proporciona evidencia preliminar importante de la relación entre la autocompasión, la depresión, la ansiedad, el estrés y el consumo peligroso de alcohol realizado en una población australiana (Brooks et al., 2012). De esta manera, planteados los elementos de la problemática antes descrita, la investigación pretende indagar sobre ¿Cuáles son los puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol, indicadores de depresión y niveles de autocompasión? Y de forma específica ¿Cuáles son los puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol? ¿Cuáles son los indicadores de depresión? ¿Cuáles los niveles de autocompasión? ¿Cuál es la relación entre trastornos debidos al consumo de alcohol, indicadores de depresión y niveles de autocompasión? En personas que asistieron a centros de recuperación de la ciudad de Guatemala. Durante el primer semestre del 2021, buscando resolver las preguntas de investigación a través de escalas estandarizadas y procedimientos estadísticos.

1.3 Justificación

El alcohol es un depresor que actúa como un inhibidor, reduciendo la ansiedad en dosis bajas, pero provocando adicción y hasta la muerte en dosis extremas y es la segunda causa más importante de hospitalizaciones y muertes relacionadas con las drogas en las sociedades occidentales. Se puede ver una clara progresión del consumo de alcohol al abuso y dependencia del alcohol en algunas personas. Los trastornos por consumo de alcohol (abuso o dependencia) también se han asociado con discapacidades que incluyen depresión, ansiedad y problemas cognitivos. En entornos clínicos, se ha encontrado que la comorbilidad del alcoholismo y los trastornos psiquiátricos es particularmente común (Almeida-Filho et al. 2007). En particular, se ha encontrado que el abuso de alcohol está asociado con variables psicológicas como la ansiedad y la depresión.

Es por ello, que esta investigación se une a una serie de descripciones que intentan explicar la alta incidencia de comorbilidad entre la depresión, autocompasión y el consumo de alcohol. Una de ellas es que la depresión promueve el uso patológico del alcohol. Así mismo se une a las investigaciones que han encontrado que experimentar eventos vitales estresantes predice significativamente la cantidad, frecuencia de alcohol consumido y el inicio de la dependencia del alcohol indicando que el estrés juega un papel clave en el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol. Por otra parte, ayuda a determinar indicadores de depresión en la población estudiada.

Por otro lado, se pretende contribuir y reflexionar acerca de indicadores bajos de autocompasión presenta un alto riesgo de abuso de sustancias y dependencia del alcohol, además si se relaciona comúnmente con emociones negativas como depresión, ansiedad y pobreza. Ya DeSimone y colaboradores (1994) descubrieron que el consumo de alcohol se asociaba positivamente con la depresión y, al contrario de investigaciones anteriores, la alta autoestima se relacionaba con un mayor consumo de alcohol en los estudiantes.

Se busca que la Escuela de Ciencias Psicológicas sea beneficiada, puesto se obtendrán información sustanciosa, por medio de hechos, verificables y reproducibles, es decir conocimiento científico y así tener una mayor posición en la comunidad científica. También que desde la escuela se propongan nuevas investigaciones referentes al tema propuesto en esta investigación.

1.4 Alcances

Esta investigación será un estudio no transversal, partiendo de un enfoque cuantitativo asociado al paradigma del positivismo. El diseño será cuantitativo de forma correlacional, puesto que se busca relacionar cada una de las variables. Su temporalidad será de ocho meses, limitándose únicamente a los grupos de apoyo de la Ciudad de Guatemala. Para responder a la pregunta general se usarán los instrumentos: Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT), Inventario de depresión-II (BDI-II), Escala de autocompasión (SCS) y un cuestionario sociodemográfico. Con esto se espera brindar información a la Universidad San Carlos de Guatemala sobre los indicadores de las variables para tomar en cuenta para implementar proyecto multidisciplinarios, permitiendo contextualizar la evidencia teórica referida y los datos podrán ser utilizados para futuras investigaciones retrospectivas o equivalentes. Dentro de las limitantes se encontró la poca participación de las personas y que algunas se “cansaban” al momento de responder el cuestionario integrado. Además, por la problemática de la COVID-19, se hizo de forma virtual y esto hizo que algunas personas no quisieran contestar o dejaban muchos ítems sin responder.

1.5 Objetivos de investigación

Objetivo general

Describir los puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol, indicadores de depresión y niveles de autocompasión en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala.

Objetivos específicos

- Identificar los puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala.
- Determinar los indicadores de depresión en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala.
- Identificar los niveles de autocompasión en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala.
- Relacionar puntajes de trastornos debidos al consumo del alcohol, depresión y niveles de autocompasión en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala.

1.6 Operacionalización de objetivos, categoría/variables

Objetivos	Definición conceptual	Definición operacional	Técnicas/ instrumentos	Dimensiones	Indicadores	ITEM
Identificar los puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol.	Conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y físicos que indican que el individuo continúa usando la sustancia a pesar de los problemas importantes relacionados con la sustancia (APA, 2013).	Puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol.	Técnica: Cuestionario auto aplicado Instrumento: La prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)	Consumo de riesgo de alcohol	Frecuencia de consumo Cantidad típica Frecuencia del consumo elevado	1,2 y 3
				Síntomas de dependencia	Pérdida del control sobre el consumo Aumento de la relevancia del consumo Consumo matutino	4, 5 y 6
				Consumo perjudicial de alcohol	Sentimiento de culpa tras el consumo Lagunas de memoria Lesiones relacionadas con el alcohol Otros se preocupan por el consumo	7, 8, 9 y 10

Determinar los indicadores de depresión.	Auto esquemas negativos, desarrollados a partir de la experiencia de la vida temprana, que contienen actitudes disfuncionales (Beck, 1967; Beck et al., 1979). Estas actitudes disfuncionales se describen como conjuntos cognitivos estables y duraderos que son rígidos, y a menudo contienen estándares poco realistas sobre los cuales las personas se evalúan a sí mismas, como la autoestima basada en ser perfecto o en obtener la aprobación de otros (Dykman &	Indicadores de depresión.	de	Técnica: Cuestionario auto aplicado Instrumento: Inventario de depresión-II (BDI-II) de 21 ítems	Trastorno generalizado de depresión	de	Representa mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21
--	---	---------------------------	----	---	-------------------------------------	----	--	--

	Abramson, 1990; Grazioli & Terry, 2000; Hankin et al., 2004). En particular, la vulnerabilidad depresiva se ha elaborado para incluir dos tipos específicos de personalidad de sociotropía (dependencia excesiva de la aprobación social) y autonomía (extrema necesidad de independencia, logro de estándares personales y control) (Beck, 1983).					
Identificar los niveles de autocompasión	Compasión dirigida hacia adentro, relacionándonos con nosotros	Niveles de autocompasión	Técnica: Cuestionario auto aplicado Instrumento: Escala de	Auto compasión Positiva	Auto-Amabilidad	5, 12, 19, 23, 26
					Humanidad común	3, 7, 10, 15

<p>mismos como objeto de cuidado y preocupación ante el sufrimiento (Neff, 2003a). Implica ser tocado y abierto al propio sufrimiento, no evitarlo o desconectarse de él, creando el deseo de aliviar el sufrimiento y curarse con amabilidad. La autocompasión también implica ofrecer una comprensión sin prejuicios sobre el dolor, las deficiencias y los fracasos, de modo que la propia experiencia se vea como parte de la experiencia humana más amplia.</p>	<p>autocompasión (SCS) de 26 ítems</p>		Mindfulness	9, 14, 17, 22
		<p>Auto compasión Negativo</p>	Auto-Juicio	1, 8, 11, 16, 21
			Aislamiento	4, 13, 18, 25
			Sobre identificación	2, 6, 20, 24

2. Capítulo 2: Fundamentación teórica.

2.1 Trastornos por consumo de alcohol

El abuso de bebidas alcohólicas representa un importante problema de salud pública y su reducción es uno de los objetivos del programa Salud para Todos, promovido por la Organización Mundial de la Salud. Varios estudios realizados en la población han demostrado que entre el 13% y el 24% de las personas sufren, a lo largo de su vida, un trastorno debido al abuso de bebidas alcohólicas o la dependencia de ellas, de acuerdo con los criterios del diagnóstico y Manual estadístico de los trastornos mentales [DSM] (Canino et al., 1987; Bland et al., 1988; Wells et al., 1989; Lee et al., 1990; Robins & Regier, 1991; Wittchen et al, 1992; Kessler et al, 1994).

El DSM, quinta edición, (American Psychological Association [APA], 2013), ha combinado el abuso de alcohol y la dependencia del alcohol en un solo trastorno, llamado trastorno por consumo de alcohol (AUD), con clasificaciones leves, moderadas y severas. Según el DSM 5, la característica esencial del AUD, un subtipo de trastornos por uso de sustancias es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y físicos que indican que el individuo continúa usando la sustancia a pesar de los problemas importantes relacionados con la sustancia. Además, el individuo desarrolla un patrón de autoadministración repetida que puede provocar abstinencia, tolerancia, antojos y conducta compulsiva de búsqueda de alcohol (APA, 2013). El DSM-5 incluye los siguientes criterios para un AUD:

Preocupación por la sustancia entre períodos de uso, uso de la sustancia más de lo previsto, desarrollo de tolerancia o antojos por la sustancia, uso de la sustancia para evitar síntomas de abstinencia, esfuerzos repetidos para detener el uso de la sustancia, intoxicación en casos inapropiados veces, abstinencia que interfiere con el funcionamiento diario y la reducción de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas en favor de un mayor uso de sustancias (APA, 2013, p. 490-491).

Por otro lado, además de los sujetos con trastornos completos, se debe prestar especial atención a aquellos que, aunque no tienen trastornos en el momento de la evaluación, están expuestos a un alto riesgo de presentarse, con el tiempo problemas físicos, psicológicos y/o sociales, si su ingesta de bebidas alcohólicas persiste en los mismos niveles. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud habla de la ingesta arriesgada de alcohol (ingesta peligrosa de alcohol), distinguiéndolo del uso nocivo del alcohol (uso nocivo del alcohol), en el que ya hay un daño somático o psíquico evidente en el individuo y del síndrome de dependencia del alcohol, en el cual la búsqueda y la ingesta de bebidas alcohólicas es de suma importancia con respecto a las tareas y deberes habituales del individuo (Edwards et al, 1981).

2.01.1. Suposiciones teóricas de los trastornos por consumo de alcohol.

La investigación actual cita muchos factores que contribuyen al abuso y la dependencia del alcohol, incluida la genética, el entorno familiar y la estructura, y los cambios cerebrales derivados de la adicción expresados en formas de comportamiento y dentro de los contextos sociales (Crum et al., 2013). Además, varios estudios han encontrado que los comportamientos de consumo de alcohol están asociados con variables psicológicas (Grant et al., 2004). Por ejemplo, la investigación ha demostrado que experimentar eventos vitales estresantes predice significativamente la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, así como el inicio de la dependencia del alcohol, lo que sugiere que el estrés juega un papel clave en el desarrollo de los AUD (Lloyd & Turner, 2008).

Otra investigación ha encontrado que el abuso y la dependencia del alcohol se han asociado con depresión comórbida, ansiedad y problemas cognitivos, especialmente en entornos clínicos (Grant et al., 2004). Ha habido una serie de explicaciones causales que intentan explicar la alta incidencia de comorbilidad entre la depresión, la ansiedad y el consumo de alcohol. Una de estas explicaciones es que las personas que experimentan depresión y ansiedad pueden elegir usar alcohol para aliviar los síntomas (Khantzian, 2003; Pullen, 2001).

El consumo de alcohol a menudo se convierte en una forma preferida de hacer frente a situaciones y sentimientos desagradables provocados por la depresión y la ansiedad (Pullen, 2001), que también se conoce como la hipótesis de la automedicación (Khantzian, 2003). La hipótesis de la automedicación sugiere que las personas predispuestas al abuso de sustancias sufren estados afectivos dolorosos (Goeders, 2004), y que la adicción a sustancias funciona para permitirles calmarse o regular y hacer frente a las emociones abrumadoras y los estados psicológicos, y adaptarse a situaciones externas que de otro modo serían inmanejables (Khantzian, 2003).

Sin embargo, si no se hace ningún esfuerzo para sanar las causas subyacentes de tales estados psicológicos, mentales o emocionales insoportables, y si tales estados dolorosos están continuamente presentes, se desarrolla una eventual dependencia del alcohol (Baumeister et al., 2003; Khantzian, 2003).

Por el contrario, la investigación también ha sugerido que el alcoholismo promueve el desarrollo de ansiedad y trastornos depresivos, y que los síntomas asociados son en realidad una consecuencia de la abstinencia de alcohol (Kushner, Abrams y Borchardt, 2000).

2.02. Depresión

Investigadores de varias orientaciones teóricas han propuesto para explicar la etiología de la depresión y es ampliamente reconocido y respaldado empíricamente, que los factores cognitivos juegan un papel importante (Abela & D'Alessandro, 2002; Hollon, Shelton & Davis, 1993; Robinson & Alloy, 2003). Según Dykman y Abramson (1990), los enfoques cognitivos para comprender la depresión comenzaron con los enfoques del procesamiento de la información en general, y el estudio de la cognición social en particular. Se ha demostrado que los procesos cognitivos (o contenidos específicos del pensamiento) median las respuestas emocionales (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984; Terry, 1994).

La comprensión de la etiología de la depresión general se ha visto facilitada en gran medida por las teorías cognitivas de la depresión que postulan procesos cognitivos o formas de pensamiento características para servir como vulnerabilidades depresivas (Grazioli & Terry, 2000; Hawkins & Miller, 2003). Basado en el trabajo inicial de Martin Seligman (1975), se ha pensado comúnmente que la depresión se asocia con una falta de control percibida sobre eventos adversos o resultados negativos (Walker, 2001).

Ingram (2003) reflexiona que nada acerca más a los investigadores a comprender las características esenciales de la depresión que la idea de vulnerabilidad. Las teorías de vulnerabilidad cognitiva-estrés de la depresión se han clasificado tradicionalmente en dos grandes grupos (1) Teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) y (2) Teoría cognitiva de Beck (Beck, 1967; Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Ambas teorías son modelos de vulnerabilidad cognitiva-estrés o diátesis-estrés, que explican la depresión en términos de cogniciones negativas que surgen en respuesta a eventos estresantes de la vida (Monroe & Simons, 1991; Robinson & Alloy, 2003). En otras palabras, estas teorías afirman que el estrés activa una diátesis, transformando el potencial de predisposición o formas características de pensamiento (vulnerabilidad), en depresión (Grazioli & Terry, 2000; Monroe y Simons, 1991). Tanto la teoría de la desesperanza como la teoría cognitiva de Beck han recibido un considerable apoyo empírico (Ingram, Miranda & Segal, 1998,).

Específicamente, la investigación prospectiva ha demostrado que la vulnerabilidad cognitiva interactúa con los factores estresantes de la vida para aumentar los síntomas depresivos futuros (Hankin, Abramson & Siler, 2001; Joiner, Metalsky, Lew & Klocek, 1999; Lewinsohn, Joiner & Rohde, 2001; Metalsky & Joiner, 1992).

En la teoría cognitiva de Beck, la vulnerabilidad cognitiva se conceptualiza como auto esquemas negativos, desarrollados a partir de la experiencia de la vida temprana,

que contienen actitudes disfuncionales (Beck, 1967; Beck et al., 1979). Estas actitudes disfuncionales se describen como conjuntos cognitivos estables y duraderos que son rígidos, y a menudo contienen estándares poco realistas sobre los cuales las personas se evalúan a sí mismas, como la autoestima basada en ser perfecto o en obtener la aprobación de otros (Dykman & Abramson, 1990; Grazioli & Terry, 2000; Hankin et al., 2004). En particular, la vulnerabilidad depresiva se ha elaborado para incluir dos tipos específicos de personalidad de sociotropía (dependencia excesiva de la aprobación social) y autonomía (extrema necesidad de independencia, logro de estándares personales y control) (Beck, 1983).

Se dice que cada tipo de personalidad (o esquemas superiores) crea vulnerabilidades únicas para diferentes tipos de estresores. Los estudios han confirmado estos tipos de personalidad como vulnerabilidades depresivas, sin embargo, contrariamente a la predicción de independencia de Beck, se han encontrado correlaciones sustanciales entre estos dos tipos de personalidad (Hawkins & Miller, 2003). Según Beck (1983), estos esquemas permanecen latentes en los recuerdos de las personas hasta que los eventos estresantes los activan.

Los trastornos por consumo de alcohol y la depresión mayor pueden estar vinculados a través de varios mecanismos posibles: a) ambos son entidades separadas, pero son huérfanos de diagnóstico b) un trastorno conduce a otro, y c) existe una etiología común que conduce a ambos trastornos. Aunque muchos trabajos de investigación han tratado de delinear los vínculos causales entre la dependencia del alcohol y los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, poco es consensuado con respecto a la "primariedad" de cualquiera de los trastornos. Una revisión reciente, y basada principalmente en el análisis anterior del autor, propone que existen vínculos causales entre los dos trastornos, siendo los trastornos por consumo de alcohol el fenómeno primario más plausible (Cornelius, Bukstein, Salloum, Clark, 2002).

2.03. Autocompasión

La autocompasión es menos dependiente de las circunstancias externas y se centra más en valorar el yo sin dejar de reconocer las imperfecciones subjetivas (Neff, 2011). Como un autoconcepto de validación interna, la autocompasión se ha teorizado para permitir un afrontamiento más saludable que se beneficie a uno mismo y a los demás en momentos de tristeza y desilusión (Baker & McNulty, 2011; Neff & Vonk, 2009).

Dado que la autocompasión no promueve una visión poco realista de sí mismo, puede ser más estable que la autoestima, que a menudo fluctúa. Por lo tanto, los aumentos en este rasgo deberían ser más confiables que los aumentos en el rasgo de la autoestima (Neff, 2011). Además, la evidencia preliminar ha demostrado que las personas con dependencia del alcohol tienen niveles más bajos de autocompasión que la población general (Brooks et al., 2012), lo que sugiere que estos individuos pueden carecer de estrategias importantes para recuperarse de su adicción (Rendon, 2007).

Aunque los psicólogos han realizado una cantidad considerable de investigación empírica para examinar la empatía y la compasión por los demás, solo recientemente han comenzado a explorar la autocompasión (Neff, 2003a).

Para comprender mejor qué es la autocompasión, es útil considerar primero lo que significa sentir compasión en general. El budismo afirma que la compasión implica ser tocado por el sufrimiento de los demás y de uno mismo, abriendo la conciencia del dolor de los demás y de uno mismo y no evitarlo o desconectarse de él, de modo que surjan sentimientos de bondad hacia los demás y hacia uno mismo y el deseo de aliviar este sufrimiento. (Goetz, Keltner y Simon-Thomas, 2010; Neff, 2003a).

Esto significa que, para experimentar compasión, primero se debe reconocer la presencia de dolor. Por ejemplo, en lugar de ignorar a una persona sin hogar en la calle, se debe detenerte y considerar lo difícil que debe ser la vida de esa persona. Por lo tanto, la compasión implica pausar, salir del marco de referencia habitual y ver el

mundo desde el punto de vista de otro. También implica ofrecer una comprensión sin prejuicios a quienes fallan y hacen lo malo, de modo que sus acciones y comportamientos se vean en el contexto de la imperfección humana compartida (Neff, 2003a; Neff, 2003b).

La autocompasión es simplemente compasión dirigida hacia adentro, relacionándonos con nosotros mismos como objeto de cuidado y preocupación ante el sufrimiento (Neff, 2003a). Implica ser tocado y abierto al propio sufrimiento, no evitarlo o desconectarse de él, creando el deseo de aliviar el sufrimiento y curarse con amabilidad. La autocompasión también implica ofrecer una comprensión sin prejuicios sobre el dolor, las deficiencias y los fracasos, de modo que la propia experiencia se vea como parte de la experiencia humana más amplia.

Capítulo 3: Marco metodológico

Esta investigación será un estudio no transversal, partiendo de un enfoque cuantitativo asociado al paradigma del positivismo, ya que se medirán las variables: trastornos por consumo de alcohol, indicadores de depresión y autocompasión por medio de pruebas estandarizadas. El diseño será cuantitativo de forma correlacional, puesto que se busca relacionar las variables.

3.1 Diseño de investigación

Una mente humana es una herramienta poderosa que le permite examinar variables aparentemente no relacionadas y establecer una conexión con respecto a un tema específico en cuestión. Esta habilidad es lo que entra en juego cuando hablamos de investigación correlacional.

La investigación correlacional es un tipo de método de investigación que implica la observación de dos o más variables para establecer una relación estadísticamente correspondiente entre ellas. El objetivo de la investigación correlacional es identificar variables que tienen algún tipo de relación en la medida en que un cambio en una crea algún cambio en la otra (Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus, 1981).

3.1.1 Técnica de recolección de datos.

Los datos se recolectarán a través de un cuestionario unificado el cual incluirá la prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Inventario de depresión-II (BDI-II); la Escala de autocompasión (SCS) y; información demográfica a través de un cuestionario. Posteriormente se tabularon los resultados y sus respectivos análisis. Dicho cuestionario se encontró alojado en la plataforma <https://www.kobotoolbox.org/> y se compartió mediante un enlace.

Por otro lado, la investigación incluirá dos componentes esenciales: (1) la selección y el logro de fines éticamente aceptables, y (2) los medios moralmente aceptables para esos fines.

El primer componente está dirigido a definir fines aceptables en términos de los beneficios de la investigación para los sujetos, para los grupos asociados y para el avance del conocimiento. El segundo componente está dirigido a medios éticamente apropiados para realizar investigaciones, incluyendo los Instrumentos, confiabilidad, validez y árbol de categorías, proporcionando su estandarización.

3.2 Sujetos

Técnica de muestreo. Fue a conveniencia, no probabilística. Se tomaron en cuenta a todas las personas que haya sido tratados en entornos clínicos, como los alcohólicos anónimos y centros de recuperación de las zona 1, 3 y 8. Dadas las condiciones de covid-19 se siguen estrictos protocolos de convivencia. Dichos centros se encuentran en avenidas y calles principales de las zonas y cuentan con mobiliario adecuado para sus reuniones. Además, cuentan con servicios básicos y áreas de descanso.

Por otro lado, se respetó el principio de justicia que, en su sentido más amplio, se relaciona con la responsabilidad de ser justo e imparcial. Este principio establece que los participantes de la investigación tienen derecho a acceder y beneficiarse de los avances que se han realizado en la investigación.

Criterios de inclusión y exclusión.

- Ser mayor de 18 años.
- Estar dentro de un entorno clínico (Alcohólicos anónimos o centros de recuperación).
- Aceptar el consentimiento informado de forma voluntaria.
- Contestar en al menos el 95% del cuestionario integrado.
- No tener alguna discapacidad. Ya que las pruebas no están estandarizadas para esta población.

3.3 Instrumentos

La investigación actual utilizara instrumentos diseñados previamente, cuyas propiedades psicométricas han demostrado tener alta confiabilidad y validez. Las cuales se describen a continuación.

La prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (AUDIT; Saunders et al., 1993) se utilizó para detectar el consumo de alcohol de alto riesgo (o peligroso y dañino). El AUDIT tiene tres preguntas sobre el consumo de alcohol (1 a 3), tres preguntas sobre el comportamiento y la dependencia del consumo de alcohol (4 a 6) y cuatro preguntas sobre las consecuencias o problemas relacionados con el consumo de alcohol (7 a 10). Las preguntas 1-8 se puntúan en una escala de cinco puntos de 0, 1, 2, 3 y 4. Las preguntas 9 y 10 se puntúan en una escala de tres puntos de 0, 2 y 4. Una puntuación de 8-15 indica consumo peligroso, que se define como un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias nocivas para el usuario u otros (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

Un puntaje de 16 o más indica dependencia del alcohol, que se define como un grupo de síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse después del uso repetido de alcohol (Babor et al., 2001). Típicamente, estos fenómenos incluyen un fuerte deseo de consumir alcohol, control deficiente sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias dañinas, una mayor prioridad para beber sobre otras actividades y obligaciones, mayor tolerancia al alcohol y una reacción de abstinencia física una vez que se consume alcohol. detenido (APA, 2013; Babor et al., 2001). Para los propósitos de este estudio, un puntaje de <7 indica riesgo bajo, 8-19 indica riesgo moderado y un puntaje de 20 y más alto indica riesgo alto / gravedad de AUD y problemas relacionados con el alcohol.

Inventario de depresión-II (BDI-II) hace posible medir los indicadores de la depresión. Esta versión del inventario consta de 21 ítems, en los cuales se presentan cuatro opciones de respuesta en una escala de 0 a 3. Por ejemplo, para medir el

pesimismo (ítem 2), las opciones de respuesta utilizadas van desde "No estoy particularmente desanimado sobre el futuro "(Puntaje de 0) a" el futuro no tiene esperanza y las cosas no pueden mejorar "(puntaje de 3). En este estudio utilizaremos la versión en español de Beck Depression Inventory-II, que tiene un excelente coeficiente de fiabilidad (.92.). Su validez de contenido está garantizada ya que la mayoría de sus elementos son equivalentes a los criterios DSM-IV para la depresión. Su validez de constructo también se ha probado con éxito comparando puntuaciones con otras medidas para la depresión.

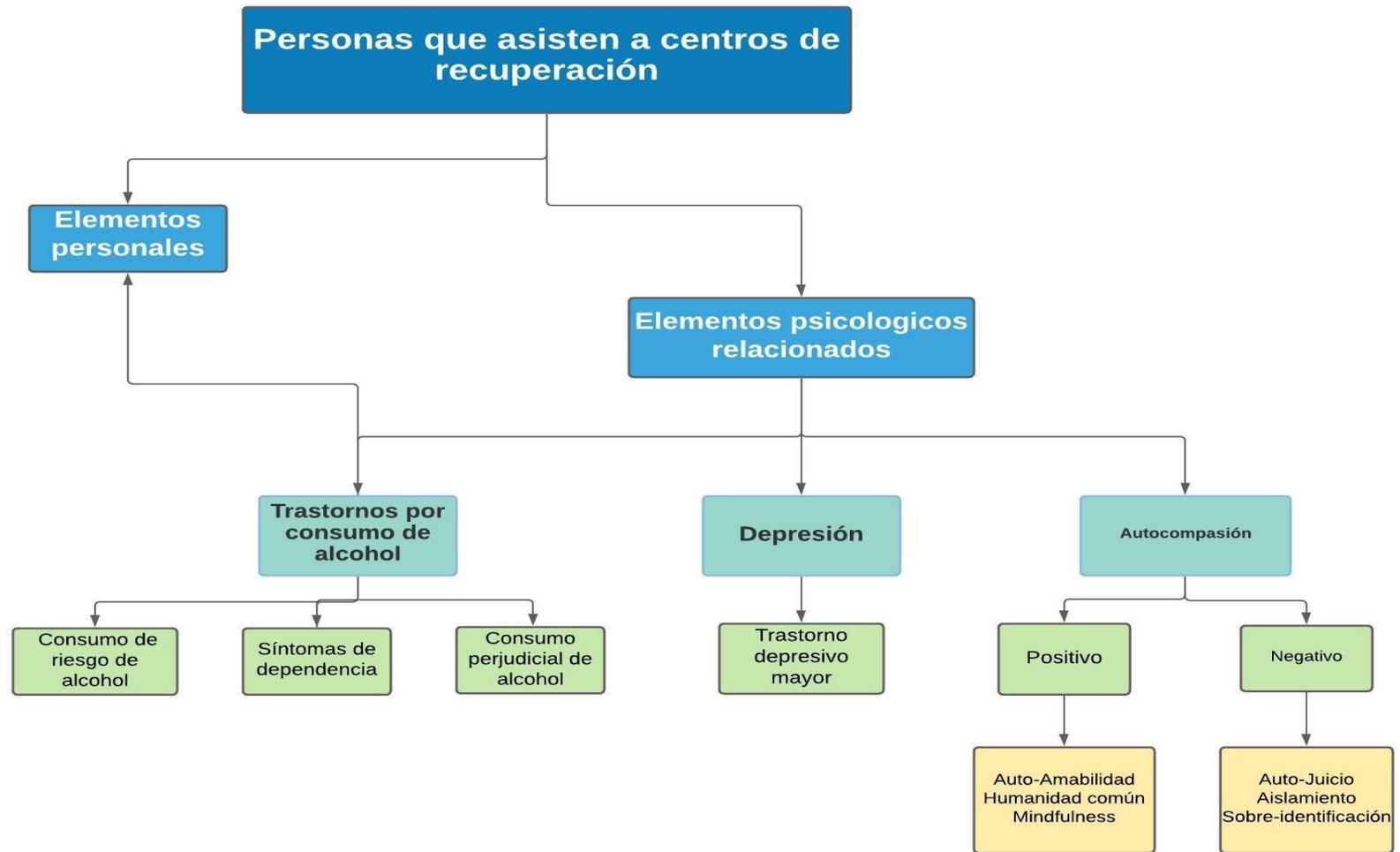
Para evaluar el rasgo de autocompasión, los participantes se auto aplicarán la Escala de autocompasión (SCS) de 26 ítems, que se basa en el concepto budista de autocompasión (Neff, 2003a). Los elementos incluyen: "Intento ser amoroso conmigo mismo cuando siento dolor emocional" (bondad); "Cuando fallo en algo importante para mí, me siento consumido por sentimientos de insuficiencia" (auto-juicio); "Intento ver mis fallas como parte de la condición humana" (Humanidad común); "Cuando pienso en mis deficiencias, tiende a hacerme sentir más separado y separado del resto del mundo" (aislamiento); "Cuando algo me molesta, trato de mantener mis emociones en equilibrio" (atención plena); "Cuando me siento deprimido, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que está mal" (sobreidentificación). Indicarán con qué frecuencia tenían la experiencia descrita en cada declaración usando una escala Likert de 5 puntos de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre).

Cuando se promedia, los puntajes que van de 1 a 2.5 indican bajos niveles de autocompasión; 2.5 a 3.5 indicaron niveles moderados; y 3.5 a 5 indicaron altos niveles de autocompasión. Cada uno de los tres componentes se medirá por dos factores, uno de los cuales se anotará de forma inversa. Tomar la media de cada subescala y sumar las subescalas calculará el puntaje total de autocompasión.

Este estudio también recopilara información demográfica a través de un cuestionario.

Los instrumentos serán guardados por el Centro de investigaciones en psicología “Mayra Gutiérrez” (CIEPs) y destruidos en su totalidad luego de dos años. En su forma digital estarán resguardados en PDF en un disco compacto.

3.3.1 Árbol de categorías



3.4 Procedimiento de investigación

A continuación, se muestra en la Tabla 1 las fases, actividades y temporalidad en donde se guío la investigación

Tabla 1
Procedimiento de investigación

Fase	Actividad	Temporalidad
Idea de investigación	de Evaluar cada idea que se plantea para la investigación	Un mes
Revisión bibliográfica	de Búsqueda de referentes teóricos sobre la problemática.	
Problematización del fenómeno a investigar	Planteamiento del problema en base a los hechos científicos revisados. Además, se construye la pregunta general de investigación	Un mes
Visita diagnóstica	Para comprender de mejor forma se hace una visita para entablar las conexiones correspondientes	Un mes
Delimitación del problema	Se hace una delimitación de espacio, tiempo y recurso financiero.	Tres semanas
Desarrollo del marco teórico	de A través de literatura especializada y en base a teoría fundamenta en la problemática se desarrolla el marco teórico que regirá la investigación	Tres meses
Metodología de la investigación	de Se defina el tipo, alcance y diseño de investigación. Consecuentemente se escoge un muestreo adecuado a la problemática de la COVID-19.	Cuatro meses

	También se estipulan las guías para analizar cada uno de los objetivos propuestos dentro de la investigación.	
Entrevistas preliminares	Se hace un primer acercamiento con la muestra seleccionada	Un mes
Reproducción de instrumentos de prueba piloto	Con una población de características similares se realiza una prueba piloto	Dos semanas
Prueba piloto	Con una población de características similares se recolectan datos a través de una prueba piloto	Dos meses
Reproducción de instrumentos del trabajo de campo	En base a los resultados de la prueba piloto se hacen los instrumentos los cuales estarán alojados en la plataforma https://www.kobotoolbox.org/	Dos semanas
Aplicación	Se recolectan datos con la muestra de datos.	Tres meses
Base de datos	Se hacen códigos automatizados para el manejo de los datos. También se toman en cuenta todas consideraciones propuestas en el consentimiento informado	Tres semanas
Revisión base de datos	Se eliminan todos aquellos casos que no entren en la muestra propuesta	Dos semanas
Análisis	En base a los objetivos propuestos se presenta la parte numérica de los resultados y se contrasta con la teoría actualizada a través de artículos científicos.	Un mes

Propuesta de proyecto	del	Se crea un proyecto de intervención en la población del marco muestral.	Cuatro meses
		Luego de todas correcciones y análisis de los docentes de la Maestría en Atención Integral y conductas adictivas se procede a la impresión final del trabajo de graduación	Cuatro meses
Informe final			

Fuente: Planificación de investigación. Elaboración propia

3.5 Diseño y metodología del análisis de la información recabada

Se utilizó en primera instancia el paquete office 360 para la creación de instrumentos a aplicar, posteriormente se digitalizará en la plataforma <https://www.kobotoolbox.org/>, la cual tiene sistematizados ya los datos.

Se realizó varias verificaciones de datos, a través del paquete Excel office 360, antes de realizar los análisis. Estos procedimientos se llevaron a cabo para garantizar la calidad y la precisión del archivo y verificar que los datos en sí fueran adecuados para los análisis.

Cada parte del cuestionario se inspeccionará antes de la digitalización de datos para verificar la presencia de datos faltantes y cualquier indicio de patrones de respuesta inapropiados. Quienes tengan cantidades excesivas de datos faltantes o con indicadores claros de respuestas inapropiadas se evaluarán para su eliminación del conjunto de datos.

Una vez que los datos se ingresan en Jamovi de distribución gratuita, se realizarán varias verificaciones de precisión. Se obtendrán distribuciones de frecuencia para cada ítem y verificar las respuestas fuera de rango. También se revisarán las medidas de tendencia central y desviaciones estándar para escala y se verificará la

normalidad (comprobación de asimetría y curtosis) y confiabilidad de los datos. Se realizó un análisis descriptivo a través de frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos. Además, se hacen tablas cruzadas para los indicadores y niveles de los constructos planteados con variables de control como sexo, edad, religión, empleo y estado civil.

En cuanto la relación de entre trastornos por consumo de alcohol, depresión y autocompasión, se hizo una prueba de *Kolmogorov-Smirnov* para determinar la normalidad de la muestra. Esto dio certeza de utilizar la prueba Pearson para determinar el coeficiente de correlación de las variables.

Además, se aplicarán las pruebas *t de Student* y Chi cuadrada para comprobar la hipótesis.

Cuando no se cumplían los supuestos de normalidad, se utilizarán técnicas no paramétricas.

Se hizo lo necesario para proteger cuidadosamente la confidencialidad de los participantes, sus datos y/o afiliaciones. Toda la información personal recopilada debe considerarse información privilegiada y tratarse de tal manera que no comprometa la dignidad personal del participante o para infringir su derecho a la privacidad.

Se asegurará a los participantes que cualquier información personal recopilada, que pueda identificarlos, permanecerá estrictamente confidencial y, dependiendo del curso de la investigación, el acceso a la información se limitará al Investigador Principal o si fuera necesario a investigadores indirectamente (asesor y revisor) involucrados en la investigación en todo momento, antes, durante y después de las actividades de investigación. La información personal sobre los participantes, que podría identificarlos, permanecerá anónima en todo momento, incluso para los revisores y supervisores del trabajo.

4. Capítulo: Resultados del trabajo de campo

4.1 Resultados

4.1.1 Caracterización de la población

La total de la muestra es de 36 evaluados, de los cuales los hombres son quienes más aporta al estudio tal como se observa en la Tabla 2

Tabla 2

Frecuencias de sexo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	28	77.78 %
Mujer	7	19.44 %
Sin responder	1	2.78 %

Fuente: Datos de investigación realizada.

Elaboración propia

N= 36

En cuanto a la edad, la muestra está constituida en su mayoría por el rango de 34 a 40 años con el 27.78 %. Esta variable en forma de cuartil puede observarse en la Tabla 3.

Tabla 3

Frecuencias de edad

Agrupaciones	Frecuencias	Porcentaje
De 23 a 33	9	25 %
De 34 a 40	10	27.78 %
De 41 a 47	8	22.22 %
De 48 a 65	8	22.22 %
Sin responder	1	2.78 %

Fuente: Datos de investigación realizada.

Elaboración propia

N= 36

Dentro la población quienes refieren estar solteros (33. 33 %) es el grupo que más aporta a los datos. Los demás datos los podemos observar en la Tabla 4.

Tabla 4

Frecuencias de estado civil

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Casado	8	22.22 %
Divorciado	1	2.78 %
Separado	3	8.33 %
Soltero	12	33.33 %
Unido	9	25 %
Sin responder	3	8.33 %

Fuente: Datos de investigación realizada.

Elaboración propia

N= 36

También se hizo la pregunta si tenían empleo a lo cual el 80.56 % posee un empleo. Esto datos se pueden observar en la Tabla 5.

Tabla 5

Frecuencia de empleo

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
No	3	8.33 %
Si	29	80.56 %
Sin respuesta	4	11.11 %

Fuente: Datos de investigación realizada.

Elaboración propia

N= 36

En cuanto a la práctica de alguna religión la muestra refiere practicar el cristiano católico en un 36.11 %. Los demás resultados se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6

Frecuencia de práctica alguna religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	13	36.11 %
Evangélica	12	33.33 %
Ninguna	6	16.67 %
Adventista	1	2.78 %
otro	1	2.78 %
Sin responder	3	8.33 %

Fuente: Datos de investigación realizada.
 Elaboración propia
 N= 36

En cuanto al grupo de autoayuda al que pertenecen se debe hacer la aclaración que mucho no han respondido a lo que el enunciado pretendía. Se presenta la Tabla 7 en donde están las respuestas de los evaluados.

Tabla 7

Grupo de autoayuda

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	14	38.89 %
3	1	2.78 %
7	8	22.22 %
8	1	2.78 %
11	5	13.88 %
14	1	2.78 %
15	1	2.78 %
65	1	2.78 %
Sin responder	4	11.11 %

Fuente: Datos de investigación realizada.
 Elaboración propia
 N= 36

4.1.2 puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol

Todos los resultados de las puntuaciones de los trastornos debidos al consumo de alcohol se presentan en la Tabla 8. Quien tiene una mayor media es el dominio de Consumo perjudicial de alcohol ($M = 5.72$, $SD = 3.83$). El resto de los resultados se muestran a continuación.

Tabla 8

Descriptivos del cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

Estadístico	Total, de la escala	Consumo de riesgo de alcohol	Síntomas de dependencia	Consumo perjudicial de alcohol
Sin responder	1	1	1	1

Tabla 8

Descriptivos del cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

Estadístico	Total, de la escala	Consumo de riesgo de alcohol	Síntomas de dependencia	Consumo perjudicial de alcohol
Media	12.8	3.81	3.28	5.72
Std. error mean	1.37	0.45	0.505	0.638
Mediana	12.5	3.5	3	5.5
Moda	18	3*	-	1
Desviación estándar	8.22	2.7	3.03	3.83
Varianza	67.6	7.3	9.18	14.7
mínimo	1	-	-	-
Máximo	30	9	10	14

*Más de una moda

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia

N= 36

Teniendo la media de cada uno de los indicadores y de la sumatoria del cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol para determinar el nivel de riesgo el resultado se utilizó lo puntos de corte proporcionados por el manual de la prueba. La Zona I se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia. El segundo nivel, la Zona II, comprende el consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, que están generalmente indicadas cuando la puntuación del AUDIT está entre 8 y 15. Una intervención breve que utiliza el consejo simple o consejo y materiales educativos es el método más adecuado para estos pacientes. El tercer nivel, la Zona III, está sugerido para puntuaciones del AUDIT en el rango de 16 a 19.

Tabla 9

Niveles de riesgo por trastornos debidos al Consumo de Alcohol

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Zona I	11	30.6 %
Zona II	9	25.0 %
Zona III	9	25.0 %
Zona IV	7	19.4 %

Fuente: Datos de investigación realizada.

Elaboración propia

N= 36

A partir de determinar los niveles de riesgo por trastornos debidos al Consumo de Alcohol se realizó una tabla cruzada con datos sociodemográficos. Donde resalta que los hombres se encuentran en la zona II y III. El resto de los resultados se pueden observar en la Tabla 10.

Tabla 10

Niveles de riesgo por trastornos debidos al Consumo de Alcohol cruzado con datos sociodemográficos

Variable	Niveles de riesgo			
	Zona I	Zona II	Zona III	Zona IV
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Sexo				
Hombre	8	7	7	5
Mujer	3	2	1	1
hombre	0	0	0	1
Edad				
De 23 a 33	2	3	1	3
De 34 a 40	7	1	1	1
De 41 a 47	1	3	4	0
De 48 a 65	1	2	2	3
Religión				
Católica	6	2	2	3
Evangélica	4	5	2	1
Ninguna	1	2	3	0
Adventista	0	0	0	1
otro	0	0	1	0
Empleo				
No	1	1	1	0
Si	9	8	8	4
Sin responder	0	0	0	1
Estado civil				
Casado	6	0	1	1
Divorciado	1	0	0	0
Separado	0	2	1	0
Soltero	2	4	4	2
Unido	2	3	3	1

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia
N= 36

4.1.3 Indicadores de depresión

Todos los resultados de los indicadores de depresión se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11

Descriptivos del Inventario de depresión-II (BDI-II)

Estadísticos	Total, de escala
N	36
Missing	1
Media	13.8
Std. error mean	2.08
Mediana	10
Moda	4
Standard deviation	12.5
Varianza	156
Mínimo	0
Máximo	53

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia
N= 36

Teniendo la media de cada uno de los indicadores y de la sumatoria de los indicadores del Inventario de depresión-II (BDI-II) se hizo la clasificación según lo propuesto en el manual. Los resultados están en la Tabla 12.

Tabla 12

Clasificación de depresión

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Mínima depresión	19	52.8 %
Depresión leve	6	16.7 %
Depresión moderada	9	25.0 %
Depresión grave	2	5.6 %

Fuente: Datos de investigación realizada.

Elaboración propia

N= 36

A partir de determinar la clasificación de depresión se realizó una tabla cruzada con datos sociodemográficos. Donde resalta que los hombres se encuentran en mínima depresión. El resto de los resultados se pueden observar en la Tabla 13.

Tabla 13

Clasificación de depresión cruzado con datos sociodemográficos

Variable	Clasificación de depresión			
	Mínima depresión <i>f</i>	Depresión leve <i>f</i>	Depresión moderada <i>f</i>	Depresión grave <i>f</i>
Sexo				
Hombre	18	3	6	0
Mujer	1	2	2	2
hombre	0	1	0	0
Edad				
De 23 a 33	3	3	3	0
De 34 a 40	7	1	1	1
De 41 a 47	5	1	1	1
De 48 a 65	4	1	3	0
Estado civil				
Casado	7	1	0	0
Divorciado	0	0	0	1
Separado	2	0	1	0
Soltero	4	3	4	1
Unido	5	1	3	0
Sin responder	0	1	0	0
Religión				
Católica	4	4	4	1
Evangélica	6	1	4	1
Ninguna	6	0	0	0
Adventista	0	1	0	0
otro	1	0	0	0
Empleo				
No	2	0	1	0
Si	16	5	7	1
hombre	0	1	0	0

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia
N= 36

4.1.4 Niveles de autocompasión

El total de los indicadores de la escala de autocompasión (SCS) se presenta en la Tabla 14.

Tabla 14
Descriptivos para la escala de autocompasión (SCS)

Estadísticos	Total, de escala
N	36
Missing	1
Media	82.7
Mediana	81
Standard deviation	10.4
Mínimo	59
Máximo	107

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia
N= 36

Teniendo la media de cada uno de los indicadores y de la sumatoria de la escala de autocompasión (SCS), se hizo la clasificación según lo propuesto en el manual. Los resultados están en la Tabla 15.

Tabla 15
Niveles de autocompasión

Niveles	Frecuencias	Porcentaje
Baja autocompasión	1	2.8 %
Autocompasión moderada	28	77.8 %
Autocompasión alta	7	19.4 %

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia
N= 36

A partir de determinar los niveles de autocompasión se realizó una tabla cruzada con datos sociodemográficos. Donde resalta que católicos y evangélicos se encuentran en autocompasión moderada. El resto de los resultados se pueden observar en la Tabla 16.

Tabla 16

Niveles de autocompasión cruzado con datos sociodemográficos

Variable	Niveles de autocompasión		
	Baja autocompasión <i>f</i>	Autocompasión moderada <i>f</i>	Autocompasión alta <i>f</i>
Sexo			
Hombre	0	23	6
Mujer	1	5	1
Edad			
De 23 a 33	0	9	0
De 34 a 40	1	7	2
De 41 a 47	0	6	2
De 48 a 65	0	5	3
Estado civil			
Casado	0	7	1
Divorciado	1	0	0
Separado	0	1	2
Soltero	0	10	2
Unido	0	8	1
Sin responder	0	1	0
Religión			
Católica	1	11	1
Evangélica	0	11	1
Ninguna	0	4	2
Adventista	0	1	0
otro	0	0	1
Empleo			
No	0	3	0
Si	0	24	6

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia

N= 36

4.1.4 Relación entre trastornos por consumo de alcohol, depresión y autocompasión

Antes de hacer una prueba de correlación se aplicó la prueba Shapiro-Wilks para determinar la normalidad de la muestra. Los resultados descriptivos se encuentran en la Tabla 17.

Tabla 17

Estadísticos descriptivos de normalidad de los datos

Variable	N	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
Trastornos por consumo de alcohol	36	12.81	8.225	1	30
Autocompasión	36	82.72	10.427	59	107
Depresión	36	13.81	12.480	0	53

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia

Los resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov son:

Tabla 18

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	Trastornos por consumo de alcohol	Autocompasión	Depresión
N	36	36	36
Parámetros normales ^{a,b}			
Media	12.81	82.72	13.81
Desv. Desviación	8.225	10.427	12.480
Máximas diferencias extremas			
Absoluto	0.123	0.103	0.179
Positivo	0.123	0.103	0.179
Negativo	-0.112	-0.056	-0.134
Estadístico de prueba	0.123	0.103	0.179
Sig. asintótica(bilateral)	.189 ^c	.200 ^{c,d}	.005 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia

En base a este resultado se toma la decisión de utilizar una correlación de Pearson por la normalidad que los datos. El resultado más llamativo es que depresión y autocompasión tiene una relación medianamente aceptable.

19 Tabla 19: Correlación trastornos por consumo de alcohol, depresión y

Tabla 19

Correlación trastornos por consumo de alcohol, depresión y autocompasión

Variable	Trastornos por consumo de alcohol	Depresión	Autocompasión
Trastornos por consumo de alcohol	-	-0.047	
Depresión	-0.047	-	
Autocompasión	0.445**	-0.565***	-

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia
N= 36

Para comprobar que la hipótesis de que si consumo de alcohol, depresión y autocompasión provengan de una muestra relacionada se realizó una prueba *t student* de muestras relacionadas. Entre los resultados más destacados es que autocompasión y depresión no tienen ninguna varianza significativa al momento de compararse. Los demás resultados se encuentran en la Tabla 20.

Tabla 20

Paired Samples T-Test

Variable		statistic	df	p		Effect Size
Depresión	Autocompasión	Student's t	20.382	35	< .001	Cohen's d -3.4
Trastornos por consumo de alcohol	Depresión	Student's t	-0.393	35	0.697	Cohen's d -0.07
Autocompasión	Trastornos por consumo de alcohol	Student's t	41.934	35	< .001	Cohen's d 6.989

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia
N= 36

4.2 Discusión

Para analizar los resultados obtenidos a continuación se presentan el análisis desde la perspectiva teórica.

4.2.1 Trastornos debidos al consumo de alcohol

En general, los diversos riesgos asociados con el consumo de alcohol en varios niveles se pueden combinar para derivar pautas de consumo de bajo riesgo. Dichos análisis encontraron que, en general, cualquier aumento en el consumo de alcohol más allá de una bebida estándar en promedio por día se asocia con un mayor riesgo neto de morbilidad y mortalidad en los países de ingresos altos (Rehm et al., 2009). Además, en cualquier nivel de consumo dado, este aumento de riesgo es mayor para las mujeres que para los hombres.

La descripción general sistemática más reciente sobre los efectos del alcohol en la carga mundial de morbilidad se basó en datos del año 2004 (Rehm et al., 2009). Los análisis encontraron que, aunque los trastornos debidos al consumo de alcohol son claramente contribuyentes importantes a la carga global de enfermedad, solo representan menos de un tercio del impacto general del consumo de alcohol. Casi igualmente importantes son los efectos agudos del consumo de alcohol sobre el riesgo de lesiones tanto intencionales como no intencionales. Además, el alcohol tiene un efecto considerable sobre la carga de morbilidad asociada con enfermedades infecciosas, cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática. Sin embargo, también tiene efectos beneficiosos sobre la carga de morbilidad, principalmente sobre la diabetes y la subcategoría de enfermedad isquémica de las enfermedades cardiovasculares. No obstante, estos efectos se ven superados con creces por las consecuencias perjudiciales del consumo de alcohol.

Hasta ahora, la discusión se ha centrado en los efectos del alcohol en la salud medidos por indicadores que se basan principalmente en los registros de los hospitales y los sistemas de salud, por lo cual esta investigación pretende aportar al aparato teórico desde el contexto guatemalteco. Como reflejo de la información contenida en

esos registros, la mayoría de los efectos considerados se refieren a la salud del bebedor. Sin embargo, este enfoque analítico omite dos grandes clases de consecuencias adversas del alcohol: el daño social al bebedor y el daño social y de salud a otros que resultan del consumo de alcohol del bebedor. Según la Constitución de la OMS (OMS, 1946), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” (p. 100); por lo tanto, esta definición tiene en cuenta no solo los daños físicos y mentales, sino también los daños sociales, tanto para el bebedor como para los demás.

Dentro del análisis de la contribución del alcohol a la carga mundial de morbilidad se incluyen afecciones perinatales atribuibles al consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo y lesiones, en particular lesiones por agresión. Sin embargo, el alcance del daño social relacionado con el alcohol y el daño a otros se extiende mucho más allá de estos elementos. Un estudio (Laslett et al. 2010) identificó los siguientes daños a otros asociados con la bebida: Daños identificados con base en los registros: estos incluyeron muertes y hospitalizaciones (por ejemplo, atribuidas a lesiones de tránsito debido a conducir bajo los efectos del alcohol), casos de negligencia o abuso infantil que involucran la bebida de un cuidador y agresiones domésticas y de otro tipo; y daños basados en informes de encuestas: estos incluyeron efectos negativos en compañeros de trabajo, miembros del hogar, otros parientes y amigos, extraños y en la comunidad en general.

Así también, quienes recaigan en el alcoholismo también experimentan una variedad de daños sociales debido a su propio consumo de alcohol, que incluyen trastornos familiares, problemas en el lugar de trabajo (incluido el desempleo), condenas penales y problemas financieros (Casswell & Thamarangsi, 2009; Klingemann & Gmel, 2001). Desafortunadamente, la evaluación de estos problemas está mucho menos estandarizada que la evaluación de los problemas de salud, y muchos de estos daños no se informan continuamente.

Los estudios de costos sociales proporcionarían actualizaciones irregulares de las consecuencias atribuibles al alcohol. Estos estudios podrían encontrar que los

costos de la atención médica comprenden solo una pequeña parte de los costos generales asociados con el consumo de alcohol y que la mayoría de los costos asociados con el alcohol son atribuibles a pérdidas de productividad.

Por otro lado, los resultados de este estudio pueden indicar que el consumo de alcohol puede ser un predictor de adicción. Los resultados concuerdan con el estudio de Wechsler (2003) que observó que beber alcohol podría conducir a un consumo más intenso en el futuro. Por lo tanto, cuando las personas consumen alcohol algunas veces tienen el deseo de beber más, lo que luego conduce a la adicción. La posible explicación de las similitudes en los resultados es que ambos estudios son que ambos estudios tenían participantes que son parte de un grupo de rehabilitación. A pesar de las similitudes en los hallazgos, el estudio de Wechsler tuvo estudiantes universitarios como muestra de estudio, mientras que el estudio actual tuvo principalmente, en su mayoría, participantes adultos.

Los resultados también pueden compararse con lo planteado por Gronnerod (2002) quien informó que el consumo de alcohol puede ser perjudicial a la persona. Explicó que cuando una persona consume alcohol, el cerebro aprende a asociar el alcohol con los sentimientos de placer. Si estos sentimientos desaparecen, la persona se siente incómoda, incapaz de relajarse y comienza a desear más alcohol para hacer frente a los sentimientos negativos. La posible explicación de las similitudes en los resultados es que ambos estudios hicieron que los participantes participaban en grupos de apoyo. Por lo tanto, aunque el consumo de alcohol sea mínimo, se puede llegar a tener una recaída.

Niland, Lyons, Goodwin & Hutton, (2013) informaron que el alcohol es una actividad social y se consume en casi todas las reuniones. El consumo frecuente de alcohol puede crear un síndrome de dependencia que condujo a la adicción. Esto implica que el consumo frecuente de alcohol puede provocar una recaída. Además, el consumo de alcohol es un predictor significativo de adicción o recaída.

Por otro lado, los bloqueos relacionados con COVID-19 impuestos en muchos países han provocado situaciones estresantes para una proporción considerable de la población (Brooks et al., 2020). Los informes han demostrado constantemente sus efectos sobre la salud mental de la población, especialmente con respecto a la ansiedad y los trastornos depresivos (Choi, Hui & Wan, 2020; Hawke et al., 2020; Moccia et al., 2020; Shi et al., 2020).

Pronto se identificaron enormes desafíos tanto para los pacientes con trastornos por consumo de alcohol como para los servicios de tratamiento relacionados (Marsden et al., 2020). Aunque las ventas mundiales de alcohol pueden haberse reducido durante los bloqueos, con una menor disponibilidad y asequibilidad para la población en general (Chisholm et al., 201; de Goeij et al., 2015; Rehm et al., 2020), también es probable que una mayor exposición a la angustia relacionada con la pandemia puede haber inducido mecanismos de afrontamiento debido al consumo de alcohol en poblaciones susceptibles, como las que están en proceso de abstinencia.

En consonancia con esto, la evidencia preliminar de la pandemia actual de COVID-19 apunta a un vínculo entre la angustia y el aumento del consumo de alcohol (Georgiadou et al., 2020; Manthey et al., 2020; Stanton et al., 2020; Wardell et al., 2020). Los informes han descrito que el estrés percibido relacionado con la pandemia se asoció con aumentos en el consumo de alcohol en la población general (Rodríguez, Litt & Stewart, 2020) y en aquellos que informaron antecedentes de consumo excesivo de alcohol (Manthey et al., 2020). Los resultados presentados en esta investigación sugieren que la probabilidad de aumentar el consumo de alcohol durante la pandemia aumenta con los niveles de consumo, siendo los bebedores de alto riesgo los más vulnerables a beber con mayor frecuencia y a beber mayores cantidades (Chodkiewicz et al., 2020; Manthey et al., 2020).

Esto hace que se puedan identificar dos preocupaciones con la muestra evaluada. Primero, hay una escasez de estudios entre las personas que beben en exceso o las poblaciones clínicas, es decir, entre los pacientes diagnosticados con trastornos por consumo de alcohol. Si bien los cambios a nivel de población durante

esta pandemia mundial son de interés público, la carga social atribuible al alcohol está muy concentrada entre las personas con trastornos por consumo de alcohol (Mohapatra et al., 2010). Además, con estos aumentos en los niveles de bebida, las personas empeoran su estado de salud durante la pandemia y aumentan aún más el riesgo de un curso grave de COVID-19 (Testino, 2020).

En segundo lugar, la gran mayoría de la literatura relacionada con COVID-19 se basa en autoinformes. Si bien estas son una práctica estándar en la investigación del alcohol, las medidas de autoinforme para el alcohol funcionan peor para las personas que beben en exceso y tienen varios peligros para las poblaciones clínicas (de Beaurepaire et al., 2007; Livingston y Callinan, 2015; Sommers et al., 2000).; Zemore, 2012). Por lo tanto, deben complementarse con la adición de otras medidas, como análisis de aguas residuales (Bade et al., 2020) o, para evaluaciones a nivel individual, utilizando marcadores biológicos para el consumo de alcohol (Barrio et al., 2016; Wurst et al., 2015).

Como han recomendado los expertos, el consumo de alcohol debe monitorearse continuamente para comprender el impacto del COVID-19 en los patrones de consumo (Clay & Parker, 2020; Rehm et al., 2020; Wright et al., 2021).

Los resultados que presentamos son consistentes con la literatura que sugiere que la exposición al estrés es un factor determinante del consumo de alcohol a nivel individual y poblacional (Keyes et al., 2012). Si bien el aumento del consumo de alcohol durante momentos de estrés no constituye necesariamente un trastorno por consumo de alcohol en sí mismo, el aumento del consumo de alcohol puede ser indicativo de un afrontamiento desadaptativo, que se ha asociado con el consumo problemático de alcohol, incluido el consumo excesivo de alcohol episódico (Colder et al., 2019) .

Las personas que percibieron que tenían un mayor riesgo de contraer COVID-19 o que el COVID-19 sería más grave tenían un poco menos de probabilidades de aumentar su consumo de alcohol que aquellas que percibieron un riesgo y una gravedad bajos. Los mensajes de salud pública sobre el efecto adverso del alcohol en

el sistema inmunológico pueden haber desincentivado el consumo de alcohol entre las personas más preocupadas por el COVID-19 (Koob, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2020). Los resultados de otras emergencias indican una asociación positiva entre el nivel de angustia, el riesgo percibido y el consumo de alcohol (Fullerton et al., 2015).

Así también, la pandemia en curso está aumentando los comportamientos peligrosos relacionados con el consumo de alcohol de diversas formas. Existen numerosas formas en las que el abuso de alcohol debería ser problemático en el contexto de Infección por COVID-19 (Testino, 2020). El alcohol tiene un impacto negativo en la defensa innata de los pulmones y en la respuesta a las lesiones (Yeligar & Wyatt, 2019). Se sabe desde hace mucho tiempo que el alcohol afecta la capacidad del pulmón para combatir infecciones (Yeligar, Chen, et al., 2016). El pulmón está expuesto a más de 11 000 litros de aire por día, según la ventilación media por minuto. Este aire contiene partículas virales, componentes bacterianos como lipopolisacáridos, polvo, partículas y contaminantes. El pulmón sano utiliza un sistema complejo para protegerse de los tóxicos ambientales que involucran barreras físicas como la tos y el aclaramiento mucociliar para ayudar a deshacerse de estos patógenos y contaminantes. Una vez que se rompen las barreras mecánicas, existen células y sustancias efectoras inmunes pulmonares para lograr la eliminación. La ingesta excesiva de alcohol puede tener un efecto perjudicial en cada uno de estos mecanismos de protección, por lo que es probable que la ingesta sustancial y prolongada de alcohol contribuya a malos resultados con COVID-19. Revisaremos cada uno de estos mecanismos a su vez.

También se debe considerar que quienes tengan un trastorno severo por consumo de alcohol a menudo conduce a un deterioro cognitivo con atrofia de la sustancia blanca, pérdida axonal y desmielinización en regiones del cerebro, incluido el hipocampo (Harper et al., 1985; De la Monte, 1988), lóbulo frontal (Harper & Matsumoto, 2005) y cuerpo calloso (Kapogiannis et al., 2012). Los hallazgos de estudios preclínicos y clínicos sugieren interconectividad entre la respuesta neuroinmune, el estrés oxidativo y la excitotoxicidad hiperglutamatérgica en la

mediación de la neurodegeneración inducida por el alcohol. Los niveles más altos de lipopolisacáridos de endotoxina bacteriana en alcohólicos inducen estrés oxidativo al aumentar la producción de especies reactivas de oxígeno (Crews et al., 2015; Gorky & Schwaber, 2016).

Por otro lado, existen pocas encuestas de población que documenten estos efectos en detalle para países individuales, especialmente Guatemala. Aunque los datos de Branas y colaboradores (2013) representa a la mayoría de los hallazgos en el país, contiene algunos hallazgos novedosos y útiles. Las relaciones estadísticamente significativas presentadas por los autores, entre las experiencias previas de la guerra civil y los indicadores de TEPT (tener pesadillas o pensamientos no deseados) y un aspecto de la dependencia del alcohol (sentirse molesto cuando se le critica por beber), son de suficiente magnitud como para generar preocupaciones sobre la salud mental. Y son representadas en casi todas las investigaciones sobre este constructo. Cabe mencionar que dichas investigaciones en su mayoría son con población universitaria y tesis de grados.

4.2.2 Indicadores de depresión

Hay razones para creer que a los pacientes que beben en cantidades elevadas o peligrosas no les va tan bien en el tratamiento de la depresión, en comparación con los que beben a tasas más bajas o no beben en absoluto. También hay una gran cantidad de evidencia de una fuerte asociación entre el nivel de consumo de alcohol y el nivel de síntomas depresivos. El consumo excesivo o peligroso se diferencia de los trastornos por consumo de alcohol en que una persona que bebe en exceso puede no estar experimentando actualmente los tipos de consecuencias negativas del consumo de alcohol asociados con los síndromes clínicos de abuso y dependencia del alcohol; sin embargo, estas personas beben a niveles que pueden ponerlas en riesgo de sufrir estas consecuencias.

Cada vez hay más pruebas que indican que el consumo excesivo de alcohol puede interferir con el tratamiento de la depresión. Rae, Joyce, Luty y Mulder (2002)

muestran que, entre los pacientes deprimidos con antecedentes de dependencia del alcohol, aquellos que eran bebedores experimentaron peores resultados en el tratamiento de la depresión. Worthington y colaboradores (1996) encontraron que el nivel de consumo de alcohol inicial se relacionó significativamente con una respuesta más pobre a la fluoxetina en una muestra de pacientes ambulatorios deprimidos que no abusaron de sustancias, incluso después de ajustar la gravedad del trastorno depresivo mayor inicial. En este estudio, la ingesta promedio de alcohol fue de menos de una onza por día, lo que demuestra que incluso niveles muy moderados de consumo de alcohol pueden afectar negativamente el tratamiento farmacológico de la depresión (Worthington et al., 1996).

Incluso después de excluir de su ensayo clínico a los pacientes con trastornos por consumo de alcohol y drogas, Hoencamp, Haffmans y Duivenvoorden (1998) encontraron que los pacientes deprimidos con antecedentes de consumo moderado de alcohol tenían más probabilidades de abandonar el tratamiento farmacológico para la depresión.

También se ha descubierto que el consumo peligroso de alcohol está asociado con mayores síntomas depresivos entre las personas que no están en tratamiento para la depresión. Caldwell y colaboradores (2002) encontraron que los bebedores peligrosos masculinos experimentaron menos afecto positivo y mayor depresión y ansiedad, mientras que las bebedoras peligrosas experimentaron mayor afecto negativo y depresión. Se ha encontrado que los niveles de síntomas depresivos están relacionados con la frecuencia de intoxicación, beber para emborracharse y beber en exceso (Bonin, McCreary & Sadava, 2000; Wang & Patten, 2002), y se han encontrado niveles de participación del alcohol y disforia. estar significativamente relacionados entre sí (Locke & Newcomb, 2001).

Usando una muestra comunitaria, Rodgers y colaboradores (2000) encontraron que aquellos que informaron consumo peligroso tenían de 1,89 a 2,34 veces más probabilidades que los bebedores no peligrosos de superar los límites clínicos en las medidas de los síntomas depresivos. Además, los hombres que bebían de 14 a 27

tragos por semana y las mujeres que bebían de 7 a 13 tragos por semana presentaban significativamente más síntomas de depresión que aquellos que bebían en niveles más bajos. En un metaanálisis de 10 estudios de población general, los bebedores empedernidos eran consistentemente más propensos a estar deprimidos que los bebedores ligeros (Fillmore et al., 1998). Hamalainen y colaboradores (2001) encontraron en una muestra comunitaria grande que la intoxicación semanal se asoció con el cumplimiento de los criterios para el trastorno generalizado de depresión durante el año pasado, incluso después de controlar otros factores de riesgo de la enfermedad mental.

Otra investigación ha demostrado una posible relación entre la depresión y el consumo excesivo de alcohol. Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen & Lonnqvist (2002) encontraron que los síntomas depresivos entre los estudiantes de secundaria predijeron problemas con el alcohol en la edad adulta temprana. En un estudio de población, Wang y Patten (2001) encontraron que las mujeres deprimidas tenían mayor riesgo que las mujeres no deprimidas de convertirse en bebedoras frecuentes. Del mismo modo, Crum, Brown, Liang y Eaton (2001) demostraron que las mujeres deprimidas que beben con problemas tenían el doble de probabilidades de convertirse en bebedoras diarias en comparación con las mujeres que no estaban deprimidas. Los bebedores problemáticos masculinos deprimidos tenían tres veces más probabilidades de convertirse en bebedores diarios en comparación con su cohorte de bebedores problemáticos no deprimidos (Crum et al., 2001).

De manera similar, se ha encontrado que el consumo excesivo de alcohol se asocia con dos o tres veces más riesgo de trastornos del estado de ánimo, en comparación con la abstinencia de alcohol de por vida (Ross, Rehm & Walsh, 1997). Esta relación se ha apoyado longitudinalmente. Brook, Brook, Zhang, Cohen y Whiteman (2002) encontraron que el consumo excesivo de alcohol durante la niñez, la adolescencia o la adultez temprana predijo significativamente el trastorno de depresión mayor a finales de los veinte, incluso después de controlar el TDM anterior. Además, Perreira y Sloan (2002) encontraron que, dentro de una población de hombres mayores, los bebedores problemáticos al inicio del estudio eran significativamente más

propensos que aquellos que no eran bebedores problemáticos para desarrollar depresión en un seguimiento de 6 años.

El consumo excesivo de alcohol puede producir o agravar los síntomas depresivos a través de varios mecanismos potenciales. El primero se refiere a los efectos farmacológicos directos del consumo de alcohol. Incluso dosis moderadas de alcohol pueden reducir la disponibilidad de triptófano, que es un precursor de la serotonina (Badawy, Morgan, Lovett, Bradley & Thomas, 1995), y los niveles bajos de serotonina se han relacionado con la etiología de la depresión (Meltzer & Lowy, 1987). En segundo lugar, según lo propuesto por Davidson y Ritson (1993), el consumo excesivo de alcohol puede producir o exacerbar síntomas depresivos indirectamente a través de sus efectos sobre el funcionamiento psicosocial del individuo. Las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol pueden resultar en sentimientos de culpa, desesperanza y baja autoestima. En tercer lugar, el consumo excesivo de alcohol puede impedir la búsqueda de tratamiento y la adherencia a la psicoterapia y la medicación antidepresiva. En cuarto lugar, el consumo excesivo de alcohol puede interferir con la adopción de métodos alternativos y más adaptativos para hacer frente al afecto negativo a través de su impacto negativo en el funcionamiento cognitivo. Se ha descubierto que la dependencia de la bebida como medio para afrontar el afecto negativo se asocia con niveles más altos de consumo de alcohol, más problemas con la bebida y dependencia al alcohol (Holahan, Moos, Holahan, Cronkite & Randall, 2003). Por lo tanto, los pacientes deprimidos que beben pueden tener un riesgo particular de desarrollar problemas importantes relacionados con el alcohol.

En base a los datos presentados en este trabajo el primer paso para poder abordar el consumo de alcohol potencialmente problemático es evaluar el consumo de alcohol como parte rutinaria de la atención psicológica o psiquiátrica (Hulse & Tait, 2002). Aunque los psicólogos puedan evaluar el consumo de alcohol y los síntomas de los trastornos por consumo de alcohol, es posible que no comprendan plenamente la importancia de abordar el consumo subclínico de alcohol entre sus pacientes deprimidos.

Además, incluso beber sin llegar al nivel de abuso o dependencia del alcohol puede empeorar los síntomas depresivos y disminuir la eficacia del tratamiento de la depresión. Por lo tanto, es necesario realizar una evaluación exhaustiva del consumo de alcohol, además de los problemas y trastornos relacionados con el alcohol. Esto se puede lograr mediante preguntas muy simples sobre la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol: "¿Con qué frecuencia bebe alcohol?" y "Cuando bebe alcohol, ¿cuántas bebidas suele tomar?"

Actualmente, el estado de empleo también se puede asociar significativamente con la depresión. Esto podría atribuirse a los cientos de miles de puestos de trabajo que se están perdiendo en todo el mundo. Algunos informes sugieren que más 136 millones de puestos de trabajo están en riesgo después controlar la COVID-19 (Das, 2020). También se especula sobre recortes salariales y congelación de alzas de empleados. La incertidumbre y la inseguridad del futuro podrían haber resultado en más indicadores depresivos. Además, debido a la prohibición de viajar, las oficinas están cerradas y varios empleados trabajan desde casa. Para muchos, los turnos son rotativos o flexibles. Esto podría haber afectado el compromiso, la satisfacción laboral y la productividad de los empleados. Incapaz de cumplir con los plazos/objetivos y la presión laboral podría haberlos deprimido.

Por otro lado, Azurdia (2021), comenta en relación con la depresión en Guatemala que:

No es un secreto que la cultura machista de Guatemala favorece las condiciones de desigualdad entre los sexos, sobre todo, esta situación lleva en muchas ocasiones a la violencia de género o violencia contra la mujer (Bal & Tillit, 2005). Por su parte, Anckerman (2017) realizó un estudio cualitativo para caracterizar los lenguajes de sufrimiento de mujeres sobrevivientes de violencia de género. Como resultado de los grupos focales, identificó que los mecanismos de afrontamiento más utilizados son, el sometimiento a sus parejas expresado en comportamientos de docilidad, obediencia, ocultamientos de los hechos de

violencia a familiares y amigos. También el ocultamiento de las lesiones recibidas (pp. 72)

4.2.3 Autocompasión

Los resultados presentados en esta investigación se unen a todo el bagaje teórico existente sobre autocompasión, demostrando la importancia que puede tener para la vida de una persona. Ya que está relacionada con una mayor felicidad, una mayor satisfacción con la vida, una mejor regulación emocional, un sentido silencioso de la autocrítica y una mejor interpretación del fracaso académico, por mencionar solo algunas de las ventajas (Barnard & Curry, 2011; Neff, Hsieh & Dejitterat, 2005). La autocompasión parece ser un gran activo para una sensación más positiva de bienestar y parece hacer que las personas se sientan más seguras y en paz con sus actos o fechorías (Zessin et al., 2015). La evidencia acumulada muestra que actúa como una armadura, protegiéndose contra los síntomas psicopatológicos (Barnard & Curry, 2011; MacBeth & Gumley, 2012).

Quienes tienen mejores niveles de autocompasión tendrán gran fuente de fortaleza para la salud mental de una persona y muchos hallazgos de estudios muestran que puede ser un factor protector contra la depresión y la ansiedad, ya que el estrés tiende a moderarse cuando aparece la autocompasión (Barnard & Curry 2011; Ehret et al., 2014; MacBeth & Gumley, 2012; Samaie & Farahani, 2011). Esto debido a que las personas autocompasivas son amables, conscientes de su propio dolor y no se identifican demasiado con él, sino que se tratan a sí mismas con apoyo y cuidado, parecen tener una mejor evaluación cognitiva y aceptación cuando las situaciones son difíciles (Allen & Leary 2010; Leary et al., 2007). Los resultados de la investigación muestran que las personas con autocompasión no desarrollan tanto síntomas depresivos, pero no hay suficiente literatura sobre cómo la autocompasión actúa como un mecanismo de resiliencia en relación con la psicopatología (Diedrich et al., 2014; Trompetter et al., 2016).

Asimismo, La autocompasión es una de las cosas más importantes en la recuperación de la adicción. Con demasiada frecuencia, las personas con trastornos por uso de sustancias son amables con los demás y despiadadas consigo mismas. El consumo de sustancias suele estar motivado por un profundo sentimiento de vergüenza u otro dolor emocional. La recuperación a menudo se complica por la vergüenza o el arrepentimiento por cosas hechas durante la adicción activa. Golpearse a sí mismo solo dificulta la recuperación y no ayuda a nadie.

Se entiende que la autocompasión facilita el proceso de estar abierto a los propios fracasos, deficiencias y sufrimiento personales (Neff, 2003). Sin embargo, a diferencia de la autoestima, que a menudo está ligada a sentirse valorado por los demás (Leary & MacDonald, 2003), la autocompasión se preocupa más por el cuidado de uno mismo. Esta competencia de autocuidado incluye una conciencia sincera de todos los aspectos de uno mismo, lo que conduce a una mayor resiliencia y estabilidad durante los momentos difíciles (Neff & Vonk, 2009). Esto es consistente con estudios que muestran que la autocompasión puede fomentar el perdón y la bondad hacia uno mismo, así como reducir la culpa, la vergüenza y la rumia derivada de los errores (Adams & Leary, 2007; Mantzios et al., 2015).

4.2.4 Relación entre trastornos debidos al consumo de alcohol

El estudio actual encontró que las personas con trastorno debidos al consumo de alcohol tienen niveles significativamente más bajos de autocompasión y niveles más altos de depresión y ansiedad que las normas para la población general (Neff, 2003), pero no niveles más altos de estrés, replicando así parcialmente los resultados de investigaciones previas (Brooks et al., 2012; Rendon, 2007), que encontraron diferencias significativas en todas las variables. Al comparar a los participantes del estudio actual con los de un estudio similar de adultos dependientes del alcohol (Brooks et al., 2012), se encontró que los participantes del estudio actual estaban significativamente menos ansiosos, deprimidos y estresados.

Los encuestados del presente estudio también informaron niveles más altos de bondad personal, atención plena, así como niveles más bajos de auto-juicio, aislamiento e identificación excesiva que los encuestados en el estudio de Brooks. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el estudio de Brooks se realizó en Australia y solo incluyó a participantes que abusaron activamente del alcohol o dependían de él, mientras que el estudio actual también incluyó a encuestados que también estaban en recuperación sobria de la ciudad de Guatemala. En consecuencia, es posible que los participantes del estudio australiano tuvieran trastornos debidos al consumo de alcohol más graves y problemas relacionados que los de la muestra actual.

Un estudio anterior de Neff (2003a) encontró que la autocompasión estaba correlacionada de manera inversa y significativa con la depresión. Los resultados del presente estudio indican que los adultos con trastornos debidos al consumo de alcohol, que también están más deprimidos y ansiosos, tienden a tener una autocompasión general más baja y tienden a juzgar más a sí mismos, a sentirse más aislados y a volverse abrumado por sus emociones negativas. Estos hallazgos también replican investigaciones previas que encontraron que la autocompasión en adultos con AUD se correlacionó inversamente con la ansiedad solamente (Brooks et al., 2012).

La naturaleza de esta relación no está clara y puede confundirse por el tamaño relativamente pequeño de la muestra o por la relación de los participantes con el alcohol, y el uso se atribuye a razones tales como: evitar rumiar, hacer frente al estrés y la ansiedad y automedicarse contra el alcohol. pensamientos y sentimientos problemáticos cotidianos. Estos resultados merecen una exploración futura para determinar la naturaleza de la relación entre la ansiedad informada por los solicitantes de tratamiento dependientes del alcohol y la autocompasión.

En contraste con investigaciones anteriores (Brooks et al., 2012), el estudio actual encontró que los niveles más bajos de autocompasión se correlacionan con niveles más altos de depresión en adultos con trastornos debidos al consumo de alcohol. Al examinar las subescalas de autocompasión y depresión, los participantes

que tenían una depresión más grave también se sentían más aislados, se juzgaban a sí mismos con más dureza y se sentían más responsables de las consecuencias negativas, como después de una recaída. Esto es consistente con los hallazgos de Van Dam y sus colegas (2011), quienes encontraron que el auto-juicio y el aislamiento estaban correlacionados de manera significativa y positiva con la depresión. Además, los hallazgos actuales sugieren que las personas que tenían niveles más bajos de depresión y una mayor autocompasión en general también eran más amables con ellos mismos, tenían emociones más equilibradas y tenían un mayor sentido de humanidad común.

Cuando las puntuaciones de AUDIT se utilizaron como una variable continua, los hallazgos actuales indicaron que a medida que aumentaba la gravedad del riesgo de consumo de alcohol de los participantes, la autocompasión general disminuía. Además, a medida que aumentaron las puntuaciones de AUDIT, los encuestados también fueron menos amables consigo mismos, se sintieron más aislados y experimentaron emociones menos equilibradas.

Sin embargo, cuando los puntajes de AUDIT se separaron en zonas de riesgo, se encontraron diferencias significativas en la autocompasión. Estos resultados indicaron que los individuos que tenían problemas graves relacionados con el consumo de alcohol (zona de riesgo IV AUDIT) eran significativamente más críticos consigo mismos, se sentían más aislados y tendían a sentirse abrumados por las emociones negativas que aquellos con problemas bajos o moderados relacionados con el consumo de alcohol (bajo o categorías de zonas de riesgo). Por lo tanto, estos resultados apoyan investigaciones previas que sugieren que las personas que abusan del alcohol pueden carecer de importantes habilidades de afrontamiento necesarias para mantener la recuperación (Rendon, 2007).

Por el contrario, los encuestados que obtuvieron puntajes dentro de las categorías AUDIT baja y moderada obtuvieron puntajes significativamente más altos en autocompasión general, bondad personal, humanidad común y atención plena, y fueron más bajos en las subescalas negativas de autocompasión que los del grupo

zona alto de riesgo. Una posible explicación para estos hallazgos puede ser que el componente de bondad hacia uno mismo de la autocompasión implica la capacidad de comprender y ser sensible a lo que uno está sintiendo (Neff, 2003).

En consecuencia, este componente podría proteger contra el consumo de alcohol en adultos que beben como medio para afrontar el fracaso y la autocrítica. Una razón de esto puede ser que la autocompasión es un antídoto contra la autocrítica (Neff, 2003), que también está relacionada con el abuso del alcohol (Baumeister et al., 2003). Aceptar el fracaso con amabilidad, en oposición a una actitud autocrítica, podría implicar que uno no necesita alcohol para hacer frente a los sentimientos de fracaso en el momento presente. Esto es particularmente relevante para las personas que consumen alcohol como remedio para la autocrítica, los síntomas depresivos, la ansiedad y el estrés (Crum et al., 2013).

Los componentes de auto-bondad y atención plena también pueden ayudar a los adultos con trastornos debidos al consumo de alcohol a conectar su dolor y malestar interior con el abuso del alcohol o la dependencia con bondad y sensibilidad. Esto es relevante porque el alcohol a veces se usa como un intento de evitar estados emocionales dolorosos (Khantzian, 2003). Además, tener la conciencia de la humanidad común podría contribuir a romper el ciclo de ensimismamiento que contribuye al abuso del alcohol (Campbell & Page, 1993); cuando uno se da cuenta de que otros tienen miedos similares de ansiedad y humillación. Esta conciencia de humanidad común puede combatir los sentimientos de aislamiento que a menudo se asocian con la bebida.

Teniendo en cuenta que el nivel de auto juicio de los participantes del estudio actual estaba relacionado con un consumo de alcohol más riesgoso y problemas relacionados, los esfuerzos para incorporar la autocompasión y otras intervenciones basadas en la atención plena en el tratamiento de la adicción al alcohol podrían ser una combinación poderosa para promover juicios positivos sobre uno mismo y más amabilidad hacia uno mismo, y quizás inculcar un cambio más duradero.

Por último, se debe mencionar que los altos niveles de violencia, miedo, depresión, estrés postraumático y abuso de sustancias reportados fueron evidentes en población guatemalteca presentadas por Branas y colaboradores (2013). Ciertas asociaciones entre las experiencias previas de la guerra civil, los aspectos del trastorno de estrés postraumático y la dependencia del alcohol en guatemaltecos son notables, lo que genera preocupaciones por la salud y la seguridad de las poblaciones mayoritariamente indígenas que no estudiamos y podría justificar una mayor investigación. Las tasas más altas de lo esperado de depresión, poca autocompasión y abuso de sustancias pueden estar relacionadas con la violencia, las lesiones y el miedo en curso que han persistido desde el final de la guerra civil. Estos, a su vez, tienen implicaciones para los crecientes recursos psicológicos necesarios para abordar las continuas complicaciones traumáticas y postraumáticas en los años posteriores al conflicto armado.

Capítulo 5: conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

1. En cuanto a los objetivos de investigación se presentan los puntajes estandarizados de los trastornos debidos al consumo de alcohol, indicadores de depresión y niveles de autocompasión en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala. Además, dentro de la información los puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol, indicadores de depresión, niveles de autocompasión y su relación estadística, presentan datos que son acordes a lo planteado y son punto de partida para un proyecto de intervención buscando la disminución de variables como depresión y los trastornos debidos al consumo de alcohol por medio de la autocompasión.
2. Si bien el alcohol tiene connotaciones de placer y sociabilidad en la mente de muchos, las consecuencias dañinas de su uso son diversas y generalizadas. Desde una perspectiva global, para reducir el daño causado por el alcohol, los tratamientos a adicciones deben tener en cuenta situaciones específicas en diferentes sociedades. Los volúmenes promedio consumidos y los patrones de consumo son dos dimensiones del consumo de alcohol que deben tenerse en cuenta en los esfuerzos por reducir la carga de los problemas relacionados con el alcohol. Evitar la combinación de beber y conducir es un ejemplo de medidas que pueden reducir la carga del alcohol para la salud. En todo el mundo, esta adicción tiene un costo enorme en vidas y comunidades, especialmente en los países en desarrollo y se espera que su contribución a la carga general de morbilidad aumente en el futuro. Tendencias particularmente preocupantes son los aumentos en la cantidad promedio de alcohol consumido por persona en el país y los patrones de consumo de alcohol más dañinos y riesgosos entre las personas. Los sistemas nacionales de seguimiento pueden dar un seguimiento del consumo de alcohol y sus consecuencias, y para concienciar al público y a los responsables políticos. Dependerá tanto del estado como de los ciudadanos interesados en fomentar el debate y formular políticas de salud pública efectivas que minimicen el daño causado por el alcohol.

3. Los datos presentados nos llevan a tener un enfoque de salud pública basado en la evidencia, tanto la universidad pública de Guatemala como los centros de recuperación tienen la oportunidad de tomar medidas realmente efectivas para prevenir y tratar los problemas relacionados con las sustancias. Un enfoque de este tipo puede prevenir la iniciación de sustancias o la escalada del uso a un trastorno y, por lo tanto, reducir el número de personas que padecen adicción; puede acortar la duración de la enfermedad para quienes la padecen; y puede reducir el número de muertes relacionadas con sustancias. Un enfoque de salud pública también reducirá los daños colaterales creados por el uso indebido de sustancias, como la transmisión de enfermedades infecciosas y los accidentes automovilísticos.

4. Se ha reflexionado que hacer un cambio a partir de los datos presentados requerirá un cambio cultural importante en la forma en que se piensa, hablar, mirar y actuar hacia las personas con trastornos por uso de sustancias. Las actitudes negativas y las formas de hablar sobre el abuso de sustancias y los trastornos por uso de sustancias pueden estar arraigadas, pero es posible cambiar las actitudes sociales. Esto se ha hecho muchas veces en el pasado: el cáncer y el VIH solían estar rodeados de miedo y juicio, ahora algunos los consideran simplemente afecciones médicas. Esto ha ayudado a que las personas se sientan cómodas hablando de sus preocupaciones con sus psicólogos, ampliando el acceso a la prevención y el tratamiento. Al unirse la universidad pública y los centros de recuperación con la determinación de hacerlo, es igualmente posible cambiar las actitudes hacia el abuso de sustancias y los trastornos por uso de sustancias. En este trabajo se presenta una sólida justificación científica y ética para abordar los trastornos por uso de sustancias con un modelo de salud pública que se centra en reducir las disparidades tanto en la salud como en la justicia social, buscando que se alinee fuertemente con una justificación económica. Ahora es el momento de hacer este cambio, por la salud y el bienestar de todos.

5. La depresión es una de las afecciones más comunes en la atención primaria, pero a menudo no se reconoce, se diagnostica ni se trata. La depresión tiene una alta

tasa de morbilidad y mortalidad cuando no se trata. La mayoría de los pacientes que sufren depresión no se quejan de sentirse deprimidos, sino de anhedonia o síntomas vagos e inexplicables. Existen varias herramientas de detección de la depresión que son efectivas y factibles en entornos de atención primaria. El pronóstico de recuperación es igual en pacientes jóvenes y adultos, aunque la remisión puede tardar más en alcanzarse en pacientes mayores.

6. Los trastornos mentales y del comportamiento tienen importantes efectos sociales y económicos negativos, cuya importancia no se enfatiza suficientemente en las áreas de investigación. Por otro lado, la depresión se está volviendo más común en la población, y varias situaciones críticas juegan un papel importante. Al mismo tiempo, el comportamiento patológico relacionado con el alcohol conduce a cambios destructivos, no solo para los individuos, sino también para la sociedad. Por estas razones, los esfuerzos de investigación en este tema parecen estar beneficiosos y necesarios, especialmente en un momento en el que nuevos determinantes de las dificultades de salud mental están surgiendo, y la crisis epidemiológica mundial de COVID-19 no es una excepción. Esta situación requiere el fortalecimiento de la salud mental en términos de su valor.
7. Los resultados de los análisis enfatizan la innegable importancia de la investigación en el campo de la salud mental y comportamiento de riesgo de la población evaluada. Se puede hablar de una frecuencia significativa de estrés percibido, depresión y trastornos por consumo de alcohol, así como diferencias significativas entre categorías de género e ingresos. Dentro de las variables analizadas, la autocompasión parecer un variable que puede disminuir los indicadores de depresión y puntajes de trastornos por el consumo de alcohol.
8. En cuanto a las intervenciones, sería procedimentalmente muy difícil centrarse en la población en su conjunto. Los grupos vulnerables son los que más necesitan atención, y es importante crear un sistema eficaz con el fin de eliminar la carga psicológica en sus vidas. Subestimar este problema puede tener muchos efectos negativos, no sólo sobre los individuos y su desarrollo futuro, sino también sobre

la sociedad. Prevención y educación, la disponibilidad de información sobre los trastornos mentales y del comportamiento, la promoción de una salud y el estilo de vida es esencial para el bienestar.

9. Las implicaciones de estos hallazgos son que, si las personas mejoran su sentido de bondad hacia sí mismas, perciben que todos los seres humanos son propensos a cometer errores, aceptan tanto sus fracasos como sus experiencias exitosas y abordan sus emociones de manera equilibrada, entonces se asegurarán de que su entorno social sea seguro y amigable. Por lo tanto, los beneficios de la autocompasión pueden ser no solo personales, sino también interpersonales. Por esa razón, los psicólogos que trabajan con personas que experimentan trastornos por consumo de alcohol podrían considerar fomentar la autocompasión como una forma de resolver estos problemas interpersonales de una manera psicológicamente beneficiosa.

10. Además, fomentar el desarrollo de la autocompasión puede ser útil para las personas al ayudarlas a contrarrestar las tendencias autocríticas destructivas y a lidiar con sus emociones negativas con mayor claridad y ecuanimidad (Neff, 2003). Sin embargo, es evidente que se deben realizar más investigaciones para comprender cómo la autocompasión está vinculada al funcionamiento en entornos interpersonales y comprender la dinámica de la autocompasión en diferentes tipos de relaciones.

5.2 Recomendaciones

1. A los centros de recuperación de donde se ha tomado la población evaluada busquen implementar un programa de intervención mediado por la autocompasión para reducir los riesgos de los trastornos debidos al consumo de alcohol, indicadores de depresión.
2. Los hallazgos del estudio deben considerarse a la luz de sus limitaciones. Una posible es el hecho de que, en el caso del muestreo no aleatorio, existe un cierto riesgo de representatividad insuficiente de la muestra de investigación. Sin embargo, nuestra selección de la muestra de investigación fue la alternativa más apropiada bajo las condiciones dadas de la pandemia de COVID-19. Otra limitación es la precisión de los datos de autoinforme.
3. Las investigaciones futuras deberían considerar variables cognitivas y emocionales específicas que pueden moderar las relaciones de la autocompasión con la seguridad social.
4. Otras investigaciones deben centrarse también en examinar los efectos de los trastornos mentales y del comportamiento en determinantes seleccionados en campos de estudio homogéneos con el fin de compararlos dentro de una dimensión de investigación. Se espera que sea posible identificar nuevos determinantes que afecten diferentes trastornos mentales y del comportamiento de la población. El propósito será establecer parámetros estandarizables para asegurar un sistema óptimo de intervención a distancia en un momento de crisis epidemiológicas en el futuro.
5. Dada la estandarización de las pruebas, estos datos podrían emplearse en otros entornos como el lugar de trabajo, hospitales, o centros comunitarios si se demuestra su eficacia en estos contextos. Dada la ajetreada vida de la mayoría personas en la sociedad moderna, la capacidad de mejorar el bienestar psicológico a través de intervenciones breves de autocompasión es pragmáticas y beneficiosas.

6. Ciertos evaluados tienen un alto riesgo de sufrir más consecuencias para la salud relacionadas con la enfermedad, como mujeres embarazadas, pacientes que presentan insuficiencia hepática grave, requieren tratamiento urgente con el objetivo de abstinencia.
7. Se recomienda la detección universal del consumo de alcohol no saludable; a pesar de las recomendaciones, la mayoría de los adultos no son examinados en el entorno de atención primaria para detectar el consumo de alcohol no saludable.
8. La mayoría de los pacientes con trastorno por consumo de alcohol no reciben el tratamiento multimodal adecuado. Existen recomendaciones con respecto a la consejería apropiada y las intervenciones grupales de ayuda mutua para el consumo no saludable de alcohol; a pesar de las recomendaciones, la mayoría de las personas no reciben las intervenciones adecuadas.
9. Se recomienda pruebas de detección anuales específicas para ciertos evaluados con mayor riesgo de enfermedad o consecuencias de la enfermedad. Particularmente aquellos en alto riesgo de consumo de alcohol no saludable, con síntomas que pueden resultar del consumo excesivo de alcohol como la depresión, ansiedad, insomnio, temblor y transaminasas elevadas.
10. Los resultados también podrían ser útil para los más jóvenes, como los adolescentes en la escuela secundaria, especialmente dado las luchas de identidad asociadas con este período de desarrollo.

Capítulo 6: Propuesta

El papel de autocompasión en la amortiguación de los trastornos por consumo de alcohol e indicadores de depresión, en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala.

La capacidad de tratarse a uno mismo con cariño, preocupación y amabilidad es objeto de una creciente investigación en psicología. La autocompasión está vinculada a una mayor satisfacción con la vida, optimismo, amabilidad y sabiduría. También se asocia con una menor ansiedad y depresión, además de servir como un poderoso amortiguador cuando surgen situaciones estresantes, y estas, por supuesto, están presentes en las intervenciones sobre adicciones.

Además, la autocompasión es una técnica de ajuste emocional que le permite al individuo notar, sentir ternura, comprender y aceptar las emociones negativas con un sentido común de humanidad. Por lo tanto, en momentos de sufrimiento y angustia, la autocompasión ayuda a convertir las emociones negativas en emociones más positivas.

Al desarrollarla las personas indicaran mejores niveles de felicidad. También se muestran niveles más altos de esperanza, gratitud e impacto positivo. Por ello, es importante desarrollar programas de intervención.

6.1 Análisis de participantes

Dentro de los resultados de investigación se hace notar que los evaluados con trastorno debidos al consumo de alcohol tienen niveles significativamente más bajos de autocompasión y niveles más altos de depresión y ansiedad que las normas para la población general. Además, plantean demuestran que hay relación significativa ($p = .001$) entre trastornos por consumo de alcohol e indicadores ($r^2 = .455$) de depresión ($r^2 = .565$) con la autocompasión. En consecuencia, este componente podría proteger

contra el consumo de alcohol en adultos que beben como medio para afrontar el fracaso y la autocrítica. Una razón de esto puede ser que la autocompasión es un antídoto contra la autocrítica

En cuanto a los actores relevantes para este proyecto de intervención se cuenta con los participantes activos de los grupos de alcohólicos anónimos de la Ciudad de Guatemala:

- Ortodoxo Central. Ubicado en la zona 1.
- Nuevo camino. Ubicado en la zona 11.
- Grupo Gran Paso. Ubicado en la zona 7.

También se considera importante integrar al Departamento de Práctica, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Centro Universitario Metropolitano (CUM) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de los practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA). Aunque se tengan diferentes necesidades en cada participante hay intereses comunes al momento de realizar un abordaje integral. El análisis completo se puede observar en la Tabla 21.

Tabla 21

Análisis de participantes del proyecto de intervención

Participantes	Intereses	Potenciales	Limitaciones	Recursos y mandatos
Miembro activo de Alcohólicos Anónimos	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la práctica de la atención plena a través de la bondad y la compasión. • Brindar información 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de intervención. • Terapias psicológicas • Talleres grupales 	<ul style="list-style-type: none"> • Altos índices de trastornos por consumo de alcohol. • Altos indicadores de depresión. • Asistencia al grupo de 	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano • Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas

Tabla 21

Análisis de participantes del proyecto de intervención

Participantes	Intereses	Potenciales	Limitaciones	Recursos y mandatos
	<p>sobre la depresión y estrategias sugeridas para controlar su estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de los trastornos por consumo de alcohol. • Prevenir recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades recreativas 	<p>alcohólicos anónimos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restricciones a causa de la COVID-19. • Recaídas durante el proceso. 	
<p>Juntas directivas de los grupos de Alcohólicos Anónimos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención adecuada a los miembros activos de Alcohólicos Anónimos. • Herramientas para fomentar la auto compasión y reducir los indicadores de depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organización comunitaria. • Experiencia, fortalezas y esperanza de los miembros activos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes de las juntas directivas. • Poco interés de los miembros. • Pocos espacios para diálogo del tema. • Falta de capacidad para abordar las problemáticas adictivas por desconocimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de manuales validados y comprobados por la Organización Mundial de la Salud. • Voluntariado.

Tabla 21

Análisis de participantes del proyecto de intervención

Participantes	Intereses	Potenciales	Limitaciones	Recursos y mandatos
	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión en la toma de decisiones que afecten a todos los participantes de los grupos de Alcohólicos Anónimos. • Atención a problemas indirectos. 		<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisión. • Restricciones a causa de la COVID-19. 	
<p>Practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los involucrados sobre el uso adecuado de pruebas estandarizadas y su interpretación. • Implementar el proyecto. • Manejo cognitivo-conductual de los trastornos 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias psicológicas • Talleres grupales • Actividades recreativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Poco compromiso de los estudiantes y autoridades. • Falta de supervisión. • Falta de capacidad para abordar las problemáticas adictivas por desconocimientos. • Falta de políticas institucionales para abordar la temática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso humano. • Protocolos de intervención. • Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas

Tabla 21*Análisis de participantes del proyecto de intervención*

Participantes	Intereses	Potenciales	Limitaciones	Recursos y mandatos
	por consumo de alcohol. <ul style="list-style-type: none">• Buscar un tratamiento integral para quienes tengan trastornos por consumo de alcohol.			

6.2 Análisis de problemas

Uno de los efectos de años luchando contra la adicción es que puede hacer que las personas se sientan llenas de autodesprecio. Esto puede incluir pensamientos como "No soy bueno", "Siempre fallo en todo" o "No merezco una vida mejor". Tal pensamiento puede mantener a las personas atrapadas en la adicción o evitar que progresen mucho en su recuperación. Para superar este tipo de autodesprecio, es necesario desarrollar cierta autocompasión.

Parte de la eliminación del estigma que rodea a la enfermedad del trastorno por abuso de sustancias incluye fomentar las mismas actitudes que se otorgan hacia otras personas con afecciones crónicas. La adicción es una enfermedad cerebral (Crum et al., 2013). Muchas personas tienen dificultades para separar a la persona de la enfermedad. Se demuestra en los comportamientos que se desarrollan con el tiempo y que apoyan la adicción (Rendon, 2007). Estos son los que causan problemas de relación con otros. El individuo adicto se vuelve incapaz de responder a su entorno de una manera sana y adaptativa a medida que la adicción se apodera del cerebro (Goeders, 2004).

Entre los problemas identificados por la población, ha generado diversidad de dificultades en luchar contra la adicción y la autocompasión en grupos de alcohólicos anónimos, desde el poco conocimiento de qué hacer hasta barreras actitudinales han generado consecuencias importantes en el desarrollo de esta. En el presente árbol de problemas se representa las problemáticas que fueron identificadas por los actores y la generación de sus consecuencias.

6.2.1 Árbol de problemas

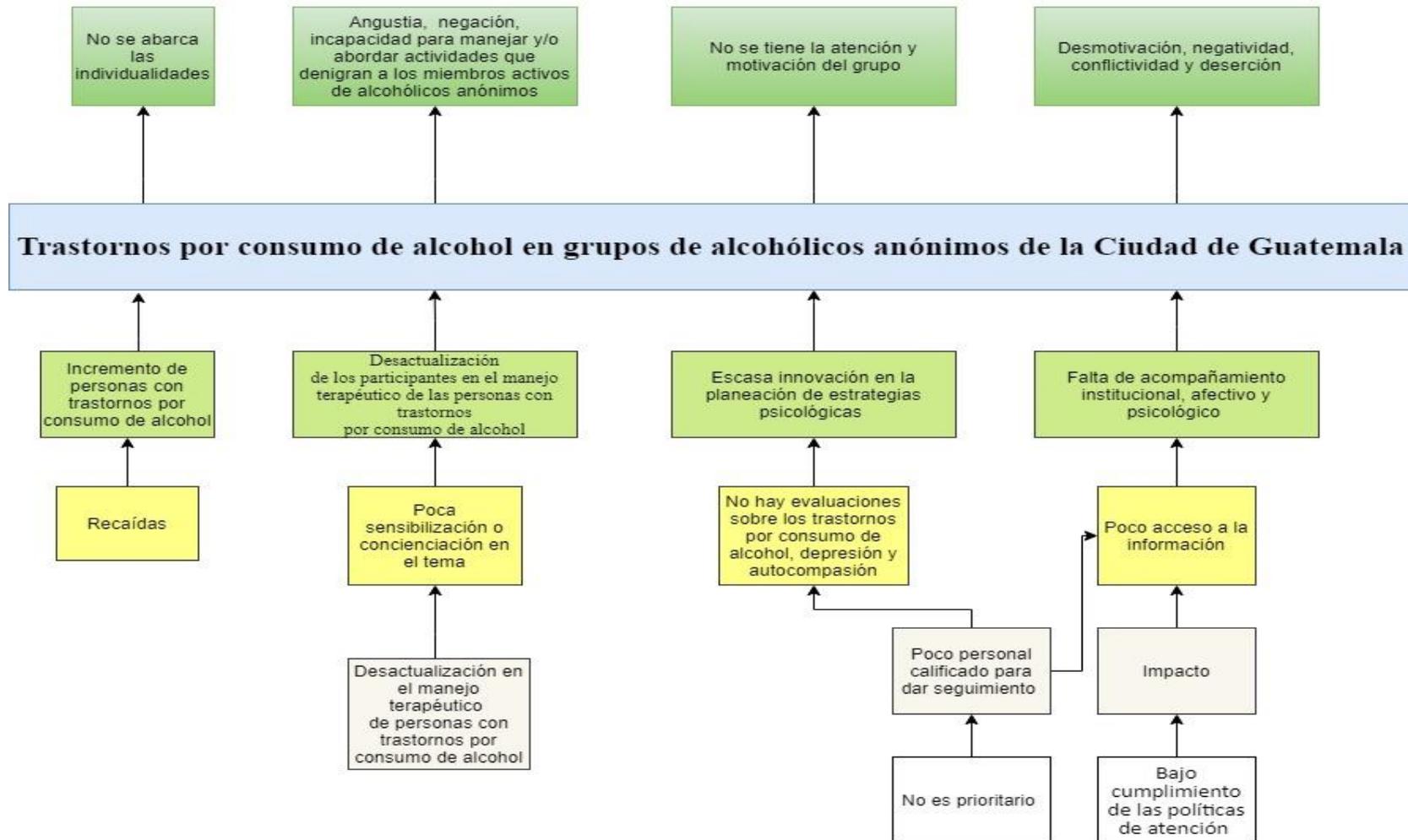


Ilustración 1. Árbol de problemas.

Fuente: Elaboración propias

6.3 Análisis contextual y diagnóstico

El consumo de alcohol es un determinante esencial de la carga de morbilidad, con un impacto significativo en la vida social y la economía en todo el mundo. La ingesta peligrosa de alcohol produce un impacto catastrófico en la vida social y laboral, disminuyendo el desempeño laboral y aumentando el ausentismo laboral, los traumatismos causados por el tránsito, la violencia doméstica, el suicidio, el homicidio y la delincuencia.

Existen muchos riesgos y consecuencias del abuso de alcohol y drogas. También existe una cantidad elevada de factores agravantes causados por el uso de tales sustancias. Entre los usuarios de drogas, hay quienes pueden beneficiarse de intervenciones de corta duración para prevenir problemas y complicaciones relacionadas con el consumo (Humenuk & Poznyak, 2004). La atención especializada a largo plazo es necesaria para los casos más graves en los que el abuso de sustancias se convierte en una afección crónica y duradera. Estos casos también se asocian generalmente con el desarrollo de otras condiciones de salud.

Para el individuo, el consumo excesivo de alcohol no solo puede conducir al alcoholismo, sino que también puede contribuir a muchas otras enfermedades y trastornos mentales y del comportamiento. Puede provocar lesiones, daños sociales, trastornos familiares, desempleo, problemas legales y financieros. El abuso de alcohol conduce a un mayor costo de la atención médica y los costos relacionados para el individuo y la sociedad. Da lugar a una pérdida de productividad y años de vidas, y muchos otros costos relacionados.

La identificación temprana de los daños y trastornos causados por el abuso de alcohol y drogas es fundamental para prevenir consecuencias sociales y de salud que puedan tener un impacto en la población en general (Humenuk y Poznyak, 2004). Detectar un patrón relacionado con el uso de sustancias psicoactivas puede ayudar a los profesionales de la salud a incrementar el nivel de asistencia que pueden brindar

en cualquier centro de atención primaria. Además, la detección precoz puede despejar dudas sobre tratamientos específicos. La detección de patrones dentro de este contexto puede ser útil para derivar casos de alta dependencia para su tratamiento en un servicio más especializado (OMS, 2010).

La forma más eficaz de lidiar con los costos de los trastornos por consumo de alcohol para la sociedad es evitar que las personas desarrollen patrones abusivos de consumo de alcohol. Esto puede resultar difícil porque las personas comienzan a beber por diferentes razones y en muchas circunstancias diferentes. Naturalmente, muchos de los esfuerzos de prevención que se llevan a cabo hoy en día están dirigidos a los jóvenes, porque es entonces cuando la mayoría de las personas comienzan a beber en nuestra cultura, y si comienzan a beber temprano, es mucho más probable que desarrollen problemas graves de abuso de sustancias en el futuro vida.

Además, los problemas con la bebida también tienen un impacto muy negativo en la salud mental. El abuso de alcohol puede empeorar condiciones existentes como la depresión o inducir nuevos problemas como pérdida grave de la memoria, depresión o ansiedad. Los problemas con el alcohol no solo lastiman al bebedor. Los cónyuges e hijos de bebedores empedernidos pueden sufrir violencia familiar; los niños abuso y negligencia física y sexual y, desarrollar problemas psicológicos. Las mujeres que beben durante el embarazo corren un grave riesgo de dañar al feto. Familiares, amigos y extraños pueden resultar heridos o muertos en accidentes y agresiones relacionados con el alcohol.

A pesar de las conocidas consecuencias adversas para la salud y la prevalencia del consumo de alcohol (incluido el consumo nocivo), muchos profesionales fuera de las áreas específicas de especialización en alcohol no conocen las pautas para prevenir, identificar y tratar el consumo excesivo. También existe un mayor riesgo de recaída entre las personas con trastornos de salud mental concurrentes que reciben tratamiento por alcoholismo. Como resultado, existe una necesidad reconocida de abordar la interrelación del uso concurrente de alcohol y los trastornos de salud mental a través de enfoques innovadores o adaptaciones de los tratamientos tradicionales.

Investigaciones emergentes sugirieron que la autocompasión se relaciona negativamente con el uso de alcohol en la comunidad y el tratamiento de trastornos por uso de sustancias (TUS) en busca de muestras (Brooks, Kay-Lambkin, Bowman & Childs, 2012; Phelps, Paniagua, Willcockson & Potter, 2018).

La necesidad de recibir cuidados y cuidados evolucionó como una fuerte necesidad en todos los mamíferos, incluidos los humanos. Ser cuidados desde el nacimiento es vital para nuestra supervivencia, y sin ellos no prosperamos. El éxito de la raza humana como especie ha dependido de que recibamos cuidados y estemos motivados para cuidar a los demás. Cuando esto funciona bien, las personas trabajan juntos, apoyándose unos a otros y prosperando. Si bien recibir atención de otras personas es, por supuesto, muy importante, ahora sabemos que es muy limitado pensar que solo podemos satisfacer esta necesidad de atención a través de otros individuos. Satisfacer nuestra necesidad de cuidarse y nutrirse también puede ser extremadamente valioso.

Los resultados de esta investigación demuestran que la autocompasión está estrechamente relacionada con la depresión y los trastornos por consumo de alcohol. Aquellos que son más compasivos consigo mismos tienden a tener menos problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y estrés. Estas personas también tienden a tener una mejor calidad de vida, una mayor sensación de bienestar y menos problemas en las relaciones. La compasión está vinculada a la hormona oxitocina, a menudo llamada hormona del "amor". Esta es una hormona que promueve la vinculación y la cercanía, por lo que es particularmente activa durante el parto, durante el afecto físico, durante las relaciones sexuales, cuando los padres juegan con sus hijos, cuando las personas juegan con sus mascotas, etc. Se sugiere que dirigir la compasión hacia adentro puede igualmente desencadenar la liberación de oxitocina y los beneficios calmantes que aporta. En esencia, la autocompasión va de la mano con la satisfacción general de la vida, algo que todos podríamos hacer con una dosis.

La necesidad de una honestidad total, de que las personas se ven a ellos mismo y a los demás, los comportamientos con claridad y perspectiva, es una parte esencial

para cultivar la compasión por los demás y la autocompasión. La compasión no excusa los comportamientos, sino que comprende la dificultad del cambio. La compasión incluye establecer límites adecuados para los demás y para nosotros mismos, para promover interacciones positivas y desalentar las interacciones negativas.

La práctica de la compasión anima a las personas a reconocer las emociones difíciles y a aprender a sentarse con ellas, a vivir con ellas como una parte normal de la vida y a no tratar de escapar de ellas. No significa reprimir las emociones negativas, sino aceptarlas y lidiar con ellas sin tomar acciones que puedan dañarles y a los demás. No es una relación entre el sanador y el herido. Es una relación entre iguales. Solo cuando se conoce bien la propia oscuridad se podrá estar presente con la oscuridad de los demás. La compasión se vuelve real cuando se reconoce la humanidad compartida. Aprender acerca de la compasión ilustra tanto la necesidad propia de compasión como de las conexiones con los demás y con el mundo en general, que es un componente esencial de un plan de recuperación.

De acuerdo con las problemáticas y sus consecuencias identificadas en la población evaluada, tomando en cuenta el contexto de los participantes activos de los grupos de alcohólicos anónimos de la Ciudad de Guatemala, es importante retomar este tema, siendo relevante para el desarrollo social y cultural.

6.4 Análisis de objetivos, objetivos de la intervención.

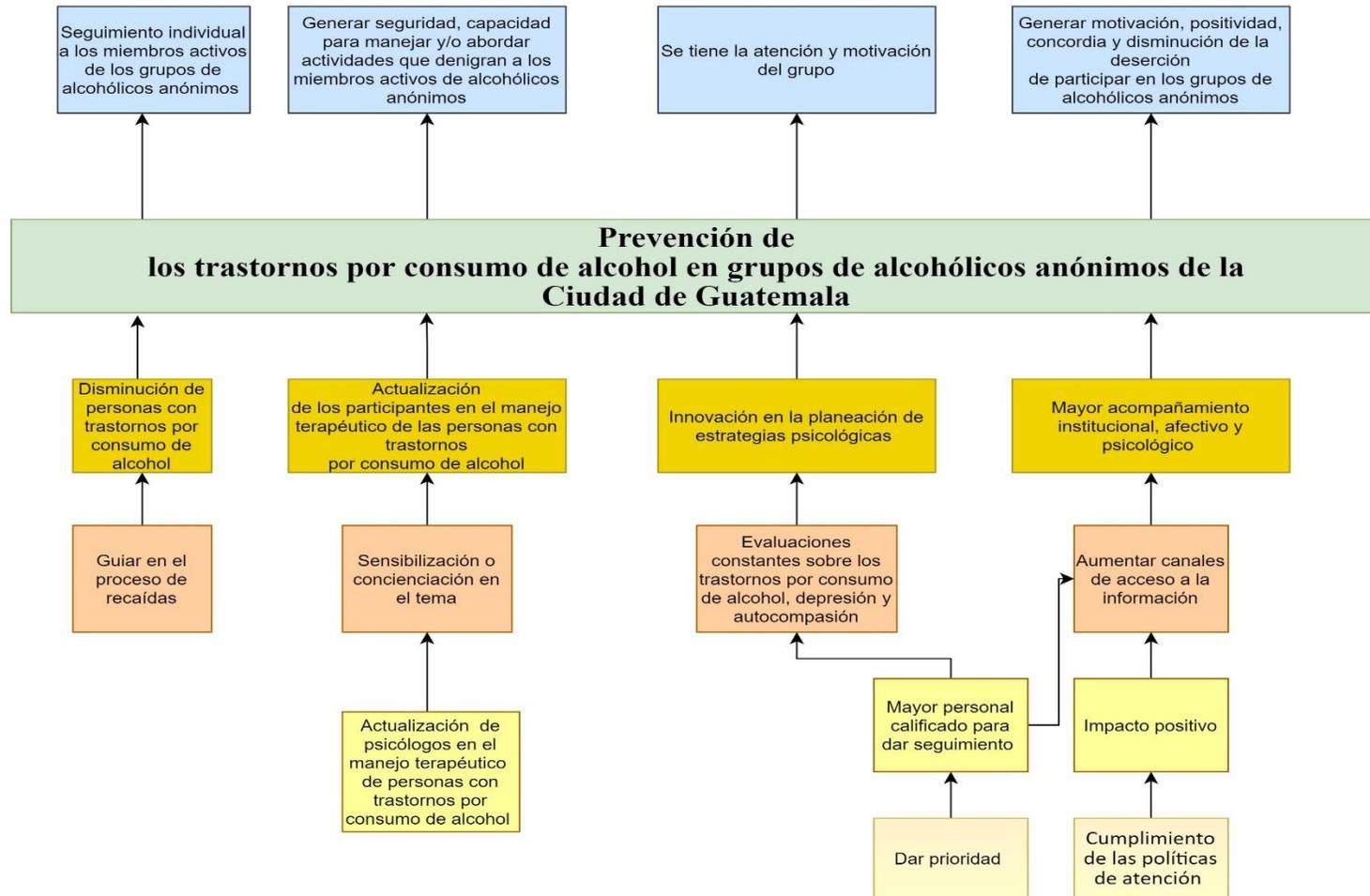


Ilustración 2. Árbol de Objetivos.

Fuente: Elaboración propia

Se proponen los siguiente objetivos para esta propuesta:

De forma general: Desarrollar capacitaciones que permita verificar información en materia de prevención de indicadores de depresión, trastornos por consumo de alcohol por medio de la autocompasión para los miembros activos de alcohólicos anónimos.

Buscando aplicarlo por los siguientes objetivos específicos de intervención:

1. Obtener la atención de los miembros activos de alcohólicos anónimos
2. Generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades de prevención de los trastornos por consumo de alcohol
3. Se tiene la atención y motivación del grupo de alcohólicos anónimos.
4. Generar motivación, positividad, concordia y disminución de recaídas

6.5 Análisis de opciones

Con los objetivos datos del árbol de objetivos se procede a identificar opciones que pueden llegar a contribuir en la resolución de las problemáticas, por medio de la implementación de un programa que apoyo a los miembros activos de los grupos de alcohólicos anónimos. En cuanto al análisis de opciones se hará uno cuantitativo y otro cualitativo. Partiendo desde lo cualitativo hacia lo cuantitativo. A continuación, se presentan las Tablas correspondientes.

Tabla 22

Análisis cualitativo de alternativas

Criterios	Alternativa 1: Desarrollar un programa de prevención individual con miembros activos de alcohólicos anónimos	Alternativa 2: Desarrollar un proyecto para generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades que denigran a los miembros activos de alcohólicos anónimos	Alternativa 3: Desarrollo de un programa para la atención y motivación del grupo de los miembros activos de alcohólicos anónimos	Alternativa 4: Desarrollo un programa para generar motivación, positividad, concordia y disminución de la deserción en los miembros activos de alcohólicos anónimos
Coste	Medio / Alto	Medio / Alto	Medio / Alto	Medio / Bajo
Tiempo	Bajo	Medio / Bajo	Medio / Bajo	Medio / Bajo
Riesgo	Medio / Alto	Medio / Alto	Medio / Alto	Medio / Alto
Prioridades de la política	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Concentración	Medio / Bajo	Medio / Bajo	Medio / Bajo	Medio / Bajo

Tabla 22*Análisis cualitativo de alternativas*

Criterios	Alternativa 1: Desarrollar un programa de prevención individual con miembros activos de alcohólicos anónimos	Alternativa 2: Desarrollar un proyecto para generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades que denigran a los miembros activos de alcohólicos anónimos	Alternativa 3: Desarrollo de un programa para la atención y motivación del grupo de los miembros activos de alcohólicos anónimos	Alternativa 4: Desarrollo un programa para generar motivación, positividad, concordia y disminución de la deserción en los miembros activos de alcohólicos anónimos
sobre los beneficiarios				
Impacto de género	Bajo	Medio / Bajo	Bajo	Medio / Bajo
Probabilidad de alcanzar el objetivo	Medio / Bajo	Medio / Alto	Medio / Bajo	Medio / Alto
Viabilidad institucional	Bajo	Medio / Alto	Medio / Bajo	Medio / Alto
Aprovechamiento recursos locales	Medio / Bajo	Medio / Bajo	Medio / Alto	Medio / Alto

Fuente: Elaboración propia

La interpretación de la anterior tabla se basa en los punteos:

- Alto: 100 %
- Medio / Alto: 80 %

- Medio: 60 %
- Medio/Bajo: 40 %
- Bajo: 20 %

Para el análisis cuantitativo se presenta el siguiente procedimiento:

Tabla 23

Análisis cuantitativo de alternativas

Criterios	Coeficiente	Alternativa 1: Desarrollar un programa de prevención individual con miembros activos de alcohólicos anónimos			Alternativa 2: Desarrollar un proyecto para generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades que denigran a los miembros activos de alcohólicos anónimos			Alternativa 3: Desarrollo de un programa para la atención y motivación del grupo de los miembros activos de alcohólicos anónimos		Alternativa 4: Desarrollo un programa para generar motivación, positividad, concordia y disminución de la deserción en los miembros activos de alcohólicos anónimos	
		5	15%		5	15%		3	9%	5	15%
Coste	15	5	15%	5	15%	3	9%	5	15%		
Tiempo	10	1	2%	3	6%	2	4%	3	6%		
Riesgo	15	1	3%	3	9%	2	6%	3	9%		
Prioridades de la política	10	1	2%	2	4%	2	4%	4	8%		
Concentración	5	1	1%	3	3%	2	2%	3	3%		
sobre beneficiarios	10	5	10%	4	8%	3	6%	4	8%		
Impacto género	5	3	3%	2	2%	2	2%	3	3%		

Tabla 23*Análisis cuantitativo de alternativas*

Criterios	Coeficiente	Alternativa 1: Desarrollar un programa de prevención individual con miembros activos de alcohólicos anónimos		Alternativa 2: Desarrollar un proyecto para generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades que denigran a los miembros activos de alcohólicos anónimos		Alternativa 3: Desarrollo de un programa para la atención y motivación del grupo de los miembros activos de alcohólicos anónimos		Alternativa 4: Desarrollo un programa para generar motivación, positividad, concordia y disminución de la deserción en los miembros activos de alcohólicos anónimos	
Probabilidad de alcanzar el objetivo	10	1	2%	3	6%	2	4%	4	8%
Viabilidad institucional	10	2	4%	3	6%	4	8%	3	6%
Aprovechamiento recursos locales	10	3	6%	3	6%	2	4%	3	6%
Totales	100	23	48%	31	65%	24	49%	35	72%

Fuente: Elaboración propia

En base de los análisis propuestos se concluye que la alternativa 4 es la que mejor se puede adaptar, debido al tiempo y la población.

6.6. Marco conceptual

6.6.1 Trastornos por consumo de alcohol

El abuso de bebidas alcohólicas representa un importante problema de salud pública y su reducción es uno de los objetivos del programa Salud para Todos, promovido por la Organización Mundial de la Salud. Varios estudios realizados en la población han demostrado que entre el 13% y el 24% de las personas sufren, a lo largo de su vida, un trastorno debido al abuso de bebidas alcohólicas o la dependencia de ellas, de acuerdo con los criterios del diagnóstico y Manual estadístico de los trastornos mentales [DSM] (Canino et al., 1987; Bland et al., 1988; Wells et al., 1989; Lee et al., 1990; Robins & Regier, 1991; Wittchen et al, 1992; Kessler et al, 1994).

El DSM, quinta edición, (APA, 2013), ha combinado el abuso de alcohol y la dependencia del alcohol en un solo trastorno, llamado trastorno por consumo de alcohol (AUD), con clasificaciones leves, moderadas y severas. Según el DSM 5, la característica esencial del AUD, un subtipo de trastornos por uso de sustancias es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y físicos que indican que el individuo continúa usando la sustancia a pesar de los problemas importantes relacionados con la sustancia. Además, el individuo desarrolla un patrón de autoadministración repetida que puede provocar abstinencia, tolerancia, antojos y conducta compulsiva de búsqueda de alcohol (APA, 2013). El DSM-5 incluye los siguientes criterios para un AUD:

Preocupación por la sustancia entre períodos de uso, uso de la sustancia más de lo previsto, desarrollo de tolerancia o antojos por la sustancia, uso de la sustancia para evitar síntomas de abstinencia, esfuerzos repetidos para detener el uso de la sustancia, intoxicación en casos inapropiados veces, abstinencia que interfiere con el funcionamiento diario y la reducción de las actividades sociales, ocupacionales o recreativas en favor de un mayor uso de sustancias (APA, 2013, p. 490-491).

Por otro lado, además de los sujetos con trastornos completos, se debe prestar especial atención a aquellos que, aunque no tienen trastornos en el momento de la evaluación, están expuestos a un alto riesgo de presentarse, con el tiempo problemas físicos, psicológicos y/o sociales, si su ingesta de bebidas alcohólicas persiste en los mismos niveles. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud habla de la ingesta arriesgada de alcohol (ingesta peligrosa de alcohol), distinguiéndolo del uso nocivo del alcohol (uso nocivo del alcohol), en el que ya hay un daño somático o psíquico evidente en el individuo y del síndrome de dependencia del alcohol, en el cual la búsqueda y la ingesta de bebidas alcohólicas es de suma importancia con respecto a las tareas y deberes habituales del individuo (Edwards et al, 1981).

6.6.1.1. Suposiciones teóricas de los trastornos por consumo de alcohol.

La investigación actual cita muchos factores que contribuyen al abuso y la dependencia del alcohol, incluida la genética, el entorno familiar y la estructura, y los cambios cerebrales derivados de la adicción expresados en formas de comportamiento y dentro de los contextos sociales (Crum et al., 2013). Además, varios estudios han encontrado que los comportamientos de consumo de alcohol están asociados con variables psicológicas (Grant et al., 2004). Por ejemplo, la investigación ha demostrado que experimentar eventos vitales estresantes predice significativamente la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, así como el inicio de la dependencia del alcohol, lo que sugiere que el estrés juega un papel clave en el desarrollo de los AUD (Lloyd & Turner, 2008).

Otra investigación ha encontrado que el abuso y la dependencia del alcohol se han asociado con depresión comórbida, ansiedad y problemas cognitivos, especialmente en entornos clínicos (Grant et al., 2004). Ha habido una serie de explicaciones causales que intentan explicar la alta incidencia de comorbilidad entre la depresión, la ansiedad y el consumo de alcohol. Una de estas explicaciones es que las personas que experimentan depresión y ansiedad pueden elegir usar alcohol para aliviar los síntomas (Khantzian, 2003; Pullen, 2001).

El consumo de alcohol a menudo se convierte en una forma preferida de hacer frente a situaciones y sentimientos desagradables provocados por la depresión y la ansiedad (Pullen, 2001), que también se conoce como la hipótesis de la automedicación (Khantzian, 2003). La hipótesis de la automedicación sugiere que las personas predispuestas al abuso de sustancias sufren estados afectivos dolorosos (Goeders, 2004), y que la adicción a sustancias funciona para permitirles calmarse o regular y hacer frente a las emociones abrumadoras y los estados psicológicos, y adaptarse a situaciones externas que de otro modo serían inmanejables (Khantzian, 2003).

Sin embargo, si no se hace ningún esfuerzo para sanar las causas subyacentes de tales estados psicológicos, mentales o emocionales insoportables, y si tales estados dolorosos están continuamente presentes, se desarrolla una eventual dependencia del alcohol (Baumeister et al., 2003; Khantzian, 2003).

Por el contrario, la investigación también ha sugerido que el alcoholismo promueve el desarrollo de ansiedad y trastornos depresivos, y que los síntomas asociados son en realidad una consecuencia de la abstinencia de alcohol (Kushner, Abrams y Borchardt, 2000).

6.6.2 Depresión

Investigadores de varias orientaciones teóricas han propuesto para explicar la etiología de la depresión y es ampliamente reconocido y respaldado empíricamente, que los factores cognitivos juegan un papel importante (Abela & D'Alessandro, 2002; Hollon, Shelton & Davis, 1993; Robinson & Alloy, 2003). Según Dykman y Abramson (1990), los enfoques cognitivos para comprender la depresión comenzaron con los enfoques del procesamiento de la información en general, y el estudio de la cognición social en particular. Se ha demostrado que los procesos cognitivos (o contenidos específicos del pensamiento) median las respuestas emocionales (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984; Terry, 1994).

La comprensión de la etiología de la depresión general se ha visto facilitada en gran medida por las teorías cognitivas de la depresión que postulan procesos cognitivos o formas de pensamiento características para servir como vulnerabilidades depresivas (Grazioli & Terry, 2000; Hawkins & Miller, 2003). Basado en el trabajo inicial de Martin Seligman (1975), se ha pensado comúnmente que la depresión se asocia con una falta de control percibida sobre eventos adversos o resultados negativos (Walker, 2001).

Ingram (2003) reflexiona que nada acerca más a los investigadores a comprender las características esenciales de la depresión que la idea de vulnerabilidad. Las teorías de vulnerabilidad cognitiva-estrés de la depresión se han clasificado tradicionalmente en dos grandes grupos (1) Teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) y (2) Teoría cognitiva de Beck (Beck, 1967; Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Ambas teorías son modelos de vulnerabilidad cognitiva-estrés o diátesis-estrés, que explican la depresión en términos de cogniciones negativas que surgen en respuesta a eventos estresantes de la vida (Monroe & Simons, 1991; Robinson & Alloy, 2003). En otras palabras, estas teorías afirman que el estrés activa una diátesis, transformando el potencial de predisposición o formas características de pensamiento (vulnerabilidad), en depresión (Grazioli & Terry, 2000; Monroe y Simons, 1991). Tanto la teoría de la desesperanza como la teoría cognitiva de Beck han recibido un considerable apoyo empírico (Ingram, Miranda & Segal, 1998,).

Específicamente, la investigación prospectiva ha demostrado que la vulnerabilidad cognitiva interactúa con los factores estresantes de la vida para aumentar los síntomas depresivos futuros (Hankin, Abramson & Siler, 2001; Joiner, Metalsky, Lew & Klocek, 1999; Lewinsohn, Joiner & Rohde, 2001; Metalsky & Joiner, 1992).

En la teoría cognitiva de Beck, la vulnerabilidad cognitiva se conceptualiza como auto esquemas negativos, desarrollados a partir de la experiencia de la vida temprana,

que contienen actitudes disfuncionales (Beck, 1967; Beck et al., 1979). Estas actitudes disfuncionales se describen como conjuntos cognitivos estables y duraderos que son rígidos, y a menudo contienen estándares poco realistas sobre los cuales las personas se evalúan a sí mismas, como la autoestima basada en ser perfecto o en obtener la aprobación de otros (Dykman & Abramson, 1990; Grazioli & Terry, 2000; Hankin et al., 2004). En particular, la vulnerabilidad depresiva se ha elaborado para incluir dos tipos específicos de personalidad de sociotropía (dependencia excesiva de la aprobación social) y autonomía (extrema necesidad de independencia, logro de estándares personales y control) (Beck, 1983).

Se dice que cada tipo de personalidad (o esquemas superiores) crea vulnerabilidades únicas para diferentes tipos de estresores. Los estudios han confirmado estos tipos de personalidad como vulnerabilidades depresivas, sin embargo, contrariamente a la predicción de independencia de Beck, se han encontrado correlaciones sustanciales entre estos dos tipos de personalidad (Hawkins & Miller, 2003). Según Beck (1983), estos esquemas permanecen latentes en los recuerdos de las personas hasta que los eventos estresantes los activan.

Los trastornos por consumo de alcohol y la depresión mayor pueden estar vinculados a través de varios mecanismos posibles: a) ambos son entidades separadas, pero son huérfanos de diagnóstico b) un trastorno conduce a otro, y c) existe una etiología común que conduce a ambos trastornos. Aunque muchos trabajos de investigación han tratado de delinear los vínculos causales entre la dependencia del alcohol y los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, poco es consensuado con respecto a la "primariedad" de cualquiera de los trastornos. Una revisión reciente, y basada principalmente en el análisis anterior del autor, propone que existen vínculos causales entre los dos trastornos, siendo los trastornos por consumo de alcohol el fenómeno primario más plausible (Cornelius, Bukstein, Salloum & Clark, 2002).

6.3 Autocompasión

Aunque los psicólogos han producido una gran cantidad de trabajo empírico que ha examinado la empatía y la compasión por los demás, solo recientemente han comenzado a explorar la autocompasión (Neff, 2003). El budismo sostiene que la compasión implica ser movido y desear aliviar tanto la angustia de los demás como la propia (Neff, 2003). También afirma que una dicotomía entre la empatía por los demás y la autocompasión establece una falsa separación entre uno mismo y los demás (Neff, 2003). La palabra tibetana *tsewa*, traducida como compasión, no distingue entre compasión por uno mismo y por los demás (Neff, 2003). Por lo tanto, algunos psicólogos están desarrollando una comprensión teórica y empírica de la autocompasión.

El concepto de autocompasión ha sido definido por Kristin Neff (2003) como que tiene tres componentes interrelacionados que se exhiben durante momentos de dolor y fracaso. Cada componente tiene dos partes, la presencia de un constructo y la negación de otro. Estos tres conceptos son: (a) ser amable y comprensivo con uno mismo en lugar de ser autocrítico, (b) ver la falibilidad de uno como parte de la condición y experiencia humanas más amplias en lugar de aislarlo, y (c) retener los pensamientos y sentimientos dolorosos de uno mismo. sentimientos en conciencia plena en lugar de evitarlos o sobreidentificarse con ellos.

6.3.1 Autocompasión versus juicio propio.

La autocompasión implica extender el perdón, la empatía, la sensibilidad, la calidez y la paciencia a todos los aspectos de uno mismo, incluidas todas las acciones, sentimientos, pensamientos e impulsos (Gilbert & Irons, 2005; Neff, 2003). Las personas que son bondadosas consideran que su valor es incondicional (Ellis, 1973; Maslow, 1968; Rogers, 1961). La bondad hacia uno mismo implica afirmar, incluso después del fracaso, que uno mismo merece amor, felicidad y afecto.

Por el contrario, el juicio propio implica ser hostil, degradante y crítico con uno mismo o con aspectos de sí mismo (Neff, 2003). Las personas que se juzgan a sí

mismas rechazan sus propios sentimientos, pensamientos, impulsos, acciones y valía (Brown, 1998). El auto juicio es a menudo implacable (Whelton & Greenberg, 2005) y el dolor que causa puede igualar o superar el dolor de la situación que lo provoca (Germer, 2009). Sin embargo, el juicio de sí mismo a menudo se siente natural para las personas, por lo que pueden no ser conscientes de sus juicios de sí mismos, cómo podrían relacionarse de manera diferente con ellos mismos o cómo los juicios de sí mismos son una fuente de sufrimiento (Brown, 1998). Por lo tanto, se piensa que parte de volverse más amable con uno mismo es tomar conciencia del juicio propio y su impacto dañino (Gilbert & Irons, 2005).

6.3.2 Humanidad común versus aislamiento.

El budismo afirma que todos estamos íntimamente conectados, que es una ilusión verse a uno mismo como separado de los demás y que todos anhelamos la conexión (Brown, 1998). La humanidad común implica reconocer la conexión con los demás, particularmente en la confusión, tristezas, imperfecciones y debilidades. La humanidad común implica perdonarse a uno mismo por ser plenamente humano, por ser limitado e imperfecto (Neff, 2003). Sin embargo, muchas personas en momentos de dolor o frustración se sienten aisladas de los demás. Aquellos que creen que ellos mismos, sus fracasos o sus emociones son vergonzosos a menudo se retiran, esconden su “verdadero yo” y sienten que solo ellos luchan con fallas o fallas particulares.

6.3.3 Mindfulness versus sobreidentificación o evitación.

Mindfulness implica conciencia, atención y aceptación del momento presente (Shapiro, Astin, Bishop & Cordova, 2005; Shapiro, Brown & Biegel, 2007). La atención plena incluye no solo la atención cognitiva sino también un interés afectuoso y amistoso en la experiencia actual de uno (Kabat-Zinn, 2003). La atención plena implica observar y etiquetar pensamientos y emociones en lugar de reaccionar ante ellos (Kabat-Zinn, 2003). Se cree que la atención consciente ayuda a experimentar profundamente y aprender del presente sin las distracciones de las autoevaluaciones o preocupaciones sobre el pasado o el futuro (Neff, 2003).

La atención plena puede verse frustrada por dos alternativas opuestas: la identificación excesiva y la evitación. La atención plena se resiste a ambos y puede verse como un término medio entre ellos. La sobreidentificación implica reflexionar sobre las propias limitaciones y se cree que da como resultado una visión de túnel que evita la experiencia profunda del momento presente (Gilbert & Procter, 2006; Neff & Vonk, 2009). Las personas que tienden a sobreidentificarse pueden magnificar la importancia de las fallas (Neff et al., 2005; Shapiro et al., 2007). El otro extremo es evitar experiencias, pensamientos y emociones dolorosas (Kabat-Zinn, 2003; Neff, 2003a). Se cree que la evitación intensifica los sentimientos negativos a largo plazo y sacrifica una mayor comprensión (Germer, 2009).

En general, identificarse en exceso con el dolor o evitarlo frustra la atención plena, que se cree que ayuda a las personas a explorar y aprender de los pensamientos, las emociones y las experiencias (Neff, 2003).

6.3.4 Las relaciones entre los componentes de la autocompasión

Sorprendentemente, se ha escrito poco sobre las relaciones entre los componentes de la autocompasión. Neff (2003) ofrece la discusión más completa de este tema, aunque incluso aquí la discusión es relativamente breve. No está del todo claro si Neff ve los tres componentes como inherente y definitivamente relacionados o simplemente como facetas que tienden a asociarse positivamente o engendrarse entre sí. Como mínimo, las facetas se realzan entre sí. Parece que la pregunta es si uno podría ser compasivo con uno mismo sin tener los tres componentes: bondad hacia uno mismo, atención plena y humanidad común. La compasión, ya sea dirigida hacia uno mismo o hacia los demás, parece implicar necesariamente las tres: ser tocado por el sufrimiento, ser consciente del dolor y no evitarlo, y tener un sentimiento de conexión o un deseo de aliviar el sufrimiento.

Por lo tanto, es difícil discutir cualquier componente de la autocompasión sin incluir los demás. Aquí, nos enfocamos en cómo se piensa que cada elemento fortalece a los otros componentes. En primer lugar, la bondad hacia uno mismo puede

fomentar la humanidad y la atención plena en común. Si una persona es cariñosa, tierna, comprensiva y paciente consigo misma, es menos probable que se sienta avergonzada de sus faltas y se aleje de los demás (Brown, 1998). En lugar de retraerse y creer que solo ellos luchan con fallas o fallas, es más probable que permanezcan en contacto con otros, compartan su lucha u observen que otros tienen luchas similares. La bondad hacia uno mismo también puede fomentar la atención plena. La bondad hacia uno mismo puede permitir que una persona permanezca en el doloroso presente y adopte una visión equilibrada. Mientras que el juicio propio tiende a centrarse en los fracasos temidos pasados o futuros y, por lo tanto, a restar valor al presente, la bondad personal se trata de ser paciente con los aspectos de uno mismo que uno experimenta como dolorosos o inadecuados. La bondad hacia uno mismo también puede permitir que las personas observen sin juzgar su diálogo interno en lugar de juzgar sus procesos de pensamiento autocríticos (Greenberg, Watson & Goldman, 1998). Se plantea la hipótesis de que cuanto más amables son las personas con ellas mismas, más fácil es tener limitaciones en la conciencia plena (Neff, 2003).

En segundo lugar, la humanidad común puede fomentar la bondad hacia uno mismo y la atención plena. Las personas que se sienten conectadas con los demás pueden juzgarse a sí mismas con menos dureza por sus debilidades, ya que aceptan que ser imperfecto es parte del ser humano. Además, pueden darse cuenta de que no reprenderán a los demás por sus fracasos y deben tratarse a sí mismos con la empatía y la amabilidad que brindan a los demás. La humanidad común también puede fomentar una visión consciente y clara de los fracasos, ya que las debilidades se perciben como menos amenazantes y, por lo tanto, es menos probable que se eviten o se sobre identifiquen con ellas.

En tercer lugar, la atención plena puede fomentar la bondad hacia uno mismo y la humanidad común. Etiquetar las fallas puede ayudar a evitar juzgarse a sí mismo y ayudar a uno a reconocer fallas similares en los demás. La sobre identificación conduce a una visión de túnel y a la vergüenza, lo que impide que las personas se sientan conectadas (Neff, 2003).

6.3.5 Fuentes de autocompasión

Gilbert y Proctor (2006) sugieren que la autocompasión proporciona resiliencia emocional porque desactiva el sistema de amenazas (asociado con sentimientos de apego inseguro, actitud defensiva y excitación autónoma) y activa el sistema de cuidado (asociado con sentimientos de apego seguro, seguridad y el sistema de oxitocina-opiáceos). En apoyo de esta propuesta, Rockcliff, Gilbert, McEwan, Lightman y Glover (2008) encontraron que dar a las personas un breve ejercicio de autocompasión reducía sus niveles de cortisol, la hormona del estrés. También aumentó la variabilidad de la frecuencia cardíaca, que se asocia con una mayor capacidad para calmarse a sí mismo cuando está estresado (Porges, 2007).

Otros hallazgos apoyan la idea de que la autocompasión está vinculada al sistema de apego. Por ejemplo, las personas que carecen de autocompasión tienen más probabilidades de tener madres críticas, provienen de familias disfuncionales y muestran patrones de apego inseguros que las personas autocompasivas (Neff & McGeehee, 2010; Wei, Liao, Ku & Shaffer, 2011). El abuso emocional infantil también se asocia con una menor autocompasión (Tanaka et al., 2011). La autocompasión parece mediar en la relación entre el maltrato infantil y la desregulación emocional posterior, lo que significa que las personas maltratadas con niveles más altos de autocompasión son más capaces de hacer frente a eventos perturbadores (Vettese, Dyer, Li & Wekerle, 2011). Esta relación se mantiene incluso después de tener en cuenta el historial de maltrato, el nivel de angustia actual o el abuso de sustancias, lo que sugiere que la autocompasión es un factor de resistencia importante para quienes buscan tratamiento por un trauma pasado.

6.3.6 Autocompasión en el contexto terapéutico

La autocompasión parece ser un mecanismo de acción en diferentes formas de terapia (Baer, 2010). Por ejemplo, después de un tratamiento psicodinámico a corto plazo, la disminución de la ansiedad, la vergüenza y la culpa y el aumento de la disposición a experimentar tristeza, ira y cercanía se asociaron con niveles más altos

de autocompasión (Schanche, 2011). En el mismo estudio, los aumentos en la autocompasión predijeron menos síntomas psiquiátricos y problemas interpersonales.

Además, se ha descubierto que la autocompasión es un mecanismo clave en la efectividad de las intervenciones basadas en la atención plena, como la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT, por sus siglas en inglés) y la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, Shapiro, Astin, Bishop y Cordova (2005) encontraron que los profesionales de la salud que tomaron un programa MBSR informaron un aumento significativo de la autocompasión y niveles reducidos de estrés en comparación con un grupo de control en lista de espera. También encontraron que los aumentos en la autocompasión mediaron las reducciones en el estrés asociadas con el programa. Del mismo modo, Kuyken et al. (2010) compararon el efecto de la MBCT con los antidepresivos de mantenimiento sobre la recaída de los síntomas depresivos. Descubrieron que los aumentos en la atención plena y la autocompasión después de la participación en MBCT mediaron el vínculo entre MBCT y los síntomas depresivos a los 15 meses de seguimiento. También encontraron que MBCT redujo el vínculo entre la reactividad cognitiva (es decir, la tendencia a reaccionar a las emociones tristes con estilos de pensamiento depresivo) y la recaída depresiva, y que el aumento de la autocompasión (pero no la atención plena) medió esta asociación. Esto sugiere que la autocompasión puede ser una clave importante para cambiar los patrones de pensamiento habituales para que los episodios depresivos no se vuelvan a desencadenar.

6.3.7 Entrenamiento de Autocompasión Consciente (MSC)

Neff y Germer (2013) realizaron recientemente un estudio controlado aleatorio del programa MSC que comparó los resultados de un grupo de tratamiento ($N = 24$; 78% mujeres; edad media [M] = 51,21) con un grupo de control de lista de espera ($N = 27$; 82% mujeres; M edad = 49,11). En comparación con los controles, los participantes de MSC demostraron un aumento significativo en la autocompasión, la atención plena, la compasión por los demás y la satisfacción con la vida y una disminución en la depresión, la ansiedad, el estrés y la evitación emocional. Todas las

ganancias en los resultados se mantuvieron a los 6 meses y al año de seguimiento. De hecho, la satisfacción con la vida aumentó significativamente en el seguimiento de 1 año, lo que demuestra que la práctica continua de la autocompasión mejora la calidad de vida con el tiempo.

Aunque todavía no hay estudios que hayan comparado directamente MSC con MBSR o MBCT, los estudios que examinan los resultados de cada programa de forma independiente sugieren que enseñar explícitamente la autocompasión sí marca la diferencia. Neff y Germer (2013) encontraron que el programa MSC elevó los niveles de autocompasión de los participantes en un 43%. En comparación, una revisión de la literatura encontró que cinco estudios MBSR arrojaron un aumento promedio del 19% en la escala de autocompasión (Neff, 2003; Birnie et al., 2010; Robins, Keng, Ekblad & Brantley, 2012; Shapiro et al., 2005; Shapiro et al., 2007; Shapiro, Brown, Thoresen & Plante, 2011), mientras que tres estudios MBCT arrojaron un aumento promedio del 9% (Kuyken et al., 2010; Lee y Bang, 2010; Rimes & Wingrove, 2011). Por lo tanto, el entrenamiento de la autocompasión no parece ser redundante con el entrenamiento de la atención plena, sino que proporciona herramientas especializadas para practicar la autocompasión en la vida diaria.

6.7 Matriz del proyecto

A continuación, se detalla la matriz de objetivos

Tabla 24

Matriz de objetivos

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
Fin			
Establecer programas de seguimiento dedicado a conocer herramientas de atención de autocompasión a juntas directivas, miembros activos de alcohólicos anónimos, psicólogos practicantes y profesionales para la disminución de indicadores de depresión y Trastornos por consumo de alcohol	Psicólogos, practicantes de psicología y juntas directivas que tienen contacto con miembros activos de alcohólicos anónimos se adhieren de mejor forma a una intervención psicológica	Informe sobre la situación de salud mental y física de los miembros activos de alcohólicos anónimos	Ejecución y desarrollo de los diferentes programas y planes que se plantean en este proyecto y otras propuestas. Cada uno de los actores que trabajan con miembros activos de alcohólicos anónimos adoptan, ejecutan y promueven diversos proyectos para actuar en la prevención de los trastornos por consumo de alcohol.

Tabla 24*Matriz de objetivos*

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
	Al finalizar el proyecto se habrá contribuido a disminuir el porcentaje de la no deserción.		
Propósito	Desarrollar capacitaciones que permita verificar información en materia de prevención de indicadores de depresión, trastornos por consumo de alcohol por medio de la autocompasión para los miembros activos de alcohólicos anónimos.	Métodos de recolección de datos.	Se obtiene la información en los diferentes participantes.
Componentes			
1. Obtener la atención de los miembros activos de alcohólicos anónimos	Miembros de juntas directivas reconocen el potencial en los miembros activos de alcohólicos anónimos	Estadísticas de miembros activos de alcohólicos anónimos	Participación de equipo técnico y especialista.

Tabla 24*Matriz de objetivos*

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
2. Generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades de prevención de los trastornos por consumo de alcohol	Los miembros activos de alcohólicos anónimos participan activamente en las actividades propuestas por las juntas directivas.	Entrevistas a los miembros activos de alcohólicos.	Los miembros activos de alcohólicos participan en el 95% de las actividades programadas. Los miembros de juntas directivas en el 90% de las capacitaciones.
3. Se tiene la atención y motivación del grupo de alcohólicos anónimos.	Los miembros de la junta directa, miembros activos de los grupos de alcohólicos anónimos y practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA) reconocen el potencial en los alumnos con trastornos por consumo de alcohol Además se actualizan	Estadísticas de alumnos atendidos. Listado de asistencia.	Participación de equipo técnico. Los miembros de la junta directa, miembros activos de los grupos de alcohólicos anónimos y practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA) participan

Tabla 24*Matriz de objetivos*

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
	en temas de trastornos por consumo de alcohol y autocompasión		activamente en las capacitaciones
4. Generar motivación, positividad, concordia y disminución de recaídas	Los miembros de juntas directivas identifican las principales herramientas terapéuticas para acompañar el grupo de alcohólicos anónimos.	Entrevistas a los miembros activos de alcohólicos.	Los miembros de junta directiva participan activamente en las capacitaciones

Fuente: Elaboración propia

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos se plantean las siguientes actividades previas. Estas se pueden observar en la Tabla 25.

Tabla 25*Actividades previas*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
A. Actividades previas			
A.1. Análisis de información a solicitar.	Informe Solicitud de información	200.00	Información electrónica y física.
	Verificación de los puestos	500.00	Puestos de trabajo

Tabla 25*Actividades previas*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
A.2. Identificación de los actores institucionales	Identificación del responsable de área		
A.3. Crear lista de contactos institucionales.	Directorio de grupos de alcohólicos anónimos	300.00	Respuesta a la solicitud de información.
A.4. Realizar visitas de socialización del proyecto.	Información acorde a la Política Atención para las Personas con trastorno por consumo de alcohol	800.00	Definir agenda de reuniones, donde abarque los temas principales.
A.5. Socializar el proyecto a personas expertas y juntas directivas de alcohólicos anónimos.	Coloquios para enriquecer la propuesta.	1000.00	Firma de convenios interinstitucionales
A.6. Definir grupos de alcohólicos anónimos que participaran.	Reuniones de socialización	500.00	Acuerdos para capacitación a juntas directivas de alcohólicos anónimos
A.7. Definir temas y cronograma.	Temas de importancia en fechas específicas.	300.00	Agenda institucional.
A.8. Programación de las capacitaciones.	Planeación	300.00	Tiempo, lugar y presupuesto.
A.9. Organización de personal o institución que lleve a cabo la capacitación	Relaciones y acuerdos interinstitucionales	300.00	Respuesta de las autoridades o grupos

Tabla 25*Actividades previas*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
A.10. Identificación de los recursos, espacio físico y materiales	Planificación operativa y de presupuesto	200.00	Presupuesto bajo y el tiempo.
A.11. Reproducción de los materiales y equipo	Materiales impresos y virtuales.	8000.00	Personal técnico y presupuesto.
A.12. Refrigerios y materiales de la capacitación	Confirmación y asistencia de los Los miembros de la junta directa, miembros activos de los grupos de alcohólicos anónimos y practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA).	1000.00	Presupuesto y el número de asistentes.

Fuente: Elaboración propia

El primer objetivo busca obtener la atención de los miembros activos de alcohólicos anónimos, el cuál es el primer paso para poder lograr una buena intervención. A continuación, se muestran los detalles.

Tabla 26*Primer objetivo: Obtener la atención de los miembros activos de alcohólicos anónimos.*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
Objetivo 1.1. Selección de las juntas directivas a capacitar.	Selección y planeación	200.00	Invitación a miembros de las juntas directivas

Tabla 26*Primer objetivo: Obtener la atención de los miembros activos de alcohólicos anónimos.*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
Objetivo 1.2 Proceso de desarrollo de los criterios y herramientas para el modelo de capacitación.	Indicadores de logro	500.00	Logros alcanzados
Objetivo 1.3. Se comparte el intercambio de experiencias con otros sectores que hayan ejecutado un proyecto similar.	Criterios de evaluación	800.00	Metodología adecuada
Objetivo 1.4. El equipo de expertos para llevar a cabo el análisis del nuevo modelo de capacitaciones.	Criterios de evaluación	5000.00	Metodología adecuada
Objetivo 1.5. Criterios específicos y una versión primaria de las capacitaciones	Metodología de trabajo	3000.00	Intereses institucionales
Objetivo 1.6. Actividades de divulgación / promoción sobre el nuevo modelo.	Informes	5000.00	Interés y compromiso de los miembros de la junta directa, miembros activos de los grupos de alcohólicos anónimos y practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA)

Tabla 26*Primer objetivo: Obtener la atención de los miembros activos de alcohólicos anónimos.*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
Objetivo 1.7. Evaluación de patrones de consumo de alcohol (AUDIT), depresión y autocompasión.	Cuestionarios y pruebas estandarizadas	400.00.00	Patrones de consumo recurrentes en miembros de alcohólicos anónimos.
Objetivo 1.8. Formación complementaria a practicantes y profesionales de la psicología sobre la autocompasión.	Conocimiento de los principios de prevención y estrategias para desarrollar autocompasión.	1000.00	Poco conocimiento y comprensión de los involucrados en los contenidos.
Objetivo 1.9. Desarrollo de estrategias para prevención de recaídas de los miembros de alcohólicos anónimos.	Aprendizaje significativo de los miembros de juntas directivas y miembros activos de alcohólicos anónimos.	1000.00	Apatía de los involucrados. Personas introvertidos y que se les dificulte trabajo comunitario.
Objetivo 1.10. Tanques de pensamiento sobre trastornos por consumo de alcohol y autocompasión.	Contexto, relación del uso y abuso, acciones a realizar y prevención en Guatemala sobre trastornos por	500.00	Dificultad para la recolección de información contextualizada y actualizada.

Tabla 26*Primer objetivo: Obtener la atención de los miembros activos de alcohólicos anónimos.*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
	consumo de alcohol y autocompasión.		

Fuente: Elaboración propia

En cuanto el objetivo 2: Generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades de prevención de los trastornos por consumo de alcohol. Se presentan las actividades en la Tabla 27.

Tabla 27*Segundo objetivo: Generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades de prevención de los trastornos por consumo de alcohol.*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
2.1. Seleccionar al personal capacitado para realizar pruebas de mediación pedagógica.	Coordinación y logística	3000	Asistencia y recursos
2.2. Herramientas, materiales y metodología.	Carpetas de trabajo e implementos educativos	2000	Material técnico
2.3. Pruebas prospectivas realizadas y resultados analizados.	Criterios de evaluación	3000	Metodología adecuada
2.4. Criterios específicos y el modelo de determinación de trastornos por consumo de alcohol y autocompasión para piloto de capacitaciones	Técnicas de intervención	2000	Metodología adecuada
2.5. Nuevo modelo para la capacitación de juntas directivas y	Ejes de la política a evaluar	1000	Interés de los participantes

Tabla 27

Segundo objetivo: Generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades de prevención de los trastornos por consumo de alcohol.

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
miembros activos de alcohólicos anónimos.			
2.6. Coordinación y monitoreo de las capacitaciones.	Criterios de evaluación	3000	Metodología adecuada

Fuente: Elaboración propia

Para el tercer objetivo: Se tiene la atención y motivación del grupo de alcohólicos anónimos. Se detallan las siguientes actividades.

Tabla 28

Tercer objetivo: Se tiene la atención y motivación del grupo de alcohólicos anónimos.

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
3.1. Se comparte el intercambio de experiencias con otros sectores que hayan ejecutado un proyecto similar.	Informes intermedios	500	Compromiso de juntas directivas, Practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA) Profesionales involucrados en el trabajo con los grupos de alcohólicos anónimos

Tabla 28

Tercer objetivo: Se tiene la atención y motivación del grupo de alcohólicos anónimos.

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
3.2. El equipo de expertos para llevar a cabo el análisis del nuevo modelo de capacitaciones.	Informes intermedios	5000	Compromiso de juntas directivas, Practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA) Profesionales involucrados en el trabajo con los grupos de alcohólicos anónimos
3.3. Criterios específicos y una versión primaria de las capacitaciones.	Técnicas de intervención	2000	Metodología adecuada
3.4. Actividades de divulgación / promoción sobre el nuevo modelo	Informes intermedios	5000	Compromiso de juntas directivas, Practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA) Profesionales involucrados en el

Tabla 28*Tercer objetivo: Se tiene la atención y motivación del grupo de alcohólicos anónimos.*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
			trabajo con los grupos de alcohólicos anónimos
3.5. Coordinación y monitoreo de las capacitaciones.	Criterios de evaluación	3000	Metodología adecuada
3.6. Establecer los temas en base a la política de atención a las personas con trastornos por consumo de alcohol.	Ideas de mejoramiento del proyecto	800	Tiempo. Interés en la implementación de la política.

Fuente: Elaboración propia

Para el objetivo 4: Generar motivación, positividad, concordia y disminución de recaídas. Se busca cumplir a través de las siguientes actividades.

Tabla 29*Cuarto objetivo: Generar motivación, positividad, concordia y disminución de recaídas*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
4.1. Seleccionados y el personal capacitado para realizar pruebas estandarizadas de trastornos por consumo de alcohol y autocompasión	Coordinación y logística	3000	Asistencia y recursos
4.2. Herramientas, materiales y metodología para recolección, interpretación y análisis de los datos.	Carpetas de trabajo e implementos psicoeducativos Manuales estandarizados	2000	Material técnico

Tabla 29*Cuarto objetivo: Generar motivación, positividad, concordia y disminución de recaídas*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
4.3. Pruebas prospectivas realizadas y resultados analizados.	Criterios de evaluación	3000	Metodología de investigación e intervención psicológica
4.4. Criterios específicos y el modelo de determinación de trastornos por consumo de alcohol y autocompasión para piloto de capacitaciones	Técnicas de intervención	2000	Metodología de investigación e intervención psicológica
4.5. Nuevo modelo para la capacitación para juntas directivas, miembros activos y Practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA)	Ejes de la intervención a evaluar	1000	Interés de cada una de las partes
4.6. Coordinación y monitoreo de las capacitaciones.	Datos institucionales	3000	Implementación de información
4.7. Publicación y divulgación de capacitaciones	Datos institucionales	3000	Implementación de información

Fuente: Elaboración propia

Por último, se plantean actividades en referencia a la evaluación de las actividades planteadas anteriormente. Estas se detallan en la Tabla 29.

Tabla 30*Evaluación*

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
1. Evaluación de la actividad.	Resultados estadísticos y listado de asistencia	1000	Información válida y metodología adecuada
2. Sistematización de la experiencia	Entrevista individuales	500	Sistematización

Tabla 30
Evaluación

Actividades	Medios	Costos	Condiciones previas
	Cuestionario de opinión		
	Base de datos		
3. Realización de informe	Presentación y socialización de resultados de datos recolectados	500	Depuración de información
4. Divulgación de los resultados	Conferencias, ponencias en congresos, Tanques de pensamientos y artículos científicos.	500	Implementación de información
5. Seguimiento a las acciones de capacitación	Evaluación	2000	Disposición de los asistentes

Fuente: Elaboración propia

6.8 Presupuesto

Se proponen los siguientes gastos para la realización del proyecto:

Cantidad	Descripción	Costo unitario	Meses	Costo total
Recurso Humano				
1	Coordinador de proyecto	5,844.00	11	64,284.00
1	Asistente de proyecto	5,000.00	11	55,000.00
4	Facilitadores	5,844.00	5	116,880.00
1	Psicólogo	5,844.00	6	35,064.00
<i>Subtotal Recurso Humano</i>				271,228.00
Cantidad	Descripción	Costo unitario	Costo total	
Recursos Materiales				
15	Resmas de papel bond tamaño oficina		32.00	480.00
30	Resmas de papel bond tamaño carta		30.00	900.00
500	Lapiceros / bolígrafos con logotipos		0.75	375.00
15	Kits de materiales para formaciones que contienen: marcadores de pizarra, permanentes, papelógrafos y sellador.		25.00	375.00
2	Computadoras		9,000.00	18,000.00
2	Proyector		5,000.00	10,000.00
2	Impresoras		1,500.00	3,000.00
1	Cámara fotografía		7,500.00	7,500.00
500	Refacciones		20.00	10,000.00
500	Diplomas		2.50	1,250.00
Gastos Administrativos				
2	Servicios de telefonía e internet		299	598.00
1	Servicio de auditoría externa		10,000.00	10,000.00
30	Servicio de mensajería		25	750.00
<i>Subtotal Recursos Materiales</i>				63,228.00
<i>Subtotal</i>				334,456.00
<i>Imprevistos</i>				33,445.60
Total				367,901.60

6.9 Cronograma

Actividades	Mes 01	Mes 02	Mes 03	Mes 04	Mes 05	Mes 06	Mes 07	Mes 08	Mes 09	Mes 10	Mes 11
A. Actividades previas											
A.1. Análisis de información a solicitar.											
A.2. Identificación de los actores institucionales											
A.3. Crear lista de contactos institucionales.											
A.4. Realizar visitas de socialización del proyecto.											
A.5. Socializar el proyecto a personas expertas y juntas directivas de alcohólicos anónimos.											
A.6. Definir grupos de alcohólicos anónimos que participaran.											
A.7. Definir temas y cronograma.											
A.8. Programación de las capacitaciones.											
A.9. Organización de personal o institución que lleve a cabo la capacitación											
A.10. Identificación de los recursos, espacio físico y materiales											
A.11. Reproducción de los materiales y equipo											

Actividades	Mes 01	Mes 02	Mes 03	Mes 04	Mes 05	Mes 06	Mes 07	Mes 08	Mes 09	Mes 10	Mes 11
A.12. Refrigerios y materiales de la capacitación	■	■	■								
Primer objetivo: Obtener la atención de los miembros activos de alcohólicos anónimos.											
Objetivo 1.1. Selección de las juntas directivas a capacitar.			■	■							
Objetivo 1.2 Proceso de desarrollo de los criterios y herramientas para el modelo de capacitación.			■	■	■						
Objetivo 1.3. Se comparte el intercambio de experiencias con otros sectores que hayan ejecutado un proyecto similar.				■	■	■					
Objetivo 1.4. El equipo de expertos para llevar a cabo el análisis del nuevo modelo de capacitaciones.						■	■	■			
Objetivo 1.5. Criterios específicos y una versión primaria de las capacitaciones							■	■			
Objetivo 1.6. Actividades de divulgación / promoción sobre el nuevo modelo.								■	■		

Actividades	Mes 01	Mes 02	Mes 03	Mes 04	Mes 05	Mes 06	Mes 07	Mes 08	Mes 09	Mes 10	Mes 11
Objetivo 1.7. Evaluación de patrones de consumo de alcohol (AUDIT), depresión y autocompasión.											
Objetivo 1.8. Formación complementaria a practicantes y profesionales de la psicología sobre la autocompasión.											
Objetivo 1.9. Desarrollo de estrategias para prevención de recaídas de los miembros de alcohólicos anónimos.											
Objetivo 1.10. Tanques de pensamiento sobre trastornos por consumo de alcohol y autocompasión.											
Segundo objetivo: Generar seguridad, capacidad para manejar y/o abordar actividades de prevención de los trastornos por consumo de alcohol.											
2.1. Seleccionar al personal capacitado para realizar pruebas de mediación pedagógica.											
2.2. Herramientas, materiales y metodología.											
2.3. Pruebas prospectivas realizadas y resultados analizados.											

Actividades	Mes 01	Mes 02	Mes 03	Mes 04	Mes 05	Mes 06	Mes 07	Mes 08	Mes 09	Mes 10	Mes 11
2.4. Criterios específicos y el modelo de determinación de trastornos por consumo de alcohol y autocompasión para piloto de capacitaciones											
2.5. Nuevo modelo para la capacitación de juntas directivas y miembros activos de alcohólicos anónimos.											
2.6. Coordinación y monitoreo de las capacitaciones.											
Fuente: Elaboración propia											
Tercer objetivo: Se tiene la atención y motivación del grupo de alcohólicos anónimos.											
3.1. Se comparte el intercambio de experiencias con otros sectores que hayan ejecutado un proyecto similar.											
3.2. El equipo de expertos para llevar a cabo el análisis del nuevo modelo de capacitaciones.											
3.3. Criterios específicos y una versión primaria de las capacitaciones.											
3.4. Actividades de divulgación / promoción sobre el nuevo modelo											

Actividades	Mes 01	Mes 02	Mes 03	Mes 04	Mes 05	Mes 06	Mes 07	Mes 08	Mes 09	Mes 10	Mes 11
3.5. Coordinación y monitoreo de las capacitaciones.											
3.6. Establecer los temas en base a la política de atención a las personas con trastornos por consumo de alcohol.											
Cuarto objetivo: Generar motivación, positividad, concordia y disminución de recaídas											
4.1. Seleccionados y el personal capacitado para realizar pruebas estandarizadas de trastornos por consumo de alcohol y autocompasión											
4.2. Herramientas, materiales y metodología para recolección, interpretación y análisis de los datos.											
4.3. Pruebas prospectivas realizadas y resultados analizados.											
4.4. Criterios específicos y el modelo de determinación de trastornos por consumo de alcohol y autocompasión para piloto de capacitaciones											

Actividades	Mes 01	Mes 02	Mes 03	Mes 04	Mes 05	Mes 06	Mes 07	Mes 08	Mes 09	Mes 10	Mes 11
4.5. Nuevo modelo para la capacitación para juntas directivas, miembros activos y Practicantes y supervisores del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA)											
4.6. Coordinación y monitoreo de las capacitaciones.											
4.7 Publicación y divulgación de capacitaciones											
Evaluación											
1. Evaluación de la actividad.											
2. Sistematización de la experiencia											
3. Realización de informe											
4. Divulgación de los resultados											
5. Seguimiento a las acciones de capacitación											
Fuente: Elaboración propia											

6.10 Evaluación del proyecto

Los procesos del proyecto deben examinarse continuamente para eliminar problemas o riesgos. Durante la fase de implementación de Monitoreo y Evaluación, se pueden identificar problemas específicos y el equipo puede participar en la solución de los desafíos.

En primer lugar, deben involucrar la participación y positiva de todas las partes interesadas. En consecuencia, esto permitirá un cambio sostenible dentro de un entorno inclusivo y multicultural. Por lo tanto, los miembros del equipo ayudan a evaluar los resultados medibles y se vuelven parte de la solución. A través del análisis continuo del programa, el equipo puede crear un plan de acción para idear soluciones.

Además, se puede examinar si el programa está reclutando y reteniendo exitosamente a los participantes previstos, utilizando materiales de capacitación que cumplen con los estándares de precisión y claridad, manteniendo sus cronogramas proyectados, coordinando eficientemente con otros programas y actividades en curso y cumpliendo con los estándares legales aplicables. La evaluación durante la implementación del programa podría usarse para informar las correcciones a mitad de camino de la implementación del programa (evaluación formativa) o para arrojar luz sobre los procesos de implementación (evaluación del proceso).

A continuación, se detalla el proceso de evaluación

Evaluación	Actividad	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Inicial	<ul style="list-style-type: none">• Recolección de datos inicial• Evaluación de participantes• Evaluación de equipo de trabajo			
Proceso	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación mensual del proyecto			

Evaluación	Actividad	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación intermedia de participantes • Evaluación intermedia de categorías 			
Final	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de datos inicial • Evaluación de participantes • Evaluación de equipo de trabajo 			

Referencias

- Abela, J. R., & D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(2), 111-128.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*(2), 358-372. doi: 10.377/0033-295X.96.2.358
- Almeida Filho, A. J. D., Ferreira, M. D. A., Gomes, M. D. L. B., Silva, R. C. D., & Santos, T. C. F. (2007). El adolescente y las drogas: consecuencias para la salud. *Escola Anna Nery, 11*(4), 605-610.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders V*. (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*, 853-873. doi: 10.1037/a0021884
- Baumeister, R.F., Zell, A.L. & Tice, D. (2007). Cómo las emociones facilitan y perjudican la autorregulación. *Manual de regulación de las emociones*, 408-426.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F, & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford Press.
- Bland, R.C., Orn, H. y Newman, S.C. (1988). Prevalencia de por vida de los trastornos psiquiátricos en Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 77*(S338), 24-32.

- Branas, C. C., Dinardo, A. R., Puac Polanco, V. D., Harvey, M. J., Vassy, J. L., & Bream, K. (2013). An exploration of violence, mental health and substance abuse in post-conflict Guatemala. *Health, 5*(5), 825–833. doi: 10.4236/health.2013.55109
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness, 3*(4), 308-317.
- Camatta, C. & Nagoshi, C. (1995). Estrés, depresión, creencias irracionales y uso y problemas de alcohol en una muestra de estudiantes universitarios. *Alcoholismo: investigación clínica y experimental, 19* (1), 142-146.
- Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., ... y Guevara, L.M. (1987). La prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos en Puerto Rico. *Archivos de psiquiatría general, 44* (8), 727-735.
- Cornelius, J. R., Bukstein, O., Salloum, I., & Clark, D. (2002). Alcohol and psychiatric comorbidity. In *Recent developments in alcoholism* (pp. 361-374). Springer, Boston, MA.
- Crum, A.J., Salovey, P. y Achor, S. (2013). Repensar el estrés: el papel de la mentalidad en la determinación de la respuesta al estrés. *Revista de personalidad y psicología social, 104* (4), 716.
- DeSimone, A., Murray, P., & Lester, D. (1994). Alcohol use, self-esteem, depression, and suicidality in high school students. *Adolescence, 29*(116), 939-943.
- Dykman, B. M., & Abramson, L. Y. (1990). Contributions of basic research to the cognitive theories of depression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 16*(1), 42-57.
- Edwards, G. (1997). Política sobre el alcohol y el bien público. *Adicción, 92*(3s1), 73-80.

- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816.
- Grazioli, R., & Terry, D. J. (2000). The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(4), 329-347.
- Goeders, N.E. (2004). Estrés, motivación y adicción a las drogas. *Direcciones actuales en la ciencia psicológica*, 13(1), 33-35.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychology Bulletin*, 136, 351-374.
- Hankin, B., Abramson, L. y Siler, M. (2001). Una prueba prospectiva de la teoría de la desesperanza de la depresión en la adolescencia. *Investigación y terapia cognitiva*, 25(5), 607-632.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 830-842.
- Hawkins, M. T., & Miller, R. J. (2003). Cognitive vulnerability and resilience to depressed mood. *Australian Journal of Psychology*, 55(3), 176-183.
- Hollon, S.D., Shelton, R.C., & Davis, D.D. (1993). Terapia cognitiva para la depresión: cuestiones conceptuales y eficacia clínica. *Revista de consultoría y psicología clínica*, 61 (2), 270.
- Humenuik, R., & Poznyak, V. (2004). Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde. *Genebra: Organização Mundial da Saúde*.

- Ingram, R., Miranda, J., & Segal, Z.V. (1998). *Vulnerabilidad cognitiva a la depresión*. Prensa de Guilford.
- Joiner, T. E., Metalsky, G. I., Lew, A., & Klocek, J. (1999). Testing the causal mediation component of Beck's theory of depression: Evidence for specific mediation. *Cognitive therapy and research*, 23(4), 401-412.
- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychanalysis*, 5(1), 5-21.
- Kushner, M.G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). La relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de alcohol: una revisión de las principales perspectivas y hallazgos. *Revisión de psicología clínica*, 20 (2), 149-171.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Estrés, valoración y afrontamiento*. Editorial Springer.
- Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y. S., Han, J. H., ... & Lee, Y. H. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea: II. Urban and rural differences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(4), 247-252. doi: 10.1097/00005053-199004000-00005
- Lewinsohn, P. M., Joiner Jr, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 110(2), 203.
- Lloyd, D. A., & Turner, R. J. (2008). Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 93(3), 217-226.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic mental illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes

evaluation. *The Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689-1695. doi: 10.1001 / jama.284.13.1689.

Metalsky, G. & Joiner, T. (1992). Vulnerabilidad a la sintomatología depresiva: una prueba prospectiva de los componentes diátesis-estrés y mediación causal de la teoría de la desesperanza de la depresión. *Revista de personalidad y psicología social*, 63 (4), 667.

Monroe, S. & Simons, A. (1991). Teorías de diátesis-estrés en el contexto de la investigación del estrés vital: implicaciones para los trastornos depresivos. *Boletín psicológico*, 110 (3), 406.

Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.

Neff, K. D. (2011). *Self-compassion*. New York: William Morrow.

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia global para reducir el uso nocivo de alcohol*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*. En Clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados, 11va. Revisión. Ginebra.

Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 183, 78–81.

- Pullen, L.M. (1994). Las relaciones entre el abuso de alcohol en estudiantes universitarios y determinadas variables psicológicas / demográficas. *Revista de educación sobre alcohol y drogas*, 40(1), 36-50.
- Rendon, K. P. (2007). Understanding alcohol use in college students: A study of mindfulness, self-compassion, and psychological symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.
- Robins, L. N. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. *Psychiatric disorders in America: The epidemiological catchment area study*.
- Robinson, M. S., & Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and research*, 27(3), 275-291.
- Room, R. (1998). Mutual help movements for alcohol problems: an international perspective. *Addiction Research*, 6, 131-145.
- Seligman, M. E. (1975). Helplessness. *On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., ... & Ware, J. (1989). El funcionamiento y el bienestar de los pacientes deprimidos: resultados del Estudio de resultados médicos. *Jama*, 262(7), 914-919.
- Wilson, K. G., & Byrd, M. R. (2004). ACT for substance abuse and dependence. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 153-184). Springer, Boston, MA.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224–235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224

Wittchen, H. U., Essau, C. A., Von Zerssen, D., Krieg, J. C., & Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 241(4), 247-258.

Anexos

1. Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión auto aplicable.

Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la anterior porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No	Sí, pero no en el curso del último año			Sí, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
---	--	--	-------------------

2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

3. Escala de Auto-Compasión (SCS)

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

	Casi nunca				Casi siempre
	1	2	3	4	5
	1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.				
	2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.				
	3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir.				
	4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo.				
	5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.				
	6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.				
	7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.				
	8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.				
	9. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.				
	10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.				
	11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.				
	12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.				
	13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.				
	14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.				
	15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.				
	16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.				
	17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.				
	18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.				
	19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.				
	20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.				
	21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.				
	22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.				
	23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.				
	24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.				
	25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.				
	26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.				

4. Consentimiento informado

Trastornos por consumo de alcohol, indicadores de depresión y niveles de autocompasión

Consentimiento informado

Nos gustaría invitarle a participar al estudio "Trastornos por consumo de alcohol, indicadores de depresión y niveles de autocompasión en personas que asisten a centros de recuperación." que servirá como trabajo de investigación con fines de graduación de la Maestría en Atención Integral y conductas adictivas de la Escuela de Ciencias Psicológicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Investigador principal: Javier Antonio Ramírez Galindo, contactándolo en: javier27an@gmail.com – 5171 4656.

Objetivo General de la investigación

Describir los puntajes de los trastornos debidos al consumo de alcohol, indicadores de depresión y niveles de autocompasión en personas que asisten a centros de recuperación de la Ciudad de Guatemala.

Instrumento

La investigación cuenta con pruebas psicométricas para la recolección de datos, las cuales son: La prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT), Inventario de depresión-II (BDI-II) de 21 ítems, Inventario de depresión-II (BDI-II) de 21 ítems y un cuestionario sociodemográfico.

El estudio tendrá información confidencial, para ello se realizan las siguientes aclaraciones:

- *La participación en el estudio es completamente voluntaria y no perjudicará a su persona.*
- *No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar participar en la investigación.*
- *Si usted participa en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee durante la evaluación.*
- *Ante la presencia de un evento adverso durante la autoaplicación de las pruebas se contará con herramientas de contención y se tomarán las medidas pertinentes para solucionar y/o darle continuidad a la misma, se tendrá el cuidado y ayudará para minimizar los riesgos psicológicos.*
- *Usted no realizará gasto alguno durante el estudio, y no recibirá pago por su participación.*
- *La información que se recopile será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.*
- *Las respuestas serán anónimas y se codificarán usando un número de identificación que no revela su identidad de forma directa.*
- *la información recolectada será destruida después de 2 años, a partir de la fecha.*
- *En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable a través de su correo electrónico o su número de celular.*
- *Si publicamos los resultados de este estudio en alguna revista o libro, no te identificaremos de ninguna manera.*

Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo: en el momento en que lo desee y/o sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Acepto participar en este estudio

Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba citado.

Sí **No**