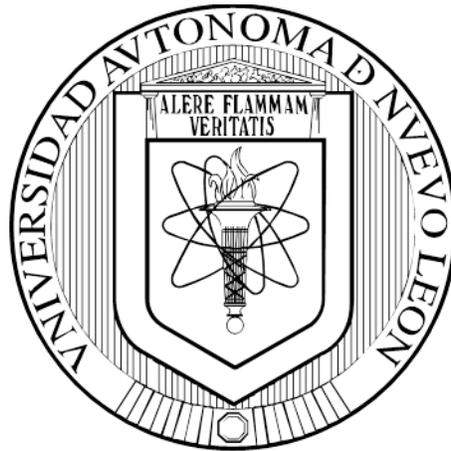


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO EXPLICATIVO DE BIENESTAR EN PERSONAS
DEPENDIENTES DE ALCOHOL EN PROCESO DE RECUPERACIÓN

Por

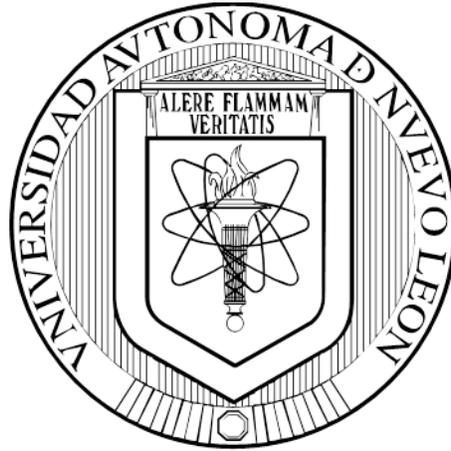
MCE. LINDA AZUCENA RODRÍGUEZ PUENTE

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE BIENESTAR EN PERSONAS
DEPENDIENTES DE ALCOHOL EN PROCESO DE RECUPERACIÓN

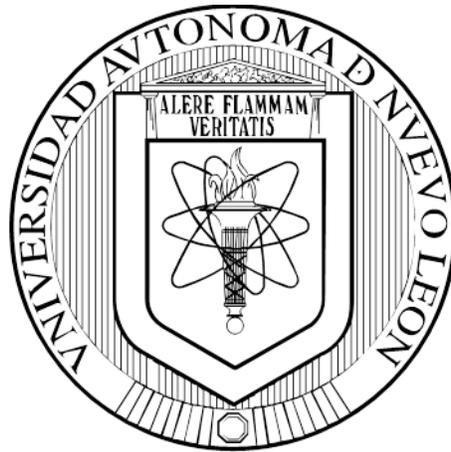
Por
MCE. LINDA AZUCENA RODRÍGUEZ PUENTE

Director de Tesis
DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE BIENESTAR EN PERSONAS
DEPENDIENTES DE ALCOHOL EN PROCESO DE RECUPERACIÓN

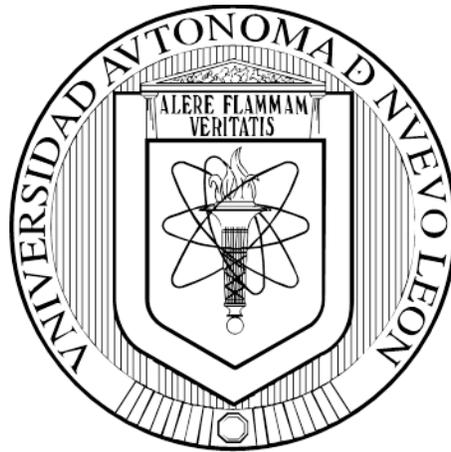
Por
MCE. LINDA AZUCENA RODRÍGUEZ PUENTE

Co-asesor Externo
DRA. LUZ PATRICIA DIAZ HEREDIA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE BIENESTAR EN PERSONAS
DEPENDIENTES DE ALCOHOL EN PROCESO DE RECUPERACIÓN

Por

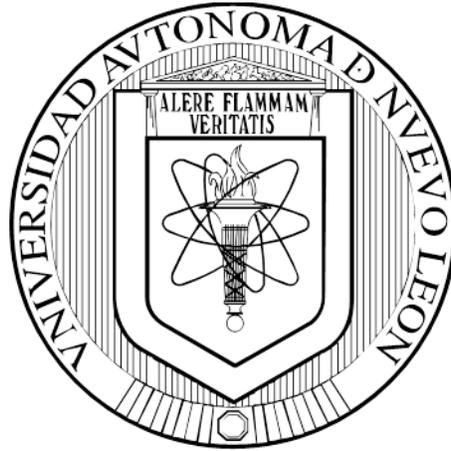
MCE. LINDA AZUCENA RODRÍGUEZ PUENTE

Co-asesor Externo
DRA. MARGARITA ANTONIA VILLAR LUIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE BIENESTAR EN PERSONAS
DEPENDIENTES DE ALCOHOL EN PROCESO DE RECUPERACIÓN

Por
MCE. LINDA AZUCENA RODRÍGUEZ PUENTE

Asesor Estadístico
MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERÍA

JULIO, 2016

MODELO EXPLICATIVO DE BIENESTAR EN PERSONAS DEPENDIENTES DE
ALCOHOL EN PROCESO DE RECUPERACIÓN

Aprobación de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Presidenta

DRA. NORA ANGÉLICA ARMENDÁRIZ GARCÍA

Secretario

DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ

1er. Vocal

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

2do. Vocal

Lorraine O. Walker, MPH

3er. Vocal

Agradecimientos

Dedicatoria

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	13
Teoría de la Auto-trascendencia	13
Derivación de Teoría	15
Re-conceptualización y definición operacional de los conceptos de la Teoría de Rango Medio	26
Estudios Relacionados	35
Definición de Términos	47
Objetivo General	51
Objetivos Específicos	51
Hipótesis	52
Capítulo II	
Metodología	53
Diseño de Estudio	53
Población, Muestreo y Muestra	53
Criterios de Inclusión	54
Instrumentos de Medición	54
Proceso para la Recolección de Información	59
Consideraciones Éticas	62
Análisis de Datos	64
Capítulo III	
Resultados	66
Consistencia Interna de los Instrumentos	66

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Estadística Descriptiva	67
Estadística Inferencial	69
Análisis Cualitativo	104
Capítulo IV	
Discusión	135
Conclusiones	146
Recomendaciones	147
Limitaciones	148
Referencias	149
Apéndices	164
A. Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA)	165
B. Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECSR)	167
C. Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)	170
D. Cuestionario de Valores de Schwartz	172
E. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	177
F. Escala de Bienestar Social de Keyes	180
G. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	183
H. Guía de Preguntas Semi-estructurada	185
I. Consentimiento Informado	186
J. Consentimiento Informado para Datos Cualitativos	189
K. Análisis Factorial de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)	192

Tabla de Contenido

Contenido	Página
L. Análisis Factorial del Cuestionario de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol AUDIT	194
M. Tablas de Modelos Sin Bootstrap	196

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia Interna de los Instrumentos	66
2. Características sociodemográficas (sexo, estado civil, año escolar y ocupación)	68
3. Frecuencias y porcentajes por tipo de consumo de alcohol según AUDIT	68
4. Prevalencia lápsica, últimos 3 meses, actual e instantánea del consumo de alcohol	69
5. Medias y Medianas de las variables continuas, numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección Lilliefors	71
6. Coeficiente de Correlación de Spearman para los eventos estresantes, espiritualidad y valores	72
7. Regresión lineal simple para el efecto de los eventos estresantes sobre la espiritualidad	72
8. Regresión lineal simple para el efecto de los eventos estresantes sobre los valores	73
9. Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes sobre la espiritualidad y los valores	73
10. Coeficiente de Correlación de Spearman para espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	74
11. Coeficiente de Correlación de Spearman para tipos de espiritualidad y tipos de valores con tipos de bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	75

Lista de Tablas

Tabla	Página
12. Modelo Lineal General Multivariante para la espiritualidad y los valores sobre el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	77
13. Modelo Lineal General Multivariante para las variables sociodemográficas sobre la espiritualidad y los valores	78
14. Modelo Lineal General Multivariante para las variables sociodemográficas y los eventos estresantes sobre la espiritualidad y los valores	80
15. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las variables sociodemográficas sobre el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	83
16. Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las variables sociodemográficas, la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	87
17. Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes, la espiritualidad, los valores y las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	91
18. Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes, las prácticas y creencias espirituales, los valores terminales e instrumentales y las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	97
19. Modelo Lineal General Multivariante final de las variables predictoras del bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	102

Lista de Tablas

Tabla	Página
20. Primera categoría "edad de inicio de consumo de alcohol"	106
21. Segunda categoría "Diversidad de motivos y razones"	108
22. Tercera categoría "Proceso de enfermedad alcoholismo es gradual poco a poco vas entrando en una espiral"	110
23. Cuarta categoría " Significado del alcohol en dependientes del alcohol"	113
24. Quinta categoría "negación de la enfermedad"	115
25. Sexta categoría "tener conciencia de la enfermedad/aceptar estar enfermo"	116
26. Séptima categoría "buscar ayuda"	119
27. Octava categoría "la familia durante la enfermedad del alcoholismo"	121
28. Novena categoría "el programa de 12 pasos de AA en el inicio de la vida de las personas dependientes del alcohol"	123
29. Décima categoría "proceso del programa de 12 pasos"	127
30. Décima primera categoría "en la búsqueda de la recuperación o sobriedad"	129

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de la Autotrascendencia, Pamela Reed (2008)	13
2. Primer proposición derivada	20
3. Segunda proposición derivada	21
4. Tercer proposición derivada	22
5. Relaciones entre los conceptos de las proposiciones	23
6. Estructura teórico-conceptual-empírica	26
7. Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación	34
8. Comprobación del Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación	134

Resumen

Linda Azucena Rodríguez Puente
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2015

Título del Estudio: **MODELO EXPLICATIVO DE BIENESTAR EN PERSONAS
DEPENDIENTES DE ALCOHOL EN PROCESO DE
RECUPERACIÓN**

Número de Páginas: 209

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito fue el propósito del presente estudio es proponer una teoría de rango medio denominada: Modelo Explicativo de Vulnerabilidad, Autotrascendencia y Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación en el Programa de 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos, a partir de la Teoría de Auto-trascendencia de Reed (2008). El diseño fue mixto (cuantitativo). La población estuvo conformada por los adultos hombres y mujeres pertenecientes a los 112 grupos AA del área metropolitana de Monterrey Nuevo León. El muestreo fue aleatorio simple, por conglomerados (grupos AA), la selección del conglomerado se realizó a través de la tabla de números aleatorios hasta completar 22 grupos AA. El tamaño de la muestra fue determinado un nivel de confianza del 95%, con un límite de estimación de .04, para un enfoque conservador de 50% ($p=q=1/2$), un efecto de diseño de 1.20 y considerando una tasa de no respuesta del 5%, para una muestra total de 218 participantes. Se utilizaron una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA) y seis instrumentos; la Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECRS), la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), el Cuestionario de Valores Schwarts (VAL), Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la Escala de bienestar social de Keyes y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo Alcohol (AUDIT). Para el análisis de datos cuantitativos se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach, se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas se realizó mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. Para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas se aplicó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

Contribuciones y Conclusiones: los eventos estresantes tienen efecto sobre la espiritualidad y los valores ($p = .044$). La espiritualidad se relaciona positiva y significativamente con el bienestar psicológico ($r_s = .425, p = .001$) y el bienestar social ($r_s = .498, p = .001$). Los valores tienen relación positiva con el bienestar psicológico ($r_s = .394, p = .001$), la espiritualidad muestra efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico ($B = .160, p = .004$), el bienestar social ($B = .324, p = .001$) y el

bienestar físico ($B = 33.60, p = .019$). La ocupación estudia ($B = -16.79, p = .044$) y la religión cristiana ($B = 24.09, p = .016$), tienen efecto positivo y significativo con la espiritualidad, la religión cristiana ($B = 20.52, p = .003$) y otra ($B = 19.29, p = .008$) tienen efecto positivo y significativo con los valores. El nivel educativo primaria ($B = -7.99, p = .039$) y los eventos estresantes tienen efecto negativo y significativo en el bienestar psicológico, la edad ($B = .186, p = .015$), la espiritualidad ($B = .174, p = .001$) y los valores ($B = .346, p = .010$) muestran efecto positivo y significativo en este bienestar. El nivel educativo primaria ($B = -10.63, p = .006$) muestra efecto negativo y significativo en el bienestar social y la edad ($B = .163, p = .006$) y la espiritualidad ($B = .308, p = .001$) muestran efecto positivo y significativo en el bienestar social. Para el bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol) la edad ($B = 233.44, p = .001$) muestra efecto positivo y significativo y los eventos estresantes ($B = -23.29, p = .026$) muestra efecto negativo y significativo. Las variables predictoras del bienestar psicológico fueron el nivel educativo (primaria), la edad, la espiritualidad, los valores y los eventos estresantes. Las variables predictoras del bienestar social fueron el nivel educativo (primaria), la edad y la espiritualidad. Las variables predictoras del bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol) fueron la edad y los eventos estresantes. En el análisis cualitativo se identificaron 11 categorías: 1) edad de inicio al consumo de alcohol, 2) diversidad de motivos o razones, 3) proceso de enfermedad alcoholismo es gradual poco a poco vas entrando en una espiral, 4) significado del alcohol en dependientes del alcohol, 5) negación de la enfermedad, 6) tener conciencia de la enfermedad/ aceptar estar enfermo “tocar fondo”, 7) buscar ayuda, 8) la familia durante la enfermedad del alcoholismo, 9) el programa de 12 pasos de AA en el inicio de la vida de las personas dependientes del alcohol, 10) proceso del programa de 12 pasos y 11) en la búsqueda de la recuperación o sobriedad.

Firma del director de tesis: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo excesivo de alcohol tiene graves repercusiones para la salud pública y contribuye de forma importante en la carga mundial de morbilidad, además de ocupar el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] en el año 2014 se reportaron aproximadamente 3.3 millones de personas que fallecieron por causas relacionadas con el alcohol en el mundo, incluyendo a 320,000 jóvenes de 15 a 29 años de edad. De acuerdo con estas cifras el uso nocivo del alcohol genera el 5.9% de la mortalidad mundial, así como del 5.1% de la carga mundial de morbilidad expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de discapacidad (Lema, Varela, Duarte, & Bonilla, 2011; OMS, 2014).

Por otra parte este consumo excesivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de trastornos neuropsiquiátricos (Balanzá, Crespo, González & Vieta, 2015) y de enfermedades no transmisibles como la enfermedad cardiovascular (Holmes et al., 2014), la cirrosis hepática y las neoplasias (Ray et al., 2014); se le relaciona indirectamente con enfermedades infecciosas y transmisibles como VIH/sida (Maisto, Carey M, Carey K, Gordon & Schum, 2004) y la tuberculosis (Bigwan, Ohaeri, Elijah, Wakjissa & Sheyin, 2014). Así mismo, existe una proporción considerable de carga de morbilidad atribuible a la ingesta de alcohol como traumatismos intencionales y no intencionales, específicamente accidentes por vehículos de motor, sexo inseguro, violencia y suicidios (Anderson, Gual & Colon, 2008).

Adicionalmente se puede indicar que existe una amplia gama de efectos o consecuencias sanitarias y sociales que perjudican al bebedor, a quienes los rodean y a la sociedad en general. Este uso nocivo de alcohol compromete el desarrollo personal, social y puede lesionar la vida del bebedor, devastar y producir un gran sufrimiento e

indefensión a su familia y debilitar el tejido social en los colectivos (Alonso B, Palucci, Alonso M, Guzmán & Gómez, 2008; Anderson, Gual & Colon, 2008; Rosovsky, 2009).

El grado de riesgo de las personas para experimentar un consumo nocivo de alcohol varía en función de la edad, el sexo, las características biológicas y sociales de la persona que consume esta sustancia, así como de la situación y del contexto donde ocurre la conducta. Es por ello que, los hombres y los adolescentes son grupos de personas que presentan mayor vulnerabilidad para el consumo excesivo y la dependencia al alcohol cuando se encuentran bajo situaciones de riesgo tales como; habitar en lugares donde el consumo de alcohol es excesivo y frecuente, la presión social, la carga genética, entre otros (Anderson, Gual & Colon, 2008).

El consumo de alcohol como práctica socialmente aceptada, tiene una carga cultural que se extiende de generación a generación a lo largo de la historia de la humanidad en distintos ámbitos de la vida del ser humano; el origen del consumo de alcohol se ha relacionado con aspectos mágicos y religiosos, y ha sido parte de rituales y festividades colectivas así como también en momentos de crisis cultural. Por otra parte, en la época contemporánea consumir alcohol es una práctica que se presenta en todos los sectores de la sociedad y existe una gran tolerancia social hacia este consumo excesivo principalmente en los varones (Alonso, Álvarez, López, Rodríguez & Armendáriz, 2009; Pilowsky, Keyes, Geier, Grant & Hasin, 2013; Rosovsky, 2009).

Se ha reportado que el consumo de grandes cantidades de alcohol en forma episódica es el patrón de consumo más frecuente de los mexicanos. Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008 al 2011 creció el número de personas bebedoras; se observa que esta conducta tiene un inicio a edades tempranas ya que poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol inició antes de los 17 años de edad. Así mismo, la ENA (2011) reporta que el 6% de la población desarrolló dependencia al alcohol, lo que equivale a 4.9 millones de personas de 12 a 65 años de

edad, de los cuales el 10.8% corresponde a hombres y el 1.8% a mujeres (Medina et al., Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, SS, 2011).

La dependencia al alcohol afecta al 4.1% de los adolescentes y al 6.6% de los adultos, esta proporción aumentó significativamente entre los hombres del año 2008 a 2011, mostrando menor distancia entre hombres y mujeres adolescentes (3 hombres por cada mujer) que lo que se observa en adultos (7 hombres por cada mujer). La proporción de mujeres adultas con dependencia al alcohol es de 1.7% similar a la observada en mujeres adolescentes (2%); en los hombres se presenta por cada dos adultos con dependencia al alcohol un adolescente con esta condición (Medina et al., 2011).

Anderson, Gual y Colon (2008) reportan que la conducta de consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia a la sustancia, coexisten a lo largo de un continuum. Los tipos de consumo no son entidades estáticas y los individuos pueden moverse hacia adelante y atrás dentro de este continuum de consumo de alcohol durante sus vidas. Según la OMS (2014) este continuum oscila desde la conducta de abstinencia hasta la dependencia del alcohol, pasando por el consumo de bajo riesgo, consumo de riesgo y consumo perjudicial e incluso pueden dejar de ser dependientes del alcohol, abandonar la conducta o estar en sobriedad y volver a consumir la sustancia (recaída) de forma excesiva y dependiente. De la misma forma el daño causado por el consumo de alcohol oscila desde no causar daños o presentar daños menores hasta producir daños graves y mortales.

Lo anterior puede observarse en un estudio realizado en los Estados Unidos (Dawson, Grant, Stinson, Chou, Huang & Ruan, 2005) donde se identificó que de 4,422 adultos que habían sido dependientes, el 18%, reportaron ser abstemios en el último año, el 18% presentó un consumo de riesgo, el 12% fueron bebedores de riesgo asintomáticos y mostraron un patrón de consumo de riesgo de recaídas, el 27% estaba en remisión

parcial del consumo de alcohol y el 25% se clasificó como dependientes del alcohol. De estos pacientes solo una cuarta parte había recibido alguna vez tratamiento por causa de su dependencia al alcohol. Respecto al riesgo de dependencia este puede iniciarse con niveles bajos de ingesta de alcohol, posteriormente aumentar el volumen de consumo y presentar un patrón de consumo excesivo ocasional (Caetano & Cunradi, 2002). Además la OMS (2014), señala que dos de los factores que pueden contribuir al desarrollo de la dependencia del alcohol son el reforzamiento psicológico y la adaptación biológica dentro del cerebro.

Las personas con dependencia al alcohol requieren de un tratamiento adecuado para su enfermedad, es por esto que muchos de ellos buscan ser atendidos en centros de atención primaria. Sin embargo, aquellos que han fracasado en intentos para abandonar la conducta de consumo dependiente y muestran complicaciones de orden social, médico o psiquiátrico de gravedad son los que demandan servicios de salud especializados (OMS, 2014), los cuales en la mayoría de los países son limitados y costosos (Caetano & Cunradi, 2002; Kelly & Hoepfner, 2013).

No obstante, las respuestas de atención para este problema por parte del sector salud a través del tiempo, han sido reducidas y entre las acciones que han predominado son las medidas de control de la disponibilidad de las bebidas alcohólicas como estrategias impositivas, reducciones de horarios de venta de alcohol y el normar la publicidad; sin embargo, estas acciones no han tenido un impacto significativo en la disminución de la demanda del alcohol por parte de la población (Rosovsky, 2001).

Por otra parte, la carencia de servicios de atención para aquellos pacientes con dependencia al alcohol y con el deseo del abandono de la conducta motivado por diversas razones sin duda son factores que han contribuido al crecimiento del Grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) en México y su programa de doce pasos. Esta organización está distribuida por todo el territorio nacional y ocupa el segundo lugar en importancia

en el mundo después de Estados Unidos y Canadá, los que integran una misma estructura de servicios (Rosovsky, 1998; Wysong, 2007).

Algunos autores han señalado que los grupos AA son el recurso terapéutico más difundido para tratar la dependencia al alcohol en México sin afirmar que este sea el más efectivo (Elizondo, 1998; Menéndez & Di Pardo, 2006, 2009; Rosovsky, 2009). Por otra parte, Campillo, Díaz y Romero (2001), consideran que algunas de las razones asociadas al crecimiento en México de los grupos AA es que estos grupos están atendiendo una demanda insatisfecha que no cubre el sector salud. De esta forma el “tratamiento” de la dependencia al alcohol se ha dejado en manos de la sociedad civil en particular de los grupos de autoayuda o asociaciones religiosas en todos los estratos sociales incluso en los programas de tratamiento en clínicas particulares en las que el programa de los doce pasos de AA es fundamental en la oferta terapéutica.

De acuerdo con la definición que la comunidad de AA ofrece sobre sí misma señala: “Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo”. El único requisito de AA es el deseo de dejar la bebida. En los grupos de AA no se pagan honorarios o cuotas y se mantienen de sus propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta, religión, ningún partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa.

El objetivo principal de AA es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad, esto no significa que todos los integrantes de AA alcancen una recuperación plena o que los que se encuentren en sobriedad tengan un estado completo de bienestar, por esto no todas las personas dependientes al alcohol que se encuentran en tratamiento de 12 pasos de AA han logrado trascender, es decir; no

todos logran la sobriedad y aquellos que lo logran no es un estado permanente, por ello todos los días deben trabajar internamente para mantenerse en sobriedad.

Como se observa los grupos AA tienen un doble propósito, mantener la sobriedad y ayudar a otros a alcanzarla (Menéndez & Di Pardo, 2006, 2009). Los principios fundamentales de AA se relacionan directamente con el doble propósito. El programa de Doce Pasos que a su vez conforma el legado de la recuperación, es un conjunto de principios orientados a que la persona dependiente del alcohol (alcohólico) logre una transformación personal y así dejar de consumir alcohol.

El programa conduce a la persona dependiente del alcohol (alcohólico) a que admita su impotencia frente al alcohol a través de la ayuda de un poder superior concebido de manera individual y particular (1 a 3 Pasos). Posteriormente se promueve realizar un examen de conciencia y un inventario moral, con la intención de reparar daños ocasionados a terceros durante la etapa alcohólica (4 a 9 Pasos). Después se hace énfasis a la continuidad de la auto-observación, la corrección permanente de errores y la dimensión espiritual (10 a 11 Pasos). Finalmente (paso 12) se promueve ayudar a otros alcohólicos o dependientes del alcohol a lograr la sobriedad (Alcohólicos Anónimos, 1992).

Sin duda los grupos de AA se han convertido en una de las opciones más importantes para combatir el problema de dependencia al alcohol y lograr mantener la recuperación. La adherencia o afiliación en AA puede ser benéfica para personas que viven esta problemática. Sin embargo la evidencia científica actual es limitada acerca del proceso que se sigue para lograr la abstinencia al alcohol (sobriedad) y con ella la recuperación, se destaca como constructo que apoya el proceso de recuperación de AA la relación de la asistencia a reuniones y el nivel de participación en los grupos AA y se indica que cuando mayor es el involucramiento con el programa de doce pasos mejor es

el pronóstico de recuperación (Greenfield, 2013; Gutiérrez, Andrade, Jiménez, Saldivar, & Juárez, 2009; Rosovsky & Leyva, 1990; Rosovsky, 1998).

La necesidad de estudiar desde la perspectiva de enfermería el fenómeno de la recuperación de la dependencia al alcohol y lograr la abstinencia o sobriedad y evitar la recaída es un área relevante por las implicaciones que tiene para el diseño de intervenciones enfocadas a apoyar la recuperación del paciente y el bienestar. De acuerdo con la revisión de la literatura no se ha estudiado suficientemente el fenómeno del consumo excesivo y la dependencia de alcohol así como de la recuperación y mantenimiento de la abstinencia o sobriedad por parte del profesional de enfermería. En este sentido el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), indica que una importante función del profesional de enfermería es la prevención y la reducción del abuso de sustancias tales como el alcohol, y hace un llamado a las enfermeras y a las asociaciones nacionales de enfermería a desplegar iniciativas con el fin de prevenir el abuso de sustancias adictivas (Consejo Internacional de Enfermería, 2013).

Se tiene evidencia que el consumo de alcohol perjudicial y la dependencia, así como las limitaciones para la recuperación de la dependencia del alcohol pueden relacionarse con múltiples factores de riesgo personales, interpersonales y del medio ambiente (Caetano & Cunradi, 2002; Moreno, 2005), entre ellos se puede destacar los eventos estresantes de la vida (McLellan et al., 2000; Tamers, Okechukwu, Bohl, Guéguen, Goldberg & Zins, 2014) ya que se ha reportado que los eventos estresantes como son la muerte de un ser querido, el matrimonio, el divorcio, la jubilación, entre otros, están directamente relacionados con el consumo excesivo de alcohol y la dependencia (Beijers et al., 2014; Blomeyer et al., 2013; Tamers et al., 2014; Villegas, Alonso M, Alonso B & Martínez, 2014).

De la misma manera, estudios realizados en AA señalan que los eventos estresantes que experimentan las personas que participan en el programa de AA, juegan

un papel importante en el mantenimiento de la sobriedad y en la cantidad de tiempo sin consumo de alcohol, entre estos eventos estresantes se reportan los problemas de salud, la tristeza por la pérdida de un ser querido, el divorcio, los conflictos en las relaciones interpersonales y la falta de aceptación social (Maharaj, 1990; Owen, 2003).

Un factor altamente relacionado con el no consumo de alcohol y con la recuperación de la dependencia del alcohol es la espiritualidad (Martins, Ribeiro L, Feital, Alves, Baracho & Ribeiro M, 2012), estudios realizados en Brasil y Estados Unidos, señalan que el no consumir alcohol está relacionado con la espiritualidad y las prácticas religiosas, y de la misma forma señalan que estos pueden actuar como factores protectores para el consumo de alcohol (Martins et al., 2012; Pillon, Dos Santos, Souza, & Araújo, 2011; Haber, Grant, Jacob, & Koenig, 2012). De la misma forma se considera que la espiritualidad es un factor significativo en la recuperación de traumas, de problemas de salud mental y de la dependencia al alcohol (Corrigan, McCorkle, Schell & Kidder, 2003; Gutiérrez, Andrade, Jiménez, Saldivar & Juárez, 2009; Wysong, 2007).

Así también, dentro del programa de AA se le atribuye una gran importancia al concepto de la espiritualidad (Gutiérrez, Andrade, Jiménez, Saldivar, & Juárez, 2009), AA en su programa supone que el consumo excesivo y la dependencia al alcohol es una enfermedad del espíritu, es por ello que los 12 pasos rectores de AA se encuentran vinculados a la espiritualidad y acentúan principios como la oración, la meditación y la aceptación de un poder superior.

Otro factor relevante en la actualidad, que está cambiando como producto de las múltiples transformaciones de la sociedad, son los valores existentes en la cultura, la familia, la sociedad y de manera evidente los valores propios que se han construido y modificado a lo largo de la vida (Moreno, 2005). Diferentes estudios han mostrado que algunos valores como la estimulación, el hedonismo, el placer, el poder social, ser

atrevido y gozar de la vida están relacionados con el consumo excesivo de alcohol y otros valores como una vida espiritual, seguridad nacional, armonía interna, igualdad, unión con la naturaleza, ser leal, sano, limpio y el valor de ayudar, parecen actuar como protectores del consumo de alcohol (Ramírez & Musitu, 2008; Rodríguez, Alonso B, Alonso M, Alonso MT, Oliva & Armendáriz, 2015). En el caso de los integrantes de AA, ellos encuentran en los grupos un conjunto de valores que ayudan a orientar sus prácticas hacia la recuperación, entre estos valores se encuentran la credibilidad, la razón social, la difusión del liderazgo, la orientación a resultados, la eficiencia en la gestión, la ética y la moral (AA, 2010; Antunes, 2009).

De igual manera existen factores personales y contextuales que han sido relacionados con el consumo dependiente al alcohol y los daños ocasionados por esta conducta, algunos de estos factores son la edad, el sexo, estado civil, el nivel educativo y la religión que se profesa. Se tiene evidencia que el inicio temprano de consumo de alcohol actúa como un predictor de la alteración del estado de salud ya que se asocia con el abuso de esta sustancia a edades más tardías así como también aumenta el riesgo de dependencia (Anderson, Gual & Colon, 2008; OMS, 2014; SS,1999).

En relación a las diferencias por género, el consumo de alcohol continúa siendo más alto en los hombres que en las mujeres, sin embargo, el consumo de alcohol dependiente en las mujeres sigue en aumento, aunado a esto el sexo femenino presenta mayor vulnerabilidad a los daños causados por el alcohol a partir de un determinado nivel de consumo (Anderson, Gual & Colon, 2008), esto ha generado que la participación de las mujeres en grupos de AA se incremente; se estima que un tercio de los integrantes de AA son mujeres(AA, 2012; OMS, 2014). No obstante se considera que, en virtud de que la dependencia al alcohol en las mujeres está fuertemente estigmatizado por la sociedad, es probable que exista un subregistro de casos de dependencia al alcohol reportados en las mujeres, probablemente estas mujeres acudan

al programa de AA en menor proporción ocasionando que no reciban ningún apoyo y sigan con un estado de dependencia y no logren una recuperación.

De igual forma, se tiene evidencia que los mayores niveles de consumo de alcohol, la mortalidad asociada al consumo y los delitos, se presentan con mayor frecuencia en niveles socioeconómicos bajos en personas con un bajo nivel educativo y se observa que cuando estos factores de riesgo se combinan el consumo de alcohol de riesgo o dependiente es mayor (Anderson, Gual & Colon, 2008; Nielsen, 2004; Schnohr, 2004).

Aunado a estos factores, el consumo de alcohol dependiente (alcoholismo) es una enfermedad con una gran desaprobación social, lo que conlleva a que las personas que presentan una dependencia al alcohol desarrollen una conducta de enfermedad desfavorable que se evidencia con la negación y un difícil abordaje terapéutico (Kingston, 2009).

Los consumidores excesivos de alcohol y su familia se enfrentan a una serie de acontecimientos antes de reconocer la enfermedad, buscar ayuda o asistir a un tratamiento. Este reconocimiento de la enfermedad puede producirse de dos maneras: 1) definido por uno mismo, que se refiere a las situaciones en las que la persona dependiente al alcohol percibe y evalúa sus propios síntomas o puede ser 2) definido por otros, que se refiere a las situaciones en las que otras personas perciben y evalúan los síntomas. En ambas situaciones es necesario un proceso de organización, interpretación o procesamiento de la información que depende de múltiples factores, ambos procesos dependen de la naturaleza de los síntomas, las características personales, las experiencias previas, la aceptación del grupo de referencia y del sistema social en el que se desarrolla. Una vez que se ha reconocido la enfermedad, la persona dependiente al alcohol buscará ayuda o tratamiento (Lima S, Lima R, Jiménez, & Marín, 2009).

De acuerdo con las metas de enfermería enfocadas al bienestar de las personas existe un interés especial por el desarrollo de intervenciones preventivas enfocadas a evitar la dependencia del alcohol, así como también poder ofrecer cuidado en la rehabilitación y recuperación de pacientes con dependencia al alcohol, para que logren la abstinencia, evitar las recaídas y alcanzar el bienestar. En razón de lo anterior se requiere de la integración de teoría a la práctica, lo cual es fundamental dada la complejidad del fenómeno de estudio. No obstante hasta el momento son escasos los estudios que aborden los determinantes de la dependencia del alcohol y de la recuperación de esta enfermedad mediante el logro de la abstinencia o abandono de la conducta. Por ello se considera que existe un vacío de conocimientos que expliquen la conducta y el proceso de recuperación de la dependencia al alcohol, a fin de que en un futuro se establezcan intervenciones de cuidado en el área de prevención a la dependencia y rehabilitación.

La revisión de literatura hasta el momento permite identificar que son escasos los modelos o teorías de enfermería utilizadas específicamente en el área de adicciones a las drogas y en particular en el fenómeno de la dependencia del alcohol y de la recuperación de estos pacientes que por la naturaleza de la enfermedad requieren del análisis del fenómeno de forma integral. Por ello, se pretende aplicar un modelo con una estructura integrativa que brinde un abordaje holístico de las diferentes esferas del ser humano que permitan explicar los factores determinantes de la dependencia al alcohol y como se llega al proceso de la recuperación o abandono (abstinencia) de la conducta. Por ello en este estudio se pretende desarrollar un modelo explicativo a través de la aplicación de la Teoría de la Auto-Trascendencia de Reed (2008).

La Teoría de Auto-trascendencia propone un modelo que permite a la enfermería actuar como una ciencia humana y del desarrollo, es decir que enfermería puede abordar la capacidad interna de los seres humanos para lograrla salud, el bienestar y su desarrollo continuo. Esta teoría postula que cada persona es capaz de encontrar sus recursos en sí

mismo (valores, espiritualidad) y se extiende hacia los demás y su entorno, en las diferentes etapas de su vida con el propósito de lograr y mantener el bienestar físico, psíquico y social. Además la autotrascendencia facilita la integración de elementos complejos y conflictos de vivir, envejecer y morir, así como los eventos de salud a los que se enfrentan las personas tales como el diagnóstico de una enfermedad crónica como la dependencia al alcohol (alcoholismo) y la recuperación mediante la abstinencia o abandono de la conducta, la autotrascendencia puede ayudar a las personas a organizar estrategias, herramientas para mantener el bienestar y un sentido de plenitud durante la trayectoria de la enfermedad y la recuperación.

Por lo anteriormente mencionado el autor principal del estudio considera apropiada esta teoría para el planteamiento de la presente investigación. Cabe mencionar que esta teoría ha sido utilizada en el fenómeno del consumo y no consumo de alcohol en otras poblaciones (Díaz, 2012) y específicamente en personas con enfermedad de alcoholismo que se encuentran en la fase de recuperación para ser capaces de encontrar su bienestar a través de la autotrascendencia (McGee, 2000).

Para generar la Teoría de Rango Medio es necesario realizar la derivación de las proposiciones propuestas por la teoría madre. La derivación de la teoría es una forma creativa y enfocada al desarrollo de teoría en un nuevo campo como en este caso la dependencia al alcohol y la recuperación del paciente, es útil cuando se tiene un conjunto de conceptos que están relacionados entre sí, pero no se tiene una estructura para representar las relaciones. La derivación tiene como resultado que la teoría de rango medio proporcione estructuras para la interpretación de la conducta, situaciones y eventos, unificando lo que se conoce. La teoría de rango medio se dirige a un fenómeno relativamente concreto y específico al afirmar lo que el fenómeno es, por qué ocurre o cómo ocurre, su función por lo tanto, es describir, explicar y predecir los fenómenos (Fawcett, 1999; Walker & Avant, 2011). Por tal motivo el propósito del presente estudio

es proponer una teoría de rango medio denominada: Modelo Explicativo de Vulnerabilidad, Autotranscendencia y Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación en el Programa de 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos.

Marco Teórico

El marco teórico que sustenta este estudio se construye a partir de la Teoría de la Auto-trascendencia de Reed (2008), que incluye los conceptos: autotranscendencia, bienestar, vulnerabilidad y factores moderadores-mediadores y puntos de intervención para la promoción de la autotranscendencia, para este estudio se excluirá solo este último concepto (figura 1).

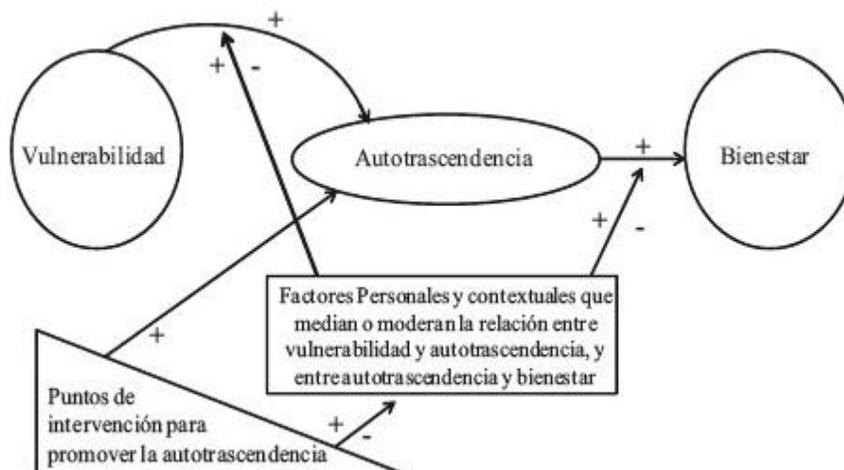


Figura 1. Teoría de la Auto-trascendencia, Pamela Reed (2008).

Teoría de la Auto-trascendencia.

La Teoría de la Auto-Trascendencia, tiene como objetivo la comprensión y explicación acerca del bienestar en la adultez o en el proceso de crecimiento; por ello es consistente con las teorías del desarrollo. Es una teoría empírica explicativa de enfermería, y fue construida para el reconocimiento del desarrollo natural del ser humano y la relevancia de los fenómenos para el logro del bienestar, y ha sido utilizada para enfatizar el curso y el cambio que ocurre entre los seres humanos y su contexto

ambiental (Reed, 2008). De acuerdo con lo anterior el enfoque de la teoría originalmente se planteó para adultos mayores, sin embargo, también es aplicable en cualquier grupo de personas cuya situación de vida aumenta la conciencia de la vulnerabilidad y la mortalidad personal; y es consistente con la teoría del desarrollo de la esperanza de vida, que postula que el desarrollo está influenciado menos por la edad cronológica y el paso del tiempo y más por los acontecimientos normativos y no normativos y las experiencias de vida (Reed, 2008).

La Teoría de la Auto-trascendencia se apoya en dos suposiciones principales, primero, se da por hecho que los seres humanos son seres integrales con su medio ambiente, como lo postula Rogers (1980, 1994), los seres humanos son "pandimensionales" coextensivos al medio ambiente y con conciencia que va más allá de dimensiones físicas y temporales. La segunda suposición es que la autotrascendencia es un desarrollo imperativo, esto significa que la autotrascendencia es una característica humana que exige expresión, tanto en el proceso de desarrollo como el caminar en los niños, el razonamiento abstracto en adolescentes o en momentos de desolación en aquellas personas que han sufrido alguna pérdida. Es por esto que la autotrascendencia es integral y permite a la persona tomar distancia para reflexionar, moviliza los recursos y toma decisiones que los conduzcan al bienestar; es aquí donde enfermería coadyuva en facilitar el proceso y aquellas acciones que los conduzcan al bienestar.

La Teoría de Auto-trascendencia consta de tres conceptos principales; la autotrascendencia es el concepto principal, es definida como la capacidad de expandir auto-límites intrapersonales (hacia una mayor conciencia de la filosofía, valores y sueños de cada uno), interpersonalmente (para relacionarse con otros y su ambiente), temporal (para integrar el pasado y el futuro en una forma que tenga sentido para el presente) y transpersonalmente (para conectar con dimensiones más allá del típico mundo discernible). La autotrascendencia es una característica de la madurez de

desarrollo en términos de una mejor conciencia del medio ambiente y una orientación hacia amplias perspectivas sobre la vida, es expresada mediante varios comportamientos y perspectivas como compartir sabiduría con otros, integrando los cambios físicos de envejecer, aceptar la muerte como una parte de la vida y encontrar significado en la vida espiritual (Reed, 2008).

El segundo concepto principal de esta teoría es el bienestar, que se define como una sensación de sentirse completo y saludable, de acuerdo con el criterio de integridad y salud de cada persona. El bienestar puede ser definido de varias maneras, esto depende de cada individuo o grupos de pacientes, de esta manera los indicadores de bienestar son tan diversos como las percepciones humanas de salud y bienestar (Reed, 2008).

Otro concepto clave de la teoría es la vulnerabilidad, que se refiere a la conciencia de la mortalidad personal y la probabilidad de experimentar eventos difíciles de la vida. La vulnerabilidad es el contexto en el que se da lugar a la maduración o desarrollo de la vida; está asociada a la conciencia que se desarrolla durante cualquier crisis vital, como la enfermedad, la discapacidad, la pérdida, los problemas profesionales y otras crisis vitales (Reed, 2008).

Además de estos conceptos, la Teoría de la Auto-trascendencia, señala que existe una amplia variedad de factores personales y contextuales y que sus interacciones pueden influenciar el proceso de autotrascendencia y el bienestar. Algunos de estos factores pueden ser la edad, sexo, la habilidad cognitiva, el estado de salud y el ambiente socio-político en el que vive cada individuo (Reed, 2008).

Derivación de Teoría

Para realizar la derivación de la Teoría de Auto-trascendencia de Pamela Reed (2008), se tomaron en cuenta los cinco pasos propuestos por Walker y Avant (2011).

Las teorías de rango medio son parte de la estructura de la disciplina de enfermería. Ellas abordan el conocimiento sustantivo de la disciplina al explicar y

expandir sobre los fenómenos específicos que son relacionados al proceso de cuidado. Por ejemplo, la Teoría de la Auto-transcendencia explica como el envejecimiento o la vulnerabilidad impulsa a los humanos más allá de las auto-fronteras para enfocarse de manera interpersonal en el significado de su vida, de manera interpersonal sobre las conexiones con los demás y el medio ambiente, temporalmente para integrar el pasado, el presente y el futuro, y de manera transparente para conectar con las dimensiones más allá de la realidad física. La autotranscendencia se relaciona al bienestar o la salud, uno de los focos identificados de la disciplina de la enfermería.

Esta teoría ha sido examinada en la investigación y utilizada para guiar a la práctica de la enfermería en enfermedades como el cáncer (Chin & Fernsler, 1998; Coward, 1998; Coward, 2003; Coward & Kahn, 2004; Matthews & Cook, 2009), VIH/SIDA (Mellors, Riley & Erlen, 1997; Ramer, Johnson, Chan & Barrett, 2006) y principalmente en población de adultos mayores (Acton & Wright, 2000; Buchanan, Farran & Clark, 1995).

La derivación de la teoría es una forma creativa enfocada para desarrollar la teoría en un nuevo campo, es útil cuando se tiene un conjunto de conceptos que de alguna manera están relacionados entre sí, pero no se tiene una estructura para representar esas relaciones. En este caso, puede encontrarse en algún otro campo de interés una teoría con una estructura análoga a la relación del concepto en el que se esté interesado y se puede utilizar la estrategia de derivación adecuada mediante la adopción y adaptación de la estructura. Esta derivación tiene como resultado la teoría de rango medio que proporciona estructuras para la interpretación de la conducta, situaciones y eventos inicialmente desconcertantes, unificando además lo que se conoce por el sentido común. La teoría de rango medio se dirige a un fenómeno relativamente concreto y específico al afirmar lo que el fenómeno es, por qué ocurre o cómo ocurre, y su función por lo tanto, es el de describir, explicar o predecir fenómenos (Walker & Avant, 2011).

A pesar que los procesos de derivación se realizan de forma interativa y no mecánica, se distinguen cinco pasos (Walker & Avant, 2011), que se realizaron para esta investigación. El primer paso consiste en familiarizarse con la literatura del tópico de interés, se realizaron búsquedas sobre autotrascendencia, espiritualidad, valores, vulnerabilidad, eventos estresantes, factores personales y contextuales, edad, sexo, escolaridad, estado civil, el consumo excesivo y la dependencia al alcohol por adultos y participantes de grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) que pretenden la sobriedad, en bases de datos digitales reconocidas como Scopus, Ebsco, Proquest, Dialnet, Medline, y Scielo. Las palabras claves utilizadas fueron self-transcendence, spirituality, vulnerability, alcohol use, drinking, protective factors, alcohol consumption y alcoholics anonymous, y se realizaron distintas combinaciones en inglés y español.

El segundo paso consiste en identificar nuevas formas de analizar la temática de interés, particularmente desde diferentes áreas de conocimiento. La literatura identificada y analizada sobre las variables de estudio permitió conocer algunos estudios sobre ellas desde perspectivas psicológicas, antropológicas, sociológicas y de salud. No obstante se identificó que algunas de las proposiciones de la Teoría de Rango Medio (TRM) de Auto-trascendencia de Reed, son factibles de poder describir, explicar y predecir el resultado final hacia el bienestar psicológico, social y físico en especial el abandono de la conducta de consumo excesivo, o el estado de sobriedad de las personas con problemas de consumo dependiente de alcohol que participan en el programa de doce pasos de AA.

En la revisión de la literatura fue factible analizar la naturaleza del problema de salud con grandes repercusiones sociales, por lo que se puede estudiar desde el positivismo y la fenomenología. El positivismo pretende conocer, analizar, explicar y predecir hechos y factores implicados en el fenómeno de manera objetiva y racional con independencia, hasta donde sea posible, de la subjetividad. En términos

fenomenológicos se pretende comprender el fenómeno desde la perspectiva del participante en este caso serían los informantes clave que se encuentran en proceso de abandono de la conducta o sobriedad y que para ello participan del programa de doce pasos de AA de acuerdo con el concepto de conducta de enfermedad de Mechanic (1986); en este sentido se pretende indagar la realidad desde la perspectiva del informante, comprendiendo que ésta se construye y se percibe como importante (Taylor & Bogdan, 1990), se busca comprender el fenómeno que experimenta en su cotidianidad, reconociendo la complejidad y singularidad del proceso que siguieron las personas en proceso de recuperación para convertirse en una persona dependiente del alcohol, así mismo el proceso que experimentó, para asumir la enfermedad y el proceso que cada uno vive para lograr la sobriedad o recuperación dentro del programa de doce pasos de AA. En razón de ello el presente estudio tendrá las dos aproximaciones cuantitativa y cualitativa, por lo que se pretende un diseño mixto.

En los estudios se documentaron investigaciones que sugieren relaciones entre los eventos estresantes a los que se enfrentan las personas con consumo excesivo y dependiente del alcohol en tratamiento de AA, y como se incrementa la vulnerabilidad representado por el consumo excesivo o de la dependencia al alcohol. Se identifican también estudios sobre la conducta de enfermedad de la dependencia al alcohol (alcoholismo) el proceso que se sigue para aceptar la enfermedad y cómo este proceso incrementa la vulnerabilidad al consumo de alcohol o bien contribuye al proceso de recuperación y bienestar psicológico, social y físico. Se documentan relaciones de los valores y la espiritualidad con el bienestar psicológico, social y físico. Además se identifican estudios que denotan que algunos factores personales como edad, sexo, ocupación, escolaridad y la religión incrementan el riesgo de consumo excesivo de alcohol o actúan como mediadores de vulnerabilidad hacia el consumo de alcohol y el logro del bienestar.

En el tercer paso se seleccionó una fuente de conocimiento, en este caso se eligió la Teoría de Rango Medio de Auto-trascendencia de Reed (TRMA) para realizar la derivación teórica conceptual empírica y darle estructura y contenido específico a cada una de las proposiciones de la TRMA. La selección fue fundamentada a partir de sus conceptos que tienen aplicación en el fenómeno de drogas, en específico la dependencia al alcohol y la recuperación. El cuarto paso permitió desarrollar nuevas proposiciones sobre la temática de estudio, con base en el contenido y estructura de las proposiciones de otros campos del conocimiento y del propio campo. El desarrollo de estas proposiciones se basa en la teoría madre y en evidencia científica identificada en la revisión de la literatura.

Finalmente en el quinto paso se redefinieron los nuevos conceptos de las proposiciones derivadas y adaptadas en contenido a la temática de estudio. Se establecieron nuevas definiciones de los conceptos acordes con la teoría madre y considerando la evidencia científica recuperada de la revisión de literatura. La adecuación como término se refiere a la capacidad para adaptarse a nuevas condiciones y responder ante ellas. En este sentido al extrapolar los conceptos se adecuación al fenómeno de estudio, existe evidencia de que la vulnerabilidad se asocia a la conciencia de su naturaleza humana que produce una crisis vital, los eventos estresantes que incrementa la vulnerabilidad. La autotrascendencia es considerada como la espiritualidad y los valores y el bienestar será considerado desde tres perspectivas, social, psicológico y físico. Es importante mencionar que aunque existe evidencia de algunos de los enunciados construidos a través de este proceso, algunos de ellos nacieron sin ser probados, por lo que su aplicación directa es dirigir los esfuerzos de investigación para sean comprobables y útiles en la creación de nuevas teorías.

Las proposiciones de la Teoría de Autotrascendencia (Reed, 2008) que guiaron la derivación fueron las siguientes. La primera proposición indica que "la vulnerabilidad

está relacionado con un incremento de la autotrascendencia" (Reed, 2008). La relación entre vulnerabilidad y autotrascendencia es mejor caracterizada como una relación no lineal, en donde no se espera que bajos o altos niveles de vulnerabilidad estén relacionados con el incremento de niveles de autotrascendencia, o al menos no sin la influencia de otros factores en esa relación. De este modo, la proposición derivada indica que "los eventos estresantes están relacionados la espiritualidad y los valores"(Figura 2).

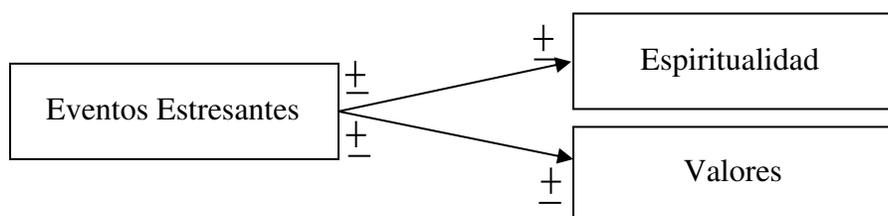


Figura 2. Primer proposición derivada.

La segunda proposición supone que "la autotrascendencia está relacionada de forma positiva con el bienestar". La relación es postulada en forma directa y positiva con indicadores positivos de bienestar. Por ello, la proposición derivada supone que "la espiritualidad y los valores están relacionados de forma positiva con el bienestar psicológico, social y físico" (Figura 3).

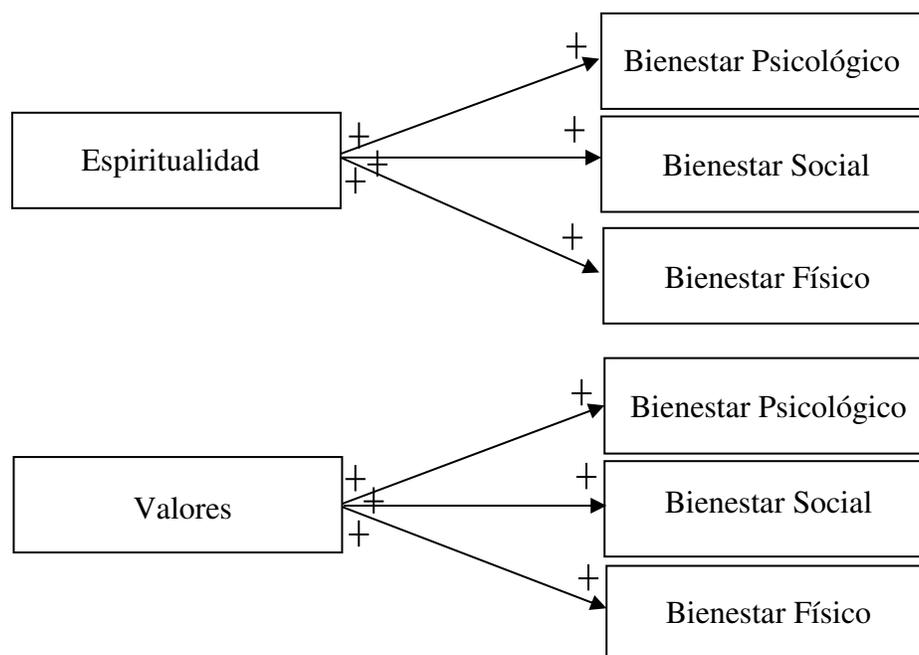


Figura 3. Segunda proposición derivada.

Una tercera proposición postula que "existe una diversidad de factores personales y contextuales que pueden influir en la relación existente entre vulnerabilidad y la autotranscendencia y entre la autotranscendencia y bienestar". De este modo, la proposición derivada indica que "la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la religión como factores personales pueden influir en la relación que existe entre los eventos estresantes y la espiritualidad y los valores y pueden influir entre la relación que existe entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico" (Figura 4).

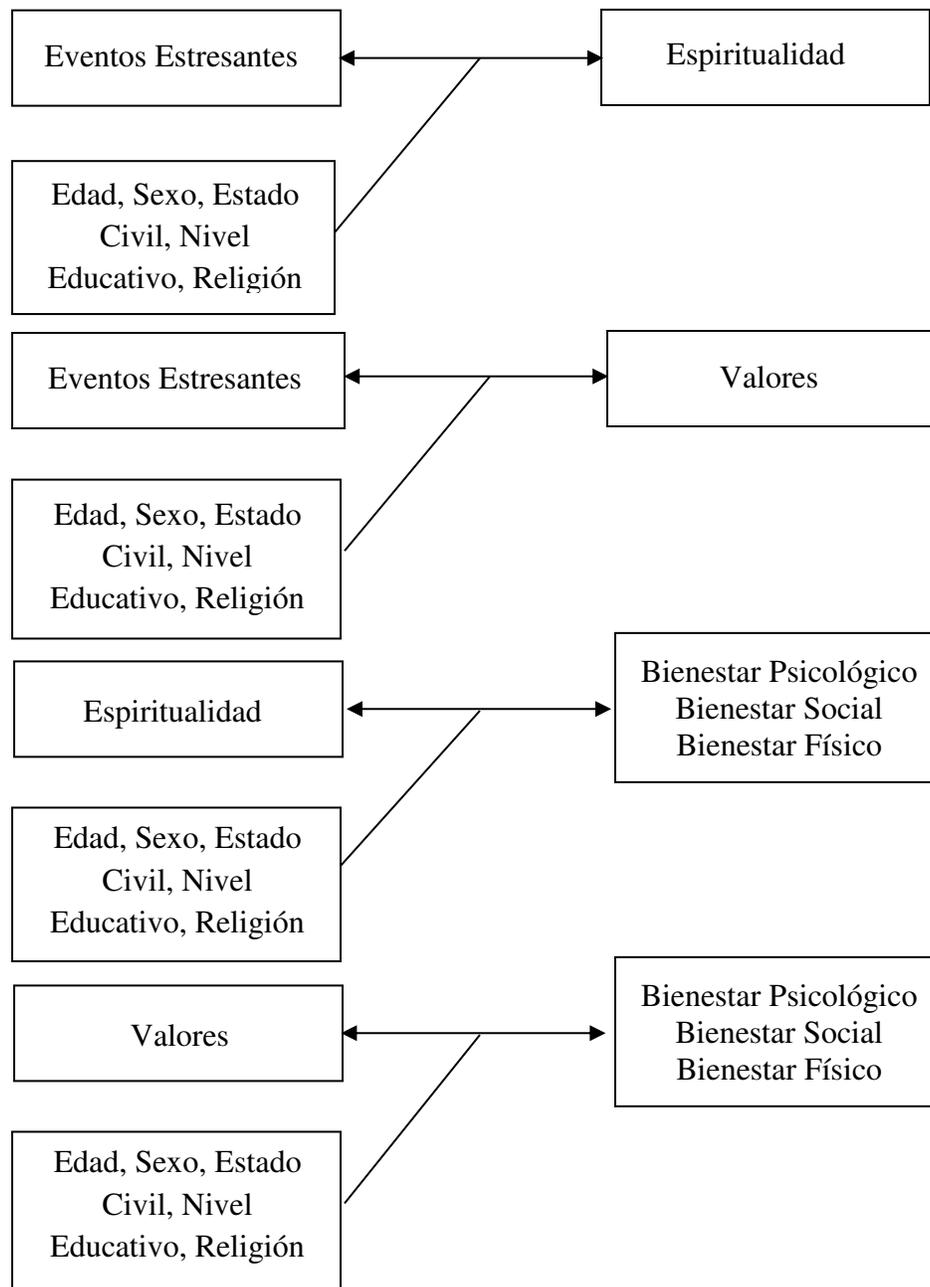


Figura 4. Tercer proposición derivada.

La figura 5 es el resultado de la derivación de las tres proposiciones y de la síntesis de la evidencia científica, que puede ser utilizada como el origen de una teoría de rango medio. Además de la comprobación de cada una de las proposiciones, el ajuste

de esta construcción teórica se comprobará mediante el Modelo Lineal General Multivariante.

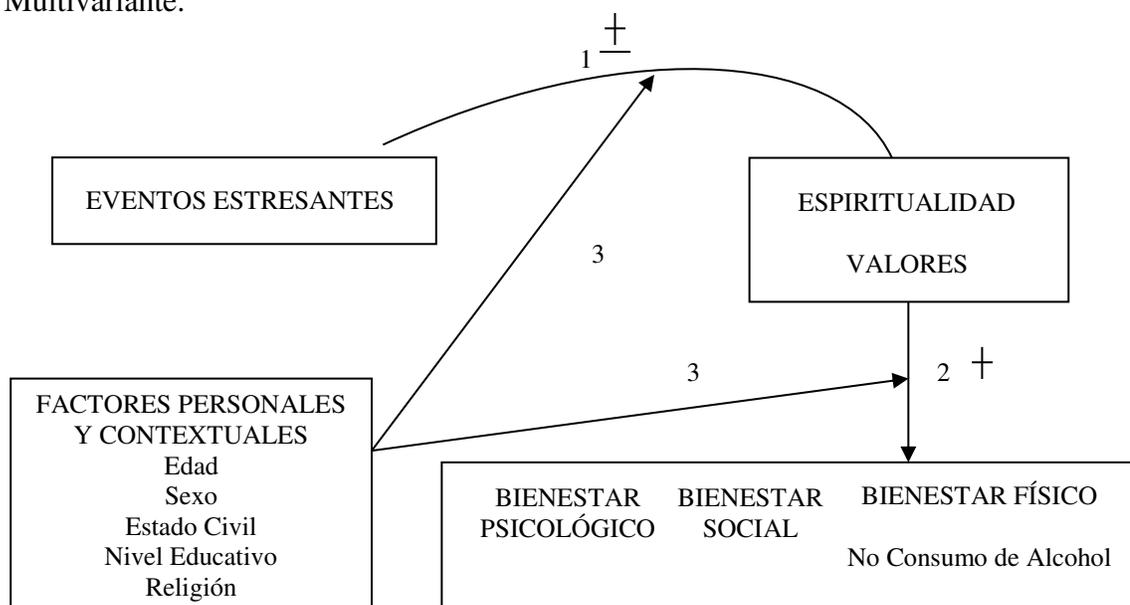


Figura 5. Relaciones entre los conceptos de las proposiciones.

Aunado a esto, se construyó una estructura conceptual-teórico-empírica, producto del análisis final de la propuesta (figura 6). Esta construcción se basa en la técnica de formalización conceptual-teórica-empírico (C-T-E) descrita por Fawcett (1999), para que sea posible apreciar y evaluar los componentes teóricos, conceptuales y empíricos del texto.

La construcción de C-T-E se realiza mediante cinco pasos, los cuales se llevaron a cabo en este estudio. El primer paso es la identificación de los conceptos, que consiste en nombrar el modelo teórico de origen (Teoría de Auto-trascendencia, Reed) e identificar sus conceptos que serán utilizados para guiar esta investigación (eventos estresantes, espiritualidad, valores, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar físico).

El segundo paso es la clasificación de los conceptos de la teoría propuesta. Los conceptos se clasificaron de acuerdo al continuum de observabilidad de Kaplan (1964), que indica qué tan directamente observable es un fenómeno. De acuerdo a este continuum, los eventos estresantes son considerados como un concepto observable indirecto, debido a que no es posible observarlo de manera directa, pero sí es posible documentarlo por otros medios. Para este estudio el medio observable de aproximación a este concepto será a través de la Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECSR). De la misma forma, la espiritualidad es considerada como un concepto observable indirecto, que será inferido por medio Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), así mismo valores es considerado como un concepto observable indirecto que será inferido por el Cuestionario de Valores de Schwartz (VAL).

Así también, el bienestar psicológico y el bienestar social fueron considerados como un concepto observable indirecto, ya que constituyen un fenómeno que no puede ser observable directamente, pero puede ser inferido mediante Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y mediante la Escala de Bienestar Social de Keyes. Por último, el bienestar físico (recuperación, no consumo de alcohol), es considerado como un concepto observable indirecto, que será inferido por medio de una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

El tercer paso consiste en la identificación y clasificación de las proposiciones, que son enunciados declarativos sobre uno o más conceptos de la teoría. En este caso, las tres proposiciones de la Teoría de Auto-trascendencia son: 1) la vulnerabilidad está relacionada con la autotrascendencia, 2) la autotrascendencia está relacionada de forma positiva con el bienestar y 3) existe una diversidad de factores personales y contextuales que pueden influir en la relación existente entre vulnerabilidad y la autotrascendencia y

entre la autotranscendencia y el bienestar. Se considera que las tres proposiciones son de tipo relacional, ya que indican un vínculo entre dos o más conceptos (Fawcett, 1999).

El cuarto paso es la ordenación jerárquica de las proposiciones. La clasificación de las proposiciones se realiza en base a su nivel de abstracción (de lo abstracto a lo concreto). De esta forma, las tres proposiciones propuestas en la Teoría de Auto-transcendencia de Pamela Reed (2008), se consideran proposiciones abstractas o no restrictas, ya que son aplicables a fenómenos generales, por lo tanto, las proposiciones derivadas se consideran proposiciones medianamente abstractas, ya que están enfocadas a un fenómeno específico. Por último, las proposiciones entre variables operacionalizadas (hipótesis de estudio), se consideran de tipo concretas, ya que enlazan los indicadores empíricos del estudio.

Finalmente, el quinto paso consiste en la construcción del diagrama C-T-E (figura 6). Con este diagrama es posible determinar cómo fueron conjugados todos los conceptos y proposiciones de la teoría de rango medio. Se incluye también el concepto de conducta de enfermedad que no ha sido derivado de la TRMA pero complementará este modelo y será abordado de forma cualitativa mediante la Teoría fundamentada para complementar los resultados provenientes de esta investigación.

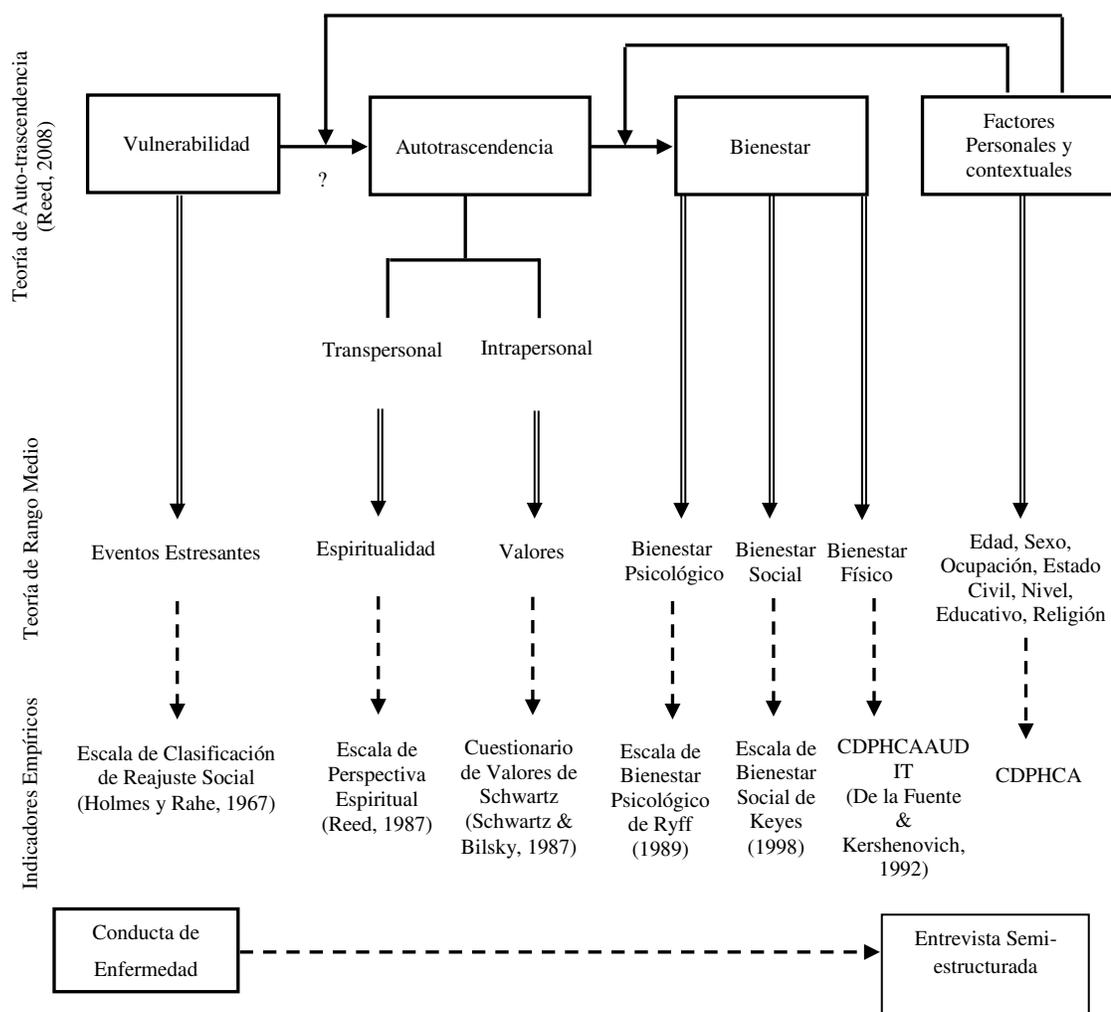


Figura 6. Estructura teórico-conceptual-empírica.

Re-conceptualización y definición operacional de los conceptos de la Teoría de Rango Medio.

A continuación, se describen teóricamente las variables de estudio. En cada una de las variables se inicia en primera instancia la definición propuesta por la TRMA, posteriormente se realiza una descripción científica de acuerdo a la revisión de literatura y por último se incluyen las nuevas definiciones conceptuales con base a lo descrito en los cinco pasos de derivación de proposiciones.

Vulnerabilidad.

Se define como la conciencia que tiene la persona sobre su naturaleza mortal, la vulnerabilidad es el contexto en el que se da lugar a la maduración o desarrollo de la vida; está asociada a la conciencia que se desarrolla durante cualquier crisis vital, como la enfermedad, la discapacidad, la pérdida, los problemas profesionales y otras crisis o eventos vitales estresantes (Reed, 2008).

Diferentes estudios señalan que los eventos estresantes pueden convertir a una persona vulnerable a la dependencia al alcohol (Dawson et al., 2005; Young, Kendler & Prescott, 2012). Según Coddington (1972) los eventos estresantes varían en severidad y son percibidos por el individuo de acuerdo al tipo de experiencia de vida, en base a esto, los eventos pueden ser considerados positivos o negativos y pertenecer a diferentes entornos como el familiar, social, sexual, logros y fracasos, recursos económicos, salud y problemas de conducta (Lucio, León, Durán, Bravo & Velasco, 2001).

El experimentar eventos estresantes genera un grado de reacción que puede afectar el bienestar y salud de las personas (Barra, Cerna, Kramm & Véliz, 2006), además existe evidencia que señala que un número elevado de eventos estresantes podrían ser un factor relacionado a la dependencia del alcohol (Alonso, Palucci, Alonso, Guzmán & Gómez, 2008). Otro aspecto documentado es que los eventos estresantes se pueden relacionar con la espiritualidad ya que se ha identificado que eventos como traumas y enfermedad psiquiátrica, la pérdida de un ser querido puede ser afrontado mediante la espiritualidad (Corrigan, McCorkle, Schell & Kiederer, 2003; Oram, Bartholomew & Landolt, 2004).

Los eventos estresantes son sucesos, hechos o acontecimientos que pueden generar estrés y tienen el potencial de desencadenar el consumo de sustancias como el alcohol. Sin embargo, las respuestas emocionales, cognitivas o de conducta que se producen como consecuencia de los eventos estresantes, dependen de la evaluación

cognoscitiva realizada por el individuo, de sus características personales y de las variables moduladoras (Ávila, Heredia, Gómez, & Martínez, 2006). Para fines de este estudio se definirá la vulnerabilidad como los eventos estresantes, debido a las diferentes situaciones a las que se enfrentan los consumidores dependientes al alcohol a lo largo de su vida.

Vulnerabilidad es la condición personal y actual de estar en riesgo de continuar con el consumo dependiente del alcohol y no obtener la recuperación mediante el abandono de la conducta y logrando la sobriedad o la abstinencia a la sustancia. La vulnerabilidad es considerada como la presencia de eventos estresantes de la vida, medidos a través de la Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECRS) elaborada en el año 1967 por Holmes y Rahe.

Autotrascendencia.

La autotrascendencia es la capacidad de expandir auto-límites intrapersonales (hacia una mayor conciencia de la filosofía, valores y sueños de cada uno), interpersonales (para relacionarse con otros y su ambiente), temporal (para integrar el pasado y el futuro en una forma que tenga sentido para el presente) y transpersonales (para conectar con dimensiones más allá del típico mundo discernible como la espiritualidad). Autotrascendencia es una característica de la madurez de desarrollo en términos de una mejor conciencia del medio ambiente y una orientación hacia amplias perspectivas sobre la vida (Reed, 2008).

Reed (1987) define la espiritualidad como la perspectiva personal y los comportamientos que expresan sentido de pertenencia (relación) a una dimensión trascendente o a algo más grande que si mismo. Desde ésta perspectiva espiritual, conceptos como “orar” y “Ser Supremo” son significativos para la construcción de este constructo. Aunque el término religiosidad ha sido usado para la operacionalización de la espiritualidad, podemos encontrar que varios autores mencionan que éstos pueden o

no incluir una participación particular religiosa. Específicamente dentro de los indicadores de la espiritualidad podemos encontrar la oración, significado a la vida, lectura y contemplación, sentido de cercanía a un Ser Supremo, interacción con otros y otras experiencias que puedan reflejar interacción o participación espiritual (Reed, 1987).

En la literatura de salud y enfermería la espiritualidad ha sido relacionada como un elemento que contribuye al bienestar mental y físico de las personas (Coyle, Crum, & Ford, 2006; Reed, 1987) y ha sido abordada desde dos perspectivas: la primera se enfoca en la religión, religiosidad, prácticas y compromisos religiosos, que han sido definidos como la participación en prácticas, creencias, actitudes y sentimientos que están asociados a una comunidad de fe organizada; la segunda reconstruye la espiritualidad dentro de las disciplinas sociales, con una visión de Dios más amplia, que incluye los valores y los principios que dan sentido y propósito a la vida (Galanter, 2006). En un estudio en grupos de AA se encontró asociación significativa de mayor calidad de vida, mayor nivel de espiritualidad con la asistencia y participación regular e involucramiento con el programa de doce pasos de AA con la finalidad de mantenerse en abstinencia (Wysong, 2007).

La autotrascendencia transpersonal será la espiritualidad, ya que se ha visto que este concepto está relacionado de forma importante con la espiritualidad en virtud a que se une con la capacidad del individuo de ver más allá de su propia persona.

Así mismo, la autotrascendencia intrapersonal entendida como la capacidad de expandir auto-límites hacia una mayor conciencia de la filosofía, valores y sueños de cada uno, será considerada como los valores. El concepto valor ha sido definido como creencias duraderas de un modo específico de conducta (valor instrumental) o un estado final de existencia (valor terminal) es personal o socialmente preferible a un modo de conducta o estado final de existencia opuesto. Los valores son cogniciones acerca de lo

deseable o preferible. Poseer un valor implica decir que un sujeto conoce el camino o modo correcto de conducirse, o el fin último que desea alcanzar (Rokeach, 1973).

Hoffmann (2003) describió el aspecto moral que vive la persona desde el ingreso al programa AA y la participación dentro del programa. Señala que la primera etapa del ingreso a AA es el punto crucial en el que las personas con problema de alcoholismo (dependencia al alcohol) deciden iniciar el tratamiento ya sea por voluntad propia o porque un conjunto de prescripciones o mandatos morales así lo exigen. Lo anterior es seguido por un periodo de agotamiento que puede conducir a una “transición moral” donde el participante de AA puede aliviar la ansiedad y la culpa derivada de la desviación de su comportamiento pasado. De alguna forma este tipo de experiencia ayuda a la persona a comprender “que no es mejor y no es peor que la persona que está a su lado” no obstante la persona piensa que está mejorando por intentar cambiar o buscar su recuperación (Orange, 2004).

Por lo que para este estudio la autotrascendencia es la capacidad de ampliar los límites intrapersonales (valores) y transpersonales (espiritualidad) para no continuar con el consumo excesivo y/o dependiente de alcohol, obtener la sobriedad y la abstinencia a la sustancia. La autotrascendencia incluye los conceptos espiritualidad, medido a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986) y los valores, medidos a través del Cuestionario de Valores de Schwartz (Schwartz & Blinsky, 1987).

Bienestar.

Es una sensación de sentirse completo y sano, de acuerdo con los propios criterios para la integridad y la salud. Se teoriza como un patrón básico del desarrollo, está lógicamente relacionado con experiencias positivas que promueven la salud y por lo tanto no es una correlación, sino es un predictor y recurso (Reed, 2008).

Para este estudio, el bienestar será descrito desde tres perspectivas: bienestar psicológico, bienestar social y bienestar físico (no consumo de alcohol), ya que el

objetivo principal de las personas que presentan dependencia al alcohol y se encuentran en tratamiento, es lograr el bienestar.

El bienestar psicológico es concebido como un constructo multidimensional que se construye a través de las actitudes ante la vida, y demuestra el funcionamiento positivo de la persona (Ryff, 1995). El bienestar es considerado como auto-aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal, si la persona tiene bienestar psicológico se demuestra en su salud mental y con la adopción de conductas que afectan positivamente su salud como es lograr la recuperación de la dependencia al alcohol o el abandono (abstinencia). Esta variable será medida a través de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989).

El bienestar social es considerado para este estudio como una valoración que se realiza de las circunstancias y la funcionalidad dentro de la sociedad, y está constituido por cinco dimensiones; 1) la integración social, que se refiere a la evaluación de la calidad de las relaciones que se mantienen en la sociedad y la comunidad, 2) la aceptación social, que se considera el punto de partida para sentirse parte de un grupo a una comunidad, 3) la contribución social, que considera necesario a sí mismo como un miembro vital de la sociedad, y que tiene algo útil que ofrecer, 4) la actualización social, se centra en la concepción de la sociedad y las instituciones que la conforman como entes dinámicos, que se mueven en una dirección determinada a fin de conseguir las metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos y 5) la coherencia social, que se refiere a la capacidad que se tiene para comprender la dinámica social (Keyes, 1998). Este concepto será medido a través de la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998).

El bienestar físico será considerado como el no consumo de alcohol o el abandono de la conducta observada a través de la abstinencia por un lapso mayor a tres meses, tiempo estimado para la asimilación del programa (Gutiérrez, Andrade, Jiménez, Saldívar & Juárez, 2009; Rosovsky & Leyva, 1990) en las personas dependientes al

alcohol en tratamiento en el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, y será observado a través de la Cédula de Datos Personales e Historial del Consumo de Alcohol, así también se considerará que pueda existir consumo de alcohol a pesar de encontrarse en tratamiento, por lo cual cuando exista un consumo de alcohol en los últimos tres meses será considerado como no bienestar físico y este consumo será clasificado en consumo sensato, dependiente o dañino, pero se tiene en cuenta que las personas pertenecientes a AA no pueden beber ni una sola copa ya que eso se considera un consumo dependiente o dañino. Este consumo será medido a través del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el consumo dependiente (riesgo) es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas cuando esta conducta persiste. La OMS lo describe como el consumo regular de tres a cinco bebidas estándar en un día típico de consumo en mujeres y de cinco a nueve bebidas estándar en varones. El consumo dañino (perjudicial) es aquel que conlleva consecuencias adversas para la salud física y mental, se define como consumo regular promedio de más de seis o más bebidas estándar en mujeres y más de 10 o más para varones en una sola ocasión.

El consumo excesivo episódico o circunstancial (llamado binge drinking) resulta dañino para ciertos problemas de salud e implica el consumo de por lo menos 60 g (más de seis bebidas estándar) de alcohol en una sola ocasión en un periodo de dos horas al menos una vez en los últimos 30 días. La dependencia al alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

Aunado a esto, el consumo de alcohol se evalúa a través de la prevalencia de consumo; se consideran cuatro tipos: prevalencia global (número de personas que han

consumido alcohol alguna vez en la vida), lápsica (número de personas que han consumido alcohol en el último año), actual (número de personas que han consumido en el último mes) e instantánea (en los últimos siete días).

Factores personales y contextuales que interceden o moderan relaciones.

Existen una amplia variedad de factores personales y contextuales que interaccionan e influyen en el proceso de autotrascendencia y bienestar, entre los que se encuentran la edad, sexo, la habilidad cognitiva y el estado de salud. Para este estudio se tomarán en cuenta la edad, el sexo, nivel educativo, ocupación, estado civil y religión, ya que se tiene evidencia que estos factores pueden influir en la conducta de consumo de alcohol, pero también pueden fungir como factores que ayudan a mantenerse en sobriedad y lograr la recuperación en personas dependientes al alcohol (OMS, 2014; Robinson, Krentzman, Webb, & Brower, 2011).

Conducta de enfermedad.

Por otra parte la conducta de enfermedad (Mechanic, 1986) se incorpora a esta TRM en virtud de la necesidad de explicar el proceso que siguen las personas que tienen dependencia al alcohol y que buscan ayuda en los grupos de AA (figura 7), este concepto complementará la teoría de rango medio propuesta. Debido a que se ha empleado para dar una explicación social a una conducta alterada. Este término se conceptualiza como una disposición de la persona a responder, de una forma determinada, ante la enfermedad (alcoholismo), como resultado de la interacción entre variables personales y sociales en el ámbito del enfermar, como una consecuencia de la organización del sistema sanitario y como resultado de un proceso de atributos en torno a la salud-enfermedad. La conducta de enfermedad se desarrolla en base a tres etapas: inicial, en la que se perciben e interpretan los síntomas; asunción del papel de enfermo tras interpretar los síntomas como enfermedad; búsqueda de asistencia para resolver el problema; asunción del papel de paciente aceptando las recomendaciones; recuperación

o aceptación de la enfermedad en caso de cronicidad como la dependencia al alcohol (alcoholismo) (Galán, Blanco & Pérez, 2000; Mechanic, 1986).

Una enfermedad socialmente estigmatizada como la dependencia al alcohol (alcoholismo), genera que las personas enfermas, así como sus familiares se enfrenten a situaciones en las que es difícil aceptar que se encuentran en estado crítico de salud, situación que los convierte en personas vulnerables a continuar con el consumo de alcohol, es por ello que el término conducta de enfermedad también será considerado como un concepto adicional para fines de este estudio. Por ello, la conducta de enfermedad que se inicia con el proceso seguido para asumir la dependencia alcohólica, la búsqueda de ayuda en AA y el proceso que sigue en estos grupos de autoayuda hasta lograr la sobriedad emergerá de la entrevista semiestructurada en personas dependientes del alcohol que participan en AA. Este concepto será indagado cualitativamente, mediante una guía de preguntas semiestructurada en entrevistas individuales.

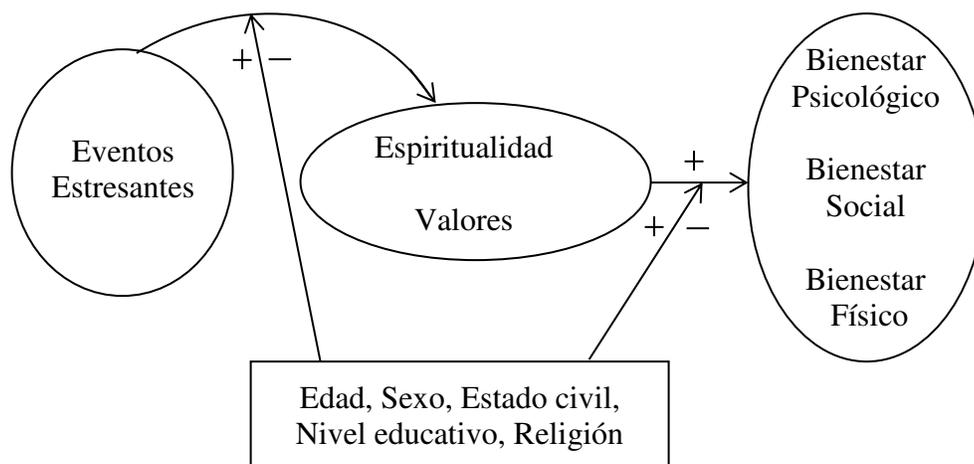


Figura 7. Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación.

Estudios Relacionados

En esta sección se presentan los estudios de investigación respecto a las variables que guiarán el presente estudio. En primer lugar se presentan los estudios relacionados en base a las proposiciones propuestas y posteriormente los estudios relacionados a la conducta de enfermedad.

Eventos estresantes y espiritualidad.

Kidwai, Mancha, Brown y Eaton (2014), realizaron un estudio transversal con el objetivo de evaluar el efecto de la asistencia religiosa y la espiritualidad sobre la relación entre los eventos negativos de la vida y la angustia psicológica en 1071 adultos de la comunidad de Baltimore, Maryland, Estados Unidos de América, seleccionados de manera probabilística de un marco muestral de 175,211. Los resultados indican que los eventos negativos de la vida tienen una asociación significativa con el aumento de la angustia en los participantes que presentan un nivel espiritual bajo ($b = 1.23$, $\beta = .092$, $p < 0.05$) y no muestran asociación con la angustia en los participantes con nivel espiritual elevado.

Staton, Duvall, Stevens y Oser (2013) realizaron un estudio descriptivo correlacional en Kentucky, Estados Unidos, con el objetivo de examinar la relación entre la espiritualidad, los eventos estresantes de la vida y el consumo de alcohol. La población estuvo conformada por 206 mujeres adultas afroamericanas, donde encontraron que la espiritualidad tiene una asociación negativa con los eventos estresantes de la vida ($r = -.32$, $p < .01$) al igual que con los días de consumo de alcohol ($r = -.24$, $p < .01$).

Los estudios muestran que existe relación significativa entre los eventos estresantes y la espiritualidad, lo que señala que cuando mayor son los niveles de espiritualidad, menor es el impacto de los eventos estresantes, y también menor es el consumo de alcohol.

Espiritualidad y bienestar psicológico.

Morales (2014) estudió la relación entre la espiritualidad y el bienestar psicológico en 387 estudiantes de dos recintos universitarios de la región oeste de Puerto Rico. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario desarrollado por la investigadora, titulado espiritualidad, bienestar físico y bienestar psicológico de los estudiantes universitarios (EBFSEU), el cual mostró evidencia de confiabilidad con Alpha de Cronbach de .89. Los resultados mostraron una correlación positiva y significativa entre la espiritualidad y el bienestar psicológico ($r = .491, p < .001$), cuanto mayor es la espiritualidad, mayor es el bienestar psicológico; además se encontraron diferencias significativas de la espiritualidad respecto al género, presentando las mujeres más altos niveles de espiritualidad ($t = 3.57, p < .05$) que los hombres.

Zubieta y Delfino (2010) estudiaron la satisfacción con la vida concepto similar a espiritualidad, bienestar psicológico y bienestar social en una muestra de 124 estudiantes de ambos sexos de una Universidad de Buenos Aires, Argentina, el instrumento utilizado para medir el bienestar psicológico fue la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, y el utilizado para medir el bienestar social fue el de Keyes, obteniendo los siguientes resultados: la satisfacción con la vida (espiritualidad) se asoció con 3 dimensiones del bienestar psicológico; auto aceptación ($r = .445, p < .01$), dominio del entorno ($r = .435, p < .01$) y propósito en la vida ($r = .250, p < .01$), y con tres de las dimensiones del bienestar social: integración ($r = .354, p < .01$), contribución ($r = .223, p < .01$) y adaptación social ($r = .296, p < .01$).

Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat y Drotar (2006), realizaron una revisión sistemática con el objetivo de examinar la espiritualidad/religión en los resultados de salud en los adolescentes. Se incluyeron 18 artículos, donde se encontró que la espiritualidad es utilizada como un mecanismo de defensa a situaciones de tristeza, así también está relacionada con niveles bajos de síntomas depresivos.

De acuerdo a los estudios, se concluye que la espiritualidad está relacionada de manera positiva con el bienestar psicológico, esto quiere decir que a mayor espiritualidad, mayor es el bienestar psicológico.

Espiritualidad y bienestar social.

Tull, Doswell y Cort (2015) investigaron si la espiritualidad actúa como un atenuante ante el estrés psicosocial y los factores de riesgo metabólicos (peso, talla y estilos de vida como el consumo de alcohol) en 406 inmigrantes afro-caribeños de una población de Estados Unidos. Los datos sobre las variables psicosociales y el consumo de alcohol fueron colectados a través de la historia clínica, el consumo de alcohol fue a través de una pregunta sobre si había consumido al menos una bebida en el último mes, y la opción de respuesta fue sí o no. La espiritualidad fue medida a través de la subescala de Rogers Life Attitude Inventory, los resultados mostraron que la espiritualidad se correlacionó positivamente con la edad ($r = 0.161, p < .01$), y con el estado civil (estar casado) ($r = 0.117, p < .05$); sin embargo no se demostró correlación significativa entre la espiritualidad y el estrés psicosocial ($r = 0.005, p > .05$).

Espiritualidad y bienestar físico (no consumo de alcohol).

Kelly, Stout, Magil, Tonigan & Pagano en el 2011, examinaron las relaciones entre AA y la espiritualidad/religiosidad, y el consumo de alcohol, y la relación entre AA y la mejoría del consumo de alcohol explicados por los cambios espirituales. Realizaron un estudio controlado aleatorizado con grupo control y grupo experimental en 774 personas dependientes al alcohol, la intervención consistió en dar terapia conductual, terapia de mejora de la motivación y el programa de 12 pasos de AA, se realizaron mediciones al inicio del tratamiento, a los 3, 6, 9, 12 y 15 meses posteriores. Se encontró que la espiritualidad tuvo asociación positiva con el porcentaje de días de abstinencia ($\beta = 0.30, p < .0001$).

Felker (2011), exploró la influencia de la espiritualidad, la sabiduría y la auto-trascendencia, sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Colorado E.E.U.U, la muestra estuvo conformada por dos grupos; el grupo uno fueron 80 estudiantes que habían violado la política de conducta de alcohol y drogas de su universidad (grupo de tratamiento obligatorio [TO]) y el segundo grupo (control) conformado por 219 estudiantes reclutados de clases de introducción a la psicología, los cuales recibieron crédito de clase por su participación.

Los resultados mostraron que el grupo TO tuvo mayor media de consumo de alcohol que el grupo control ($M = 0.18, SD = 0.12; M = 0.06, SD = 0.09$) respectivamente ($t(292) = -8.92, p < 0.001$). El grupo TO reportó problemas con el alcohol más altos que los del grupo control ($M = 1.37, SD = 0.51, M = 1.06, SD = 0.10$), respectivamente ($t(295) = -8.92, p < 0.001$).

La edad no se relacionó con la espiritualidad, el nivel de alcohol en la sangre o problemas con el alcohol. Las mujeres fueron significativamente más espirituales que los hombres en el grupo control ($M = 4.19, SD = 0.57$), ($M = 3.82, SD = 0.88$), ($t(217) = -3.43, p = 0.001$). Finalmente la espiritualidad en las mujeres se relacionó negativamente tanto con el nivel de alcohol en sangre ($r = -0.63, p = 0.005$) como con problemas con el alcohol ($r = -0.51, p = 0.03$). El autor señala que la espiritualidad protege del consumo de alcohol (bienestar físico) en mujeres estudiantes universitarias.

Robinson, Krentzman, Webb y Brower (2011) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el efecto del cambio espiritual y la religiosidad en consumo de alcohol independientemente de la participación en AA, en 364 adultos con dependencia al alcohol con y sin tratamiento, mediante un ensayo clínico aleatorizado con medición basal, a los seis y nueve meses. El estudio mostró que los cambios en la espiritualidad y la religión, como son las prácticas religiosas ($b = 1.223, p = .001$), y las experiencias

espirituales ($b = 0.382$, $p = .017$) predicen el no consumo de alcohol en los últimos 90 días en las personas que asisten a tratamiento de AA.

Gutiérrez, Andrade, Jiménez, Saldivar y Juárez (2009) realizaron un estudio con el objetivo de conocer en qué medida la práctica de los 12 pasos y la periodicidad de la misma, además de la experiencia del “*despertar espiritual*” influyen en el mantenimiento de la abstinencia en los miembros de Alcohólicos Anónimos (AA). El estudio se realizó en una muestra no probabilística de 192 miembros de AA del área sur de la Ciudad de México. La muestra fue dividida en dos grupos: recaídos ($n = 49$) y no recaídos ($n = 143$). Para la recolección de la información se diseñó un formato de doce preguntas para explorar la práctica de cada uno de los pasos y determinar la influencia de los principios espirituales de éstos y una escala de doce reactivos para explorar la periodicidad de su ejercicio. Además, se introdujo una pregunta que explora la recurrencia del despertar espiritual.

Los resultados mostraron que, en promedio, los AA del grupo de no recaídos han practicado un mayor número de los 12 pasos ($Media = 9$, $DE = 4.1$) que el grupo de recaídas ($Media = 7$, $DE = 4.4$) con diferencias significativas entre ambos grupos ($t = 2.304$, $gl = 190$, $p = .02$). Además se observa que un mayor involucramiento con los pasos 4° al 12° (pasos de acción y mantenimiento) aumenta 10% la probabilidad de lograr un “despertar espiritual” ($p < .001$) y que tal experiencia eleva 2 veces la probabilidad de mantener la abstinencia en los AA que la han alcanzado ($Exp[B]=2.095$, $IC = 1.032-4.253$, $p = .04$).

En síntesis, los estudios señalan que la espiritualidad se relaciona de forma negativa con el consumo de alcohol en las distintas poblaciones, lo que significa que a mayor espiritualidad, menor es el consumo de alcohol y mayor el tiempo de abstinencia en el caso de AA.

Valores y bienestar físico (no consumo de alcohol).

En el año 2015, Rodríguez, De La Garza, Rodríguez, Alonso y Guzmán realizaron un estudio en Nuevo León, México con el objetivo conocer la relación que existe entre el perfil de valores y el consumo de alcohol estudiantes. El estudio tuvo un diseño descriptivo correlacional, la población estuvo conformada por 1818 universitarios del área de salud y 2054 estudiantes de la carrera de enfermería del área metropolitana de Monterrey, NL. Se realizó un muestreo probabilístico estratificado por lo cual la muestra estuvo conformada por 126 estudiantes del área de enfermería y 142 de la carrera de ingeniería. Los resultados mostraron que existen correlaciones negativas y significativas, entre la sumatoria del instrumento AUDIT con el índice del dominio de conformidad (control de los impulsos y comportamientos de acuerdo a las normas sociales), ($r_s = -.203, p < .003$) es decir, que entre mayor sea el dominio de conformidad, menor es el consumo de alcohol. El valor seguridad es el factor que mantiene efecto en el no consumo de alcohol, con una varianza explicada de $r^2 = 16.5\%$ ($B = -.053, p = .001$). Se identificó que los valores de hedonismo presentan efecto en el consumo de alcohol en los jóvenes ($B = .047, p = .001$).

Rodríguez, Alonso B, Alonso M, Alonso MT, Oliva y Armendáriz (2015), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre los valores terminales e instrumentales y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, en una muestra de 386 estudiantes de preparatoria, mediante un censo. Los resultados muestran que a mayor índice de valores terminales, menor es el índice de consumo de alcohol dependiente ($r = -.150, p = .036$), además se encontró que los valores terminales placer ($U = 15848.0, p = .005$) y poder social ($U = 15052.0, p = .005$) y los valores instrumentales atrevido ($U = 16589.5, p = .048$) y gozar de la vida ($U = 8277.0, p = .001$) mostraron relación significativa mayor con los consumidores de alcohol.

En el estudio realizado por Pedrero (2009), cuyo objetivo fue explorar la relación entre los valores sociales y el consumo de alcohol, la muestra estuvo conformada por 178 adolescentes españoles se encontraron puntuaciones altas con el consumo de alcohol y los valores de poder ($r = 0.20, p < 0.05$), estimulación ($r = 0.33, p < 0.01$), y hedonismo ($r = 0.20, p < 0.05$).

Ramírez y Musitu (2008), analizaron la relación existente entre el consumo de alcohol y tabaco y los recursos de afrontamiento de los adolescentes, como autoestima y los valores, en una muestra aleatoria de 350 adolescentes entre 12 y 22 años de edad que cursaban estudios de educación media, media superior y superior en Cuernavaca, Morelos, México. Encontraron que existe una relación positiva entre el consumo de alcohol y los valores de estimulación ($r = .186, p = .001$) y hedonismo ($r = .152, p = .010$) y relaciones negativas significativas con los valores de conformidad ($r = -.166, p = .010$) y tradición ($r = -.119, p = .05$); es decir, a mayores valores de estimulación y hedonismo mayor consumo de alcohol y a mayores valores de conformidad y tradición menor consumo de alcohol.

Moreno (2005) realizó un estudio para evaluar los valores de los adolescentes que influyen en actitudes hacia el consumo de alcohol y el consumo de esta sustancia. La muestra se conformó por 382 adolescentes varones escolarizados de 13 a 17 años de edad estudiantes de colegios de nivel socioeconómico alto de Buenos Aires, Argentina. Se observó que la media de actitud permisiva era más alta en bebedores de alcohol ($\bar{X} = 2.89, p < .001$) que en no bebedores ($\bar{X} = 2.47, p < .001$) y esta actitud permisiva es afectada por los valores de poder ($\beta = .209, p < .001$) estimulación ($\beta = .13, p = .05$) y valor de seguridad ($\beta = .16, p = .04$). En la actitud de facilitación social hacia el consumo, esta fue más alta en bebedores ($\bar{X} = 1.90, p < .001$) que en no bebedores ($\bar{X} = 1.71, p < .001$) y los valores que mostraron efecto significativo en esta actitud de

facilitación social hacia el consumo de alcohol son el poder ($\beta = .13, p = .05$) y el valor de conformidad ($\beta = -.22, p < .001$).

Respecto a las actitudes hacia la prevención del consumo de alcohol las medias más altas fueron en no bebedores ($\bar{X} = 2.89, p < .001$), que en los bebedores ($\bar{X} = 2.68, p < .001$). Los valores que tienen efecto significativo hacia una actitud preventiva del consumo de alcohol, son el valor de universalidad (que incluye valores de aceptación y comprensión de los demás) ($\beta = .347, p < .001$), y el valor de conformidad ($\beta = .163, p = .003$); así mismo, el valor de la benevolencia ($\beta = .406, p < .001$).

La síntesis de los estudios, señala que algunos valores como el placer, el poder social, ser atrevido, gozar de la vida y los valores asociados con la estimulación y el hedonismo, están relacionados con el consumo de alcohol, y valores como la seguridad tiene efecto en el no consumo de alcohol.

Conducta de enfermedad.

En el 2015, Lima, Guerra, Domínguez y Lima realizaron un estudio para conocer las perspectivas de enfermos alcohólicos y de sus familiares sobre las características de la conducta de enfermedad, identificando las dificultades para modificar la conducta adictiva y emprender la recuperación. Utilizaron el método de investigación etnográfica desde la antropología interpretativa, mediante la observación participante y entrevistas a profundidad miembros de Alcohólicos Anónimos y sus familiares integrantes de Al-anon de la provincia de Sevilla, España. La selección de los participantes se realizó deliberadamente considerando aquellos que se encontraban en la última etapa de la conducta de enfermedad y del proceso de cambio de la conducta adictiva y sus familiares.

Los resultados muestran que en la etapa inicial o de percepción e interpretación de los signos de enfermedad las personas alcohólicas suelen iniciar el consumo de alcohol en edades muy tempranas y contribuye el hecho de convivir con personas

bebedoras o en un ambiente en el que el consumo de alcohol era aceptado y se observa que las esposas de alcohólicos han vivido experiencias similares. Durante los primeros años, el consumo de alcohol en estas personas forma parte de la diversión, el ocio y las relaciones sociales, además les ayuda a vencer problemas de personalidad como inseguridad, timidez o a mejorar sus relaciones con amigos, personas de distinto sexo, entre otros, lo que los lleva a encontrar beneficios en el consumo.

El aumento progresivo del consumo llevaba al alcohólico a anteponer el alcohol a otras responsabilidades familiares, laborales, sociales, y se acompañaba de una serie de problemas que afectaban a las esferas de su vida y de su familia. Los problemas con la justicia, las infracciones de tráfico, por conducir bajo el influjo del alcohol, los accidentes con lesiones a terceros que en ocasiones conllevan penas de cárcel, los problemas laborales y los problemas de salud derivados del consumo son habituales en esta etapa de la enfermedad.

Posteriormente aparece la etapa de tomar conciencia de la enfermedad que aparece después de una fuerte resaca o un accidente, donde aparecen sentimientos de culpa y arrepentimiento. Después viene la búsqueda de asistencia, en algunos casos, las personas alcohólicas buscan ayuda sin llegar a considerarse enfermos, en otros casos, no se planea dejar de consumir alcohol sino que quieren aprender a controlar el consumo.

Posterior a esto aparece la aceptación del papel de paciente, las personas que acudían por primera vez a las reuniones de AA, tardaban tiempo en considerarse enfermos. El proceso de aceptación de este rol comenzaba con un cambio en la imagen que tenían del alcohólico. El cambio se producía al observar en las reuniones a numerosos enfermos alcohólicos cuya imagen se alejaba de la que ellos tenían del enfermo alcohólico. Por último viene la etapa de la recuperación que conforma la última etapa de la conducta de enfermedad y debe venir precedida de la aceptación del rol de

paciente. El proceso de recuperación de los participantes tenía como objetivo desarrollar un régimen de vida en abstinencia y evitar las recaídas.

Lima, Lima, Jiménez y Marín (2009), realizaron un estudio con dos objetivos: 1) describir la forma particular en la que se produce la aceptación del papel del enfermo y demanda de asistencia en las personas alcohólicas y 2) identificar los elementos socioculturales que dificultan la asunción de dicho rol en personas dependientes al alcohol. Se realizó un estudio etnográfico explicativo, cualitativo, no experimental transversal, utilizando dos entrevistas a profundidad a dos personas dependientes al alcohol y observación participativa en grupos de Alcohólicos Anónimos. Los resultados mostraron que el alcoholismo suele considerarse como una conducta no aprobada en lugar de enfermedad, donde la persona dependiente al alcohol es estigmatizado al depositar toda la responsabilidad en él y no en la sustancia.

Además se encontró que entre las razones que llevan a una persona dependiente del alcohol a reconocer su enfermedad y pedir ayuda se encuentran las modificaciones en el estado de ánimo, las dificultades para desarrollar las tareas habituales, la alteración de las relaciones familiares y la imposibilidad de asistir al trabajo. La persona dependiente del alcohol desarrolla un proceso complejo antes de reconocer su enfermedad.

En momentos iniciales se considera un bebedor social, al que el alcohol le ayuda a vencer la timidez, divertirse, ganar amigos, olvidar problemas, desinhibirse, etc. El alcohol se siente como un aliado para relacionarse, divertirse, evadirse y no como un problema. Además se considera capaz de controlar el consumo e incluso abandonarlo cuando lo desee.

De esta manera empieza a confundir la causa con la consecuencia, es decir, cree que son sus problemas los que le llevan al alcohol, en vez de pensar que es el alcohol el origen de sus problemas. Tras un tiempo, cuya duración es variable, se pasa la línea

invisible que separa al bebedor social, capaz de controlar el consumo, del consumidor compulsivo incapaz de controlarlo, es decir, del enfermo alcohólico.

En esta etapa empiezan a surgir problemas familiares, laborales, económicos, que con frecuencia, llevan al alcohólico a justificar un mayor consumo, debido a las dificultades que atraviesa. En esta situación los problemas siguen aumentando como son las amenazas de separación matrimonial, deudas, despidos y accidentes, que más tarde se acompañan de problemas físicos.

A pesar de los problemas que la persona tiene, aun no siente la necesidad de demandar ayuda, no es hasta la llegada de lo que los informantes consideran una situación límite e insostenible, en la que por fin, utilizando sus propias palabras, “toca fondo” empiezan a tomar conciencia de su enfermedad y aceptan el reconocimiento de la enfermedad y demandar ayuda.

Kingston, Jorm, Kitchener, Hides, Kelly, Morgan et al. (2009) describieron el desarrollo de directrices de ayuda en salud mental, sobre la forma de ayudar a personas que tengan o puedan presentar un problema con el consumo de alcohol. Se llevó a cabo una revisión sistemática y síntesis de literatura para desarrollar una encuesta de 285 preguntas que contiene estrategias sobre la manera de ayudar a estas personas. Se encuestaron 99 expertos (consumidores, cuidadores y expertos) de Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos, mediante un proceso Delphi.

Los resultados muestran que las directrices aprobadas proporcionan orientación sobre cómo: reconocer problemas con el alcohol; acercarse a alguien si hay preocupación acerca de la bebida; apoyar a la persona a cambiar su forma de beber; responder si no están dispuestos a cambiar su manera de beber; facilitar la búsqueda de ayuda profesional y responder si la ayuda profesional se negó; y gestionar una emergencia médica relacionada con el alcohol. Además se encontró que mejorar el

conocimiento y la comprensión de cómo identificar y apoyar a alguien con un problema de alcoholismo puede llevar al reconocimiento temprano de problemas con el alcohol y una mayor facilitación de la búsqueda de ayuda profesional.

Fonsi, Carvalho y Laranjeira (2009) desarrollaron un estudio bibliográfico con el fin de abordar los factores sociales, psicológicos e individuales que intervienen en el síndrome del alcoholismo, así como una serie de obstáculos relativos al ingreso de tratamiento, la adherencia y la deserción en los pacientes alcohólicos, mediante la revisión bibliográfica y sus experiencias observadas en la práctica diaria en la Unidad de Investigación de Drogas y Alcohol con sede en la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp). El análisis de los obstáculos muestran que existen múltiples factores que impiden que el paciente con dependencia al alcohol supere estas barreras para permanecer en el tratamiento, además se encontró que las mujeres tienen más obstáculos en comparación con los hombres.

Estos obstáculos se clasificaron en 1) obstáculos sistémicos; que incluyen la desigualdad de género, la falta de información sobre ciertas poblaciones, la oferta y la demanda del tratamiento especializado, la mala atención primaria y la calificación de los profesionales de salud. 2) Socio-cultural e individual, que incluyen estigma y prejuicio social, el miedo a perder la custodia de los hijos, el apoyo familiar, el estatus marital, la motivación, la resistencia al tratamiento, la recaída, los eventos de la vida, etnia, y la comorbilidad psiquiátrica. 3) Estructural, donde se incluyen el lugar de tratamiento y el costo, lista de espera, las características de los programas, el servicio de apoyo y la relación paciente-terapeuta.

Los estudios sobre la conducta de enfermedad coinciden en que las personas con dependencia al alcohol (alcoholismo) siguen proceso antes de la aceptación de la enfermedad, búsqueda de ayuda y la recuperación. El consumo de alcohol es visto primeramente como un medio de socialización para estas personas, posteriormente ese

consumo va aumentando hasta causar problemas sociales, laborales, familiares y económicos, sin embargo es hasta una situación específica que ellos comienzan a tomar consciencia de su enfermedad y con ello la búsqueda de asistencia y por último el reconocimiento de la enfermedad.

En síntesis, la evidencia científica muestra cómo se han sustentado las proposiciones y se observa que las variables de estudio muestran relaciones similares a las propuestas por la teoría de Autotrascendencia de Reed (2008). Sin embargo, no se ha encontrado evidencia científica de algunas de las proposiciones que señala la teoría, estas proposiciones serán comprobadas o refutadas al término de la investigación y son consideradas áreas para el aporte de nuevo conocimiento.

Definición de Términos

A continuación se describe la definición de las variables del presente estudio.

Edad.

Es el número de años de vida cumplidos en el momento de la recolección de los datos, expresado por el participante.

Sexo.

Es el equivalente a la diferencia biológica entre hombre y mujer.

Nivel Educativo.

Se refiere al grado académico que haya finalizado el participante y se clasifica en: primaria, secundaria, preparatoria, técnica, profesional y posgrado. Además se considera la cantidad de años cursados.

Ocupación.

Se consideran las actividades remuneradas o no remuneradas que realiza el participante. Se clasificará como: estudia, trabaja, estudia y trabaja, no estudia y no trabaja, jubilado y/o pensionado y realiza actividades altruistas. Para el caso de las

personas que trabajan se clasificará en: empleado de institución privada, empleado de gobierno, negocio propio.

Religión.

Es la religión que declara profesar el participante y se clasifica en: católico, cristiano, otros y ninguno.

Las variables sociodemográficas serán registradas a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA).

Eventos Estresantes.

Es la percepción que tiene el consumidor dependiente al alcohol de una serie o conjunto de hechos o acontecimientos que ocurren en los últimos doce meses de su vida y que le son inquietantes, preocupantes o que le mortifican. Medido a través de la Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECRS) elaborado por Holmes y Rahe (1967).

Espiritualidad.

Experiencia interna que tiene la persona dependiente al alcohol que se evidencia a través de la autoconciencia, las prácticas espirituales, las creencias espirituales y las necesidades espirituales, como leer materiales espirituales, hacer meditación, considerar la espiritualidad como una guía para tomar decisiones. Será medido a través de la Escala de Perspectiva Espiritual (Reed, 1986).

Valores.

Son creencias personales consistentes y duraderas de carácter evaluativo, e ideales que el participante refiere tener en el momento de la aplicación de los instrumentos. Estos se clasifican en terminales e instrumentales.

Valores terminales (relativos a la existencia) son estados finales o metas que al individuo le gustaría conseguir a lo largo de su vida; en los valores terminales o finales, se pueden distinguir los valores intrapersonales que atañen al individuo, estos son: amor maduro, armonía interna, felicidad, igualdad, placer, respeto a sí mismo, sabiduría,

salvación, sentido de logro y los interpersonales (se refieren a la vida en común), que son libertad, mundo de belleza, mundo de paz, reconocimiento social, seguridad de la familia, seguridad nacional, amistad verdadera, vida cómoda y vida excitante.

Valores instrumentales son comportamientos mediante los cuales se consiguen los fines deseados, pueden ser morales (conectados con los interpersonales) y que generan sentimientos de culpabilidad o de competencia (conectados con los intrapersonales), entre los cuales se indican: el ser valiente, es decir ser capaz de defender las propias ideas, ser educado, correcto, de buenas maneras, ser intelectual (inteligente, reflexivo), honrado (sincero, verdadero), obediente (deferente, respetuoso), lógico (consciente, racional), imaginativo (atrevido, creativo), capaz (competente, afectivo), alegre (de corazón abierto, gozoso), autocontrolado (discreto, autodisciplinado), capaz de perdonar (dispuesto a perdonar a otros), tener capacidad de amar (afectivo, tierno), responsable (fiable, digno de confianza), independiente (confianza en sí mismo autosuficiente), limpio (aseado, ordenado), ambicioso (buen trabajador, con aspiraciones), liberal (abierto de mente) y servicial (trabaja por el bienestar ajeno). Serán medidos a través del Cuestionario de Valores de Schwartz [VAL], (Schwartz & Bilsky, 1987).

Bienestar Psicológico.

Perspectiva individual de tener un funcionamiento mental y emocional positivo de la persona que se muestra en la autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Será medido a través de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989).

Bienestar Social.

Perspectiva individual que tiene la persona dependiente al alcohol sobre el propio desempeño en la sociedad, evidenciado a través de la integración social, la contribución

social y la actualización social, la aceptación social y la coherencia social, medido a través del cuestionario de Bienestar Social de Keyes, 1998.

Bienestar Físico.

Bienestar físico es definido como el no consumo de alcohol (no consumo de alcohol y/o abstinencia) en un lapso mayor a tres meses. Será medido a través de la Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol. Cuando presente consumo de alcohol en los últimos tres meses se considerará no bienestar físico. Por lo que fue medido a través de la cantidad de días sin consumo de alcohol.

El consumo de alcohol se refiere a la ingesta de bebidas alcohólicas y se evalúa en términos de frecuencia y cantidad de ingesta de bebidas alcohólicas en un día típico.

Para lo cual, se mide en relación al número de bebidas alcohólicas estándar consumidas en un día típico además de clasificar en tres tipos de consumo: consumo sensato (sin riesgo), dependiente (de riesgo) y dañino (perjudicial). El consumo de alcohol se evaluará a través del Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT). A continuación se describe cada tipo de consumo.

Consumo sensato (sin riesgo) es el consumo en un día típico de no más de cuatro bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en el caso de los hombres y no más de dos bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana para las mujeres.

Consumo dependiente (de riesgo) es el consumo de cinco a nueve bebidas alcohólicas por ocasión en los hombres y de tres a cinco bebidas alcohólicas en las mujeres, además de haber dejado de realizar alguna actividad cotidiana causada por el consumo.

Consumo dañino (perjudicial) es el consumo en un día típico, de diez a más bebidas alcohólicas en los hombres y de seis a más bebidas alcohólicas en las mujeres, además de que algún familiar o personal de salud haya manifestado preocupación por la forma de consumir alcohol.

Además, el consumo de alcohol se evaluó a través de la prevalencia de consumo: prevalencia global (alguna vez en la vida), lápsica (en el último año), actual (en el último mes) e instantánea (en los últimos siete días).

Conducta de Enfermedad.

Serán las experiencias expresadas por los consumidores dependientes de alcohol en tratamiento acerca de las situaciones que los llevaron a reconocer la enfermedad (alcoholismo), a que situaciones se enfrentaron antes de decidir ingresar al programa de doce pasos de AA y las experiencias acerca de cómo se han mantenido en tratamiento y sobriedad. Será abordado cualitativamente, mediante una entrevista semi-estructurada de manera individual en 10 informantes clave.

Objetivo General

Determinar la capacidad explicativa del Modelo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación.

Objetivos Específicos

1. Determinar la relación y efecto entre los eventos estresantes con la espiritualidad y los valores en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación.
2. Determinar la relación y efecto entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación.
3. Identificar el efecto mediador o moderador de la edad, sexo, ocupación, el estado civil, el nivel educativo y la religión sobre los eventos estresantes y la espiritualidad y sobre los eventos estresantes y los valores en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación.
4. Identificar el efecto mediador o moderador de la edad, sexo, ocupación, el estado civil, el nivel educativo y la religión sobre espiritualidad y el bienestar

psicológico, social y físico y sobre los valores y el bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación.

5. Comprender desde la perspectiva del participante dependiente de alcohol la conducta de enfermedad (alcoholismo) a través del proceso y las experiencias vividas desde el reconocimiento de la enfermedad, la búsqueda de tratamiento y el mantenimiento en el Programa de 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos.

Hipótesis

H1. Los eventos estresantes están asociados con la espiritualidad y con los valores en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación.

H2. A mayor espiritualidad y mayores valores, mayor bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación.

H3. La edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la religión influyen en la relación entre los eventos estresantes y la espiritualidad y entre los eventos estresantes y los valores en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación.

H4. La edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la religión influyen en la relación entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, los instrumentos de medición, el procedimiento para la recolección de información, consideraciones éticas, el análisis de datos y resultados de prueba piloto.

Diseño de Estudio

El presente estudio tuvo un diseño mixto (cuanti-cuali). En el componente cuantitativo fue correlacional, explicativo, predictivo de comprobación de modelo, debido a que el propósito del estudio es proponer un modelo explicativo (Burns & Grove, 2005) en el que las variables predicen la conducta de abstinencia y el mantenimiento del no consumo excesivo de alcohol en personas en tratamiento de AA. En el componente cualitativo se hará uso de la Teoría Fundamentada (interpretación continua y comparación de contrastes) y la fuente de recolección de información serán los participantes de los centros AA del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, mediante entrevistas individuales, utilizando una guía de preguntas semi-estructurada (Glaser & Stratus, 2009). La triangulación metodológica será de dos métodos y de fuentes de datos, lo que permitirá aumentar la validez y fiabilidad de los resultados derivados de la utilización de múltiples métodos en una interpretación válida y coherente (Burns & Grove, 2009; Taylor & Bogdan, 1990; Strauss & Corbin, 2002).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por los adultos hombres y mujeres pertenecientes a los 112 grupos AA del área metropolitana de Monterrey Nuevo León. El muestreo será aleatorio simple, por conglomerados (grupos AA), la selección del conglomerado se realizó a través de la tabla de números aleatorios hasta completar 22 grupos AA, debido a que se estima que el tamaño promedio de los conglomerados es de

10 participantes por grupo. El tamaño de la muestra fue determinado mediante el paquete estadístico nQueryAdvisor 7.0 (Elashoff, 2007), con un nivel de confianza del 95%, con un límite de estimación de .04, para un enfoque conservador de 50% ($p=q=1/2$), un efecto de diseño de 1.20 y considerando una tasa de no respuesta del 5%, para una muestra total de 218 participantes.

Para el componente cualitativo el muestreo será teórico, que consiste en recoger datos que emergen en las realidades como producto de la construcción que hacen los participantes clave y que derivan como categorías o posibles conceptos para lo cual el analista al mismo tiempo recoge, codifica e interpreta, hasta llegar a la saturación de las categorías (Glaser & Strauss, 1967). Originalmente se planteó realizar 10 entrevistas individuales, sin embargo se llegó a la saturación de los datos con ocho entrevistas. De no ser así, se consideró incluir cinco participantes más, pero esto no fue necesario. Los informantes clave debieron tener más de tres meses dentro del programa de 12 de pasos de Alcohólicos Anónimos.

Criterios de Inclusión

Los participantes deberán tener más de 24 horas sin consumir alcohol para evitar que presenten síntomas del síndrome de abstinencia (Anderson, Gual & Colon, 2008).

Instrumentos de Medición

En este apartado se describen los instrumentos de medición que se utilizaron para la recolección de información. Se utilizó una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA), seis instrumentos y una guía de preguntas semi-estructurada (componente cualitativo). Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECRS), la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), el Cuestionario de Valores Schwarts (VAL), Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la Escala de bienestar social de Keyes y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo Alcohol (AUDIT).

La Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (Apéndice A) incluye tres apartados, el primer apartado es para los datos sociodemográficos y consta de siete preguntas donde se indaga el sexo, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y la religión. En el segundo apartado se indaga acerca del historial de consumo de alcohol, este apartado consta de cinco preguntas acerca de la edad de inicio, la cantidad de bebidas consumidas en un día típico, la frecuencia de consumo de alcohol, la edad de ingreso al programa de AA y la cantidad de veces que se consumió alcohol posterior al ingreso a AA. El tercer apartado se indaga la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días.

Para medir los eventos estresantes se utilizó la Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECSR) elaborada en 1967 por Holmes y Rahe (Apéndice B), este instrumento ha sido utilizado como herramienta para medir el ajuste social requerido o el nivel de estrés asociado con varios eventos de la vida. Esta escala cuenta con 43 reactivos que pertenecen a dos categorías; aquellos que indican el estilo de vida del individuo y aquellos sucesos que involucran al individuo; estas categorías incluyen ampliamente la constelación familiar, el matrimonio, la ocupación, la economía, la resistencia, las relaciones de grupo y de iguales, la educación, religión, recreación y la salud.

En esa escala cada uno de los reactivos cuenta con una clasificación que indica el grado de estrés o reajuste social necesario cuando éste se presenta y va desde 100 (muerte del conyugue) para el evento más estresante hasta 11 (infracción menor con la ley) para el menos estresante y se sumarán los valores de cada evento ocurrido en un año, en caso de que un evento haya ocurrido más de una vez en el último año se multiplica el valor por el número de ocurrencias. Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana, en el estado de Nuevo León y de Tamaulipas donde reportó un Alpha de Cronbach de .78 (Hinojosa, Alonso & Castillo, 2012).

El segundo instrumento fue la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) elaborado por Reed (Apéndice C), que consta de 10 enunciados que se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, donde a mayor puntaje mayor espiritualidad, las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca, 2) Menos de una vez al año, 3) Mas o menos una vez al año, 4) Mas o menos una vez al mes, 5) Mas o menos una vez a la semana y 6) Mas o menos una vez al día. Las preguntas del 5 al 10 son respondidas de la siguiente manera: 1) Extremadamente en desacuerdo, 2) Desacuerdo, 3) En desacuerdo más que en acuerdo, 4) De acuerdo más que en desacuerdo, 5) De acuerdo y 6) Extremadamente de acuerdo.

La escala mide un conocimiento de sí mismo, a un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo. El instrumento se basa en la conceptualización de espiritualidad como una experiencia humana particularmente relevante en las fases tardías del desarrollo de la vida y en momentos donde se aumenta la conciencia de la mortalidad. El instrumento consta de una subescala denominada prácticas espirituales (1 al 4), y otra subescala denominada creencias espirituales (del 5 al 10); ambas se califican en un rango de 1 a 6, para un puntaje total de 24 la primera subescala y 36 la segunda. Se obtendrá índices de cada subescala y de la escala en general, donde a mayor puntaje mayor es el índice de espiritualidad. La escala original mostró un Alpha de Cronbach de .90 (Reed, 1987), en un estudio realizado en población latina, la escala reportó un Alpha de Cronbach de .89 (Campesino, Belyea & Schwartz, 2009).

El tercer instrumento es el Cuestionario de Valores de Schwartz (VAL), elaborado por Schwartz y Bilsky en 1987 (Apéndice D) consiste en una modificación del Cuestionario de Valores de Rokeach Value Survey (Rokeach, 1973) mide los valores, extendiéndose a 56 valores, partiendo de diez dimensiones propuestas en el modelo de Schwartz. Estas diez dimensiones son: hedonismo, logro, poder, seguridad,

conformidad, tradición, benevolencia, universalismo, autodirección y estimulación. El instrumento consta de dos subescalas, el primer listado son los valores terminales del 1 al 30 y el segundo listado los valores instrumentales del 31 al 56. Cada reactivo es valorado como nada importante, moderadamente importante y muy importante. Para autodirección corresponden los reactivos: 05, 14, 16, 31, 41, 44 y 53, para estimulación el 09, 25 y 37, hedonismo 04 y 50, logro: reactivos 34, 39, 43, 48 y 55, poder reactivos: 03, 12, 23, 27 y 46, para seguridad 07, 08, 13, 15, 22, 42, 56, conformidad el 11, 20, 40 y 47, tradición: reactivos 18, 21, 32, 36 y 51, para benevolencia 06, 10, 19, 28, 33, 45, 49, 52 y 54 y para universalismo los reactivos 01, 02, 17, 24, 26, 29, 30, 35 y 38. Se obtendrán índices por cada subescala y del cuestionario en general, donde a mayor puntaje mayor es el índice de valores.

Este instrumento ha sido utilizado en adolescentes de población mexicana por Ramírez y Musitu (2008), donde se encontró que el Coeficiente Alpha de Cronbach oscila entre 0.84 y 0.92 y el Coeficiente Gottman entre 0.89 y 0.93. Rodríguez, Alonso, Alonso, Alonso, Oliva y Armendáriz (2015), aplicaron este cuestionario en adolescentes mexicanos, donde reportan un Alpha de Cronbach de .90.

Para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) (Apéndice E), El instrumento cuenta con un total de seis subescalas y 29 enunciados que se responden en una escala tipo likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo), donde a mayor puntuación mayor bienestar psicológico. Las subescalas están conformadas de la siguiente manera: escala de autoaceptación, ítems 1, 7, 17, 24; subescala de relaciones positivas con otros, ítems 2, 8, 12, 22, 25; autonomía, ítems 3, 4, 9, 13, 18 y 23; dominio del entorno, ítems 5, 10, 14, 19 y 29; propósito en la vida, ítems 6, 11, 15, 16 y 20; crecimiento personal, ítems 21, 26, 27, 28. Los ítems 2, 5, 8, 9, 19, 22, 23, 26 están redactados de manera negativa. Se obtendrán índices por cada subescala y de la escala en general, donde a mayor puntaje

mayor es el índice de bienestar psicológico. La versión original de esta escala reportó valores de Alpha de Cronbach de entre .97 y .98 (Ryff, 1989) y ha sido utilizado por Díaz (2008) en estudiantes universitarios colombianos, donde reportó un Alpha de Cronbach de .89.

Para medir el bienestar social, se utilizó la Escala de Bienestar Social de Keyes (1998) (Apéndice F), esta escala consta de 33 ítems divididos en cinco subescalas; Integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y coherencia social. Las opciones de respuesta son en una escala tipo likert que va desde 1 fuertemente en desacuerdo, 6 hasta fuertemente en acuerdo, donde a mayor puntuación, mayor bienestar psicológico. Las subescalas se conforman de la siguiente manera: integración social, ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26 y 31, aceptación social, los ítems 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32 y 33 contribución social, ítems 3, 8, 13, 18, 23 y 28, a la subescala de actualización social le corresponden los ítems 4, 9, 14, 19, 24 y 29 y por último la subescala de coherencia social los ítems 5, 10, 15, 20, 25, y 30. Los ítems 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26 y 27 están redactadas de manera negativa. Se obtendrán índices por cada subescala y de la escala en general, donde a mayor puntaje mayor es el índice de bienestar social. Esta escala presentó datos de Alpha de Cronbach que oscilan entre .57 a .81 (Keyes, 1998).

Este instrumento fue traducido al español por Blanco y Díaz (2005), en una muestra de 192 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, y 277 trabajadores de diversas empresas de la comunidad de Madrid; donde mostró una consistencia interna de 0.68 a 0.83. Díaz (2012), aplicó este instrumento en estudiantes universitarios de Colombia, donde reportó un Alpha de Cronbach de .85.

El último instrumento fue el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT] (Apéndice G), desarrollada por la OMS, fue validada para la población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992), la

escala evalúa el tipo de consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Está conformada por 10 reactivos, en los cuales del uno al tres se indican la cantidad y frecuencia de consumo y determina el consumo sensato (sin riesgo), los reactivos del cuatro al seis determinan el consumo dependiente (de riesgo) y del siete a diez determinan el consumo dañino (perjudicial).

Los resultados oscilan de cero a cuarenta puntos, la calificación de uno a tres puntos se considera como consumo sensato (sin riesgo), el resultado de cuatro a siete puntos se considera como consumo dependiente (de riesgo) y el reporte de ocho a más puntos se considera como consumo dañino (perjudicial).

Los autores reportaron una sensibilidad del 80% y una especificidad de 95% (De la Fuente & Kershenobich, 1992). Este instrumento fue utilizado en jóvenes universitarios de Monterrey N.L. México donde se reportó un Alpha de Cronbach de 0.83.

Además se consideraron las prevalencias de consumo de alcohol: global, lápsica, los últimos 3 meses, actual e instantánea y la cantidad de días sin consumo de alcohol.

Para el componente cualitativo se utilizó una guía de preguntas semi-estructura para entrevistas individuales. Esta guía tiene como propósito conocer las experiencias que viven las personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación en el programa de 12 pasos de AA que los llevaron a aceptar su enfermedad, así como las experiencias que los llevaron a buscar ayuda en AA y cómo se han mantenido en el programa de recuperación de 12 pasos (Apéndice H).

Proceso para la Recolección de Información

En primera instancia se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se buscó la autorización de cada uno de los grupos de AA del área metropolitana de Monterrey Nuevo León, ya que cada

grupo es independiente se solicitó la aprobación a cada uno de los grupos que fueron seleccionados. Se les dio a conocer el propósito del proyecto de investigación y se les aclaró cualquier duda acerca del estudio.

Posteriormente se realizó un acercamiento con los integrantes de cada grupo de AA, donde fueron invitados a participar en el estudio y se les explicaron los objetivos del proyecto de investigación, mediante una explicación clara y concisa. Además se les explicó el consentimiento informado (Apéndice I). En la explicación del consentimiento informado, se hizo énfasis en la importancia de su participación en el estudio y de las consideraciones éticas acerca del anonimato y la confidencialidad al momento de aceptar ser parte del estudio. Se les aclararon dudas respecto a su participación y el procedimiento de la recolección de la información, y se les entregó el consentimiento informado.

La recolección de datos se llevó a cabo en dos momentos, uno para los datos cuantitativos y otro para los datos cualitativos, la recolección de datos se llevó a cabo por el investigador principal y dos estudiantes de maestría previamente capacitados. En el primer momento de recolección se acondicionó el área de reuniones de los grupos de AA para que los participantes se sintieran cómodos para el llenado de los instrumentos. Previamente a la recolección de los datos, se les pidió el consentimiento informado firmado por cada uno de los participantes, posteriormente se les entregó de manera individual un sobre color amarillo con los instrumentos. El sobre contenía una Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol y seis instrumentos, que fue introducido en una caja forrada y sellada al término del llenado por cada participante. Antes de abandonar el lugar se les invitó a participar en las entrevistas individuales, y se les proporcionó el día, lugar, horario disponibles para la entrevista y la duración de la sesión, que fue aproximadamente de 50 minutos.

En este segundo momento de recolección se realizaron ocho entrevistas individuales mediante la guía de preguntas semi-estructuradas a partir de los integrantes de los centros de AA que aceptaron participar. Previamente a iniciar cada entrevista, se le dio la bienvenida a cada participante y se le colocó una etiqueta adhesiva con su primer nombre. Se les explicó los objetivos nuevamente, el procedimiento y el tiempo de desarrollo de la entrevista, el cual fue descrito en el consentimiento informado (Apéndice J). Se les pidió a los participantes su autorización para que la entrevista fuera grabada y se tomaran notas durante la conversación y se les señaló que posteriormente se realizaría la captura de los datos en donde sus relatos no serán identificados con sus nombres.

La entrevista (Strauss & Corbin, 2002) se enfocó hacia la guía de preguntas semi-estructurada, donde se abordó la conducta de enfermedad hacia el consumo dependiente de alcohol, las situaciones que los llevaron a convertirse en personas dependientes al alcohol, las situaciones a las que se enfrentaron antes de tomar la decisión de pedir ayuda para lograr su recuperación, así como también como ha sido el proceso para mantenerse en el programa de doce pasos de AA y las estrategias que utilizan para mantenerse en sobriedad.

Se realizó una entrevista a cada participante y se les dio a conocer la metodología que debe seguirse durante la sesión, se dejó en claro que no existen opiniones o respuestas correctas o incorrectas. La entrevista fue audiograbada con la finalidad de no perder información, por lo que previamente se solicitó la autorización al participante para audiograbar la entrevista. Al concluir la entrevista, se les agradeció a los participantes por sus aportaciones y su colaboración en el estudio. Los instrumentos y las audiograbaciones serán resguardadas por el autor principal por un lapso de 12 meses y posteriormente serán destruidos.

Previo a la recolección de datos cualitativos se capacitó a dos estudiantes de Maestría en Ciencias de Enfermería para colaborar con el autor principal en esta investigación. En cada una de las sesiones se contó con un facilitador (autor principal del estudio), que fue el responsable de guiar la entrevista, un secretario, que fue el encargado de preparar el lugar, el equipo de grabación y de verificar el material necesario, además se contó con un observador que apoyó al facilitador en todo momento, su función principal fue observar e indicar si se está presentando alguna situación en el participante o detectar si alguna de las preguntas no fue realizada. El tiempo estimado para la entrevista fue de 50 minutos desde la llegada hasta el término de la sesión.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987) en el cual se establece que para el desarrollo de investigación en salud, se deben contemplar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos, en los artículos que a continuación se mencionan.

Se considera lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe permanecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se respetó la decisión del integrantes de AA a participar o no en la investigación. Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, el desarrollo de la investigación se llevó a cabo posteriormente a la autorización de los Comités de Investigación y de Ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y del personal responsable de cada grupo de AA.

De acuerdo al Capítulo I, Artículo 16, se establece la protección a la privacidad del participante, para lo cual se contó con un espacio designado por la persona

responsable de cada grupo, donde el participante se encontró en completa libertad de contestar sin ser observado por sus compañeros. Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio es considerado de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención sobre variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los participantes. Sin embargo se utilizaran instrumentos que podrían causar emociones negativas, por lo que se tiene previsto la suspensión temporal de la recolección de los datos, para retomarse cuando el participante lo decida.

Se acató lo estipulado en el Artículo 18, donde declara que el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto. Así mismo, sería suspendida de inmediato cuando si el sujeto de investigación así lo manifiesta.

Para que el consentimiento informado tenga validez se acató lo estipulado en el Capítulo I, Artículo 20 y 21 en sus Fracciones VI, VII, VIII. En la Fracción VI se garantizó al participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información; de acuerdo a la Fracción VII, se informó al participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición en la institución; y en la Fracción VIII se protege la confidencialidad y el anonimato del sujeto al no identificarlo por su nombre.

Se respetará lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57 y 58 que señalan que los participantes son un grupo subordinado. La participación será voluntaria y no estará influenciado por ninguna autoridad de la institución, además se garantizará que los resultados no serán utilizados para causarles algún perjuicio ya que se mostrarán de forma general y no individualmente.

Por último se acató lo establecido en el Capítulo II, Artículo 30, para la investigación en comunidades que establece que, cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar

en una investigación, la Comisión de Ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad.

Análisis de Datos

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS versión 20.0 para Windows (Arbuckle, 2009). Primeramente se revisó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach. Posteriormente se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo de las variables continuas y categóricas se realizó mediante frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad. Para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas se aplicó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, para decidir el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas para dar respuesta a los objetivos e hipótesis.

Para dar respuesta al objetivo general que señala determinar la capacidad explicativa del Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación, se llevó a cabo a través de la Prueba de Modelo Lineal General Multivariante con método Bootstrap.

Para dar respuesta al primer objetivo que propone determinar la relación que existe entre los eventos estresantes con la espiritualidad y los valores se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, la prueba de Regresión Lineal Simple con Bootstrap y el Modelo Lineal General Multivariante con Bootstrap.

Para el objetivo dos que propone determinar la relación que existe entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico se utilizó el

Coefficiente de Correlación de Spearman y el Modelo Lineal General Multivariante con Bootstrap.

Para responder al tercer objetivo que propone identificar el efecto de la edad, sexo, ocupación, el estado civil, el nivel educativo y la religión sobre los eventos estresantes y la espiritualidad y sobre los eventos estresantes y los valores; y el cuarto objetivo que propone identificar el efecto de la edad, sexo, ocupación, el estado civil, el nivel educativo y la religión sobre espiritualidad y el bienestar psicológico, social y físico y sobre los valores y el bienestar psicológico, social y físico, se realizó mediante un Modelo Lineal General Multivariante con Bootstrap. Las tablas de los Modelos Generales Multivariantes sin el método Bootstrap se muestran en el apéndice M.

El análisis de datos cualitativo se llevó a cabo de forma artesanal, por lo cual se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas en formato Word, posteriormente se inició el proceso de codificación, resguardando un original de las transcripciones de las entrevistas. El análisis se efectuó a partir del microanálisis, línea por línea de las narraciones de los participantes, posteriormente se procedió a la codificación abierta identificando los códigos vivos, se llevó a cabo la reducción de los datos, para descubrir uniformidades o regularidades y emergiendo las primeras categorías en la codificación axial (Straus & Corbin, 2002). Por último se hizo la codificación selectiva para definir la categoría central de la investigación y las posibles relaciones con otras categorías y subcategoría que emergieron. La triangulación cuanti y cuali permitió la integración de los resultados obtenidos de ambas aproximaciones, complementando el análisis e interpretación del modelo final.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio, se muestra la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y del historial de consumo de alcohol. Posteriormente se presenta estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos en el estudio y por último los resultados cualitativos.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Consistencia Interna de los Instrumentos

Instrumento	<i>n</i>	No. de reactivos	Reactivos	α
Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECRS)	218 ^a	43	1 al 43	.90
Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)	218 ^a	10	1 al 10	.94
Prácticas Espirituales	218 ^a	4	1 al 4	.90
Creencias Espirituales	218 ^a	6	5 al 10	.96
Cuestionario de Valores de Schwartz (VAL)	218 ^a	56	1 al 56	.92
Valores Terminales	218 ^a	30	1 al 30	.85
Valores Instrumentales	218 ^a	26	31 al 56	.88
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	218 ^a	29	1 al 19	.89
Escala de Bienestar Social de Keyes	218 ^a	33	1 al 33	.89
Cuestionario de Identificación de los Tastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	45 ^b	10	1 al 10	.97

Nota: ^a*n* = muestra total, ^b*n* = consumidores de alcohol en el último año, α = Alpha de Cronbach

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio, la Escala de Clasificación de Reajuste Social mostró un Alpha de Cronbach de .90, la Escala de Perspectiva Espiritual reportó valores de .94, para la subescala de

prácticas espirituales .90 y .96 para la subescala de creencias espirituales. El Cuestionario de Valores de Schwartz mostró un valor de .92 para la escala total, .85 para la subescala de valores terminales y .88 para los valores instrumentales. La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff reportó un valor de .89, la Escala de Bienestar Social de Keyes reportó un Alpha de Cronbach de .89, por último el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) mostró un Alpha de Cronbach de .97 los cuales se consideran aceptables.

Además se realizó además el análisis factorial por componentes principales con rotación Varimax en la Escala de Perspectiva Espiritual (Apéndice K) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Apéndice L), debido a que la muestra fue suficiente solo para estos instrumentos.

Estadística Descriptiva

Tabla 2

Características sociodemográficas (sexo, estado civil, año escolar y ocupación)

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	25	11.5
Masculino	193	88.5
Estado civil		
Soltero	71	32.6
Casado	100	45.9
Viudo	19	8.7
Divorciado	17	7.8
Unión Libre	11	5.0
Nivel Educativo		
Primaria	52	23.9
Secundaria	49	22.5
Preparatoria	35	16.1
Técnica	19	8.7
Profesional	50	22.9
Posgrado	13	6.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 218

Continuación...

<i>Continuación...</i>		
Ocupación		
Estudia	17	7.8
Trabaja	148	67.9
Estudia y Trabaja	9	4.1
No Estudia y No Trabaja	14	6.4
Jubilado	30	13.8
Religión		
Católica	163	74.8
Cristiano	26	11.9
Otra	11	5.0
Ninguna	18	8.3

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, $n = 218$

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los participantes, en relación al sexo predominó el sexo masculino en un 88.5%, el 45.9% de los participantes estaban casados, el 23.9% (52) cursaron hasta nivel primaria, la mayoría trabaja 67.9% y la mayoría era religión católica 74.8%.

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes por tipo de consumo de alcohol según AUDIT

Tipo de Consumo	Si		No		IC 95%	
	f	%	f	%	LS	LI
Consumo sensato	4	1.8	41	98.2	.00	.18
Consumo dependiente	1	.5	44	99.5	-.02	.07
Consumo dañino	40	18.3	5	81.7	.79	.98

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje $n = 45$

En la tabla 3 se observa que la mayoría de los participantes que consumieron alcohol en el último año ($n = 45$) presentaron un consumo dañino (18.3%) IC 95% [.00-.18], el .5% consumo dependiente IC 95% [-.05-.07] y el 1.8% consumo sensato IC 95% [.79-.98].

En la tabla 4 se muestra la prevalencia global, lápsica, de los últimos 3 meses, actual e instantánea del consumo de alcohol. Se observa que el 100% (218) de los

participantes consumieron alcohol alguna vez en la vida, (45) es decir 20.6% participantes habían consumido alcohol en el último año IC 95% [.15-.26], el 14.2% (31) de los participantes habían consumido alcohol en los últimos tres meses IC 95% [.10-.19], por lo que el 85.8% (187) de los participantes se encontraban en bienestar físico de acuerdo con los conceptos definidos en este estudio. El 9.2% (20) habían consumido alcohol en el último mes IC 95% [.05-.13] y el 6.0% (13) de los participantes habían consumido alcohol en los últimos 7 días IC 95% [.03-.09].

Tabla 4

Prevalencia lápsica, últimos 3 meses, actual e instantánea del consumo de alcohol

Prevalencia de Consumo	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Alguna vez en la vida	218	100	218	100		
En el último año	45	20.6	173	79.4	.15	.26
En los últimos 3 meses	31	14.2	187	85.8	.10	.19
En el último mes	20	9.2	198	90.8	.05	.13
En los últimos 7 días	13	6.0	205	94.0	.03	.09

Nota: IC= Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, n = 218

Estadística Inferencial

En la tabla 5 se presentan los datos descriptivos de las variables continuas y los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se puede observar que los participantes tenían en promedio 47.82 años de edad ($\bar{X} = 47.82$, $Mdn = 48.00$, $DE = 14.22$). En cuanto a la escolaridad los participantes contaban con un promedio de 10.60 años de escolaridad ($\bar{X} = 10.60$, $Mdn = 10.00$, $DE = 4.08$) lo que equivale a primer año de nivel medio superior.

En cuanto al historial del consumo de alcohol se observó que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 15.26 años de edad ($\bar{X} = 15.26$, $Mdn = 15.00$,

$DE = 3.61$), la cantidad de bebidas consumidas en un día típico muestra un promedio de 16.70 ($\bar{X} = 16.70$, $Mdn = 18.00$, $DE = 6.59$), la edad promedio de ingreso al programa de AA fue de 32.26 años de edad ($\bar{X} = 32.26$, $Mdn = 30.00$, $DE = 8.90$), el promedio de recaídas fue de 1.43 ($\bar{X} = 1.43$, $Mdn = 0.00$, $DE = 4.5$) y el promedio de días sin consumo de alcohol fue de 4713.13 ($\bar{X} = 4713.13$, $Mdn = 2920.00$, $DE = 4711.43$).

De acuerdo a lo reportado por los instrumentos aplicados a los participantes la Escala de Clasificación de Reajuste Social mostró que el índice de eventos estresantes fue de 27.43 ($\bar{X} = 27.43$, $Mdn = 23.09$, $DE = 20.70$), la Escala de Perspectiva Espiritual mostró un índice de espiritualidad de 73.99 ($\bar{X} = 73.99$, $Mdn = 82.00$, $DE = 25.31$), el índice de prácticas espirituales fue de 68.53 ($\bar{X} = 68.53$, $Mdn = 80.00$, $DE = 29.49$) y el índice de creencias espirituales fue de ($\bar{X} = 77.63$, $Mdn = 83.33$, $DE = 26.52$). El Cuestionario de Valores de Schwartz mostró un índice de valores de 60.19 ($\bar{X} = 60.19$, $Mdn = 59.82$, $DE = 15.59$), el índice de valores terminales fue de 59.54 ($\bar{X} = 59.54$, $Mdn = 61.66$, $DE = 15.68$) y el índice de valores instrumentales fue de 60.92 ($\bar{X} = 60.92$, $Mdn = 59.61$, $DE = 18.31$).

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff mostró un índice de bienestar psicológico de 62.66 ($\bar{X} = 62.66$, $Mdn = 63.44$, $DE = 15.91$). La Escala de Bienestar Social de Keyes mostró un índice de bienestar psicológico total de 59.56 ($\bar{X} = 59.56$, $Mdn = 57.27$, $DE = 15.58$). Por último el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) mostró un índice total 11.14 ($\bar{X} = 11.14$, $Mdn = 0.00$, $DE = 24.60$).

Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov indican que la distribución de los datos no presenta normalidad ($p < .05$), a excepción de la edad, la aceptación social y la actualización social, por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica.

Tabla 5

Medias y Medianas de las variables continuas, numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección Lilliefors

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mín.	Valor Máx.	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad en años	218 ^a	47.82	48.00	14.22	18	80.00	.054	.200
Nivel educativo en años	218 ^a	10.60	10.00	4.08	2.00	21.00	.135	.001
Edad de inicio de alcohol	218 ^a	15.26	15.00	3.61	6.00	37.00	.194	.001
Cantidad de bebidas en un día típico	218 ^a	16.70	18.00	6.59	3.00	40.00	.107	.001
Edad de ingreso a AA	218 ^a	32.26	30.00	8.90	10.00	56.00	.105	.001
Cantidad de recaídas	218 ^a	1.43	0.00	4.50	0.00	50.00	.376	.001
Cantidad de días sin consumo de alcohol	218 ^a	4713.10	2920.00	4711.4	5.00	18250.00	.176	.001
Índice de eventos estresantes	218 ^a	27.43	23.09	20.70	0.00	85.00	.106	.001
Índice de espiritualidad	218 ^a	73.99	82.00	25.31	0.00	100.00	.184	.001
Índice de prácticas espirituales	218 ^a	68.53	80.00	29.49	0.00	100.00	.160	.001
Índice de creencias espirituales	218 ^a	77.63	83.33	26.52	0.00	100.00	.215	.000
Índice de valores	218 ^a	60.19	59.82	15.69	0.00	100.00	.068	.017
Índice de valores terminales	218 ^a	59.54	61.66	15.68	0.00	100.00	.086	.001
Índice de valores instrumentales	218 ^a	60.92	59.61	18.31	0.00	100.00	.073	.007
Índice de AUDIT	45 ^b	11.14	0.00	24.60	0.00	90.00	.468	.001

Nota: ^a*n* = muestra total, ^b*n* = consumidores de alcohol alguna en el último año, *DE* = Desviación Estándar, ^a*d* = Prueba de Normalidad, *p* = significancia

A continuación se presentan los resultados de los objetivos planteados. Para dar respuesta al primer objetivo que señala determinar la relación y efecto entre los eventos estresantes con la espiritualidad y los valores en personas dependientes de alcohol en

proceso de recuperación, se realizó la prueba de Coeficiente de Correlación Spearman, el Modelo de Regresión Lineal Simple con Bootstrap y el Modelo Lineal General Multivariante con Bootstrap. Los resultados se muestran en las tabla de la 6 a la 9.

Tabla 6

Coeficiente de Correlación de Spearman para los eventos estresantes, espiritualidad y valores

VARIABLES	Eventos Estresantes	<i>p</i>
Espiritualidad	.113	.097
Prácticas espirituales	.157	.021***
Creencias espirituales	.066	.330
Valores	-.046	.495
Valores terminales	.022	.746
Valores instrumentales	-.110	.104

Nota: $n = 218$, * $p < .001$, ** $p < .01$, *** $p < .05$

En la tabla 6 se observa que existe relación positiva y significativa entre los eventos estresantes y las prácticas espirituales ($r_s = .157$, $p = .021$), lo que indica que a mayor eventos estresante mayor prácticas espirituales. No se encontró relación significativa de los eventos estresantes y los valores ($p > .05$).

Tabla 7

Regresión lineal simple para el efecto de los eventos estresantes sobre la espiritualidad

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	1073.95	1	1073.95	1.69	.194
Residual	136898.02	216	633.78		
$R^2 = .003$					
Modelo ($n = 218$)	Coeficientes				
	<i>B</i>	<i>Sesgo</i>		<i>E</i>	<i>p</i>
Constante	71.04	-.038		3.46	.001
Eventos estresantes	.107	.003		.101	.292

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = media cuadrática, *p* = significancia

En la tabla 7 se observa que los eventos estresantes no tienen efecto significativo sobre la espiritualidad ($R^2 = .003$, $p = .194$).

Tabla 8

Regresión lineal simple para el efecto de los eventos estresantes sobre los valores

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	391.71	1	391.71	1.59	.208
Residual	53057.61	216	245.63		
$R^2 = .003$					
Modelo (<i>n</i> = 218)	Coeficientes				
	<i>B</i>	<i>Sesgo</i>		<i>E</i>	<i>p</i>
Constante	61.97	.009		2.10	.001
Eventos estresantes	-.065	.001		.062	.291

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = media cuadrática, *p* = significancia

En la tabla 8 se observa que los eventos estresantes no tienen efecto significativo sobre los valores ($R^2 = .003$, $p = .208$).

Tabla 9

Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes sobre la espiritualidad y los valores

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	F	<i>Gl</i>	gl del error	<i>p</i>	
Eventos Estresantes	.971	3.16	2.00	215.00	.044	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
Variables						
Origen	Dependientes	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Eventos estresantes	Valores	391.71	1	391.71	1.59	.208
	Espiritualidad	1073.95	1	1073.95	1.69	.194
a) $R^2 = .003$				b) $R^2 = .003$		

Nota: *Valor* = Lamda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Continuación...

Bootstrap para estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	P	IC 95%	
				LI	LS
Espiritualidad	Eventos estresantes	.107	.289	-.080	.314
Valores	Eventos estresantes	-.065	.287	-.181	.062

Nota: Valor = Lamda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *B* = Beta, *p* =significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Para determinar el efecto de los eventos estresantes sobre la espiritualidad y los valores se aplicó un Modelo Lineal General Multivariante (tabla 9), el cual resultó significativo ($p = .044$), sin embargo los eventos estresantes no tiene efecto significativo en con la espiritualidad ($B = .107$, $p = .289$) ni con los valores ($B = -.065$, $p = .287$) de manera separada.

Con los datos anteriores se da respuesta al primer objetivo.

Para dar respuesta al objetivo dos que propone determinar la relación y efecto entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación se realizó la prueba de Coeficiente de Correlación Spearman y el Modelo Lineal General Multivariante con Bootstrap. Los resultados se muestran en las tablas de la 10 a la 12.

Tabla 10

Coeficiente de Correlación de Spearman para espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Variables	Espiritualidad	Valores
Bienestar psicológico	.425 .001*	.394 .001*
Bienestar social	.498 .001*	.095 .162
Cantidad de días sin consumo de alcohol (bienestar físico)	.114 .093	-.021 .760

Nota: $n = 218$, * $p < .001$, ** $p < .01$, *** $p < .05$

En la tabla 10 se observa que la espiritualidad se relaciona positiva y significativamente con el bienestar psicológico ($r_s = .425, p = .001$) y el bienestar social ($r_s = .498, p = .001$) lo que indica que a mayor espiritualidad mayor bienestar psicológico y social. No se encontró relación significativa entre la espiritualidad y la cantidad de días sin consumo de alcohol (bienestar físico). También se encontró relación positiva y significativa entre los valores y el bienestar psicológico ($r_s = .394, p = .001$), lo que indica que a mayor valores mayor bienestar psicológico. No se encontró relación significativa entre los valores y el bienestar social ni en el bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol).

Tabla 11

Coefficiente de Correlación de Spearman para tipos de espiritualidad y tipos de valores con tipos de bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Variables	Prácticas espirituales	Creencias espirituales	Valores terminales	Valores instrumentales
Bienestar psicológico	.362 .001*	.359 .001*	.335 .001*	.406 .001*
Bienestar social	.449 .001*	.430 .001*	.044 .523	.179 .008**
Cantidad de días sin consumo de alcohol (bienestar físico)	.104 .127	.113 .095	-.040 .553	.012 .859

Nota: $n = 218$, * $p < .001$, ** $p < .01$, *** $p < .05$

En la tabla 11 se observa que las prácticas espirituales tiene relación positiva y significativa con bienestar psicológico ($r_s = .362, p = .001$) y con el bienestar social ($r_s = .449, p = .001$), lo que indica que mayores prácticas espirituales mayor bienestar psicológico y social. No se encontró relación significativa entre las prácticas espirituales y el bienestar físico ($r_s = .104 p = .127$). Las creencias espirituales muestra relación

positiva y significativa con el bienestar psicológico ($r_s = .359, p = .001$) y con el bienestar social ($r_s = .430, p = .001$), lo que indica que mayores creencias espirituales mayor bienestar psicológico y social. No se encontró relación significativa entre las creencias espirituales y el bienestar físico ($r_s = .113, p = .095$).

Los valores terminales muestra relación positiva y significativa con el bienestar psicológico ($r_s = .335, p = .001$), lo que significa que a más valores terminales mayor bienestar psicológico. No se encontró relación significativa entre los valores terminales y el bienestar social ($r_s = .044, p = .523$) ni con el bienestar físico ($r_s = -.040, p = .553$). Los valores instrumentales muestran relación positiva y significativa con el bienestar psicológico ($r_s = .406, p = .001$) y con el bienestar social ($r_s = .179, p = .008$) lo que indica que a más valores instrumentales mayor bienestar psicológico y social. No se encontró relación significativa ente entre los instrumentales y el bienestar físico ($r_s = .012, p = .859$).

En la tabla 12 se observa que el Modelo Lineal General Multivariante para la espiritualidad y los valores sobre el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol) resulta significativo para la espiritualidad ($p = .001$) y los valores ($p = .001$). Se observa que la espiritualidad muestra efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico ($B = .160, p = .004$), el bienestar social ($B = .324, p = .001$) y el bienestar físico ($B = 33.60, p = .019$), lo que indica que a mayor espiritualidad mayor bienestar psicológico, social y mayor días sin consumo de alcohol.

Los valores tiene efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico ($B = .364, p = .001$) lo que indica que a mayor valores mayor bienestar psicológico y efecto negativo y significativo con la cantidad de días sin consumo de alcohol (bienestar físico) ($B = -45.69, p = .028$), lo que indica que a mayor valores menor días sin consumo de alcohol. No se encontró asociación significativa del índice de valores sobre el índice de bienestar social ($B = -.066, p = .286$).

Tabla 12

Modelo Lineal General Multivariante para la espiritualidad y los valores sobre el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> del error	<i>p</i>	
Valores	.785	19.42	3	213.00	.001	
Espiritualidad	.771	21.08	3	213.00	.001	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Valores	Bienestar Psicológico	5502.76	1	5502.76	29.81	.001
	Bienestar Social	183.02	1	183.02	.99	.321
	Cantidad de días sin consumo de alcohol (bienestar físico)	86739700.73	1		3.99	.047
Espiritualidad	Bienestar Psicológico	2735.47	1	2735.47	14.82	.001
	Bienestar Social	11271.06	1	11271.06	60.98	.001
	Cantidad de días sin consumo de alcohol (bienestar físico)	121107419.52	1		5.57	.019
a) $R^2 = .272$		b) $R^2 = .239$		c) $R^2 = .021$		
Bootstrap para estimaciones de los parámetros						
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	IC 95%		
Bienestar psicológico	Valores	.364	.001	.239	.494	
	Espiritualidad	.160	.004	.062	.261	
Bienestar social	Valores	-.066	.286	-.184	.062	
	Espiritualidad	.324	.001	.252	.393	
Cantidad de días sin consumo de alcohol (bienestar físico)	Valores	-45.69	.028	-88.03	-3.28	
	Espiritualidad	33.60	.019	5.94	63.11	

Nota: *Valor* = Lamda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Con los datos anteriores se da respuesta al objetivo número dos.

Para dar respuesta al objetivo 3 que propone identificar el efecto de la edad, sexo, ocupación, el estado civil, el nivel educativo y la religión sobre los eventos estresantes y la espiritualidad y los valores se realizó a través del Modelo Lineal General Multivariante. Los resultados se muestran en las tablas de la 13 y 14.

El modelo resulta significativo en el estado civil ($p = .001$), la ocupación ($p = .001$) y la religión ($p = .001$). Las variables sociodemográficas explican el 11.6% de la espiritualidad y el 18.6% de los valores. La religión cristiana ($B = 24.05$, $p = .013$) muestra efecto positivo y significativo con la espiritualidad, esto indica que la religión cristiana influye en la espiritualidad. En el caso de los valores, la religión cristiana ($B = 20.54$, $p = .003$) y otra ($B = 19.67$, $p = .009$) muestra efecto positivo y significativo, lo que indica que la religión cristiana y otra religión influyen en los valores (tabla 13).

Tabla 13

Modelo Lineal General Multivariante para las variables sociodemográficas sobre la espiritualidad y los valores

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	gl del error	<i>p</i>	
Sexo	1.00	.039	2	198.00	.962	
Estado civil	.879	3.30	8	396.00	.001	
Nivel educativo	.925	1.57	10	396.00	.112	
Ocupación	.863	3.79	8	396.00	.001	
Religión	.868	4.82	6	396.00	.001	
Edad	.990	.976	2	198.00	.379	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Sexo	Espiritualidad ^a	39.12	1	39.12	0.07	.792
	Valores ^b	0.63	1	0.63	0.00	.955
Estado civil	Espiritualidad ^a	3120.27	4	780.06	1.38	.239
	Valores ^b	1849.65	4	462.41	2.30	.060
Nivel educativo	Espiritualidad ^a	5210.95	5	1042.19	1.85	.104
	Valores ^b	2250.01	5	450.00	2.24	.051
Ocupación	Espiritualidad ^a	4917.89	4	1229.47	2.18	.072
	Valores ^b	2211.99	4	553.00	2.75	.029
Religión	Espiritualidad ^a	6568.18	3	2189.39	3.89	.010
	Valores ^b	4972.13	3	1657.37	8.26	.001
Edad	Espiritualidad ^a	588.79	1	588.79	1.04	.307
	Valores ^b	18.20	1	18.20	0.09	.764
a) $R^2 = .116$			b) $R^2 = .186$			

Nota: Valor = Lamda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Continuación...

Bootstrap para estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	IC 95%	
				LI	LS
Espiritualidad	Femenino	1.53	.766	-9.41	11.84
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-10.91	.179	-26.14	5.42
	Casado	-10.53	.159	-25.73	5.19
	Viudo	-1.56	.854	-17.52	16.00
	Divorciado	-.920	.931	-20.30	18.33
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-9.94	.386	-32.44	15.12
	Secundaria	-6.35	.572	-29.18	19.08
	Preparatoria	-12.51	.281	-35.40	13.41
	Técnica	-2.29	.864	-26.38	24.31
	Profesional	2.30	.829	-18.82	26.95
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	-16.32	.064	-33.41	1.15
	Trabaja	.594	.896	-8.04	9.32
	Estudia y trabaja	11.92	.366	-10.90	44.06
	No estudia y no trabaja	2.61	.773	-15.61	20.19
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	9.10	.334	-8.56	27.59
	Cristiano	24.05	.013	4.69	44.13
Otra	6.68	.596	-18.09	31.46	
Ninguna	0.00		0.00	0.00	
Edad	.171	.314	-.141	.494	
Valores	Femenino	.196	.952	-5.70	6.44
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	5.90	.256	-4.54	15.80
	Casado	2.17	.688	-8.72	12.37
	Viudo	.675	.919	-11.98	12.56
	Divorciado	-6.14	.321	-19.91	6.46
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-6.53	.152	-16.76	2.75
	Secundaria	-5.82	.228	-16.48	3.32
	Preparatoria	-5.01	.315	-16.44	5.60
	Técnica	-5.47	.363	-16.34	7.19
	Profesional	2.30	.638	-8.53	11.21
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	4.81	.299	-4.04	14.35
	Trabaja	5.79	.085	-4.71	12.96
	Estudia y trabaja	-4.52	.537	-18.19	10.80
	No estudia y no trabaja	-5.12	.445	-17.30	8.85

Jubilado	0.00		0.00	0.00
Católico	9.60	.131	-3.17	21.92
Cristiano	20.54	.003	7.55	32.91
Otra	19.67	.009	4.88	33.70
Ninguna	0.00		0.00	0.00
Edad	-.030	.796	-.239	.195

Nota: Valor = Lamda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Tabla 14

Modelo Lineal General Multivariante para las variables sociodemográficas y los eventos estresantes sobre la espiritualidad y los valores

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	Gl del error	<i>p</i>	
Sexo	.998	.229	2	197.00	.795	
Estado civil	.886	3.07	8	394.00	.002	
Nivel educativo	.926	1.55	10	394.00	.119	
Ocupación	.853	4.06	8	394.00	.001	
Religión	.873	4.60	6	394.00	.001	
Edad	.984	1.62	2	197.00	.199	
Eventos estresantes	.970	3.01	2	197.00	.050	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Sexo	Espiritualidad ^a	149.29	1	149.29	.267	.606
	Valores ^b	2.30	1	2.30	.011	.915
Estado civil	Espiritualidad ^a	2951.46	4	737.86	1.32	.264
	Valores ^b	1673.70	4	418.42	2.08	.084
Nivel educativo	Espiritualidad ^a	4990.53	5	998.10	1.78	.117
	Valores ^b	2285.09	5	457.01	2.27	.048
Ocupación	Espiritualidad ^a	5041.64	4	1260.41	2.25	.064
	Valores ^b	2306.56	4	576.64	2.87	.024
Religión	Espiritualidad ^a	6728.22	3	2242.74	4.01	.008
	Valores ^b	4805.98	3	1601.99	7.98	.001
Edad	Espiritualidad ^a	885.11	1	885.11	1.58	.210
	Valores ^b	41.23	1	41.23	.205	.651
Eventos estresantes	Espiritualidad ^a	1198.99	1	1198.99	2.14	.145
	Valores ^b	173.05	1	173.05	.862	.354
a) $R^2 = .121$			b) $R^2 = .185$			

Nota: Valor = Lamda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Continuación...

Bootstrap para estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	IC 95%	
				LI	LS
Espiritualidad	Femenino	3.04	.578	-8.477	14.07
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-11.07	.199	-27.98	7.10
	Casado	-11.31	.153	-26.13	4.64
	Viudo	-2.26	.786	-19.29	16.03
	Divorciado	-2.56	.774	-21.33	15.82
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-10.16	.352	-34.01	14.74
	Secundaria	-4.81	.682	-28.82	21.82
	Preparatoria	-10.23	.389	-34.74	15.77
	Técnica	-1.39	.916	-25.78	24.90
	Profesional	3.17	.770	-19.19	28.88
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	-16.79	.044	-33.13	.377
	Trabaja	-.092	.984	-8.93	8.80
	Estudia y trabaja	12.84	.317	-12.16	42.49
	No estudia y no trabaja	1.99	.828	-16.03	18.11
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	8.43	.340	-8.13	27.28
	Cristiano	24.09	.016	5.61	43.80
	Otra	7.69	.514	-16.47	31.64
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	.213	.186	-.102	.523
Eventos estresantes	.126	.235	-.074	.338	
Valores	Femenino	-.378	.915	-6.67	6.11
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	5.97	.289	-5.27	16.24
	Casado	2.47	.654	-8.60	13.61
	Viudo	.940	.886	-12.41	13.52
	Divorciado	-5.52	.410	-18.63	7.11
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-6.45	.151	-16.50	2.35
	Secundaria	-6.41	.159	-16.69	3.17
	Preparatoria	-5.87	.284	-17.57	5.03
	Técnica	-5.81	.338	-17.69	7.23
	Profesional	1.97	.675	-9.06	11.14
	Posgrado	0		0	0
	Estudia	4.99	.284	-3.66	14.11
	Trabaja	6.05	.080	-.433	12.90
Estudia y trabaja	-4.87	.538	-19.83	10.49	

No estudia y no trabaja	-4.89	.454	-18.21	8.53
Jubilado	0.00		0.00	0.00
Católico	9.85	.129	-2.16	21.93
Cristiano	20.52	.003	7.97	33.21
Otra	19.29	.008	4.85	32.15
Ninguna	0.00		0.00	0.00
Edad	-.046	.700	-.240	.180
Eventos estresantes	-.048	.396	-.156	.062

Nota: Valor = Lamda de Wilks, gl = grados de libertad, B = Beta, p = significancia, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

En la tabla 14 se muestra el modelo de las variables sociodemográficas y los eventos estresantes sobre la espiritualidad y los valores el cual resulta significativo para el estado civil ($p = .002$), la ocupación ($p = .001$) y la religión ($p = .001$). Es modelo indica que las variables sociodemográficas y los eventos estresantes explican el 12.1% de la espiritualidad y el 18.5% de los valores.

Se observa que la ocupación estudia ($B = -16.79$, $p = .044$) tiene efecto negativo y significativo con la espiritualidad lo que indica que estudiar influye negativamente con la espiritualidad, la religión cristiana tiene efecto positivo y significativo con la espiritualidad ($B = 24.09$, $p = .016$), lo que indica que la religión cristiana influye en la espiritualidad. La religión cristiana ($B = 20.52$, $p = .003$) y otra ($B = 19.29$, $p = .008$) tienen efecto positivo y significativo con los valores, esto señala que la religión cristiana y otra influye en los valores.

Con los datos anteriores se da respuesta al tercer objetivo.

Para dar respuesta al objetivo 4 que propone identificar el efecto de la edad, sexo, ocupación, el estado civil, el nivel educativo y la religión sobre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico se realizó a través del Modelo Lineal General Multivariante. Los resultados se muestran en las tablas 15 y 16.

En la tabla 15 se observa el modelo del efecto de las variables sociodemográficas sobre el bienestar psicológico, social y físico el cual resulta significativo para el nivel

educativo ($p = .001$), la ocupación ($p = .016$), religión ($p = .025$) y la edad ($p = .001$), el modelo indica que las variables sociodemográficas explican el 9.1% del bienestar psicológico, el 11.0% del bienestar social y el 59.8% del bienestar físico.

Se observa que el nivel educativo primaria ($B = -17.47$, $p = .014$) tiene efecto negativo y significativo con el bienestar psicológico y otra religión ($B = 17.22$, $p = .005$) tiene efecto negativo y significativo con el bienestar psicológico. El nivel educativo primaria ($B = -15.24$, $p = .021$) y la ocupación estudia ($B = -9.02$, $p = .023$) tienen efecto negativo y significativo con el bienestar social y la edad ($B = .241$, $p = .010$) tiene efecto positivo y significativo con el bienestar social. Los niveles educativos primaria ($B = 2432.14$, $p = .010$) y secundaria ($B = 2105.05$, $p = .031$) y la edad ($B = 249.86$, $p = .001$) tienen efecto positivo y significativo con el bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol).

Tabla 15

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las variables sociodemográficas sobre el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	F	gl	gl del error	p	
Sexo	.022	1.50	3	197	.214	
Estado civil	.941	1.00	12	521.50	.442	
Nivel educativo	.782	3.38	15	544.23	.001	
Ocupación	.883	2.09	12	521.50	.016	
Religión	.909	2.11	9	587.00	.025	
Edad	.584	46.77	3	197.00	.001	

Nota: Valor = Lamda de Wilks, gl = grados de libertad, B = Beta, p = significancia, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

Continuación...

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	gl del error	<i>p</i>	
Sexo	.022	1.50	3	197	.214	
Estado civil	.941	1.00	12	521.50	.442	
Nivel educativo	.782	3.38	15	544.23	.001	
Ocupación	.883	2.09	12	521.50	.016	
Religión	.909	2.11	9	587.00	.025	
Edad	.584	46.77	3	197.00	.001	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Sexo	Bienestar psicológico	347.00	1	347.00	1.50	.221
	Bienestar social	133.83	1	133.83	.619	.432
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	31619793.40	1	31619793.40	3.54	.061
Estado civil	Bienestar psicológico	489.23	4	122.30	.531	.713
	Bienestar social	1560.68	4	390.17	1.80	.129
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	12113911.75	4	3028477.93	.339	.851
Nivel educativo	Bienestar psicológico	4836.05	5	967.21	4.19	.001
	Bienestar social	3120.07	5	624.01	2.88	.015
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	100541828.59	5	20108365.71	2.25	.051
Ocupación	Bienestar psicológico	421.60	4	105.40	.458	.767
	Bienestar social	1279.37	4	319.84	1.47	.210
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	73661479.57	4	18415369.89	2.06	.087
Religión	Bienestar psicológico	1942.35	3	647.45	2.81	.041
	Bienestar social	695.93	3	231.98	1.07	.362
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	4637433.80	3	1545811.26	.173	.914
Edad	Bienestar psicológico	624.06	1	624.06	2.70	.101
	Bienestar social	1168.69	1	1168.69	5.40	.021
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	1253531476.07	1	1253531476.0	140.38	.001
a) $R^2 = .091$		b) $R^2 = .110$		c) $R^2 = .598$		

Nota: Valor = Lamda de Wilks, *gl* = grados de libertad, *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Continuación...

Bootstrap para estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar psicológico	Femenino	4.56	.125	-1.18	10.58
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-2.35	.728	-14.92	10.79
	Casado	1.47	.819	-11.28	14.77
	Viudo	-.693	.931	-15.42	13.05
	Divorciado	-.656	.944	-18.54	15.01
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-17.47	.014	-32.38	-3.38
	Secundaria	-11.78	.112	-26.70	2.80
	Preparatoria	-3.74	.597	-18.63	11.72
	Técnica	-8.23	.338	-23.61	9.89
	Profesional	-7.35	.299	-21.30	7.07
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	1.60	.691	-5.65	9.68
	Trabaja	-1.36	.676	-7.89	4.96
	Estudia y trabaja	-9.12		-27.19	10.71
	No estudia y no trabaja	.023	.996	-10.82	12.17
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	7.41	.203	-4.29	18.84
	Cristiano	10.42	.116	-1.66	23.36
	Otra	17.20	.005	4.09	29.86
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	.176	.088	-.017	.391
Bienestar social	Femenino	2.83	.378	-4.05	9.50
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-8.18	.131	-19.32	2.05
	Casado	-3.84	.473	-15.26	6.68
	Viudo	-8.10	.187	-21.41	3.03
	Divorciado	.645	.930	-16.69	15.47
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-15.24	.021	-28.67	-2.49
	Secundaria	-8.83	.188	-22.51	4.51
	Preparatoria	-12.61	.066	-26.92	1.46
	Técnica	-8.43	.269	-23.72	8.99
	Profesional	-5.00	.435	-18.17	7.94
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	-9.02	.023	-16.57	-1.68
	Trabaja	.606	.841	-5.96	7.16
	Estudia y trabaja	1.71		-13.50	19.84
	No estudia y no trabaja	-1.80	.712	-11.48	9.54

	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	2.63	.549	-6.25	10.84
	Cristiano	6.34	.201	-3.97	16.26
	Otra	-2.40	.736	-16.16	10.79
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	.241	.010	.061	.415
	Femenino	1378.30	.073	-114.78	2786.57
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	417.32	.561	-920.90	1772.69
	Casado	92.61	.886	-1188.49	1431.74
	Viudo	-496.69	.625	-2396.39	1779.98
	Divorciado	527.08	.627	-1752.21	2695.39
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	2432.14	.010	403.14	4352.75
	Secundaria	2105.02	.031	218.78	4142.91
	Preparatoria	536.01	.599	-1473.70	2571.63
	Técnica	1435.54	.124	-472.52	3437.33
Bienestar físico	Profesional	1365.92	.156	-547.39	3310.03
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	-1702.15	.177	-4275.34	666.45
	Trabaja	-1240.84	.163	-3144.50	429.91
	Estudia y trabaja	1458.13		-1246.84	4325.44
	No estudia y no trabaja	-562.45	.662	-3314.95	2032.76
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	-301.43	.758	-1979.60	1512.06
	Cristiano	-658.71	.511	-2653.29	1517.00
	Otra	-171.73	.884	-2459.73	2271.28
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	249.86	.001	197.64	300.83

Nota: Valor = Lamda de Wilks, gl = grados de libertad, B = Beta, p = significancia, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

En la tabla 16 se observa el Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las variables sociodemográficas, la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol) el cual resulta significativo para el nivel educativo ($p = .001$), la ocupación ($p = .015$) la edad ($p = .001$), la espiritualidad ($p = .001$) y los valores ($p = .001$), en este modelo se observa que las variables sociodemográficas, la espiritualidad y los valores explican el 34.3% del

bienestar psicológico, el 24.4% del bienestar social y el 59.9% del bienestar físico (cantidad de días sin consumo del alcohol)

Se observa que el nivel educativo primaria ($B = -13.35$, $p = .006$) tiene efecto negativo y significativo con el bienestar psicológico, la espiritualidad ($B = .173$, $p = .003$) y los valores ($B = .368$, $p = .001$) tienen efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico. El nivel educativo primaria ($B = -12.79$, $p = .007$) tuvo efecto positivo y significativo con el bienestar social, la edad ($B = .192$, $p = .019$) y la espiritualidad ($B = .277$, $p = .001$), mostraron efecto positivo y significativo sobre el bienestar social. El nivel educativo primaria ($B = 2611.18$, $p = .003$) y secundaria ($B = 2448.49$, $p = .021$) y la edad ($B = 249.29$, $p = .001$) tuvieron efecto positivo y significativo con el bienestar físico

Tabla 16

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las variables sociodemográficas, la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	F	gl	Gl del error	p	
Sexo	.975	1.64	3	195.00	.180	
Estado civil	.946	.907	12	516.21	.540	
Nivel educativo	.776	3.45	15	538.71	.001	
Ocupación	.881	2.11	12	516.21	.015	
Religión	.940	1.35	9	474.72	.207	
Edad	.584	46.27	3	195.00	.001	
Espiritualidad	.847	11.75	3	195.00	.001	
Valores	.818	14.48	3	195.00	.001	

Nota: B = Beta, p = significancia, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

Continuación...

Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	SC	gl	MC	F	p
Sexo	Bienestar psicológico	297.63	1	297.63	1.78	.183
	Bienestar social	97.45	1	97.45	.545	.461
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)		1		3.48	.063
Estado civil	Bienestar psicológico	881.78	4	220.44	1.32	.262
	Bienestar social	1208.18	4	302.04	1.68	.154
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)		4	3178443.19	.357	.839
Nivel educativo	Bienestar psicológico	4021.77	5	804.35	4.83	.001
	Bienestar social	1653.83	5	330.76	1.84	.105
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)		5		2.43	.036
Ocupación	Bienestar psicológico	940.07	4	235.01	1.41	.232
	Bienestar social	423.29	4	105.82	.591	.669
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)		4		2.10	.082
Religión	Bienestar psicológico	774.20	3	258.06	1.55	.203
	Bienestar social	136.92	3	45.64	.255	.858
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)		3	4229860.48	.476	.700
Edad	Bienestar psicológico	495.24	1	495.24	2.97	.086
	Bienestar social	736.50	1	736.50	4.11	.044
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)		1		138.92	.001
Espiritualidad	Bienestar psicológico	2464.77	1	2464.77	14.80	.001
	Bienestar social	6345.03	1	6345.03	35.46	.001
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	3421933.05	1	3421933.05	.385	.536
Valores	Bienestar psicológico	3995.10	1	3995.10	23.99	.001
	Bienestar social	63.02	1	63.021	.352	.554
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	9161578.33	1	9161578.33	1.03	.311
a) $R^2 = .343$		b) $R^2 = .264$		c) $R^2 = .599$		

Continuación...

Bootstrap para estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar psicológico	Femenino	4.23	.162	-1.94	10.31
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-2.64	.581	-11.53	6.22
	Casado	2.48	.597	-5.93	11.41
	Viudo	-.670	.904	-11.56	9.97
	Divorciado	1.76	.753	-9.68	13.12
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-13.35	.006	-24.27	-3.78
	Secundaria	-8.55	.076	-19.61	.736
	Preparatoria	.261	.951	-11.22	9.67
	Técnica	-5.82	.325	-17.86	7.34
	Profesional	-8.60	.065	-18.99	1.19
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	2.65	.540	-5.60	10.86
	Trabaja	-3.59	.187	-8.84	1.91
	Estudia y trabaja	-9.51	.152	-22.88	4.41
	No estudia y no trabaja	1.45	.737	-6.21	9.73
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	2.30	.628	-7.25	11.94
	Cristiano	-1.27	.810	-12.78	10.16
	Otra	8.82	.100	-2.412	20.10
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	.158	.075	-.022	.330
	Espiritualidad	.173	.003	.082	.273
	Valores	.368	.001	.202	.516
Bienestar social	Femenino	2.42	.405	-4.23	8.24
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-4.89	.319	-14.74	4.94
	Casado	-.832	.859	-9.62	8.82
	Viudo	-7.64	.164	-18.63	4.03
	Divorciado	.617	.915	-11.85	12.98
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-12.79	.007	-23.66	-3.72
	Secundaria	-7.34	.149	-19.11	1.81
	Preparatoria	-9.38	.082	-21.42	.542
	Técnica	-8.05	.211	-20.62	4.52
	Profesional	-5.54	.272	-16.20	3.28
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	-4.28	.263	-12.34	4.55
	Trabaja	.709	.842	-6.50	7.41
Estudia y trabaja	-1.80	.783	-15.77	12.86	

	No estudia y no trabaja	-2.76	.607	-13.25	8.27
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	.563	.921	-9.69	10.55
	Cristiano	.631	.916	-11.19	12.28
	Otra	-3.35	.628	-17.27	11.09
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	.192	.019	.023	.353
	Espiritualidad	.277	.001	.190	.370
	Valores	-.046	.580	-.211	.108
	Femenino	1365.00	.084	-298.70	2898.01
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	383.43	.640	-1312.87	1916.74
	Casado	121.97	.850	-1477.04	1530.18
	Viudo	-498.50	.658	-2811.35	1629.28
	Divorciado	641.17	.559	-1473.31	2821.87
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	2611.18	.003	677.84	4460.50
	Secundaria	2248.49	.021	303.50	4207.73
	Preparatoria	704.71	.487	-1375.58	2622.37
	Técnica	1546.68	.099	-269.97	3493.09
	Profesional	1310.51	.146	-535.27	3300.58
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	Estudia	-1682.00	.191	-4263.07	988.01
	Trabaja	-1346.59	.130	-3149.09	416.82
	Estudia y trabaja	1461.20	.301	-1405.05	4897.83
	No estudia y no trabaja	-489.00	.692	-2913.76	2133.12
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	-529.04	.547	-2148.13	1423.05
	Cristiano	-1175.01	.266	-3201.83	1207.14
	Otra	-561.09	.638	-3001.36	2037.10
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	249.29	.001	201.52	300.37
	Espiritualidad	6.42	.596	-17.12	32.85
	Valores	17.60	.382	-24.75	53.32

Nota: *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Con los datos anteriores se da respuesta al cuarto objetivo.

Para dar respuesta al objetivo general que propone determinar la capacidad explicativa del Modelo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de

Recuperación, se realizó mediante el Modelo Lineal General Multivariante. Los datos se muestran en las tablas de la 17 y 18.

Tabla 17

Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes, la espiritualidad, los valores y las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl del error</i>	<i>p</i>	
Sexo	.984	1.054	3	194.00	.370	
Estado civil	.937	1.07	12	513.56	.383	
Nivel educativo	.792	3.15	15	535.95	.001	
Ocupación	.883	2.05	12	513.56	.019	
Religión	.938	1.40	9	472.29	.183	
Edad	.602	42.76	3	194.00	.001	
Espiritualidad	.824	13.81	3	194.00	.001	
Valores	.828	13.40	3	194.00	.001	
Eventos estresantes	.943	3.87	3	194.00	.010	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Sexo	Bienestar psicológico	102.77	1	102.77	.642	.424
	Bienestar social	10.60	1	10.60	.061	.805
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	22647859.92	1	22647859.92	2.55	.111
Estado civil	Bienestar psicológico	1111.35	4	277.83	1.73	.144
	Bienestar social	1403.52	4	350.88	2.02	.092
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	13844957.41	4	3461239.35	.391	.815
Nivel educativo	Bienestar psicológico	2895.05	5	579.01	3.61	.004
	Bienestar social	1504.19	5	300.83	1.73	.128
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	119188650.77	5	23837730.15	2.69	.022

Nota: *B* = Beta, *p* =significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Continuación...

Ocupación	Bienestar psicológico	1005.07	4	251.26	1.57	.184
	Bienestar social	519.39	4	129.84	.749	.560
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	61898109.1	4	15474527.2	1.74	.141
Religión	Bienestar psicológico	775.14	3	258.38	1.61	.187
	Bienestar social	250.66	3	83.55	.482	.695
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	13556880.9	3	4518960.3	.510	.676
Edad	Bienestar psicológico	219.13	1	219.13	1.36	.243
	Bienestar social	399.69	1	399.69	2.30	.130
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	1142049154.0	1	1142049154.0	128.91	.000
Espiritualidad	Bienestar psicológico	3031.60	1	3031.60	18.94	.001
	Bienestar social	7114.92	1	7114.92	41.05	.001
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	6059568.93	1	6059568.93	.684	.409
Valores	Bienestar psicológico	3288.58	1	3288.58	20.54	.001
	Bienestar social	164.42	1	164.42	.949	.331
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	5983277.23	1	5983277.23	.675	.412
Eventos estresantes	Bienestar psicológico	1436.02	1	1436.02	8.97	.003
	Bienestar social	1281.74	1	1281.74	7.39	.007
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	15842731.72	1	15842731.72	1.78	.183
		a) $R^2 = .368$	b) $R^2 = .287$	c) $R^2 = .601$		

Nota: B = Beta, p = significancia, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

Continuación...

Bootstrap para estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar psicológico	Femenino	2.52	.436	-3.84	9.58
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-2.04	.682	-11.75	8.24
	Casado	3.65	.478	-5.94	13.52
	Viudo	.159	.974	-11.52	11.12
	Divorciado	3.41	.579	-8.57	15.51
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-13.09	.010	-25.10	-4.79
	Secundaria	-10.29	.026	-21.41	-1.94
	Preparatoria	-2.15	.646	-13.76	7.30
	Técnica	-6.94	.223	-19.04	5.00
	Profesional	-9.54	.032	-20.45	-.39
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	3.68	.384	-4.50	12.38
	Trabaja	-2.67	.329	-8.33	2.54
	Estudia y trabaja	-10.93	.106	-24.06	4.62
	No estudia y no trabaja	1.93	.669	-7.18	10.89
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	3.15	.520	-6.58	13.01
	Cristiano	-1.19	.835	-11.57	10.67
	Otra	8.17	.162	-3.72	20.28
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	.107	.267	-.073	.309
	Espiritualidad	.194	.001	.099	.294
	Valores	.337	.001	.165	.482
	Eventos estresantes	-.140	.011	-.248	-.024
	Bienestar social	Femenino	.811	.816	-5.29
Masculino		0.00		0.00	0.00
Soltero		-4.32	.437	-15.48	7.54
Casado		.271	.965	-10.93	11.92
Viudo		-6.85	.273	-19.28	5.54
Divorciado		2.17	.767	-10.11	16.17
Unión libre		0.00		0.00	0.00
Primaria		-12.55	.011	-23.88	-3.90
Secundaria		-9.00	.052	-20.10	-.871
Preparatoria		-11.66	.029	-23.87	-2.44
Técnica		-9.11	.133	-20.51	3.18
Profesional		-6.43	.157	-17.22	2.63
Posgrado		0.00		0.00	0.00

	Estudia	-3.31	.377	-10.29	4.28
	Trabaja	1.58	.624	-4.79	8.35
	Estudia y trabaja	-3.14	.620	-16.28	11.21
	No estudia y no trabaja	-2.31	.680	-12.90	8.50
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	1.35	.803	-8.71	11.29
	Cristiano	.711	.896	-11.72	12.17
	Otra	-3.96	.569	-16.91	10.04
	Ninguna	0		0	0
	Edad	.144	.083	-.012	.312
	Espiritualidad	.297	.001	.204	.395
	Valores	-.075	.355	-.248	.074
	Eventos estresantes	-.132	.035	-.242	-.007
	Femenino	1186.15	.132	-430.12	2654.92
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	446.38	.561	-1169.62	1914.00
	Casado	244.53	.726	-1215.76	1700.05
	Viudo	-411.36	.717	-2512.10	1821.54
	Divorciado	814.79	.429	-1159.28	3086.83
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	2638.48	.003	646.46	4341.00
	Secundaria	2064.79	.033	38.96	3893.52
	Preparatoria	451.11	.628	-1466.07	2278.59
	Técnica	1428.27	.109	-402.99	3127.05
	Profesional	1211.45	.161	-574.01	3144.55
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	Estudia	-1574.34	.239	-4417.69	1011.95
	Trabaja	-1249.19	.195	-3168.25	470.48
	Estudia y trabaja	1312.31	.349	-1534.09	4364.37
	No estudia y no trabaja	-438.56	.757	-3311.06	2416.19
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	-440.60	.600	-2092.35	1321.19
	Cristiano	-1166.16	.273	-3322.05	1088.85
	Otra	-629.52	.625	-2921.88	2152.90
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	243.93	.001	188.87	291.48
	Espiritualidad	8.66	.431	-13.79	30.79
	Valores	14.36	.454	-23.53	47.94
	Eventos estresantes	-14.71	.176	-35.22	6.77

Nota: *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

En la tabla 17 se observa el Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes, la espiritualidad, los valores y las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico, social y físico, el cual resultó significativo para el nivel educativo ($p = .001$), la ocupación ($p = .019$), la edad ($p = .001$), la espiritualidad ($p = .001$), los valores ($p = .001$) y los eventos estresantes ($p = .010$), el cual indica que los eventos estresantes, la espiritualidad, los valores y las variables sociodemográficas explican el 36.8% del bienestar psicológico, el 28.7% del bienestar social y el 60.1% del bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol).

Se muestra que los niveles educativos primaria ($B = -13.09$, $p = .010$), secundaria ($B = -10.29$, $p = .026$) y profesional ($B = -9.54$, $p = .032$) y los eventos estresantes ($B = -.140$, $p = .011$) muestran efecto negativo y significativo con el bienestar psicológico y la espiritualidad ($B = .194$, $p = .001$) y los valores ($B = .337$, $p = .001$) muestran efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico. También se observa que los niveles educativos primaria ($B = -12.55$, $p = .011$) y preparatoria ($B = -11.66$, $p = .029$) y los eventos estresantes ($B = -.132$, $p = .035$) muestran efecto negativo y significativo con el bienestar social y la espiritualidad ($B = .297$, $p = .001$) muestra efecto positivo y significativo con el bienestar social. Los niveles educativos primaria ($B = 2638.48$, $p = .003$) y secundaria ($B = 2064.79$, $p = .003$) y la edad ($B = 243.93$, $p = .001$) muestran efecto positivo y significativo con el bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol).

En la tabla 18 se observa el Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes, las prácticas y creencias espirituales, los valores terminales e instrumentales y las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol, el cual resultó significativo para el nivel educativo ($p = .001$), la ocupación ($p = .021$), la edad ($p = .001$), las creencias espirituales ($p = .001$), los valores terminales ($p = .001$) y los valores instrumentales

($p = .002$), el cual indica que los eventos estresantes, la espiritualidad, los valores y las variables sociodemográficas explican el 36.8% del bienestar psicológico, el 28.7% del bienestar social y el 60.1% del bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol).

Se muestra que los niveles educativos primaria ($B = -14.39, p = .004$), secundaria ($B = -10.01, p = .033$) y profesional ($B = -9.36, p = .041$) y los eventos estresantes ($B = -.106, p = .043$) muestran efecto negativo y significativo con el bienestar psicológico y las creencias espirituales ($B = .202, p = .004$) y los valores instrumentales ($B = .255, p = .005$) muestran efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico.

También se observa que los niveles educativos primaria ($B = -12.57, p = .009$) y preparatoria ($B = -11.94, p = .011$), los valores terminales ($B = -.287, p = .006$) y los eventos estresantes ($B = -.132, p = .035$) muestran efecto negativo y significativo con el bienestar social y la edad ($B = .163, p = .048$) y las creencias espirituales ($B = .226, p = .001$) muestra efecto positivo y significativo con el bienestar social. Los niveles educativos primaria ($B = 2375.41, p = .010$) y secundaria ($B = 2124.53, p = .023$), la edad ($B = 252.79, p = .001$), las creencias espirituales ($B = 25.38, p = .029$) y los valores instrumentales ($B = 38.92, p = .024$) muestran efecto positivo y significativo con el bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol).

Tabla 18

Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes, las prácticas y creencias espirituales, los valores terminales e instrumentales y las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	F	gl	gl del error	p	
Sexo	.989	.728	3	192.00	.537	
Estado civil	.951	.804	12	508.27	.647	
Nivel educativo	.789	3.16	15	530.42	.001	
Ocupación	.884	2.02	12	508.27	.021	
Religión	.934	1.47	9	467.42	.155	
Edad	.586	45.19	3	192.00	.001	
Prácticas espirituales	.966	2.25	3	192.00	.084	
Creencias espirituales	.885	8.28	3	192.00	.001	
Valores terminales	.909	6.41	3	192.00	.001	
Valores instrumentales	.925	5.21	3	192.00	.002	
Eventos estresantes	.971	1.89	3	192.00	.132	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	SC	gl	MC	F	p
Sexo	Bienestar psicológico	46.69	1	46.69	.296	.587
	Bienestar social	1.10	1	1.10	.007	.936
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	14521736.24	1	14521736.24	1.67	.197
Estado civil	Bienestar psicológico	736.88	4	184.22	1.16	.326
	Bienestar social	869.09	4	217.27	1.29	.273
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	16571164.7	4	4142791.18	.478	.752
Nivel educativo	Bienestar psicológico	3146.34	5	629.26	3.98	.002
	Bienestar social	1560.58	5	312.11	1.86	.103
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	98996453.41	5	19799290.68	2.28	.048

Nota: B = Beta, p = significancia, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

Continuación...

Ocupación	Bienestar psicológico	1130.18	4	282.54	1.79	.132
	Bienestar social	427.36	4	106.84	.637	.637
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	64432471.64	4	16108117.91	1.86	.119
Religión	Bienestar psicológico	728.37	3	242.79	1.53	.206
	Bienestar social	329.77	3	109.92	.656	.580
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	18428710.83	3	6142903.61	.709	.548
Edad	Bienestar psicológico	384.11	1	384.11	2.43	.120
	Bienestar social	487.18	1	487.18	2.90	.090
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	1167014595.43	1	1167014595. 43	134.75	.001
Prácticas espirituales	Bienestar psicológico	1.01	1	1.01	.006	.936
	Bienestar social	596.21	1	596.21	3.55	.061
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	14131530.73	1	14131530.73	1.63	.203
Creencias espirituales	Bienestar psicológico	2404.79	1	2404.79	15.24	.000
	Bienestar social	3026.81	1	3026.81	18.05	.000
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	38037510.92	1	38037510.92	4.39	.037
Valores terminales	Bienestar psicológico	46.53	1	46.53	.295	.588
	Bienestar social	1569.62	1	1569.62	9.36	.003
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	21777570.83	1	21777570.83	2.51	.114
Valores instrumentales	Bienestar psicológico	1779.95	1	1779.95	11.28	.001
	Bienestar social	763.60	1	763.60	4.55	.034
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	41454461.25	1	41454461.25	4.78	.030

Nota: B = Beta, p = significancia, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

Continuación...

Variable dependiente	Parámetro	B	p	LI	LS
Eventos estresantes	Bienestar psicológico	737.68	1	737.68	4.67 .032
	Bienestar social	669.96	1	669.96	3.99 .047
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	2301873.99	1	2301873.99	.266 .607
a) $R^2 = .378$		b) $R^2 = .310$		c) $R^2 = .610$	
Bootstrap para estimaciones de los parámetros					
IC 95%					
Bienestar psicológico	Femenino	1.71	.608	-4.42	8.24
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-1.55	.720	-10.89	8.51
	Casado	3.10	.502	-6.07	13.21
	Viudo	-.440	.927	-11.40	10.61
	Divorciado	2.11	.727	-9.08	13.95
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-14.39	.004	-25.55	-5.57
	Secundaria	-10.01	.033	-20.26	-5.18
	Preparatoria	-2.13	.649	-12.40	8.06
	Técnica	-6.20	.259	-17.03	6.97
	Profesional	-9.36	.041	-18.37	.264
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	3.64	.398	-5.63	12.35
	Trabaja	-3.25	.250	-9.05	2.13
	Estudia y trabaja	-11.72	.072	-24.59	3.73
	No estudia y no trabaja	1.42	.729	-7.60	10.68
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	2.98	.517	-6.56	12.55
	Cristiano	-1.73	.730	-12.72	9.64
	Otra	6.98	.184	-3.82	18.01
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	.145	.141	-.045	.337
	Prácticas espirituales	.004	.934	-.091	.107
	Creencias espirituales	.202	.004	.074	.314
	Valores terminales	.049	.640	-.157	.236
	Valores instrumentales	.255	.005	.089	.406

	Eventos estresantes	-.106	.043	-.207	-.002
	Femenino	-.263	.936	-6.49	6.12
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	-3.06	.559	-12.75	9.62
	Casado	.214	.973	-10.05	13.14
	Viudo	-6.21	.322	-17.03	6.28
	Divorciado	1.29	.841	-10.28	15.29
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	-12.57	.009	-22.32	-3.13
	Secundaria	-8.97	.051	-18.64	-.002
	Preparatoria	-11.94	.011	-22.16	-2.44
	Técnica	-8.36	.164	-19.72	4.41
	Profesional	-6.10	.174	-16.41	2.42
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	-2.91	.491	-11.95	4.71
	Trabaja	.950	.790	-6.47	7.59
	Estudia y trabaja	-4.82	.496	-19.23	8.32
Bienestar social	No estudia y no trabaja	-2.65	.648	-13.38	8.45
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	.823	.855	-8.84	9.50
	Cristiano	-.335	.957	-11.44	10.74
	Otra	-5.42	.368	-17.73	7.66
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	.163	.048	-.006	.319
	Prácticas espirituales	.087	.105	-.015	.191
	Creencias espirituales	.226	.001	.077	.349
	Valores terminales	-.287	.006	-.491	-.088
	Valores instrumentales	.167	.055	-.010	.327
	Eventos estresantes	-.101	.084	-.219	.014
	Femenino	956.99	.229	-646.81	2390.14
	Masculino	0.00		0.00	0.00
	Soltero	622.20	.432	-1017.72	2189.98
	Casado	130.16	.853	-1522.68	1517.27
	Viudo	-492.91	.662	-2686.61	1779.43
	Divorciado	499.13	.640	-1525.78	2464.55
	Unión libre	0.00		0.00	0.00
	Primaria	2375.41	.010	461.95	4179.05
	Secundaria	2124.53	.023	264.89	4016.72
	Preparatoria	437.76	.669	-1374.29	2327.59

Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	Técnica	1624.12	.067	-102.67	3464.96
	Profesional	1268.58	.163	-574.13	3092.28
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
	Estudia	-1556.05	.280	-4265.08	1172.09
	Trabaja	-1406.18	.136	-3178.65	376.07
	Estudia y trabaja	1050.18	.451	-1654.75	3865.12
	No estudia y no trabaja	-563.25	.693	-3181.90	2150.60
	Jubilado	0.00		0.00	0.00
	Católico	-507.00	.524	-2101.51	1249.46
	Cristiano	-1338.89	.226	-3460.95	885.61
	Otra	-956.56	.423	-3370.83	1737.57
	Ninguna	0.00		0.00	0.00
	Edad	252.79	.001	206.72	301.03
	Prácticas espirituales	-13.38	.207	-34.04	6.82
	Creencias espirituales	25.38	.029	3.23	49.12
	Valores terminales	-33.80	.100	-76.13	7.67
	Valores instrumentales	38.92	.024	4.81	69.77
	Eventos estresantes	-5.91	.579	-28.30	15.61

Nota: B = Beta, p = significancia, IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

En la tabla 19 se observa el Modelo Lineal General Multivariante final para las variables predictoras del bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol), el cual resulta significativo en el nivel educativo ($p = .001$), la edad ($p = .001$), la espiritualidad ($p = .001$), los valores ($p = .001$) y los eventos estresantes ($p = .001$), este modelo indica que el nivel educativo, la edad, la espiritualidad, los valores y los eventos estresantes explican el 36.2% del bienestar psicológico, el 27.1% del bienestar social y el 59.9% del bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol).

El nivel educativo primaria ($B = -7.99$, $p = .039$) y los eventos estresantes, tuvieron efecto negativo y significativo en el bienestar psicológico, la edad ($B = .186$, $p = .015$), la espiritualidad ($B = .174$, $p = .001$) y los valores ($B = .346$, $p = .010$)

muestran efecto positivo y significativo en este bienestar. El nivel educativo primaria ($B = -10.63, p = .006$) muestra efecto negativo y significativo en el bienestar social y la edad ($B = .163, p = .006$) y la espiritualidad ($B = .308, p = .001$) muestran efecto positivo y significativo en el bienestar social. Para el bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol) la edad ($B = 233.44, p = .001$) muestra efecto positivo y significativo y los eventos estresantes ($B = -23.29, p = .026$) muestra efecto negativo y significativo.

Tabla 19

Modelo Lineal General Multivariante final de las variables predictoras del bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Contrastes multivariados Lamda de Wilks						
Efecto	Valor	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>gl</i> del error	<i>p</i>	
Nivel educativo	.806	3.08	15	569.07	.001	
Edad	.488	71.90	3	206.00	.001	
Espiritualidad	.794	17.82	3	206.00	.001	
Valores	.795	17.67	3	206.00	.001	
Eventos estresantes	.940	4.35	3	206.00	.005	
Pruebas de los efectos inter-sujetos						
	Origen	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Nivel educativo	Bienestar psicológico	2875.94	5	575.18	3.55	.004
	Bienestar social	1508.07	5	301.61	1.70	.135
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	120425714.27	5	24085142.85	2.70	.022
Edad	Bienestar psicológico	1208.57	1	1208.57	7.47	.007
	Bienestar social	929.43	1	929.43	5.24	.023
	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	1897875431.4	1	1897875431.4	212.98	.001
			5	45		

Nota: *B* = Beta, *p* = significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Continuación...

	Bienestar psicológico	2984.23	1	2984.23	18.45	.001
	Bienestar social	9329.34	1	9329.34	52.68	.001
Espiritualidad	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	18067509.92	1	18067509.92	2.02	.156
	Bienestar psicológico	4560.81	1	4560.81	28.20	.001
	Bienestar social	268.05	1	268.05	1.51	.220
Valores	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	250765.36	1	250765.36	.028	.867
	Bienestar psicológico	1375.81	1	1375.81	8.51	.004
	Bienestar social	682.02	1	682.02	3.85	.051
Eventos estresantes	Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	45390527.97	1	45390527.97	5.09	.025
a) $R^2 = .362$		b) $R^2 = .271$		c) $R^2 = .599$		
Bootstrap para estimaciones de los parámetros						
IC 95%						
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>P</i>	LI	LS	
Bienestar psicológico	Primaria	-7.99	.039	-16.26	-1.12	
	Secundaria	-5.17	.190	-13.58	2.97	
	Preparatoria	3.64	.369	-4.44	11.05	
	Técnica	-1.55	.680	-11.07	6.82	
	Profesional	-3.54	.312	-10.83	3.09	
	Posgrado	0.00		0.00	0.00	
	Edad	.186	.015	.049	.331	
	Espiritualidad	.174	.001	.090	.268	
	Valores	.346	.001	.205	.472	
	Eventos estresantes	-.128	.010	-.222	-.027	
Bienestar social	Primaria	-10.63	.006	-18.73	-3.90	
	Secundaria	-6.22	.103	-14.71	.893	
	Preparatoria	-8.56	.054	-17.86	-.332	
	Técnica	-6.04	.254	-17.78	3.54	
	Profesional	-4.12	.304	-11.90	3.66	
	Posgrado	0.00		0.00	0.00	

	Edad	.163	.006	.046	.264
	Espiritualidad	.308	.001	.224	.384
	Valores	-.084	.193	-.207	.040
	Eventos estresantes	-.090	.083	-.186	.020
	Primaria	1297.12	.119	-354.94	2916.99
	Secundaria	443.89	.546	-1113.83	1855.32
	Preparatoria	-1141.47	.114	-2652.47	288.30
	Técnica	-297.88	.674	-1704.74	1022.64
	Profesional	-104.70	.858	-1589.05	1312.74
	Posgrado	0.00		0.00	0.00
Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	Edad	233.44	.001	201.81	263.09
	Espiritualidad	13.55	.185	-7.84	34.13
	Valores	-2.56	.872	-36.07	25.08
	Eventos estresantes	-23.29	.026	-42.44	-1.58

Nota: *B* = Beta, *p* =significancia, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Análisis cualitativo

En el componente cualitativo se entrevistaron a cinco hombres y dos mujeres quienes desearon explicar su experiencia con la enfermedad del alcoholismo y como ha sido su proceso para iniciar la recuperación y mantenerse en sobriedad. Las edades de los entrevistados oscilaron de entre 29 y 66 años de edad, tenían 4 de ellos estudios superiores y otros terminaron la secundaria, todos están activos laboralmente ya sea en negocio propio o como empleados. Ellos participaban en siete grupos de AA ubicados en zonas diversas del Área Metropolitana de Monterrey. De ellos 3 estaban divorciados, vivían solos o en casa de su madre. El tiempo aproximado de recuperación o de haber logrado la sobriedad era de 8 años en promedio.

A continuación se muestran los hallazgos del análisis cualitativo.

La mayor parte de los entrevistados que se encuentran en recuperación de la dependencia al alcohol, iniciaron el consumo a edades muy tempranas, pronto empiezan a tener alteraciones en algunas áreas de su vida, no obstante no la relacionan con el consumo de alcohol. Como se observa en las entrevistas las personas señalaron que

iniciaron a consumir el alcohol como a los 12 o 13 años de edad, como parte de la diversión en fiestas en el ocio como parte de las relaciones sociales. Pero también en algunos casos iniciaban a tomar por timidez con las chicas, para olvidar por una tristeza o frustración (Ackerman, 2000; Lima et al, 2015).

En este sentido Octavio señala... *”recuerdo fue en mi niñez cuando comencé a tomar, por ahí de los 12 años, a los 14 años comenzó todo en las fiestas de mi familia en casa, lo que quedaba en los vasos, luego recogíamos los envases y nos tomábamos lo que les quedaba, después ya alguien que se veía más grande lo compraba y nos repartíamos....nos reuníamos y tomábamos juntos”*.

Como se observa el uso del alcohol en la sociedad actual tiene una connotación social, su carácter licito y la disponibilidad y oportunidad de consumo le confiere aceptación social (Farías & Barizon, 2010). De la misma forma las expectativas sociales que construye el adolescente en su interacción social con sus pares, sobre lo que se espera de la substancia, como supuestos beneficios *se puede observar con el relato siguiente: Marcial dijo...El alcohol te da un servicio ya sea vencer la timidez, la frustración por algo sentimental*. Como se observa en el relato anterior las expectativas son predicciones subjetivas de la probabilidad que resulta del consumo de alcohol. En otras palabras son creencias individuales sobre los efectos esperados del uso de alcohol, estas expectativas generalmente se vinculan con las primeras experiencias de consumo de alcohol en la adolescencia temprana (Mora & Natera, 2001; Pantoja, 2010).

Tabla 20

Primera categoría "edad de inicio de consumo de alcohol"

Categoría	Códigos vivos
Edad de inicio al consumo de alcohol	<i>Octavio...recuerdo fue en mi niñez cuando comencé a tomar, por ahí de los 12 años, a los 14 años comenzó todo en las fiestas de mi familia en casa, lo que quedaba en los vasos, luego recogíamos los envases y nos tomábamos lo que les quedaba, después ya alguien que se veía más grande lo compraba y nos repartíamos....nos reuníamos y tomábamos juntos.</i>
La experimentación con esta sustancia suele comenzar durante la adolescencia y, una minoría significativa inicia en la juventud, este problema se intensifica en problemas graves que pueden tener consecuencias inmediatas y a largo plazo (Aarons et al., 1999; Brown et al, 2011).	<p><i>Marcial comentó...yo empecé a los 13 o 14 años en mi familia había mucho amor sin carencias, hubo mucha autoestima, vivíamos en un núcleo económico alto, había fiestas y sin que se dieran cuenta nuestros papás le echábamos un chorrillo de cada uno de sus botellas o bebidas y nos lo tomábamos al hilo. El alcohol te da un servicio ya sea vencer la timidez, la frustración por algo sentimental.</i></p> <p><i>Juan dijo...yo empecé a beber a los 13 años de edad durante estos años yo tomaba, me emborrachaba todos los fines de semana... pero como diversión.</i></p>

Los motivos o razones para iniciar y mantener el consumo de alcohol se encuentran ubicados en función de su resultado esperado positivo o negativo y su origen ya sea interno o externo. De acuerdo con Cox y Klinger (1988) los individuos consumen alcohol para obtener resultados positivos o para evitar estados negativos. No obstante el consumir alcohol puede ser porque se busca una recompensa interna (manejar estados emocionales) o para obtener recompensas externas (aceptación o aprobación social). De tal manera que al integrarse estas dimensiones surgen cuatro tipos de motivos de consumo de alcohol: 1) motivo interno de reforzamiento positivo (para obtener un estado positivo de bienestar), 2) motivo externo con reforzamiento positivo (beber para obtener una recompensa social, aceptación), 3) motivo interno con reforzamiento negativo (beber para regular o reducir emociones negativas) 4) motivo externo con reforzamiento negativo (beber para evitar el rechazo social) (Cooper, 1994).

Estas motivaciones pueden relacionarse con el tipo de consumo de alcohol y con las consecuencias del consumo. En la etapa de la adolescencia que es cuando se inician a consumir alcohol piensan que su consumo es fácil de controlar dentro de unos límites poco claros que son establecidos primero por las vivencias personales, después por las experiencias propias de ellos (Pérez, Redondo, Mesa, Jiménez, Martínez & Pérez, 2010). Se puede observar en sus relatos un inicio de consumo por la búsqueda de motivos sociales como la fiesta, diversión aceptación del grupo en este sentido, *Octavio dice...yo creo por la fiesta y la diversión se consume alcohol, después continúe tomando con el alcohol yo me sentía diferente, después a los 14 años falleció mi papá y me enoje tuve reacción negativa contra Dios...yo era muy apegado a papá y me sentí solo, mi mamá no podía con todos fuimos 11 de familia yo era de los más chicos y esto me dio más libertad, mi hermana mayor era enérgica y me maltrataba, cuando me vio borracho por vez primera se asustó...dije entonces es por aquí y seguí bebiendo.*

Posteriormente transitan de usar el alcohol como socialización se pasa a ser utilizado por motivos de afrontamiento ante las experiencias negativas, crisis o eventos vitales *Juan dice...si me sentía triste y frustrado me iba y me echaba unas tres cervezas.* Lo anterior también se reafirma con el relato de *Octavio...El alcohol te da un servicio hay personas tímidas con las mujeres y se sienten bien con el alcohol y empiezan a dialogar con ellas, yo tenía una frustración quería olvidar que me dejo mi primer novia, inconscientemente quería perderme o querer olvidar tenía mucha tristeza..* La reducción de estados emocionales o el incremento de los estados positivos también están presentes y se reafirma por las actitudes de la familia hacia el consumo de alcohol de sus hijos o también por el aprendizaje vicario *Marcial...mira dicen que es algo familiar pero mi padre no es alcohólico ni mi mamá, pero en mi casa era muy bien visto consumir alcohol y creo papá pensaba mejor que tomen en la casa que en la calle.*

La edad puede incrementar la sensación de control del consumo de alcohol, en ocasiones desean tener la experiencia de intoxicación con el alcohol como algo divertido, no obstante esto no es visto como un riesgo de dependencia al alcohol, pueden a la vez no reconocer los daños o sentirse invulnerables a los daños que produce el alcohol, con la creencia de que abusar del alcohol en fines de semana, les permite recuperarse y no enfermar por causa del alcohol (Pérez, Redondo, Mesa, Jiménez, Martínez & Pérez, 2010).

Tabla 21

Segunda categoría "Diversidad de motivos y razones"

Categoría	Códigos vivos
Diversidad de motivos o razones	<p><i>Victoria señalo...yo empecé a los 15 años a consumir porque yo sentía como un vacío desde la infancia...tenía miedo como que no encajaba como que me hacían a un lado, además yo vengo de mama alcohólica empastillada, ella venía a Alcohólicos Anónimos.</i></p> <p><i>Octavio...yo creo por la fiesta y la diversión se consume alcohol, después continúe tomando con el alcohol yo me sentía diferente, después a los 14 años falleció mi papá y me enoje tuve reacción negativa contra Dios...yo era muy apegado a papá y me sentí solo, mi mama no podía con todos fuimos 11 de familia yo era de los más chicos y esto me dio más libertad, mi hermana mayor era enérgica y me maltrataba, cuando me vio borracho por vez primera se asustó.. dije entonces es por aquí y seguí bebiendo.</i></p> <p><i>El alcohol te da un servicio hay personas tímidas con las mujeres y se sienten bien con el alcohol y empiezan a dialogar con ellas, yo tenía una frustración quería olvidar que me dejo mi primer novia, inconscientemente quería perderme o querer olvidar tenía mucha tristeza.</i></p> <p><i>Juan dice...si me sentía triste y frustrado me iba y me echaba unas tres cervezas.</i></p> <p><i>Marcial...mira dicen que es algo familiar pero mi padre no es alcohólico ni mi mama, pero en mi casa era muy bien visto consumir alcohol y creo papá pensaba mejor que tomen en la casa que en la calle.</i></p> <p><i>Juan...solo yo y mis hermanos consumíamos alcohol...pero no es por mi papá y mamá es que yo estaba triste porque tuve una perdida amorosa...por causa de mi consumo y el de mis hermanos mi mamá era AL-ANONA, buscó ayuda allí.</i></p>

El proceso de la enfermedad del alcoholismo es gradual o progresivo, es crónico afecta la salud física, emocional e interfiere con las actividades sociales, familiares y laborales. En el transcurso de la "carrera de alcohólica" las personas atraviesan múltiples situaciones críticas y adversas. Se presenta esta dependencia como un fuerte anhelo de consumir alcohol (craving), después aparece la tolerancia o la necesidad de beber más cantidad de alcohol para poder sentir el efecto. Posteriormente el individuo tiene las lagunas mentales y la pérdida de control o esa incapacidad de no poder parar de beber una vez que se comienza a tomar y finalmente en el retiro o síntomas de abstinencia puede haber náuseas, sudoración, temblores al dejar de beber incluso puede conllevar al "delirium tremens" (American Psychiatric Association, 1994).

Lo anterior se puede observar en la narración de Victoria...yo comencé como con un vacío muy hipersensible y hipermiedosa....me daba miedo hasta mi propia sombra, la primera vez me vomite pero fue no poder parar o sea como tomar para morir, te quieres acabar el OXXO, la cava del tío, el depósito clandestino y luego acabas en el bar de mala muerte y luego lo que sigue, lo que sigue y me embarazo y deje de tomar pero volví al nacer mi niño, perdía el celular, me hacía pipi (orinar), ya había pensado usar pañales o dormirme en la regadera...Luego quise ponerle tapa con barrotes a la cuna del niño para poder crudear...yo dije esto no es normal, pero tenía muchos deseos de tomar...cada vez más para poder sentirme bien

Como se observa el inicio del consumo de alcohol a temprana edad es la puerta de entrada a la carrera de alcohólico, van iniciando con un consumo moderado hasta tener la necesidad de consumir en mayores cantidades para sentir los mismos efectos y presentar los primeros síntomas de la dependencia a la sustancia. Experimentan múltiples problemas, físicos, emocionales y sociales, pero la espiral del alcohol sigue su curso sin detenerse, incrementando las consecuencias y el sufrimiento.

Juan...yo empecé a tomar a los 13 años todos los fines de semana y si había consecuencias tuve accidentes, choques tenía perdidas y lagunas mentales, tuve una perdida amorosa y caí en una gran depresión, tomaba alcohol para fugarme, luego ya no me funcionaba y mi dolor era más grande estaba tratando de llenar el hueco, un vacío más grande, más problemas cada vez menos me acordaba como salía de los antros, de los bares, como me subía al taxi, como llegaba a mi casa cuánto dinero traía, con quienes me había acostado, que hice, la ruptura de mi pareja me genero más culpa y sentí que toque fondo de sufrimiento, le pedí ayuda a mi mama, ella ya estaba en AL-ANON.

Tabla 22

Tercera categoría "Proceso de enfermedad alcoholismo es gradual poco a poco vas entrando en una espiral"

Categoría	Códigos vivos
Proceso de enfermedad alcoholismo es gradual poco a poco vas entrando en una espiral.	<p><i>Victoria...yo comencé como con un vacío muy hipersensible y hipermiedosa...me daba miedo hasta mi propia sombra, la primera vez me vomite pero fue no poder parar o sea como tomar para morir, te quieres acabar el OXXO, la cava del tío, el depósito clandestino y luego acabas en el bar de mala muerte y luego lo que sigue, lo que sigue y me embarazo y deje de tomar pero volví al nacer mi niño, perdía el celular, me hacía pipi (orinar),ya había pensado usar pañales o dormirme en la regadera...Luego quise ponerle tapa con barrotes a la cuna del niño para poder crudear...yo dije esto no es normal, pero tenía muchos deseos de tomar...cada vez más para poder sentirme bien.</i></p> <p><i>Marcial..."yo consumí casi a diario, luego me caso y dije ya voy a dejar de tomar y dije ya me olvido de beber y para mi sorpresa aun quería más...pasan los años tengo una familia de tres hijos y una mujer que me hizo la lucha hasta el último. Tenía lagunas mentales, de repente ven a sacarme de la cárcel choque, y fui perdiendo la capacidad de salir adelante muy conformista, no tenia control del alcohol, mi ex esposa tomó las riendas de la casa y se cansó...y me dejó, allí fue que reaccione".</i></p>

Continuación...

Octavio...cuando muere mi papa allí empecé a tomar más fuerte hay un dicho "que las penas con alcohol se olvidan" y yo olvidaba algo de sufrimiento, luego en la prepa me nombran presidente de la mesa directiva y yo allí tuve dinero para comprar alcohol, yo invitaba a los compañeros, me sentía el rey, luego conseguí trabajo y deje de estudiar, a los 18 años embarace a mi novia me tuve que casar, conseguí buen trabajo iba a bares de mucha categoría, llegaba a mi casa con el 15% o 20% del sueldo, me daba remordimiento, cruda moral, tuve choques, tuve problemas con la ley, con mi esposa, me volví explosivo, tenía una vida desenfrenada, luego descubrí la cocaína que me ayudaba a aguantar más fue un gran error...me convertí en otra persona y mi esposa se fue a vivir con otro hombre, sinceramente me faltaba fuerza la enfermedad del alcoholismo difícilmente te suelta y vuelves a tomar, un día tuve un choque en Allende NL después de una resaca un tráiler se quedó sin frenos y nos envistió eso me hizo reaccionar ese día sentí que me morí y después busque como rehacer mi vida.

Juan...yo empecé a tomar a los 13 años todos los fines de semana y si había consecuencias tuve accidentes, choques tenia perdidas y lagunas mentales, tuve una perdida amorosa y caí en una gran depresión, tomaba alcohol para fugarme, luego ya no me funcionaba y mi dolor era más grande estaba tratando de llenar el hueco, un vacío más grande, más problemas cada vez menos me acordaba como salía de los antros, de los bares, como me subía al taxi, como llegaba a mi casa cuánto dinero traía, con quienes me había acostado, que hice, la ruptura de mi pareja me genero más culpa y sentí que toque fondo de sufrimiento, le pedí ayuda a mi mama, ella ya estaba en AL-ANON.

Por su parte, Cain (1991) señaló que el principiante comienza a comparar e interpretar su vida pasada y su relación AA, a través de las historias personales encontrar nuevos significados que lo ayudarán a explicar su condición y comenzar a entenderse como un alcohólico dentro de AA. El significado del alcohol cambia con el tiempo, en un inicio los entrevistados compartieron que el alcohol es un vehículo de socialización, para la diversión y que favorece la convivencia e integración social. No obstante cuando su condición ha cambiado para convertirse en personas dependientes del alcohol este significado también cambia, lo que se observa en este relato.. *Marcial dice...el alcohol*

es un perverso tirano que te llega de una manera sutil tan despacito tan como que te hipnotiza, que no te das cuenta te va envolviendo que te vas perdiendo te vas creyendo tus propias mentiras.

Dentro de la enfermedad del alcoholismo la persona puede tener múltiples explicaciones plausibles o tratar de creerse sus propias mentiras, sin embargo a la luz de los estragos que le causan, no existe una lógica del razonamiento. Por un tiempo es probable que intente reconocer la verdad, pero las justificaciones o pretextos le satisfacen por cierto tiempo, su conducta es desconcertante (AA, 1986). También es frecuente tengan claridad de que el alcohol es una droga adictiva que más problemas genera a la sociedad, no obstante se considera un bien de consumo, lo cual es una contradicción social (Colombo & Merideño, 2004) *Octavio dice...el alcohol es un adictivo para vivir y te convierte en otra persona...el alcohol es solamente un síntoma de una enfermedad.*

Tabla 23

Cuarta categoría " Significado del alcohol en dependientes del alcohol"

Categoría	Códigos Vivos
Significado del alcohol en dependientes del alcohol	<p><i>Victoria dice...a nosotros los alcohólicos nos da una alergia al alcohol y hay una molécula que tiene el alcohol que no podemos deshacer...y no podemos parar...tomamos hasta morir.</i></p> <p><i>Marcial dice...el alcohol es un perverso tirano que te llega de una manera sutil tan despacito tan como que te hipnotiza, que no te das cuenta te va envolviendo que te vas perdiendo te vas creyendo tus propias mentiras.</i></p> <p><i>Octavio...el alcohol es un adictivo para vivir y te convierte en otra persona.. el alcohol es solamente un síntoma de una enfermedad.</i></p>

La negación del problema de la dependencia al alcohol es la primera etapa en la espiral del alcoholismo. Es un periodo en que la forma de consumir alcohol de la

persona empieza a generar problemas de lo cual no están conscientes. En parte esta negación está influida por la gran aceptación de la sociedad del consumo de alcohol y las premisas sociales que aceptan el consumo masculino, no estigmatizan el consumo excesivo en varones. Lo anterior puede dar inicio primero a consumo moderado, avanza a periodos de intoxicación ocasional, hasta llegar al punto que interfiere con la vida de la persona. Una creencia que influye en la negación es la idea de la sociedad de que la persona alcohólica es un indigente un vagabundo y ellos no se reconocen de esta forma, por ello se retrasa más la aceptación del alcoholismo. Además tienen la creencia de que como no son alcohólicos, pueden controlar cuando lo quieran su consumo, situación que no es posible en función a su vulnerabilidad emocional donde se da cuenta que requiere del alcohol para calmar sus conflictos internos y al volver a tomar ya no puede detenerse y se inicia un nuevo periodo de embriaguez (AA, 1986; Aznar, 2011).

Lo anterior se puede observar en los relatos siguientes: *Victoria dijo...ha!!! no claro...yo no soy alcohólica, yo puedo sola, en mi embarazo dejé de tomar y vivo mi primer etapa sin tomar...yo decía esto del embarazo es bonito y yo era mamá bonita y dije voy a tomar bonito...pero no, se me quito y empecé una vez otra vez...Juan...yo no pensaba que era alcohólico me dije voy a dejar de tomar ahorita tantito a ver qué onda, pero luego después volví a tomar...hice solo una pausa pero no pude controlar...cada vez más me hundía..* Esta creencia inicial de poder controlar la dependencia al alcohol es crucial para continuar en la espiral cada vez más profunda del alcoholismo, pero el reconocer que son impotentes ante el alcohol y que las vidas de estos seres humanos que sufren cada día se ha vuelto ingobernable es el primer paso de Alcohólicos Anónimos que implica admitir tener el problema de la dependencia al alcohol es indispensable para poder continuar con el programa de 12 pasos y lograr la recuperación (AA, 1986).

Tabla 25

Quinta categoría "negación de la enfermedad"

Categoría	Códigos vivos
Negación de la enfermedad	<p><i>Victoria dijo...ha!!! no claro...yo no soy alcohólica, yo puedo sola, en mi embarazo dejé de tomar y vivo mi primer etapa sin tomar...yo decía esto del embarazo es bonito y yo era mamá bonita y dije voy a tomar bonito...pero no, se me quito y empecé una vez otra vez.</i></p> <p><i>Juan...yo no pensaba que era alcohólico...me dije voy a dejar de tomar ahorita tantito a ver qué onda, pero luego después volví a tomar...hice solo una pausa pero no pude controlar...cada vez más me hundía.</i></p>

En muchos casos antes de aceptar estar enfermo la persona alcohólica relata “toqué fondo” o “me derrumbe” que es de cierta forma aceptar o reconocer que su forma de consumir alcohol es la generadora de los problemas de su vida (Lima et al, 2015). El “tocar fondo”, es la experiencia de acumular múltiples sucesos críticos como: tener problemas de salud físicos, emocionales, perder a la esposa o pareja, tener accidentes, llegar a la cárcel, perder el trabajo y es cuando la persona toma conciencia de que se terminan las ganas de vivir, reconocer la autodestrucción en las que está y detenerse en este camino de desesperanza y sufrimiento para pedir ayuda en este sentido comenta *Juan...yo usaba el alcohol para fugarme de la ruptura de mi pareja...usaba para olvidar...cada vez más, no sabía cómo había llegado a casa, con quien me acosté...tenía cruda moral, tenía sentimientos de culpa es decir como se dice "toque fondo" ya tenía problemas físico,...emocionales y allí fui a pedir ayuda. Sabía estaba enfermo.*

El tener conciencia de estar enfermo implica la liberación y aceptación de estar enfermo y se inicia la posible transformación o recuperación a partir de la búsqueda de ayuda (Henaó & Segura, 2013), lo anterior coincide con *Marcial...tenía lagunas mentales en cada ingesta...daba rienda suelta a todo, caía en la cárcel, chocaba, tuve varios accidentes, perdí el trabajo, todos los alcohólicos pasamos por las mismas cosas, divorcios, perdidas, algunos roban, acabas con tus sueños, con tus ganas de vivir hice*

mucho daño, pierdes el piso, tenía mucho coraje depresión, me corrió mi mujer pasaba todos los días por aquí (AA) y me vine derecho a A...muerto de miedo solo...me sentía muy mal derrumbado.

Tabla 26

Sexta categoría "tener conciencia de la enfermedad/aceptar estar enfermo"

Categoría	Códigos vivos
Tener conciencia de la enfermedad/ aceptar estar enfermo "tocar fondo"	<p><i>Juan...yo usaba el alcohol para fugarme de la ruptura de mi pareja...usaba para olvidar...cada vez más, no sabía cómo había llegado a casa, con quien me acosté...tenía cruda moral, tenía sentimientos de culpa es decir como se dice "toque fondo" ya tenía problemas físico,...emocionales y allí fui a pedir ayuda. Sabía estaba enfermo...</i></p> <p><i>Esteban...yo tomaba todos los días...el alcohol me despertaba muchas cosas de mi infancia...es una explosión que genera rencor y coraje...te trae recuerdos fuertes y ya tú buscas algo más fuerte como drogas ya el alcohol y luego las drogas no te solucionan los problemas al contrario...se me fue comiendo mi mente...una vez me quise suicidar...me embriagaba para calmar el dolor del abuso de mi infancia...toque fondo con el alcohol y use algunas drogas como cocaína para aguantar más...fue cuando entendí algo estaba muy mal.</i></p> <p><i>Marcial...tenía lagunas mentales en cada ingesta...daba rienda suelta a todo, caía en la cárcel, chocaba, tuve varios accidentes, perdí el trabajo, todos los alcohólicos pasamos por las mismas cosas, divorcios, perdidas, algunos roban, acabas con tus sueños, con tus ganas de vivir hice mucho daño, pierdes el piso, tenía mucho coraje depresión, me corrió mi mujer pasaba todos los días por aquí (AA) y me vine derecho a AA... muerto de miedo solo...me sentía muy mal derrumbado.</i></p>

El inicio del movimiento de autoayuda aparece con el surgimiento de los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos con el propósito de ofrecer un recurso de apoyo social para el cambio frente a la enfermedad del alcoholismo. El reunirse en grupos donde se apoyan mutuamente a través del compartir experiencias personales vividas, el intercambio de algunos recursos, el acompañamiento durante la enfermedad, son

elementos coadyuvantes del apoyo emocional e instrumental requeridos por la persona con enfermedad del alcoholismo.

Entre los factores que influyeron para potencializar la autoayuda fueron la búsqueda de afiliación social como una forma de motivar el cambio de comportamiento entre aquellos que tienen en común un problema o enfermedad, la búsqueda de atención ante la insuficiencia de los servicios de salud, la escasa formación de los profesionales de salud que pueden no ser capaces de responder a las necesidades psicosociales de las personas con problemas de uso de alcohol con los sistemas de salud (Levine & Perkins, 1987; Jacobs & Goodman, 1989; Sánchez & Vidal, 1991).

Los grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos (AA) representan un componente importante de la respuesta de la sociedad en para mejorar el impacto negativo del abuso o dependencia del alcohol (Humphreys et al., 2004, Kelly & Yeterian, 2008). Los puntos fuertes de AA para la recuperación son su ubicuidad y accesibilidad local, reduciendo al mínimo los costos de transporte y tiempo traslado, así como su disponibilidad flexible en momentos de alto riesgo de recaída, como las noches, fines de semana y días festivos, cuando la atención profesional a menudo no está disponible.

La búsqueda de ayuda implica admitir la impotencia hacia el alcohol y que sus vidas se han vuelto ingobernables lo cual es el Primer Paso del Programa de AA. En muchos casos los individuos que tienen problemas con el alcohol necesitan suspender completamente el consumo, no reducirlo, es decir requieren de la abstinencia. Una red social fuerte como Alcohólicos Anónimos, el apoyo familiar pueden ser fundamentales para abandonar la dependencia al alcohol. Cuando la familia reconoce que uno de sus miembros tiene un problema de dependencia con el alcohol, es un paso fundamental para lograr la recuperación de la persona. No obstante con algunos consejos de algún miembro de la familia no será suficiente para que logre la abstinencia y es cuando se

reconoce ya sea la esposa, madre, hija, hermana o el padre de familia que este integrante requiere de apoyo más profundo.

El manejo de la dependencia al alcohol no es posible hacerlo solo con la intención que tiene la persona de dejar de beber, requiere de un programa de rehabilitación más completo e integral que puede ser la psicoterapia de grupo, individual, autoayuda grupal como AA. Por otra parte el buscar ayuda generalmente se realiza por medio del apoyo de un familiar cercano que convive con el enfermo, o mediante una persona alcohólica ya recuperada o en proceso de recuperación quienes le pueden hablar de su experiencia donde el individuo seguramente encontrara grandes similitudes con su conducta problema (AA, 2001) *de acuerdo con Octavio...mi madre me dijo busca ayuda no estás bien...eres buena persona nada más tomas y eres otro...ella me ayudo a pensar en un cambio me faltaba fuerza, el alcoholismo no te suelta es muy fuerte.*

Se observa que los entrevistados fueron en su mayoría apoyados por sus madres para llegar a AA. *Juan... en aquel entonces yo tenía como 23 años y tenía muchos pensamientos negativos, por el alcohol, ataques de ansiedad, lagunas mentales, como paranoia, sentía que tenía un problema con el alcohol y fue mi mama quien me dijo tienes tres opciones, una es mandarte a un psiquiátrico, o te mando a una iglesia o grupo cristiano o vas a AA pero necesitas ayuda...después supe mi mama tenía muchos años de ir a Al-Anon por mí y mis hermanos.*

Para el enfermo con dependencia al alcohol, el grupo de autoayuda se convierte en su grupo de pertenencia, mediante el grupo de ayuda mutua, para lo cual se incorpora de forma progresiva a su rol de enfermo, recibe ayuda, la ofrece también (comparte el mensaje), lo que reforzara sensiblemente su abstinencia. También es posible que lleguen a solicitar ayuda en AA, solos, ya que han perdido la compañía de su esposa que los ha abandonado, o han desilusionado y perdido a sus hijos *Marcial...duré 23 años de*

casado y mi mujer me hizo mucho la lucha, hasta lo último...y pues...le doy las gracias por tomar la decisión de dejarme porque eso fue un golpe muy duro para que reaccionara, yo llegué al grupo solo nadie me había pasado el mensaje...yo sabía que era un problema lo que tenía. Los grupos de autoayuda refuerzan la motivación para dejar de beber y aprender a vivir sin alcohol (Colombo & Merideño, 2004).

Tabla 27

Séptima categoría "buscar ayuda"

Categoría	Código vivo
Buscar ayuda	<i>Octavio...mi madre me dijo busca ayuda no estás bien...eres buena persona nada más tomas y eres otro...ella me ayudo a pensar en un cambio me faltaba fuerza, el alcoholismo no te suelta es muy fuerte.</i>
Para la recuperación de la dependencia al alcohol, al buscar ayuda se les proporciona acceso a una red social de apoyo para su recuperación que puede facilitar la participación en actividades alternativas para lograr la sobriedad fuera de las reuniones formales (Kelly et al., 2008)	<p><i>Juan en aquel entonces yo tenía como 23 años y tenía muchos pensamientos negativos, por el alcohol, ataques de ansiedad, lagunas mentales, como paranoia, sentía que tenía un problema con el alcohol y fue mi mama quien me dijo tienes tres opciones, una es mandarte a un psiquiátrico, o te mando a una iglesia o grupo cristiano o vas a AA pero necesitas ayuda...después supe mi mama tenía muchos años de ir a Al-Anon por mí y mis hermanos.</i></p> <p><i>Esteban yo era dependiente del alcohol si no tomaba no podía ser yo...con el alcohol el inconsciente me saco el sufrimiento de que me hicieron tocamientos de niño...fue mi (palabra altisonante)...tío padrino...me salieron todos los recuerdos y así tuve odios hacia tu mama, tu papá tus hermanos...Perdí casa, carro, me dejó mi esposa, el alcoholismo me destruyó...y una persona me invitó a AA así fue como llegué.</i></p> <p><i>Marcial...duré 23 años de casado y mi mujer me hizo mucho la lucha, hasta lo último...y pues...le doy las gracias por tomar la decisión de dejarme porque eso fue un golpe muy duro para que reaccionara, yo llegué al grupo solo nadie me había pasado el mensaje...yo sabía que era un problema lo que tenía.</i></p>

En la familia, el alcoholismo es uno de los mayores destructores del amor, del afecto, del cuidado, la convivencia, la comunicación y relaciones familiares. En el seno de la familia del dependiente del alcohol existe una ruptura de los vínculos afectivos lo

que les provoca mayor malestar, dolor e ira. La persona con alcoholismo deja de ser un modelo para los hijos y se desvanecen y pierden los límites sanos entre el núcleo familiar.

Durante la relación familiar con la persona dependiente se presenta un continuo de sentimientos afectivos que pueden transitar de positivos a negativos, traduciéndose en estrés, sufrimiento moral y emocional, e incluso ocurre el debilitamiento de las relaciones y la comunicación al interior del núcleo familiar y es posible la familia se destruya. Se observa también que en la dinámica de la familia con la intención de mantener el equilibrio de las funciones familiares y que permanezca oculto el problema del alcoholismo son otros de los integrantes de la familia (esposa e hijos) quienes asumen el rol del padre lo que se muestra en el siguiente relato, como en el caso de Marcial que indica *"les hice mucho daño, los tenía muy asustados a los pobres, me dejo mi esposa, ella ya en lo último...sostenía la casa, mi hija tiene depresión, bulimia y anorexia nerviosa...y me dice es por mi culpa...mi hijo dice por tu alcoholismo, ...parte de mi niñez y adolescencia quise tomar tu lugar...me hiciste ser el mejor amigo, estudiante, el mejor hijo, me hiciste un triunfador pero me desgraciaste la vida"* (Ackerman, 2000; Lima, 2015).

Como se observó anteriormente la familia con frecuencia muestra cierta forma de negación ante el problema, lo cual incluye la reasignación de los roles familiares determinados por la enfermedad lo que ocasiona un desequilibrio (Aizpun, 2006). Los hijos de alcohólicos tienen una probabilidad cuatro veces mayor que otros niños de convertirse en alcohólicos. La mayoría de los hijos de alcohólicos han experimentado cierta forma de abandono o abuso, muestran ansiedad, angustia, resentimiento, coraje. Los problemas emocionales en los hijos muchas veces no son aparentes hasta que llegan a la etapa de adultez (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1999).

En el alcoholismo; *Esteban...yo a mi familia...le robe...no económicamente...le robe sus sueños...a mi esposa, de tener un esposo normal, le robe sus sueños de viajar, tener una casa bonita, un auto, a mis hijos le robe sus sueños...me tomaba más de lo que ganaba, mi esposa...me llego a decir desesperada que me muriera que me fuera de la casa.* Este relato afirma que se experimenta una ruina existencial de tragedia de derrota y un deterioro no solo es económico sino moral, emocional y espiritual (Henao- Escobar & Segura- Restrepo, 2013).

Tabla 28

Octava categoría "la familia durante la enfermedad del alcoholismo"

Categoría	Códigos Vivos
La familia durante la enfermedad del alcoholismo	<p><i>Victoria...estuve descuidando a mi niño, incluso pensé en poner barrotos en la cuna como una bardita para que no se bajara y me dejara crudear andaba mal...</i></p> <p><i>Marcial...tenía a mi familia muertos de pena, llegaba el transporte en la mañana por mis hijos para ir a la escuela y el papá tirado en la puerta principal, pensarían es el jardinero...les hice mucho daño, los tenía muy asustados a los pobres, me dejó mi esposa, ella ya en lo último sostenía la casa, mi hija tiene depresión, bulimia y anorexia y me dice es por mi culpa...mi hijo dice por tu alcoholismo, ...parte de mi niñez y adolescencia quise tomar tu lugar...me hiciste ser el mejor amigo, estudiante, el mejor hijo, me hiciste un triunfador pero me desgraciaste la vida...la figura paternal no existía...ellos siguen con el resentimiento...</i></p> <p><i>Octavio...mi esposa nunca fue feliz era obvio se enamoró de otro que la atendiera y me dejo...</i></p> <p><i>Esteban yo a mi familia...le robé...no económicamente...le robé sus sueños a mi esposa, de tener un esposo normal, le robé sus sueños de viajar, tener una casa bonita, un auto, a mis hijos le robé sus sueños...me tomaba más de lo que ganaba mi esposa...me llegó a decir desesperada que me muriera que me fuera de la casa...</i></p>

Las personas que acuden al inicio a AA tardan en aceptar que están enfermos. En ocasiones no comprenden el proceso que cada participante sigue, algunos sonríen están

felices y parece que tienen una esperanza de recuperarse. Otro aspecto observado por Lima-Rodríguez et al., (2015), es que la imagen del alcohólico para quienes se están incorporando al grupo AA cambia y se aleja de la imagen de alcohólicos que la sociedad y ellos tenían de un ebrio, indigente y vagabundo.

En la primera experiencia de los nuevos participantes, pueden no comprender lo que sucede en el grupo, su dinámica y hasta puede inquietar al nuevo participante, no obstante es un periodo de inicio de la claridad y lucidez y aceptación del programa. En este sentido *Victoria dijo...Ingresar a 12 pasos es entregarle las cosas a Dios para que llegue el sano juicio, son muchas cosas en las que este programa de terapia nos ayuda, yo al principio decía de que se ríen son unos perdedores...entonces yo vi a esa gente unida, feliz luchando por su persona vienes aquí a salvar tu vida...tu pellejo. Yo llegue con miedo que no te imaginas, un miedo y dolor del alma.*

La aceptación del programa de 12 pasos conduce a un periodo de perspectivas optimistas de recuperación que contrasta fuertemente con el periodo previo de aislamiento, pérdidas y soledad seguido de un periodo de agotamiento ansiedad, angustia miedo que se experimentan durante la experiencia del alcoholismo son muchas veces condiciones necesarias para iniciar el proceso de cambio y la construcción de una nueva vida. *Octavio... yo llegue a AA por primera vez y mi experiencia fue de 1 año y siete meses sin tomar, pero no hubo apoyo de mi exesposa , ella me dejó, se enamoró de otro, y comencé a tomar de nuevo, luego me abandona mi esposa, pero esa no fue la causa yo no seguí los pasos del programa, me faltaba leer la literatura, no estaba totalmente convencido, me hacía falta tener un padrino que me aconsejara, esto me dio esperanza de un futuro, ya ahorita tengo 16 años de sobriedad.*

Las recaídas pueden ser peligrosas y se traducen en sufrimiento y pérdida de tiempo, energía, esperanza, pero a su vez es un periodo de aprendizaje para la persona que desea recuperarse. Aun y se tenga conciencia del problema y de tener disposición a

cambiar, una persona con dependencia al alcohol puede recaer cuando no existe un manejo adecuado de las situaciones de riesgo o se descuida el proceso de cambio. Después de una recaída es más probable que la persona tenga más claridad de las conductas o acciones que está realizando o no realizando para poder avanzar en el proceso de recuperación (Hoffman, 2003).

Tabla 29

Novena categoría "el programa de 12 pasos de AA en el inicio de la vida de las personas dependientes del alcohol"

Categoría	Códigos vivos
El programa de 12 pasos de AA en el inicio de la vida de las personas dependientes del alcohol	<p><i>Victoria dijo...Ingresar a 12 pasos es entregarle las cosas a Dios para que llegue el sano juicio, son muchas cosas en las que este programa de terapia nos ayuda, yo al principio decía de que se ríen son unos perdedores...entonces yo vi a esa gente unida, feliz luchando por su persona vienes aquí a salvar tu vida...tu pellejo. Yo llegue con miedo que no te imaginas, un miedo y dolor del alma.</i></p> <p><i>Octavio yo llegue a AA por primera vez y mi experiencia fue de 1 año y siete meses sin tomar, pero no hubo apoyo de mi exesposa y comencé a tomar de nuevo, luego me abandona mi esposa pero esa no fue la causa yo no seguí los pasos del programa, me faltaba leer la literatura, no estaba totalmente convencido, me hacía falta tener un padrino que me aconsejara , esto me dio esperanza de un futuro, me hacía falta tener un padrino que me aconsejara ya ahorita tengo 16 años de sobriedad</i></p>

Por otra parte, Cain (1991) caracterizó el proceso de transformación que tenía lugar en el principiante. Se propuso que a través de las historias personales, ya sean leídas en textos de AA, escuchadas en las juntas o en los intercambios cara a cara, se presentan los nuevos elementos culturales con los cuales el principiante comienza a comparar e interpretar su vida pasada y su relación con el alcohol. Por lo tanto, la historia personal, según Cain, es un mecanismo cultural mediador en el proceso del cambio de identidad. A través de las historias personales los participantes de AA con

más años de recuperación y los principiantes empiezan a negociar socialmente las interpretaciones del alcoholismo y del alcohólico. Así, un recién llegado al grupo y que aún no se describe a sí mismo como AA podrá, a través de las historias personales encontrar nuevos significados que lo *ayudarán a explicar su condición y comenzar a entenderse como un alcohólico dentro de AA.*

Al analizar la función mediadora de las historias personales, Cain señaló que estas contribuyen a la producción y reproducción cultural en tres formas: 1) ayudan a reconocer las creencias, proposiciones e interpretaciones de AA; 2) se presentan explicaciones sobre el alcoholismo y lo que significa ser un alcohólico y; 3) se constituye en una herramienta de subjetividad, un instrumento mediador para la auto comprensión. Las historias personales son ampliamente utilizadas, como fue el caso en la primera publicación de AA en 1939, que sirvió para dar a conocer el programa de los Doce Pasos.

Los investigadores Lave y Wenger (1991) continuaron con el análisis del proceso que experimenta el principiante al ingresar a un grupo de AA. Estos autores señalaron que la práctica de relatar la historia personal implica una compleja interacción entre el experto y el principiante (padrino y apadrinado), por medio de la cual el principiante, se ubica en la periferia de la práctica social, y se introduce al centro de la misma en un proceso que los autores llamaron participación periférica legítima. El experto acompaña al principiante a lo largo del proceso gradual de dominación de la práctica, y a su vez, en la transformación personal.

Para Lave y Wenger, la práctica de llevar el mensaje no se reduce a la memorización de la propia historia personal para luego ser compartida con otro alcohólico, sino que es necesario el acompañamiento del experto para conocer la práctica e introducirse en ella...*Marcial dijo...Cuando llegue me di cuenta de todo el daño hecho, pero mi padrino me explica y es cierto yo provoqué muchas cosas, pero*

ahora estás actuando y haciendo todo bien el hoy es ejemplar, toma tiempo, pero la gente perdona...me ha ayudado el leer libros de AA, escuchar a mi padrino. Hoy doy gracias a Dios a un poder superior de Dios que me ha dado la oportunidad de vida mi fecha de nacimiento es un día de septiembre fue cuando llegue y en el libro que se me dio puse mi fecha de nacimiento es una segunda oportunidad.

El programa de 12 pasos de acuerdo con AA (1995) son un conjunto de principios de naturaleza espiritual que al adoptarse como forma de vida puede liberar a la persona enferma de la obsesión de beber alcohol y así poder transformarse en una persona íntegra, útil, feliz. El programa se inicia con aceptar la derrota y rebelarse desde el momento que acude a AA con la esperanza de aprender a tener confianza en sí mismo (AA, 1986, 2008). Los siguientes pasos 2, 3 consiste en tener o recobrar la fe y creer en un Poder Superior hacia una relación apropiada con Dios, así mismo poner la voluntad y la vida al cuidado de Dios como es concebido por cada persona. Es de cierta forma abrir la puerta que estaba cerrada y dejar entrar a Dios en la vida de cada persona con esta enfermedad.

Juan...mis herramientas en el programa de los 12 pasos son la junta diaria, el apadrinamiento, la literatura, la oración al servicio de 12 pasos, el trabajar en mis defectos de carácter, me han enseñado a amarme a mí mismo soy fuerte espiritualmente aunque vaya con amigos a festejar no toma alcohol aunque esté lleno el refrigerador

En el cuarto paso se hace un gran esfuerzo para descubrir las propias debilidades, hacer un inventario moral evitando auto culparse o culpar a otros pero reconociendo los puntos fuertes y débiles y generando claridad y confianza... *Marcial dijo...Cuando llegue me di cuenta de todo el daño hecho, pero mi padrino me explica y es cierto yo provoqué muchas cosas, pero ahora estás actuando y haciendo todo bien el hoy es ejemplar, toma tiempo, pero la gente perdona...me ha ayudado el leer libros de AA, escuchar a mi padrino. Hoy doy gracias a Dios a un poder superior de Dios que me ha dado la*

oportunidad de vida mi fecha de nacimiento es un día de septiembre fue cuando llegue y en el libro que se me dio puse mi fecha de nacimiento es una segunda oportunidad.

El quinto paso es indispensable para lograr la sobriedad y la tranquilidad de espíritu, el admitir ante Dios, ante sí mismos y ante los otros seres humanos la naturaleza de los defectos prepara para lograr la recuperación. *Victoria comentó...en el grupo de AA yo repartía mi esfuerzo entre todos, empecé a compartir en tribuna, y si recibes ayuda de los de tribuna y te la quedas se te pudre...es decir tienes que regresar subir y compartir...este es un mundo paralelo y anónimo...necesitamos humildad... aquí me enseñaron a creer en Dios siempre está abierto hay una silla para todos.*

En el sexto y séptimo paso primero se debe estar dispuesto a dejar que Dios te libere de los defectos de carácter y humildemente pedirle a Dios la liberación de estos defectos (AA, 1995) *Octavio señala...hay algo mágico y extraordinario en el programa de AA, hablamos tenemos una experiencia psíquica y espiritual, que te da estudiar los libros, empiezas a conocerte, haces un inventario moral, tenemos responsabilidad moral aquí están abiertas las puertas a todos, la espiritualidad te ayuda a tener fuerza, las reuniones son muy necesarias, subir a la tribuna y exponer tu mensaje, compartir tu experiencia personal, escuchas, aprendes y el apadrinamiento es tener a una persona con quien te confiesas como con el padre, le comentas como te va, nos recomiendan literatura, libros, te ayudan en el camino de la recuperación y lograr el equilibrio mental y espiritual.*

En el octavo y noveno pasos se debe hacer una lista de todas aquellas personas a quienes se ofendió y estar dispuestos a reparar el daño que se causó, así mismo este daño se puede recuperar directamente con excepción de aquellos que les implique un perjuicio para ellos o para otros. Hacer una lista minuciosa de los daños ocasionados en el pasado de acuerdo con AA permite admitir los daños hechos a los demás, tratar de ser objetivo y asumir la responsabilidad del pasado, pedir perdón, olvidarse deliberadamente de

ofensas recibidas y hacer enmiendas, esto libera el resentimiento y se logra el bienestar personal y de los demás cercanos. *Esteban dijo...yo ahora me quiero tal cual soy...gracias a AA a las personas del grupo, yo me libere pude platicar con mi papa de esta experiencia de la presencia de Jesús, yo le pedí disculpas también él pues me había maldecido, me pidió perdón y yo lo perdone, después hable con mi hermana quien poco después murió de leucemia la Virgen María me la trajo...y me dijo te deslindo de culpas, y de promesas fue algo maravilloso...yo me quede muy en paz.*

Tabla 30

Décima categoría "proceso del programa de 12 pasos"

Categoría	Códigos Vivos
Proceso del programa de 12 pasos	<p><i>Marcial...cuando llegue me di cuenta de todo el daño hecho, pero mi padrino me explica y es cierto yo provoqué muchas cosas, pero ahora estás actuando y haciendo todo bien el hoy es ejemplar, toma tiempo, pero la gente perdona...me ha ayudado el leer libros de AA, escuchar a mi padrino. Hoy doy gracias a Dios a un poder superior de Dios que me ha dado la oportunidad de vida mi fecha de nacimiento es un día de septiembre fue cuando llegue y en el libro que se me dio puse mi fecha de nacimiento es una segunda oportunidad.</i></p> <p><i>Juan...mis herramientas en el programa de los 12 pasos son la junta diaria, el apadrinamiento, la literatura, la oración al servicio de 12 pasos, el trabajar en mis defectos de carácter, me han enseñado a amarme a mí mismo soy fuerte espiritualmente aunque vaya con amigos a festejar no toma alcohol aunque esté lleno el refrigerador.</i></p> <p><i>Octavio señala...hay algo mágico y extraordinario en el programa de AA, hablamos tenemos una experiencia psíquica y espiritual, que te da estudiar los libros, empiezas a conocerte, haces un inventario moral, tenemos responsabilidad moral aquí están abiertas las puertas a todos, la espiritualidad te ayuda a tener fuerza, las reuniones son muy necesarias, subir a la tribuna y exponer tu mensaje, compartir tu experiencia personal, escuchas, aprendes y el apadrinamiento es tener a una persona con quien te confiesas como con el padre, le comentas como te va, nos recomiendan literatura, libros, te ayudan en el camino de la recuperación y lograr el equilibrio mental y espiritual.</i></p>

Continuación...

Victoria...en el grupo de AA yo repartía mi esfuerzo entre todos, empecé a compartir en tribuna, y si recibes ayuda de los de tribuna y te la quedas se te pudre...es decir tienes que regresar subir y compartir... este es un mundo paralelo y anónimo...necesitamos humildad...aquí me enseñaron a creer en Dios siempre está abierto hay una silla para todos

Esteban yo ahora me quiero tal cual soy...gracias a AA a las personas del grupo, yo me libere pude platicar con mi papa de esta experiencia de la presencia de Jesús, yo le pedí disculpas también él pues me había maldecido, me pidió perdón y yo lo perdone, después hable con mi hermana quien poco después murió de leucemia la Virgen María me la trajo...y me dijo te deslindo de culpas, promesas fue algo maravilloso yo me quede muy en paz.

De acuerdo con el programa de Alcohólicos Anónimos (AA, 1985) se busca alcanzar la sobriedad y el bienestar independientemente de las circunstancias que se estén viviendo, por ello el inventario personal debe ser una costumbre que implica admitir, aceptar y corregir pacientemente los defectos. El onceavo paso es tener un contacto consciente con Dios mediante la oración, la meditación y pedirle a Dios diariamente su gracia para cumplir su voluntad, finalmente el doceavo paso es obtener el Despertar espiritual como resultado de los pasos previos, llevar el mensaje a los alcohólicos y practicar los principios de AA en la vida de cada persona. La clave es construir un nuevo estado de conciencia y una nueva forma de vida. La dependencia de Dios es indispensable para la recuperación, en otras palabras de acuerdo con Reed (2008) la autotranscendencia (espiritualidad y valores) influye en el bienestar integral de las personas, por lo que de acuerdo con las narraciones de los informantes clave, la espiritualidad y los valores les ayuda a dejar de beber alcohol.

En este sentido, Esteban dijo...*yo llegué al despertar espiritual y vi la salvación, yo hablo con Jesús, con Dios, rezar me ayuda a sentirme libre, feliz, gozo alabar a Dios y le canto, dejé el ego, soberbia y el resentimiento ahora soy feliz tengo ya 13 años sin tomar.* En estas entrevistas a informantes clave se observó la experiencia de la recaída,

en algunos casos hubo de dos a tres recaídas antes de asumir el programa de AA y reconocer tener un problema con el alcohol, algunos de los entrevistados llevan de seis hasta 16 años sin consumir alcohol, en este sentido el programa de AA admite que la posibilidad de lograr la recuperación después de cumplir al menos 12 meses sin consumir alcohol. También se ha encontrado que altos niveles de involucramiento con el programa de AA, al año de participar predicen buenos resultados sobre dejar de beber alcohol (Witbrodt, Ye, Bond, Chi, Weisner, & Martens, 2014). *Octavio comentó...he tenido dos recaídas, tenemos claro en el programa AA la meta es NO beber y cambiar el modo de vida es una nueva vida sin beber cada paso es un cimiento de recuperación, aceptar tu derrota ante el alcohol y lo ingobernable de la vida con el alcohol...jamás imagine dejar de tomar ya tengo 16 años sin tomar he aprendido a vivir, tengo ahora madurez, tengo una vida, tranquila, busco tener una vida útil y una vida feliz.*

Tabla 31

Décima primera categoría "en la búsqueda de la recuperación o sobriedad"

Categoría	Códigos Vivos
En la búsqueda de la recuperación o sobriedad	<p><i>Octavio...he tenido dos recaídas, tenemos claro en el programa AA la meta es NO beber y cambiar el modo de vida es una nueva vida sin beber cada paso es un cimiento de recuperación, aceptar tu derrota ante el alcohol y lo ingobernable de la vida con el alcohol...jamás imagine dejar de tomar ya tengo 16 años sin tomar he aprendido a vivir, tengo ahora madurez, tengo una vida, tranquila, busco tener una vida útil y una vida feliz.</i></p> <p><i>Juan... yo también he recaído porque creí que venir a AA era porque me enseñarían a beber...pero no estaba en abstinencia, me arrano la obsesión de tomar AA, estoy fuerte espiritualmente, ahora formo parte de algo más grande el grupo, sirvo a otros, tengo mente abierta, busco ser honesto y tengo buena voluntad es difícil pero se puede tengo desde el 2010 soy abstinento. El programa te ofrece dejar de beber, trabajar tu defectos, ser honesto, pararle a tu lujuria, bajarle a tu ego, soberbia, luchando contra ti mismo, con ayuda de otros logras dejar de tomar, tomé por 33 años y ahora estoy cumpliendo 8 años de recuperación total abstinento</i></p>

Continuación...

Esteban...yo llegué al despertar espiritual y vi la salvación, yo hablo con Jesús, con Dios, rezar me ayuda a sentirme libre, feliz, gozo alabar a Dios y le canto, dejé el ego, soberbia y el resentimiento ahora soy feliz tengo ya 13 años sin tomar.

Victoria...voy a cumplir 9 años sin tomar, es el primer paso, perdonar, y le pido a Dios que me quite mis defectos y yo debo trabajar con ellos aceptar mi derrota con el alcohol, tener fe, esperanza, aceptación.

Las 11 categorías que emergieron de las entrevistas permiten comprender como es el proceso de enfermar de alcoholismo (dependencia al alcohol) para posteriormente buscar ayuda en la búsqueda de recuperarse de esta enfermedad que provoca sufrimiento y graves consecuencias y lograr la sobriedad mediante el programa de 12 pasos de AA. Pareciera ser una trayectoria en espiral que se inicia con el consumo de alcohol en edades tempranas entre los 12 y 14 años (primera categoría: edad de inicio) , este inicio está justificado por sus expectativas sociales o creencias positivas del alcohol que son muy características en la adolescencia temprana y se vinculan con sus primeras experiencias de beber alcohol como forma de experimentar por la búsqueda de diversión, de socialización, y de interacción con sus pares (Mora & Natera, 2001).

Posteriormente existe una diversidad de razones o motivos para seguir consumiendo alcohol, estos motivos de cierta forma son justificaciones, que pueden tener un resultado esperado positivo o negativo y además se busca una recompensa interna (manejar estados emocionales) o para obtener recompensas externas (aceptación o aprobación social). De esta forma surge la segunda categoría (diversidad de motivos o razones) donde las personas encuentran que el alcohol es un vehículo de socialización para la diversión, la fiesta y la interacción con sus pares, y una herramienta para afrontar crisis emocionales negativas, el rechazo (Cox & Klinger, 1988). En esta trayectoria del

consumo del alcohol se empieza a incrementar la frecuencia de uso y la cantidad de bebidas consumidas.

La tercera categoría da cuenta del inicio y la presencia de la enfermedad (alcoholismo o dependencia al alcohol), la cual es gradual, progresiva, crónica, la vida de ellos se altera, se rompe, se reconocen consecuencias en la salud, existen accidentes, pérdidas del empleo y cada vez más requiere de mayor cantidad de alcohol (tolerancia) para sentir los mismos efectos. Existe un fuerte deseo de consumir alcohol (craving) y parece existe una revaloración del significado del alcohol (cuarta categoría) ya que este cambia debido a la "carrera de alcohólica" por la que atraviesa. Posteriormente puede haber lagunas mentales, y pérdida de control, cuando deja de beber surgen síntomas de abstinencia puede haber náuseas, sudoración, temblores al dejar de beber incluso puede haber "delirium tremens" (American Psychiatric Association, 1994). Esta crítica situación continua en muchos casos por más de 5 años incluso hasta más de una década, ellos continúan asegurando son capaces de tener control del alcohol y no reconocen que el alcohol ya controla sus vidas.

De esta forma emerge la quinta categoría (Negación de estar enfermo tener control), se ha visto en estas entrevistas que requieren de llegar a "tocar fondo" para que reconozcan que estar enfermos. El tocar fondo significa una explosión de una acumulación de sucesos críticos es aquí donde el enfermo se da cuenta de la autodestrucción que vive, le significa un gran sufrimiento y es el momento en el que puede reconocer "estar enfermo" (sexta categoría: tener conciencia de la enfermedad) y es un momento único y crucial para iniciar el proceso de búsqueda de ayuda (Henaó & Segura, 2013).

La necesidad de buscar ayuda (séptima categoría) es un paso fundamental cuando, la persona se ha declarado incompetente para manejar este problema y requiere de ayuda (Colombo & Merideño, 2004). Por lo general los informantes clave señalaron

fue su madre quien los ayudo a pedir y conseguir la ayuda, porque algunos de ellos han sido abandonados por la esposa e hijos a causa del consumo. En el momento inicial de pedir ayuda, incluso plantearon alternativas hasta llegar a señalar al programa de AA como el recurso más efectivo. En otros casos fue una persona con alcoholismo que tiene años de vivir en sobriedad se convierte en padrino y los ayuda a llegar a solicitar ayuda a AA.

El grupo de AA se convierte en el grupo de pertenencia, donde se incorpora gradualmente, recibe ayuda, ofrece ayuda y también sube a tribuna a dar su mensaje. En el proceso de enfermar y de lograr la recuperación la familia del dependiente del alcohol tiene un papel protagónico ya que puede coadyuvar en el proceso de aceptación de estar enfermo su familiar, de evitar negar y ocultar este problema, y aceptar que también requieren de ayuda. Es aquí donde emerge la octava categoría (la familia durante el alcoholismo). El hecho de que el dependiente del alcohol reconozca el daño que le ha provocado a su familia, a sus hijos, esposa, madre es fundamental para que reciba el perdón y encuentre la paz necesaria para continuar trabajando por su recuperación. El apoyo familiar es fundamental algunos de los informantes señalaron no tener apoyo de su familia, posiblemente porque se han separado, se han cansado del problema y no tienen esperanza en que su familiar lograra su recuperación (Lima, 2015).

El programa de 12 pasos de AA en el inicio de la vida de las personas dependientes del alcohol en proceso de recuperación (es la noventa categoría) encuentran un grupo de personas que comparten su problema y se da cuenta de la similitud de sus historias de vida. En la primera experiencia de los nuevos participantes, pueden no comprender lo que sucede en el grupo, su dinámica y hasta puede inquietar al nuevo participante, no obstante es un periodo de inicio de la claridad y lucidez y aceptación del programa. Otro aspecto observado es que cambia su visión de la imagen de la persona alcohólica de ser un indigente y vagabundo a ser una persona como el, que

intenta llevar una vida feliz y es donde también le ayuda a reconocerse como miembro de AA (Lima, 2015).

Un elemento a considerar son las recaídas que se pueden presentar en este momento del tiempo de participación, no obstante del informante clave, algunos de ellos señalaron de dos a tres recaídas, pero lo justificaron como haber empezado el programa y no estar convencidos de abandonar el consumo, o no siguieron el programa. El proceso del programa de 12 pasos (décima categoría) les implica admitir ante Dios la derrota y rebelarse desde el momento que acude a AA con la esperanza de aprender a tener confianza en sí mismo (AA, 1986, 2008). Los primeros pasos del programa les implica trabajar en tener o recobrar la fe y creer en un Poder Superior tener una relación personal con Dios, así mismo tener la voluntad y pedir a Dios por su vida. La espiritualidad es la base del programa de AA, y se ha mostrado que el desarrollo de esta capacidad de estar con Dios fortalece su confianza y su motivación para continuar con la meta de lograr la sobriedad.

Finalmente la onceava categoría “Buscando la recuperación, la sobriedad y el bienestar” ocurre según AA (1986) al año de haber comenzado el programa según con sus evidencias, no obstante en los informantes claves de este estudio se observó un tiempo de sobriedad de 8 a 16 años. Parece ser que este programa de AA es efectivo en personas dependientes al alcohol que buscan su recuperación, mediante el apoyo mutuo. El proceso de los 12 pasos cada uno tiene una razón particular de existir porque va abonando a la motivación de mantener la meta de la sobriedad, rediseñar su forma de vida, cambiar el orden de las prioridades, lograr la salud, el bienestar y recuperar su vida y su familia.

En la figura 8 se pudo comprobar cuantitativamente que los eventos estresantes, la espiritualidad y los valores explican el bienestar psicológico, así mismo los eventos estresantes explicaron el bienestar físico medido en el número de días sin consumo de

alcohol en personas en proceso de recuperación que participan en AA. La espiritualidad además influyó en el bienestar social. De esta forma algunas de las proposiciones de la Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes al Alcohol en Proceso de Recuperación son explicadas en el estudio. Es importante señalar que el nivel educativo y la edad influyen en el bienestar físico y psicológico y la edad influyó en el bienestar psicológico, físico y social de esta forma los factores personales edad y nivel educativo de los participantes de grupos de AA en proceso de recuperación influyen en el bienestar físico, psicológico y social.

La conducta de enfermedad y el proceso de recuperación son comprendidos en las personas en proceso de recuperación mediante los grupos AA mediante las categorías que emergieron de las entrevistas. Estas se dividen en dos grandes temáticas: la primera es respecto al proceso de enfermar de alcoholismo o dependencia al alcohol incluyen las categorías. 1) la edad de inicio , 2) diversidad de motivos y razones, 3) el proceso de enfermar es gradual como una espiral y 4) el significado de consumo de alcohol en dependientes del alcohol, estas primeras cuatro categorías explican el proceso seguido para enfermar de alcoholismo. El proceso de recuperación hasta el logro del bienestar fue explicado por las siguientes categorías: 5) negación de estar enfermo/tengo el control, 6) tener conciencia de enfermedad y aceptar estar enfermo, 7) buscar ayuda, 8) la familia durante el alcoholismo, 9) el programa de 12 pasos en el inicio de la vida de las personas dependientes al alcohol en recuperación, 10) el proceso del programa de 12 pasos y 11) la búsqueda de la recuperación y el logro de la sobriedad y bienestar.

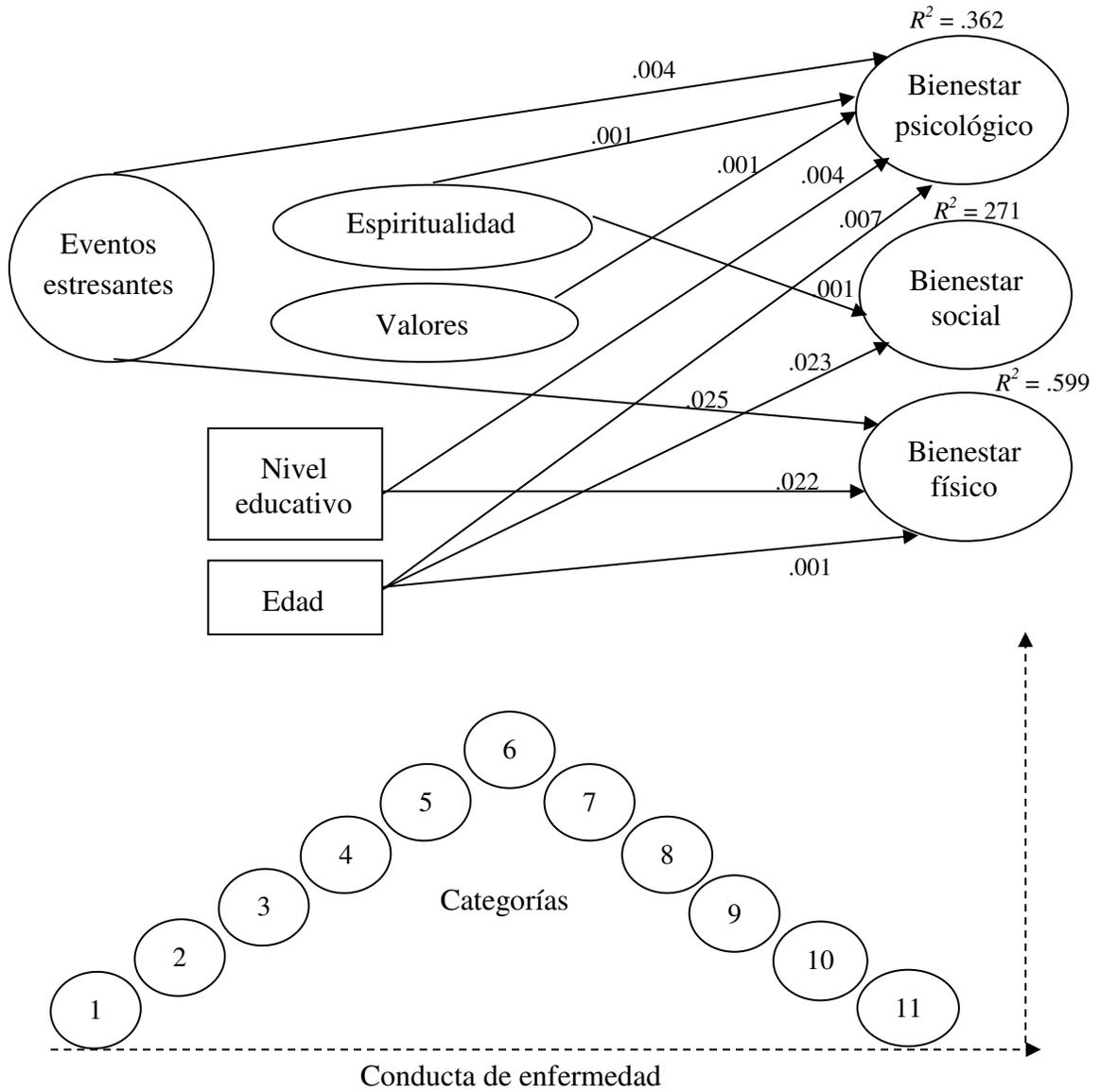


Figura 8. Comprobación del Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio se desarrolló a partir de la Teoría de Auto-trascendencia de Pamela Reed (2008), en donde se propone una Teoría de Rango Medio denominada Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación. Esta teoría se dirige a un fenómeno en particular que es la dependencia de alcohol en personas que se encuentran en proceso de recuperación en el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

El perfil sociodemográfico de la muestra conformada por 218 integrantes de AA mostró una media de edad de 47.82 años de edad, de los cuales el 88.5% eran del sexo masculino y sólo el 11.5% eran del sexo femenino. Es importante señalar que los participantes se encuentran en un promedio de edad considerado como productiva, lo que es preocupante debido a que el alcohol ocupa el primer lugar de los factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad en la población de 15 a 49 años de edad (Shield & Jürgen, 2015). Así mismo, es relevante destacar que el consumo dependiente de alcohol en mujeres en México continúa en aumento y se presenta en 7 hombres por cada mujer (Medina et al, 2011), sin embargo se observó que en estos grupos la participación de mujeres es mínima; esto puede deberse a la estigmatización por parte de la sociedad hacia esta enfermedad (Gómez, 2004), situación que pone en riesgo a la mujeres debido a que no buscan un tratamiento para la recuperación de su enfermedad.

Así mismo, se observó que el 45.9% de los participantes eran casados, el 23.9% había estudiado sólo hasta el nivel primaria y un promedio de 10.60 años de escolaridad lo que equivale al primer año de nivel medio superior, este nivel educativo coincide con un estudio realizado en Estados Unidos (Stevens & Jason, 2014) el cual señala que el 94% de los participantes habían estudiado hasta el nivel "high school", es probable que

uno de los factores que pudieron influir en no continuar estudiando haya sido el consumo de alcohol, ya que coincide con la edad de inicio de consumo. También se observó que la mayoría de los participantes trabajaba (67.9%) y la mayoría practica la religión católica (74.8).

La edad de inicio de consumo de alcohol en los participantes muestra una media de 15.26 años, similar a lo reportado por la ENA (2011) que menciona que más de la mitad de la población que ha consumido alcohol alguna vez en la vida inició su consumo antes de los 17 años de edad. Adicionalmente, en el análisis cualitativo se pudo identificar que los informantes clave habían iniciado su consumo a edades más tempranas alrededor de los 12 y 13 años de edad, esta situación pone en evidencia lo reportado por distintos estudios que señalan que el consumo de alcohol a edades tempranas aumenta la probabilidad de desarrollar abuso y dependencia al alcohol en edades más avanzadas (Anderson, Gual & Colon, 2008; OMS, 2014).

La cantidad promedio de bebidas consumidas fue de 16.70 bebidas estándar en un día típico, la cual de acuerdo a la OMS (Anderson, Gual & Colón, 2008) es considerada como un consumo dañino (perjudicial). La edad promedio de ingreso al programa de AA fue de 32.26 años, el promedio de recaídas fue de 1.43 y el promedio de días sin consumo de alcohol de los participantes fue de 4713.13 días.

En relación a las prevalencias de consumo de alcohol, se observó que el 20.6% de los participantes habían consumido alcohol en el último año, el 14.2% consumió alcohol en los últimos tres meses, el 9.2% consumió alcohol en el último mes y el 6.0% habían consumido en los últimos siete días. Esto difiere a lo reportado por ENA (2011) que menciona que la prevalencia de consumo de alcohol en el último año fue de 51.4% y en el último mes de 31.6%. Estos resultados pueden indicar que la participación en grupos de autoayuda como AA resulta efectiva en aquellas personas que presentan dependencia al alcohol y que tienen el deseo de recuperarse. Se ha observado que los

grupos de AA proporcionan herramientas y estrategias que favorecen el incremento de la autoestima y la espiritualidad y proporcionan apoyo a sus integrantes (Greenfield & Tonigan, 2013) elementos que favorecen el no consumo de alcohol. Así mismo, Gutiérrez (2009) señala que las personas que dedican mayor cantidad de tiempo a los grupos de AA y los que tienen un rol de apadrinamiento presentan menos recaídas que los que no lo hacen.

A continuación se discute el primer objetivo que señala: determinar la relación y efecto entre los eventos estresantes con la espiritualidad y los valores en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación y al mismo tiempo la hipótesis uno que menciona: Los eventos estresantes están asociados con la espiritualidad y con los valores cuando se presentan de manera conjunta. Los resultados muestran que los eventos estresantes tienen efecto sobre la espiritualidad, lo que puede indicar que ante la presencia de situaciones que generan estrés los individuos recurren a un "Ser Superior", debido a que el apego religioso/espiritual es uno de los más fuertes mecanismos de adaptación y tiene el potencial de amortiguar los daños ocasionados por los eventos negativos de la vida (Kidwai, Mancha, Brown & Eaton, 2013).

Adicionalmente, se puede indicar que estos datos reafirman lo reportado por Kidwai, Mancha, Brown y Eaton (2014) que señalan que los eventos estresantes tienen efecto en la angustia de personas con nivel espiritual bajo y difieren de lo reportado con Staton, Duvall, Stevens y Oser (2013) que señalan que los eventos estresantes se relacionan negativamente con la espiritualidad. Así mismo, en base a la Teoría de Rango de Medio denominada "Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación" en su primera proposición postula que la relación entre los eventos estresantes con la espiritualidad y los valores es mejor caracterizada por una relación no lineal, por lo que no se espera que a altos o bajos niveles de eventos

estresantes estén relacionados con el incremento de la espiritualidad y los valores, esto podría explicar la controversia en los hallazgos.

También se observó que en el presente estudio, los eventos estresantes no se asocian con los valores. De acuerdo a la búsqueda de la literatura, no se encontró evidencia científica donde se relacionen estas variables, por lo tanto los resultados encontrados en este estudio servirán de base para futuras investigaciones. En este sentido el estudio aporta conocimiento a la proposición ya que se documentó efecto positivo y significativo de los eventos estresantes y la espiritualidad.

Para discutir el segundo objetivo que propone determinar la relación y efecto entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación y la hipótesis dos y la segunda hipótesis que menciona a mayor espiritualidad y mayores valores, mayor bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación se encontró que la espiritualidad tiene efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol). Adicionalmente, en el análisis cualitativo, uno de los informantes menciona "*me han enseñado a amarme a mí mismo soy fuerte espiritualmente*", lo que puede indicar que se encuentra en bienestar psicológico.

Lo anterior puede ser explicado por el constructo de la espiritualidad, que incluye una gama de conceptos y valores como la trascendencia, el equilibrio, la santidad y el altruismo, lo que permite vivir con una conexión con el universo o la conciencia de que existe algo más grande que uno mismo, como un Dios o un Ser Supremo que proporciona elementos como la energía y sabiduría que van más allá de los aspectos materiales en la vida, además la espiritualidad ha sido utilizada como un mecanismo de defensa a situaciones de angustia (Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat & Drotas, 2006; Kler, 2005).

En relación a la espiritualidad y el bienestar psicológico, los hallazgos de este estudio coinciden con lo reportado por Morales (2014) que menciona que en cuanto mayor es la espiritualidad mayor es el bienestar psicológico, así mismo Cotton y colaboradores mencionan que la espiritualidad actúa como un mecanismo de defensa y se relaciona con bajos niveles de síntomas depresivos. Sin embargo, es importante señalar que estos estudios fueron realizados en adolescentes, por lo que la presente investigación aporta conocimiento nuevo acerca de la espiritualidad y el bienestar psicológico en personas dependientes al alcohol que se encuentran en tratamiento en el programa de 12 pasos de AA. Así mismo, este estudio reafirma la proposición del Modelo propuesto que indica que a mayor espiritualidad mayor bienestar psicológico.

De acuerdo a la espiritualidad y el bienestar social, los hallazgos de la presente investigación difieren con lo reportado por Tull, Doswell y Cort (2015) que mencionan que la espiritualidad no está relacionada con el estrés psicosocial. Esto puede ser explicado en razón de que los integrantes de AA atribuyen una gran importancia al aspecto espiritual para enfrentar y manejar las situaciones de la vida (Kelly, 2011), aunado a esto, en los grupos AA se apoyan mutuamente compartiendo experiencias, intercambian recursos y se acompañan durante la enfermedad, estos elementos favorecen el apoyo emocional y se sienten integrados a un grupo social.

Así mismo, se observó que la espiritualidad tiene efecto positivo con el bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol), esto coincide con lo reportado por Kelly y colaboradores (2011), que indica que la espiritualidad tiene efecto positivo con el porcentaje de días de abstinencia en AA, Robinson, Krentzman, Webb y Brower (2011) además señalan que la espiritualidad predicen el no consumo de alcohol en los últimos 90 días, adicionalmente Gutiérrez, Andrade, Jiménez, Saldivar y Juárez (2011), reportan que la experiencia de un "despertar espiritual" eleva dos veces la probabilidad de mantener la abstinencia en los integrantes de AA. Es posible que esto se deba a que el

programa de 12 pasos de AA se basa principalmente en la concepción de un "Ser Supremo" y promueve la espiritualidad en 11 de sus pasos.

Aunado a lo anterior, Connors (1996) señala que la espiritualidad es de gran utilidad en el éxito de la recuperación a largo plazo en los integrantes de AA y se ha observado que el paso 11 ("buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla") está relacionado con la duración de la sobriedad.

Lo anterior se ve evidenciado en esta investigación por los informantes clave; Marcial dijo... *"Hoy doy gracias a Dios a un poder superior de Dios que me ha dado la oportunidad de vida, mi fecha de nacimiento es un día de septiembre fue cuando llegue y en el libro que se me dio puse mi fecha de nacimiento es una segunda oportunidad"*. Juan por su parte comenta... *"mis herramientas en el programa de los 12 pasos son la junta diaria, el apadrinamiento, la literatura, la oración al servicio de 12 pasos, el trabajar en mis defectos de carácter, me han enseñado a amarme a mí mismo soy fuerte espiritualmente aunque vaya con amigos a festejar no toma alcohol aunque esté lleno el refrigerador."*

De acuerdo a Reed (2008) en su teoría de Autotrascendencia menciona que la autotrascendencia incluye el concepto de espiritualidad y puede ayudar a las personas a enfrentar una enfermedad crónica (alcoholismo) y mantenerse en un estado de bienestar y sentirse plenos durante la trayectoria de la enfermedad. Del mismo modo, los resultados anteriores reafirman lo propuesto en el Modelo propuesto en este estudio que menciona que a mayor espiritualidad mayor bienestar psicológico, social y físico.

En relación a los valores y el bienestar psicológico, social y físico se documentó efecto positivo y significativo de los valores sobre el bienestar psicológico y efecto negativo y significativo con el bienestar físico (cantidad de días sin consumo de

alcohol). En relación al efecto de los valores sobre el bienestar físico, los hallazgos reafirman la hipótesis propuesta, esto puede explicarse debido a que los valores son una manera de expresar las necesidades humanas, lo que representa un componente motivacional y constituyen un modo de conseguir una meta final (Rockeach, 1979) el cual podría ser el bienestar. Otra explicación podría ser de que la autotrascendencia intrapersonal descrita por Reed (2008) es la capacidad de expandir límites hacia una mayor conciencia de los valores y que puede ayudar a afrontar situaciones como una enfermedad crónica y logrando el bienestar en estas personas.

De acuerdo a lo observando, no se documentó efecto de los valores con el bienestar social, en base a los resultados se observa que los resultados de este estudio contraponen lo postulado en la teoría. Sin embargo, es importante señalar que en la revisión de la literatura no se encontraron estudios donde se relacionaran estas variables, por lo que esta investigación servirá de base para futuras investigaciones.

Así mismo, lo observado en relación a que no se encontró efecto de valores sobre el bienestar físico (cantidad de días sin consumo) difiere de los reportado por Rodríguez (2015) que menciona que a mayor índice de valores terminales menor es el consumo dependiente de alcohol y coincide con otros autores que mencionan que algunos valores como hedonismo tienen efecto positivo en el consumo de alcohol. Sin embargo, en lo mencionado por los informantes clave, se pueden identificar valores y aspectos que ponen en evidencia la práctica de los valores; Octavio señala...*haces un inventario "moral", tenemos "responsabilidad moral"*, Victoria comentó...*este es un mundo paralelo y anónimo...necesitamos humildad...* Por lo tanto, es probable que los participantes den una connotación o significado diferente a los valores y esto haya influido en los datos contradictorios.

En relación al tercer objetivo que propone identificar el efecto mediador o moderador de la edad, sexo, ocupación, el estado civil, el nivel educativo y la religión

sobre los eventos estresantes y la espiritualidad y sobre los eventos estresantes y los valores en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación y la tercera hipótesis que menciona la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la religión influyen en la relación entre los eventos estresantes y la espiritualidad y entre los eventos estresantes y los valores en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación. Se observó que al incluir las variables sociodemográficas a esta relación, los eventos estresantes continúan siendo significativos en el modelo, de igual forma el estado civil, la ocupación, y la religión presentan efecto significativo.

Así mismo, se observó que la religión cristiana tuvo efecto positivo y significativo con la espiritualidad y los valores, a pesar que la mayoría practicaba la religión católica. Esto puede indicar que la religión cristiana parece ser más efectiva, posiblemente debido a que existe un mayor apego espiritual, a las prácticas espirituales como la asistencia, la lectura del libro sagrado en comparación con otras religiones. Adicionalmente en el análisis cualitativo, se puede observar que los informantes clave son participes de las prácticas y creencias espirituales; Esteban... *yo llegué al despertar espiritual y vi la salvación, yo hablo con Jesús, con Dios, rezar me ayuda a sentirme libre, feliz, gozo alabar a Dios y le canto.* Victoria... *tener fe, esperanza, aceptación.*

Aunado a lo anterior, es posible identificar que los factores personales disminuyen la relación entre eventos estresantes con la espiritualidad y los valores. De acuerdo a lo propuesto por Reed (2008) en su Teoría de Auto-trascendencia, estos hallazgos aportan al supuesto que los factores personales resaltan o disminuyen la fuerza de esta relación.

Para discutir el cuarto objetivo que señala identificar el efecto mediador o moderador de la edad, sexo, ocupación, el estado civil, el nivel educativo y la religión sobre espiritualidad y el bienestar psicológico, social y físico y sobre los valores y el bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de

recuperación y la hipótesis que menciona y la cuarta hipótesis que menciona, la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la religión influyen en la relación entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico en personas dependientes de alcohol en proceso de recuperación, se observó que al incluir los factores sociodemográficos el efecto de la espiritualidad y los valores se mantiene igual en relación a los tipos de bienestar. Sin embargo se observó que el nivel educativo, la ocupación y la edad muestran efecto significativo con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol).

Se observó que al incluir las variables sociodemográficas el efecto de la espiritualidad y los valores se mantiene significativo, sin embargo se documentó efecto de negativo y significativo del nivel educativo “primaria” sobre el bienestar psicológico y social, esto podría indicar que las personas con un nivel educativo bajo tienen menos satisfacción de la vida e integración social, posiblemente atribuido a un nivel socioeconómico bajo o a que no han desarrollado actividades remuneradas que les causen satisfacción o alegría. Así mismo se documentó efecto positivo y significativo de la edad sobre el bienestar social, esto difiere con Psykhe (2004), que señala que la edad no se relaciona con el bienestar social.

Una explicación a estos resultados contradictorios podría ser el cumplimiento de los 12 pasos de los participantes de este estudio, específicamente en los pasos nueve y diez que señalan “se debe hacer una lista de todas aquellas personas a quienes se ofendió y estar dispuestos a reparar el daño que se causó, así mismo este daño se puede recuperar directamente con excepción de aquellos que les implique un perjuicio para ellos o para otros”, para AA esto permite asumir la responsabilidad de los daños ocasionados en el pasado pero al mismo tiempo liberarse de culpas y resentimientos y así lograr el bienestar.

Así mismo se documentó efecto positivo y significativo de los niveles educativos “primaria” y “secundaria” y de la edad con el bienestar físico, lo que señala que los participantes con nivel educativo más bajo y con mayor edad tenían mayor número de días sin consumir alcohol. Estos datos difieren por lo reportado por diferentes autores que señalan que los mayores niveles de consumo de alcohol se presentan en niveles socioeconómicos bajos y con un bajo nivel educativo (Anderson, Gual & Colon, 2008; Nielsen, 2004; Schohr, 2004). Nuevamente y en base a estos resultados, se le atribuye el éxito de la abstinencia a los grupos de autoayuda AA y su programa de 12 pasos.

Es importante señalar que la evidencia localizada en relación al bienestar psicológico y social ha sido en poblaciones distintas, por lo que el presente estudio aporta conocimiento nuevo en población dependiente al alcohol y contribuye a la proposición del modelo propuesto que señala que los factores personales influyen en la relación entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico, así mismo aporta al supuesto de la Teoría de Auto-trascendencia (Reed, 2008) que menciona que los factores personales influyen en la relación entre la autotrascendencia y el bienestar.

Para el objetivo general de este estudio se observó las variables que predicen el bienestar psicológico, social y físico son el sexo, el nivel educativo, la edad, la espiritualidad, los valores y los eventos estresantes, de manera individual se documentó efecto negativo del nivel educativo "primaria" y "secundaria" y efecto positivo y significativo de la edad, la espiritualidad y los valores sobre el bienestar psicológico, estos hallazgos han sido discutidos previamente en los objetivos anteriores. Además se observó efecto negativo y significativo del nivel educativo "primaria" y efecto positivo y significativo de la espiritualidad, resultados que han sido reportados y discutido en los objetivos anteriores.

Adicionalmente se observa que los eventos estresantes muestra efecto negativo y significativo sobre los tres tipos de bienestar (psicológico, social y físico). Una posible explicación es que los eventos estresantes son sucesos, hechos o acontecimientos que tienen el potencial de generar estrés y desencadenar conductas de riesgo como el consumo de alcohol, no obstante las respuestas emocionales, cognitivas o de conducta que se producen como consecuencia de los eventos estresantes, dependen de la evaluación cognoscitiva realizada por el individuo, de sus características personales y de las variables moduladoras (Ávila, Heredia, Gómez & Martínez, 2006), estos resultados ponen de manifiesto la posible necesidad del manejo de las emociones en los participantes de AA.

Estudios previos realizados en AA coinciden con los hallazgos de este estudio en que los eventos estresantes tienen efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol. Otra posible explicación puede ser que la persona dependiente al alcohol aún no se encuentra preparada para el afrontamiento saludable, no ha completado el programa de 12 pasos de AA o no ha llegado a la etapa de compartir el mensaje y puede ser difícil para ellos afrontar de forma positiva estos eventos estresantes y resolver las consecuencias en los niveles emocionales, sociales y físicos.

En relación a lo anterior, Bateson (1990), señala que, existe un doble nudo por el que atraviesan las personas dependientes del alcohol ante la experiencia de eventos estresantes, ya que cualquier opción que tome tendrá consecuencias “*una especie de castigo por su conducta y su decisión*”. Se encuentra ante el dilema del alcohol, o se rinde a un ser superior o supremo y su respuesta será la transformación auto trascendente al rendirse a un Ser Supremo o bien consume alcohol ante estos eventos estresantes y la consecuencia será pérdida del bienestar físico, mental, social e incluso la muerte.

Los resultados muestran que todos los conceptos (eventos estresantes, espiritualidad, valores, variables sociodemográficos) se mantienen en el modelo

propuesto. En base a lo anterior se comprueba lo propuesto por Reed (2008) en su Teoría de Auto-trascendencia y lo señalado por el Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación propuesto en este estudio.

Conclusiones

Los eventos estresantes no se relacionan con la espiritualidad ni con los valores. Los eventos estresantes tienen efecto sobre la espiritualidad y los valores cuando se presentan de manera conjunta.

La espiritualidad se relaciona positiva y significativamente con el bienestar psicológico y social. No se relaciona significativamente con el bienestar físico.

Los valores se relacionan positiva y significativamente con el bienestar psicológico. No se relacionan significativamente con el bienestar social ni con el físico.

La espiritualidad tiene efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico, social y físico.

Los valores tienen efecto positivo y significativo con el bienestar psicológico y efecto negativo y significativo con el bienestar físico. No se encontró efecto de los valores y el bienestar social.

Las variables sociodemográficas que tienen efecto en la relación entre los eventos estresantes y la espiritualidad son la ocupación (estudia) y la religión (cristiana).

La variable sociodemográfica que mostró efecto en la relación entre los eventos estresantes y los valores fue la religión (cristiana y otra).

La variable sociodemográfica que mostró efecto en la relación entre la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico fue el nivel educativo (primaria).

Las variables sociodemográficas que tienen efecto en la relación entre la espiritualidad y los valores con el bienestar social fueron el nivel educativo (primaria) y la edad.

Las variables sociodemográficas que tienen efecto en la relación entre la espiritualidad y los valores con el bienestar físico fueron el nivel educativo (primaria y secundaria) y la edad.

Las variables predictoras del bienestar psicológico fueron el nivel educativo (primaria), la edad, la espiritualidad, los valores y los eventos estresantes.

Las variables predictoras del bienestar social fueron el nivel educativo (primaria), la edad y la espiritualidad.

Las variables predictoras del bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol) fueron la edad y los eventos estresantes.

La comprensión desde la perspectiva del participante dependiente de alcohol se pueden agrupar en dos grandes temáticas: 1) el proceso de la conducta de enfermedad (alcoholismo) y 2) el proceso de recuperación y logro de la sobriedad y bienestar mediante sus experiencias vividas y documentó 11 categorías de análisis. Las que explican el proceso de enfermedad del alcoholismo son: las categorías: 1) edad de inicio al consumo, 2) diversidad de motivos y razones, 3) el proceso de enfermar es gradual como una espiral y 4) el significado de consumo de alcohol en dependientes del alcohol, estas primeras cuatro categorías explican el proceso seguido para enfermar de alcoholismo. El proceso de recuperación hasta el logro del bienestar fue explicado por las siguientes categorías: 5) negación de estar enfermo/tengo el control, 6) tener conciencia de enfermedad y aceptar estar enfermo, 7) buscar ayuda, 8) la familia durante el alcoholismo, 9) el programa de 12 pasos en el inicio de la vida de las personas dependientes al alcohol en recuperación, 10) el proceso del programa de 12 pasos y 11) la búsqueda de la recuperación y el logro de la sobriedad y bienestar.

Recomendaciones

Continuar aportando a la disciplina mediante estudios basados en teoría de enfermería y en evidencia científica que contribuya a explicar las proposiciones teóricas.

El presente estudio comprueba los supuestos y proposiciones de la Teoría de Auto-trascendencia de Reed (2008) y sugiere se siga utilizando para la comprensión de diversos problemas de salud crónicos.

Continuar llevando a cabo estudios bajo diseños mixtos, dado que permiten comprender mediante ambas perspectivas (cuantitativas y cualitativas) el fenómeno de estudio, enriqueciendo así los resultados obtenidos.

Es importante que los profesionales de la enfermería conozcan el programa de 12 pasos de AA, para que orienten y apoyen a las personas con consumo de alcohol problemático y a sus familias, a reconocer la presencia de la enfermedad, ofrecer ayuda y derivarlos a los programas de AA y Al-Anon.

Es necesario que en el cuidado de enfermería a personas con dependencia al alcohol, se valore la necesidad de utilizar algunas de las herramientas del programa de AA, en virtud de los resultados del programa de 12 pasos documentados en el presente estudio.

Es importante a futuro desarrollar instrumentos válidos y confiables que evalúen las variables de este estudio para esta población específica, dado que algunos de los instrumentos utilizados en el estudio fueron diseñados para población general.

Limitaciones

Una de las limitaciones fue la difícil apertura de los participantes de los grupos AA, aun y que el programa señala compartir la experiencia, y el servicio, no obstante esta dificultad impidió contar con una muestra mayor.

En la selección de la muestra no se consideró el nivel educativo y el estado socioeconómico, lo cual implicó que algunos de los participantes no pudieran responder algunos de los instrumentos por sus escasos estudios, lo que limitó su participación.

Referencias

- Ackerman, R. J. (2000). Alcoholism and the family. In S. Abbott (Ed.), *Children of alcoholics: Selected readings*. Rockville, MD: National Association for Children of Alcoholics.2:265-287.
- Acton, G. J., & Wright, K. B., (2000). Self-transcendence and family caregivers of adults with dementia. *Journall of Holistic Nursing*, 18(2), 143-158.
- Aizpún, G. (2006). Los Roles de la Familia del Adicto. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Alcohol-Infórmate. Recuperado el: 26 de Junio de 2016.
<http://www.alcoholinformate.org.mx/familia.cfm?articulo=f94>
- Alcohólicos Anónimos (1992). “Transmítelo” La historia de Bill Wilson y de cómo llegó al mundo el mensaje de A.A. Central Mexicana de servicios Generales de A.A., A.C. México. DF.
- Alcohólicos Anónimos (1995). 12 Pasos y 12 Tradiciones de AA. Traducción al español por Alcoholics Anonymous World Service, Inc, Grand Central Station, New York.
- Alcohólicos Anónimos (1986). Alcohólicos Anónimos el relato de como muchos hombres y mujeres se han recuperado. Versión en español de la tercera edición en inglés. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, AC.
- Alcohólicos Anónimos (2010). 12 principios y 12 valores de AA. El Salvador. América Central.
- Alcoholics Anonymous. 2011 Membership Survey. Alcoholics Anonymous World Services; New York: 2012.
- Alonso, C. M. M., Álvarez, B. J., López, G. K., Rodríguez, A.L., & Armendáriz. N.A. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en

mujeres adultas. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-115.

Alonso, C. B., Palucci, M. M. H., Alonso, C. M. M., Guzmán, F. F. R., & Gómez, M. M. V. (2008). Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, Nuevo León. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1999) Los Hijos de Alcohólicos. Recuperado el: 26 de Junio 2016

<http://www.aacap.org/publications/apntsfam/alcoholc.htm>

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical manual and mental disorder (4th Ed.) Washington DC: Library of Congress.

Antunes, C. E. (2009). Lógica cultural y lógica terapéutica en Alcohólicos Anónimos. Una etnografía en la periferia de la ciudad de São Paulo. Brasil. *Desacatos*, 29, 69-88.

Anderson, P., Gual, A., & Colon. J. (2008). Alcohol y Atención Primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Organización Panamericana de la Salud. Washington. DC.

Arbuckle, J. L. (2009). AMOS (Versión 18.0) [Software de computación]. Chicago: SPSS Inc.

Ávila, CH. M., Heredia, A. M. C., Gómez, M. E. L., & Martínez. P. L. V. (2006). Confiabilidad interna y estabilidad temporal del cuestionario de sucesos de vida para adolescentes en estudiantes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 97-113.

Aznar, R.G. (2011) Orientaciones a familiares y pasos terapéuticos para ayudar al enfermo alcohólico Recuperado el: 26 de Junio 2016.

<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholismo/etapas.htm>

- Balanza, M. V., Crespo, F. B., González, P. A., & Vieta, E. (2015). Bipolar disorder comorbid with alcohol use disorder: focus on neurocognitive correlates. *Frontiers in Physiology, 6*, 1-9.
- Barra, A. E., Cerna, C. R., Kramm, M. D., & Véliz, V. V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica, 24*(1), 55-61.
- Beijers, Ch., Ormel, J., Meijer, J. L., Verbeek, T., Bockting, C. L. H., & Burger, H. (2014). Stressful events and continued smoking and continued alcohol consumption during mid-pregnancy. *Plos One, 9*(1).
- Bigwan, E. I., Ohaeri, M. C., Elijah, D., Wakjissa, F. D., & Sheyin, Z. (2014). Some risk factors associated with acid-alcohol-fast bacilli in patients with suspected pulmonary tuberculosis in Jos. Central Noriega. *African Journal of Infectious Diseases, 8*(2), 22-26.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). Bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema, 17*(4), 582-589.
- Blomeyer, D., Buchmann, A. F., Lascorz, J., Zimmermann, U. S., Esser, G., Desrivieres, S., Schmidt, M. H., Banaschewski, T., Schumann, A., & Laucht, M. (2013). Association of PER2 genotype and stressful life events with alcohol drinking in young adults. *Plos One, 8*(3).
- Buchanan, D., Farran, C., & Clark, D. (1995). Suicidal thought and self-transcendence in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 33*(10), 31-34.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization* (5th Ed.). Missouri: Elsevier Saunders.
- Caetano, R., & Cunradi, C. (2002) Alcohol dependence: a public health perspective.

- Cain, C. (1991) Personal stories: identity acquisition and self- understanding in Alcoholics Anonymous. *Ethos Journal of the Society for Psychological Antropology*, 19(2), 210-253.
- Cain, C. (2001). Personal stories in Alcoholics Anonymous. En: D. Holland, W.Lachicotte, D.
- Campillo, C., Díaz, R., & Romero, M. (2001). La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico. En Tapia Conyer. R.(ed) Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas (2da ed.pp.187-191.)México: Manual Moderno.
- Campesino, M., Belyea, M., & Schwartz, G. (2009). Spirituality and cultural identification among latino and non-latino college students. *Hispanic Health Care International*, 7(2), 1-13.
- Chin-A-Loy, S. S., & Fernsler, J. I. (1998). Self-transcendence in older men attending a prostate cancer support group. *Cancer Nursing*, 21(5), 358-369.
- Coddington, R. D. (1972).The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*, 16(3), 205–213.
- Colombo, G., & Merideño, F.(2004). Capítulo I El enfermo alcohólico. Tratamiento y vicisitudes. En Tratamientos No farmacológicos en Atención Primaria. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve. No 3. España.
- Consejo Internacional de Enfermería (2008). Declaración de posición. Eliminación del abuso de sustancias por los jóvenes. Geneva. Switzerland.
- Cooper, M.L.(1994). Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of four- factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117-128.

- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kideder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal, 39*(6), 487-499.
- Cotton, S., Zebracki, M. A., Rosenthal, S. L., Tsevat, J., & Drotar, D. (2006). Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescents Health, 38*(4), 472-480.
- Coward, D. D., & Kahn, D. L. (2004). Resolution of Spiritual Disequilibrium by Women Newly Diagnosed With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum, 31*(2), 24-31.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group: II. *Oncology Nursing Forum, 30*(2), 291-300.
- Coward, D. D. (1998). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group. *Oncology Nursing Forum, 25*(1), 75-84.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(2), 168-180.
- Coyle, C., Crum, R. M., & Ford, D. E. (2006). Association between Spirituality and Substance Abuse Symptoms in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up 1993-1996. *Journal of Addictive Diseases, 25*(4), 125.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction, 100*(3), 281-292.
- De la Fuente, J. R., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM, 35*(2), 47-51.
- Díaz, H. L. P. (2012). Promoción de salud: autotranscendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol (Tesis doctoral).

- Elizondo, J. A. (1998). Tratamiento del alcoholismo. En FISAC (Ed). Beber de tierra generosa (164-183). México Fundación de Investigaciones Sociales. A.C.FISAC.
- Elashoff, J. D. (2007). nQueryAdvisor (Versión 7.0) [Software de computación]. Los Angeles. CA: Statistical Solutions LTD. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Fawcett, J. (1999). *The relationship of theory and research (Third edition)*. F.A. Davis Company. Philadelphia. P. A.
- Felker, S. E. (2011). Dissertation - Protective Factors Against Alcohol Abuse In College Students: Spirituality, wisdom and Self Transcendence. Department of Psychology. Colorado State University. Fort Collins. Colorado. SUA.
- Fonsi, E. M., Carvalho, de H. D., & Laranjeira, R. (2009). Analysis of the obstacles related to treatment entry.adherence and drop-out among alcoholic patients. *Reivista di Psichiatria*, 44(6), 351-356.
- Galán, R. A., Blanco, P. A., & Pérez, G. M. A. (2000). Análisis del concepto de conducta de enfermedad: un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 16(2), 157-166.
- Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction: A research and clinical perspective. *The American Journal of Addiction*, 15, 286-292.
- Glaser, B. G.. & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company.
- Greenfield, B. L., & Tonigan, J. S. (2013).The general alcoholics anonymous tools of recovery: The adoption of 12-Step practices and beliefs. *Psychol Addict Behav*, 27(3), 553-561.

- Gutiérrez, R. R., Andrade, P. P., Jiménez, T. A., Saldivar, H. G., & Juárez, G. F. (2009). Alcohólicos Anónimos: Aspectos relacionados con la adherencia (afiliación) y diferencias entre recaídas y no recaídas. *Salud Mental, 32*(5), 427-433.
- Haber, J. R., Grant, J. D., Jacob, T., & Koenig, L. B. (2012). Alcohol milestones, risk factors and religion/spirituality in young adult women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 73*(1), 34-43.
- Henaó, E. J., & Segura, R. J. (2013). La experiencia de “tocar fondo” en alcohólicos recuperados: Una aproximación fenomenológica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 19*(2), 319-333.
- Hinojosa, G. L., Alonso, C. M. M., & Castillo, M. Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 20*(1), 19-25.
- Hoffmann, H. C. (2003). Recovery careers of people in Alcoholics Anonymous: moral careers revisited. *Contemporary Drug Problems, 30*(3), 647–682.
- Holmes, V. M., Dale, C. E., Zuccolo, L., Silverwood, R. J., Guo, V., Ye, Z., et al. (2014). Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ, 349*, 1-16.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-128.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., et al. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *J Subst Abuse Treat, 26*, 151–158.
- Jacobs, M., & Goodman, G. (1989). Psychology and Self-Help Groups. *American Psychologist, 44*, 536-545.
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry*. San Francisco, CA: Chandler.

- Kelly, J. F., Dow, S. J., Yeterian, J. D, Myers, M. (2011) How safe are adolescents at Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous meetings? A prospective investigation with outpatient youth. *J Subst Abuse Treat*, 40(4), 419–425.
- Kelly, J. F., & Hoepfner, B. B. (2013). Does Alcoholics Anonymous work differently for men and women? A moderated multiple-mediation analysis in a large clinical sample. *Drug and alcohol dependence*, 130, 186-193.
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagona, M. E. (2011). Spirituality in Recovery: A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 35(3), 454-463.
- Kelly, J. F., Urbanoski, K. A, Hoepfner, B.B., Slaymaker, V. (2011). Facilitating comprehensive assessment of 12-step experiences: A multidimensional measure of mutual-help activity. *Alcohol Treat Q*, 29(3), 181–203.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Kelly, J. F., & Yeterian, J. D. (2008). Mutual-help groups, in Evidence-based adjunctive treatments. O'Donohue W, Cunningham JR, editors. Elsevier: New York, 61-106.
- Kidwai, R., Mancha, .B. E., Brown, Q. E., & Eaton, W. W. (2014). The effect of spirituality and religious attendance on the relationship between psychological distress and negative life events. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 487–497.
- Kingston, A. H., Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Hides, L., Kelly, C. M., Morgan, A. J. et al. (2009). Helping someone with problem drinking: Mental health first aid guidelines. Delphi expert consensus study. *BMC Psychiatry*, 9, 79.
- Lave, J., & Wenger E. (1991). *Situated Learning, Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge: Cambridge University Press.

- Levine, M., & Perkins, D.V. (1987). *Principles of Community Psychology*. New York: Oxford, University Press.
- Lema, S. L., Varela, A. M., Duarte, A. C., & Bonilla, G. M. (2011). Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 264-271.
- Lima, R. J. S., Guerra, M. M. D., Domínguez, S. I. D., & Lima, S. M. (2015). Respuesta del enfermo alcohólico ante su enfermedad: Perspectiva de pacientes y familiares. *Revista Latinoamericana da Enfermagem*, 23(6), 1165-1172.
- Lima, R. J. S., Lima, S. M., Jiménez, P. N., & Marín, M. A. M. (2009). Importancia de la consideración del sistema social en la aceptación del rol de enfermo alcohólico y en la búsqueda de asistencia. *Paraninfo Digital*, 7.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E., & Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(5), 16-24.
- Maisto, S. A., Carey, M. P., Carey, K. B., Gordon, Ch. M., & Schum, L.J. (2004). Effects of alcohol and expectancies on HIV-related risk perception and behavioral skills in heterosexual women. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12(4), 288-297.
- Maharaj, K. et al. (1990). Life-stress events, depression and purpose-in-life in first-admission alcoholics and members of Alcoholics Anonymous. *West Indian Med J*, 39(3), 161-165.
- Matthews, E. E., & Paul, F. C. (2009). Relationships among optimism, well-being, selftranscendence, coping and social support in women during treatment for breastcancer. *Psychooncology*, 18(7), 716-726.
- Martins, M. E., Ribeiro, L. C., Feital, T. J., Baracho, R. A., & Ribeiro, M.S. (2012). Religious-spiritual coping and the consumption of alcoholic beverages in male

- patients with liver disease. *Revista da Escola da Enfermagem da USP*, 46(6), 1341-1348.
- McGee, E. M. (2000). Alcoholics Anonymous and nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 11-26.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689-1695.
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16, 1-7.
- Medina, M. et al. (2011). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Alcohol. Centro Nacional para la Prevención y el Control de Adicciones México. D.F.
- Mellors, M. P., Riley, T. A., & Erlen, J. A. (1997). HIV, selftranscendence and quality of life. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 8(2), 59-69.
- Menéndez, E., & Di Prado, R. (2006). Alcoholismo: Políticas e incongruencias del sector salud en México. *Revista Desacatos*, (20), 29-52.
- Menéndez, E., & Di Pardo, R. (2009). De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos. *Revista Desacatos*, (29), 31-46.
- Mora, R. J., & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43(2), 89-96.
- Morales, A.S.I. (2014). Relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 7(1), 7-18.

- Moreno, J. (2005). Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. *Revista de Filosofía y Psicología*, 1(13), 195-211.
- Nielsen, N. R., Schnohr, P., Jensen, G., & Gronbaek, M. (2004). Is the relationship between type of alcohol and mortality influenced by socio-economic status?. *Journal of Internal Medicine*, 255(2), 280-288.
- Oram, D., Bartholomew, K., & Landolt, M. A. (2004). Coping with multiple AIDS related loss among gay men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 16(2), 59-64.
- Orange, C. (2004). Recovery principles could help nation end divisiveness. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly*, 16(38), 5-6.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Global status report on alcohol and health. ISBN 9789240692763.
- Owen, P. L. (2003). Participation in Alcoholics Anonymous: Intended and Unintended Change Mechanisms. *Alcohol Clin Exp Res*, 27(3), 524-532.
- Pantoja, P. J. (2010). Expectativas y su relación con el nivel de consumo de alcohol en una población de estudiantes de bachillerato. *Universidades*, LX(46), 35-64.
- Pérez, M. A., Redondo, O. M., Mesa, G. I., Jiménez, P. I., Martínez, F. M. L., & Pérez, M. R. (2010). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Revista Atención Primaria*, 42(2), 604-611.
- Pillon, S. C., Dos Santos, M. A., Souza, G. A. M., & Araújo, K. M. (2011). Alcohol use and spirituality among nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 98-105.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., Geier, T. J., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Stressful life events and relapse among formerly alcohol dependent adults. *Work Ment Health*, 11(2), 1-12.

- Ramer, L. Johnson, D., Chan, L., & Barrett, M. T. (2006). The effect of HIV/AIDS disease progression on spirituality and self-transcendence in a multicultural population. *Journal of Transcultural Nursing, 17*(3), 280-289.
- Ramírez, S. L., & Musitu, O. G. (2008). Relaciones entre los recursos y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Revista española de drogodependencias, 31*(1), 53-66.
- Ray, S., Khanra, D., Sonthalia, N., Kundu, S., Biswas, K., Talukdar, M. et al. (2014). Clinic-biochemical correlation to histological findings in alcoholic liver disease: a single centre study from eastern India. *Journal of Clinical Research, 8*(10), 1-5.
- Reed, P. G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research and Practice, 6*(35), 368-374.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing and Health, 10*(5), 335-344.
- Reed, P. G. (2008). Theory of Self-Transcendence. En: Middle Range Theory of Nursing. (3^aed.). New York. NY.
- Robinson, E. A., Krentzman, A. R., Webb, J. R., & Brower, K.J. (2011). Six-month changes in spirituality and religiousness in alcoholics predict drinking outcomes at nine months. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 72*(4), 660-668.
- Rodríguez, P. L. A., Alonso, C. B. A., Alonso, C. M. M., Alonso, C. M. T. J., Oliva, R. N. N., & Armendáriz, G. N. A. (2015). Valores personales, valores instrumentales y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de preparatoria. *Enfermería Comunitaria, 11*(1), 1-7.
- Rodríguez, A. L., De la Garza, G. L. S., Rodríguez, D. G. Y., Alonso, C. M. M., & Guzmán, F. F. R. (2015). Valores y consumo de alcohol y tabaco en jóvenes universitarios. *Revista Enfermería Herediana, 8*(2), 62-69.

- Rogers, M. E. (1980). A science of unitary man. En: J.P. Riehl & C. Roy (Eds.).
Conceptual models for nursing practice. New York: Appento-Century-Crofts.
- Rogers, M. E. (1994). The science of unitary human beings: Current perspectives.
Nursing Science Quarterly, 7(1), 33-35.
- Rokeach, M. (1973). The nature of human values. New York.
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas.
Revista Desacatos, 29, 3-30.
- Rosovsky, H. (2001). Salud pública, disponibilidad y consumo de alcohol: implicaciones y controversias. En Tapia. C.R. (2da ed.). Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas (pp. 169-185).
- Rosovsky, H. (1998). Alcohólicos Anónimos. En: Beber de tierra generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México. Fundación de Investigaciones Sociales AC (eds). México.
- Rosovsky, H., & Leyva, G. (1990). Movimiento de alcohólicos anónimos en México.
Anales, (1), 5-8.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological wellbeing revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1989). Happiness is everything or is it? Exploration on the Meaning of Psychological Well Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sánchez, V. A. (1991). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona: PPU Biblioteca Universitaria de Ciencias Sociales.
- Schnohr, C. (2004). Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity and obesity on mortality? A prospective population study.
Scandinavian Journal of Public Health, 32, 250-256.

- Schwartz, S. H., & Bilsky, W. (1987). Towards a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 550-562.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Recuperado el 12 de Octubre 2014, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
- Secretaría de Salud (1999). Norma Oficial Mexicana para la Prevención. Tratamiento y Control de las Adicciones. NOM-028-SSA2-1999. Recuperado el 16 de Octubre del 2011, de <http://www.unet.com.mx/ceca/norma.htm>.
- Staton, T. M., Duval, J., Stevens, W. D., & Oser, C. B. (2013). The roles of spirituality in the relationship between traumatic life events, mental health and drug use among African American women. *Substance use & Misue*. 48(12), 1-21.
- Strauss, A. L., & Corbin. J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tamers, S.L., Okechukwu, C., Bohl, A.A., Guéguen, A., Goldberg, M., & Zins, M. (2014). The impact of stressful events on excessive alcohol consumption in the French population: findings from the GAZEL cohort study. *PlosOne*, 9(1).
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1990). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Tobo, N. I.V., Zago, M. M. F. (2005). El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. *Revista Latinoamericana da Enfermagem*, 13, 806-812.
- Tull, E. S., Doswell, M. A., & Cort, M. A. (2015). Spirituality moderates the relationship of psychosocial stress to metabolic risk factors among afro-caribbean immigrants in the US Virgin islands. *Racial and Ethnic Health Disparities*, 2, 132-138.

- Villegas, P. M. A., Alonso, C. M. M., Alonso, C. B. A., & Martínez, M. R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichán, 14*(1), 41-52.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing*. (5^a ed.). Upper Sadder River. N. J.: Prentice H.
- Witbrodt, J., Ye, Y., Bond, J., Chi, F., Weisner, C., & Martens, J. (2014). Alcohol and drug treatment involvement, 12 step attendance and abstinence: 9- year cross-lagged analysis of adults in an integrated health plan. *Journal Subst Abuse Treat, 46*(4), 412-419.
- Wysong, L. (2007). *The relationship between the Level of involvement in the 12 Step Program Alcoholics Anonymous. Spiritual Growth and Life Satisfaction. A Dissertation for the degree of Doctor of Psychology in Clinical Psychology Alliant International University. California School of Professional Psychology Fresno Campus California.*
- Young, W. K. C., Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (2012). Interactive effects of childhood maltreatment and recent stressful life events on alcohol consumption in adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 73*(4), 559-569.
- Zubieta, E. M., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones, 17*, 227-283.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol (CDPHCA)

Instrucciones: La información que se proporcionará a continuación será completamente anónima y confidencial, ningún familiar o miembro de la institución la conocerá. Todas las respuestas son importantes, ninguna se considerará correcta o incorrecta y nadie realizará juicio de sus respuestas. Favor de contestar todas las preguntas, marque con una X la respuesta que más se apegue a su realidad o conteste lo que se le pide. Gracias por participar.

I. Datos Personales

1. Sexo:

Femenino Masculino

2. Edad: años.

3. Estado civil:

Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre

4. Nivel Educativo:

Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Profesional
Posgrado

Número de años cursados

5. Ocupación:

Estudia Trabaja Estudia y trabaja No estudia y No trabaja
Jubilado

6. Si trabaja: ¿En qué trabaja?

Empleado de institución pública Empleado de institución privada

Negocio propio Otros especifique _____

7. Religión:

Católico Cristiano Otra Ninguna Especifique _____

Apéndice B

Escala de Clasificación de Reajuste Social (ECRS)

A continuación se presenta una lista de 43 eventos o hechos que frecuentemente ocurren en la vida diaria; por favor indique en cada caso si vivió el evento en los últimos 12 meses.

Evento de la Vida	No lo viví en el último año	Sí lo viví en el último año
1. La muerte de su esposa (o)	0	
2. Cuando se divorció	0	
3. La separación marital	0	
4. Ha pasado algún tiempo en prisión	0	
5. Ha sufrido la muerte de algún familiar cercano	0	
6. Ha tenido usted alguna enfermedad o lesión	0	
7. Cuando usted se casó (matrimonio)	0	
8. Lo han despedido de su trabajo	0	
9. Se ha reconciliado con su esposa o pareja	0	
10. Cuando se jubiló	0	
11. Ha habido cambios en la salud de un miembro de su familia	0	
12. Cuando tuvo un hijo	0	
13. Ha tenido dificultades sexuales	0	
14. Ha llegado un nuevo miembro a su familia	0	
15. Ha tenido que hacer ajustes o ha tenido pérdidas en su negocio	0	
16. Ha sufrido cambios en su estado financiero	0	
17. Ha sufrido la muerte de un amigo cercano	0	

18. Ha tenido que cambiar de trabajo o empleo	0	
19. Ha aumentado el número de discusiones con su esposa (o) o pareja	0	
20. Han tenido que hipotecar su casa	0	
21. Se ha ejecutado alguna hipoteca de su casa	0	
22. Han aumentado las responsabilidades en su trabajo	0	
23. Alguno de sus hijos (as) ha dejado la casa	0	
24. Ha tenido dificultades o problemas con sus suegros		
25. Ha tenido algún logro profesional sobresaliente	0	
26. Su esposa (o) ha comenzado o dejado de trabajar	0	
27. Alguno de sus hijos ha comenzado o dejado de trabajar	0	
28. Las condiciones en que vive han cambiado	0	
29. Ha tenido que hacer cambios en sus hábitos personales (dieta, dejar de fumar)	0	
30. Ha tenido problemas con su jefe	0	
31. Han aumentado sus horas de trabajo o disminuido las prestaciones y su sueldo	0	
32. Se ha cambiado de casa	0	
33. Sus hijos han cambiado de escuela	0	
34. Han cambiado sus actividades de recreación (ejercicio, deportes, paseos)	0	
35. Han cambiado sus actividades religiosas	0	
36. Han cambiado sus actividades sociales (fiestas familiares, visitas a amigos, eventos)	0	
37. Ha tenido que pedir un préstamo (deuda importante)	0	

38. Ha tenido dificultades para dormir	0	
39. Ha aumentado o disminuido el número de reuniones familiares	0	
40. Ha tenido que hacer cambio en su alimentación	0	
41. Cuando tiene vacaciones	0	
42. La llegada de la navidad	0	
43. Ha tenido alguna falta pequeña o infracción a la ley o reglamentos	0	

Apéndice C

Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)

Instrucciones: Favor de leer cada enunciado que encuentra a continuación. Marca con una X la respuesta que se apegue más a tu realidad.

	Nunca	Menos de una vez al año	Más o menos una vez al año	Más o menos una vez al mes	Más o menos una vez a la semana	Más o menos una vez al día
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?						
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?						
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?						
4. ¿Cuántas veces reza u ora usted en privado o hace meditación?						

	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que en acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad.						
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.						
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.						
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria						
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida						
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.						

Apéndice D

Cuestionario de Valores de Schwartz

Instrucciones: Este cuestionario es confidencial y anónimo. En él tendrás que preguntarte; **¿Qué valores son importantes para mí como principios que guían mi vida y qué valores son menos importantes para mí?**

Existen dos listas de valores en las páginas siguientes. En el paréntesis que se encuentra al lado de cada valor hay una explicación que puede ayudar a comprender el significado. Para dar respuesta al cuestionario marca una “X” en uno de los casilleros ubicados frente a cada valor y de acuerdo a la evaluación realizada por ti, considerando la siguiente escala: **Nada importante, Importante y Muy importante**

Lista de Valores N° 1: Valores Terminales

	Nada Importante	Importante	Muy Importante
1.- Igualdad (iguales oportunidades para todos)			
2.- Armonía Interna (en paz conmigo mismo)			
3.- Poder Social (control sobre los demás)			
4.- Placer (gratificación de deseos)			
5.- Libertad (libertad de acción y pensamiento)			
6.- Una vida espiritual (énfasis en aspectos espirituales, no materiales)			
7.- Sentido de pertenencia (sentimiento de ser parte de algo o de pertenecer a alguien)			

8.- Orden social (estabilidad en la sociedad)			
9.- Una Vida Excitante (tener experiencias estimulantes)			
10.- Dar Significado a mi Vida (una meta en la vida)			
11.- Buenos Modales (cortesía, buenas maneras)			
12.- Riqueza (posesiones materiales, dinero)			
13.- Seguridad Nacional (protección de mi nación contra sus enemigos)			
14.- Auto-respeto (creer en el propio valor personal)			
15.- Reciprocidad de Valores (evitar deber favores a los demás)			
16.- Creatividad (originalidad, imaginación)			
17.- Un mundo de Paz (libre de guerras y conflictos)			
18.- Respeto por la Tradición (mantener las costumbres a lo largo del tiempo)			
19.- Amor Maduro (profunda relación íntima, emocional y espiritual)			
20.- Autodisciplina (autocontrol, resistencia a las tentaciones)			
21.- Despreocupación (de preocupaciones de lo mundano)			
22.- Seguridad Familiar (seguridad para las			

personas amadas)			
23.- Reconocimiento Social (respeto, aprobación de los demás)			
24.- Unión con la Naturaleza (integrarse con la naturaleza)			
25.- Una Vida Variada (llena de retos, novedad y cambios)			
26.- Sabiduría (comprensión madura de la vida)			
27.- Autoridad (el derecho a dirigir o mandar)			
28.- Amistad Verdadera (amigos cercanos que me apoyen)			
29.- Un Mundo de Belleza (belleza en la naturaleza y en las artes)			
30.- Justicia social (corregir injusticias, cuidar a los débiles)			

Lista de Valores N° 2: Valores Instrumentales

	Nada Importante	Importante	Muy Importante
31.- Independiente (no depender de los demás, autosuficiente)			
32.- Moderado (evitando los sentimientos y acciones extremas)			
33.- Leal (fiel a mi amigo, al grupo)			
34.- Ambicioso (trabajador infatigable con aspiraciones)			

35.- Mente Abierta (tolerante de diferentes ideas y creencias)			
36.- Humilde (modesto, pasar desapercibido)			
37.- Atrevido (en busca de aventuras y riesgo)			
38. – Protector del Medio Ambiente (defensor de la naturaleza)			
39.- Influyente (teniendo influencia en las personas acontecimientos)			
40.- Honrar a los Padres y a los Mayores (mostrándoles respeto)			
41.- Eligiendo mis Propias Metas (seleccionar mis propios objetivos)			
42.- Sano (no estar enfermo física o mentalmente)			
43.- Capaz (competente, efectivo, eficiente)			
44.- Aceptando mi Parte en la Vida (someterse a las circunstancias de la vida.)			
45.- Honesto (genuino, sincero)			
46.- Conservando mi Imagen Pública (protegiendo mi imagen)			
47.- Responsable (cumplidor de mis deberes, obligaciones)			
48.- Inteligente (lógico, pensador)			
49.- Que ayuda (trabajando por el bienestar de los demás)			

50.- Goza de la Vida (goza de la comida, el sexo, el ocio)			
51.- Devoto (manteniendo creencias y fe religiosas)			
52.- Confiable (en el que puede confiar, fiable)			
53.- Curioso (interesado por todo)			
54.- No Rencoroso (dispuesto a perdonar a los demás)			
55.- Exitoso (consigue metas)			
56.- Limpio (ordenado, aseado)			

Apéndice E

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Instrucciones: a continuación usted encuentra una serie de enunciados, podría indicar que tanto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones, marcando en la casilla que mejor se ajuste a su respuesta.

(1)Fuerte desacuerdo (2) Moderado desacuerdo (3) Ligero desacuerdo

(4) Ligero acuerdo (5) Moderado acuerdo (6) Fuerte acuerdo

Afirmación	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas.						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8. No tengo muchas personas que quieran						

escucharme cuando necesito hablar.						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
13. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
19. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						

21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
23. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo.						
25. Sé que puedo confiar en mis amigos y ellos saben que pueden confiar en mí.						
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						

Apéndice F

Escala de Bienestar Social de Keyes

Instrucciones: Por favor indique con una X sobre la casilla del número que represente que tanto usted está de acuerdo o en desacuerdo, con las siguientes afirmaciones.

(1) fuertemente desacuerdo (2) moderadamente desacuerdo

(3) ligeramente desacuerdo (4) ligeramente en acuerdo

(5) moderadamente acuerdo (6) fuertemente en acuerdo

Afirmación	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Siento que soy una parte importante de mi comunidad.						
2. Creo que la gente no es de fiar.						
3. Creo que puedo aportar algo al mundo.						
4. Para mí el progreso social es algo que no existe.						
5. No entiendo lo que está pasando en el mundo.						
6. Creo que la gente me valora como persona.						
7. Creo que las personas sólo piensan en sí mismas						
8. No tengo nada importante que ofrecer a la sociedad.						
9. La sociedad no ofrece incentivos para gente como yo.						
10. El mundo es demasiado complejo para mí.						
11 Si tengo algo que decir, creo que la mayoría de la gente me escucharía.						

12 Creo que no se debe confiar en la gente.						
13 Mis actividades diarias no aportan nada que valga la pena a la sociedad.						
14 Veo que la sociedad está en continuo desarrollo.						
15 No merece la pena esforzarse en intentar comprender el mundo en el que vivo.						
16. Me siento cercano a otra gente.						
17 Creo que la gente es egoísta.						
18. No tengo ni el tiempo ni la energía para aportar algo a la sociedad.						
19 No creo que instituciones como la justicia o el gobierno mejoren mi vida.						
20. Muchas culturas son tan extrañas que no puedo comprenderlas.						
21. Si tuviera algo que decir, pienso que la gente no se lo tomaría en serio.						
22 Hoy en día, la gente es cada vez más deshonesta.						
23. Pienso que lo que hago es importante para la sociedad.						
24. La sociedad ya no progresa.						
25. Los científicos son los únicos que pueden entender cómo funciona el mundo						
26. No me siento pertenecer a ningún grupo social						
27. Las personas no se preocupan de los problemas de otros						
28 Lo que hago tiene alguna influencia sobre otras						

personas						
29. El mundo es cada vez un lugar mejor para la gente.						
30. Me resulta fácil predecir lo que puede suceder en el futuro.						
31. La sociedad en la que vivo es una fuente de bienestar.						
32. Creo que las personas son amables.						
33. Las personas no esperan nada a cambio cuando hacen un favor.						

Apéndice G

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: A continuación se presentan algunas preguntas sobre tu consumo de alcohol; por favor subraya la respuesta que se acerque más a tu realidad.

<p>1.- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal)?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Una o menos veces al mes</p> <p>2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>4) 4 a más veces a la semana</p>	<p>6.- Durante el último año, ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>
<p>2.- ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?</p> <p>0) 1 o 2</p> <p>1) 3 o 4</p> <p>2) 5 o 6</p> <p>3) 7 a 9</p> <p>4) 10 o más</p>	<p>7.- Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>
<p>3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?</p> <p>0) nunca</p>	<p>8.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo qué pasó cuando</p>

<p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>	<p>estabas bebiendo?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>
<p>4.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>	<p>9.- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0) No</p> <p>2) Sí. pero no en el último año</p> <p>4) Sí. en el último año</p>
<p>5.- Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?</p> <p>0) Nunca</p> <p>1) Menos de una vez al mes</p> <p>2) Mensualmente</p> <p>3) Semanalmente</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber?</p> <p>0) No</p> <p>2) Sí. pero no en el último año</p> <p>4) Sí. en el último año</p>

Apéndice H

Guía de Preguntas Semi-estructurada

A continuación se realizará una serie de preguntas, favor de profundizar lo más posible sus respuestas de acuerdo a su experiencia.

1. ¿Podría comentarme su experiencia desde que inicio a consumir alcohol, como fue el proceso que siguió su consumo hasta el momento que usted pensó que tenía un problema con su forma de beber (inicio de consumo, explicar cómo fue aumentando el consumo, qué aspectos influyeron para incrementar el consumo, cómo interfirió el consumo de alcohol en su vida, cuando se dio cuenta que el alcohol le estaba dando problemas)?

2. Podría platicarme, ¿cómo apareció la necesidad de buscar ayuda en Alcohólicos Anónimos, fue debido a algún problema que usted tuvo, alguna persona cercana a usted como su familia, amigos, el sacerdote, algún maestro o profesional de salud influyeron para tomar esta decisión, podría comentarme que considera usted que influyó en su decisión?

3. Podría decirme, ¿qué herramientas le proporciona Alcohólicos Anónimos para enfrentar situaciones en las que se encuentra rodeado de personas que beben alcohol o cuando pasa por algún sitio de venta de bebidas, me puede explicar si existe algo más que le refuerce su voluntad para no beber, o si ha tenido situaciones en las que ha vuelto a tomar alcohol, cómo se ha sentido y que ha hecho para superar estas situación?

4. ¿Algo más de su experiencia que me quisiera comentar?

Apéndice I

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación

Autor del estudio: MCE. Linda Azucena Rodríguez Puente.

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo.

Prólogo:

Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados al consumo dependiente de alcohol. Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado.

Propósito del Estudio:

Proponer una teoría de rango medio denominada: Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación. La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del estudio/procedimiento:

- Se le aplicarán cuestionarios. en las mismas instalaciones donde asiste a sus reuniones frecuentemente. para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades. cuidando en todo momento su privacidad y anonimato.
- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida. no tendrá ningún perjuicio en sus actividades dentro del grupo.

Riesgos e inquietudes:

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Si usted se siente indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención para evitar el consumo de alcohol.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información que usted proporcione durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, favor de comunicarse al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL]. en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la FAEN/UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas. Dirección Avenida Gonzalitos 1500. Colonia Mitras Centro.

Consentimiento:

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre y Firma del Participante

Fecha

Firma del testigo (1)

Fecha

Firma del testigo (2)

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Apéndice J

Consentimiento Informado para Datos Cualitativos

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación

Autor del estudio: MCE. Linda Azucena Rodríguez Puente.

Director de Tesis: Dra. María Magdalena Alonso Castillo.

Prólogo:

Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados al consumo dependiente de alcohol. Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado.

Propósito del Estudio:

Proponer una teoría de rango medio denominada: Modelo Explicativo de Bienestar en Personas Dependientes de Alcohol en Proceso de Recuperación en el Programa. La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del estudio/procedimiento:

- Se le realizarán una serie de preguntas de acuerdo que deberá responder de acuerdo a su experiencia.
- Durante la entrevista estará el autor principal y dos estudiantes de Maestría en Ciencias de Enfermería que fungen como observadores.
- La entrevista será grabada para fines del estudio. el tiempo aproximado de la entrevista será de 30 minutos.

- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida. no tendrá ningún perjuicio en sus actividades dentro del grupo.

Riesgos e inquietudes:

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Si usted se siente indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo en un futuro con los resultados encontrados.se podrán diseñar programas de prevención para evitar el consumo de alcohol.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información que usted proporcione durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, favor de comunicarse al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL].en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la FAEN/UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas. Dirección Avenida Gonzalitos 1500. Colonia Mitras Centro.

Consentimiento:

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas

mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre y Firma del Participante

Fecha

Firma del testigo (1)

Fecha

Firma del testigo (2)

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

Apéndice K

Análisis Factorial de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)

Análisis de factores de la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS)

Ítems	Factor		Extracción
	1	2	
5.El perdón es una parte importante de su espiritualidad.	.870		.817
6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria.	.874		.913
7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida.	.854		.895
8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria	.896		.880
9. Sus creencias espirituales han influenciado su vida	.905		.885
10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida.	.830		.833
1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?		.870	.818
2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?		.888	.854
3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?		.798	.758
4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?		.763	.717
% de la varianza	49.42	34.26	
Varianza explicada	49.42	83.69	

Se realizó el análisis factorial por componentes principales y rotación Varimax en la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS), la mostró un 83.69% de la varianza explicada y se conformó de dos factores. El factor uno se compone de seis ítems; 5. El perdón es una parte importante de su espiritualidad, 6. Ve la espiritualidad como una guía para tomar decisiones en su vida diaria, 7. Sus creencias espirituales son una parte importante de su vida, 8. Frecuentemente se siente muy cerca de Dios, o a un “poder más grande” en momentos importantes de su vida diaria, 9. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene

sobre el significado de la vida y 10. Sus creencias espirituales son especialmente importantes porque responden a muchas de las preguntas que tiene sobre el significado de la vida. Estos ítems conforman el dominio de creencias espirituales.

El factor dos se compone de cuatro ítems; 1. Cuando está hablando con su familia o sus amigos, ¿cuántas veces menciona usted asuntos espirituales?, 2. ¿Cuántas veces comparte usted con otros los problemas y alegrías de vivir de acuerdo con sus creencias espirituales?, 3. ¿Cuántas veces lee usted materiales de algo espiritual?, 4. ¿Cuántas veces reza usted en privado o hace meditación?. Estos ítems en su conjunto conforman el dominio de creencias espirituales.

Apéndice L

Análisis Factorial del Cuestionario de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol AUDIT

Análisis de factores del Cuestionario de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol AUDIT

Ítems	Factor 1	Extracción
1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal, etc.)?	.955	.912
2. ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes (el día que llegas a consumir)?	.943	.889
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?	.986	.973
4. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?	.978	.956
5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?	.922	.851
6. Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?	.920	.846
7. Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?	.937	.877
8. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?	.903	.815
9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?	.841	.706
10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?	.820	.672
% de la Varianza	84.97	
Varianza explicada	84.97	

Se realizó el análisis factorial por componentes principales y rotación Varimax en el Cuestionario de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol AUDIT, el cual

mostró una varianza explicada del 84.97%. El cuestionario se conformó de un factor que incluye los 10 ítems del instrumento; los ítems en su conjunto aportan a la dimensión del consumo de alcohol.

Apéndice M

Tablas de Modelos Sin Bootstrap

Regresión lineal simple para el efecto de los eventos estresantes sobre la espiritualidad

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados			IC 95%	
	<i>B</i>	<i>Error típ.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
1 (Constante)	71.043	2.835		25.064	.000	65.456	76.630
Eventos Estresantes	.107	.083	.088	1.302	.194	-.055	.270

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = media cuadrática, *p* = significancia

Regresión lineal simple para el efecto de los eventos estresantes sobre los valores

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados			IC 95%	
	<i>B</i>	<i>Error típ.</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
1 (Constante)	61.970	1.765		35.118	.000	58.49	65.44
Eventos Estresantes	-.065	.051	-.086	-1.263	.208	-.166	.036

Nota: *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = media cuadrática, *p* = significancia

Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes sobre la espiritualidad y los valores

Variable dependiente		Estimaciones de los parámetros					IC 95%	
		<i>B</i>	<i>Error típ.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	
Valores	Intersección	61.970	1.765	35.118	.000	58.492	65.448	
	Eventos Estresantes	-.065	.051	-1.263	.208	-.166	.036	
Espiritualidad	Intersección	71.043	2.835	25.064	.000	65.456	76.630	
	Eventos Estresantes	.107	.083	1.302	.194	-.055	.270	

Nota: *Valor* = Lambda de Wilks. *gl* = grados de libertad. *B* = Beta. *p* = significancia. *IC* = intervalo de confianza. *LI* = límite inferior. *LS* = límite superior

Modelo Lineal General Multivariante para la espiritualidad y los valores sobre el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

		Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente		B	Error típ.	t	Sig.	IC 95%	
						LI	LS
Bienestar Psicológico	Intersección	28.942	3.840	7.538	.000	21.374	36.510
	Valores	.364	.067	5.460	.000	.233	.495
	Espiritualidad	.160	.041	3.850	.000	.078	.241
Bienestar Social	Intersección	39.569	3.842	10.299	.000	31.996	47.142
	Valores	-.066	.067	-.995	.321	-.198	.065
	Espiritualidad	.324	.042	7.809	.000	.242	.406
Bienestar físico	Intersección	4976.933	1317.662	3.777	.000	2379.743	7574.122
	Valores	-45.691	22.874	-1.997	.047	-90.778	-.605
	Espiritualidad	33.604	14.237	2.360	.019	5.541	61.66

Nota: Valor = Lamda de Wilks. *gl* = grados de libertad. *B* = Beta. *p* =significancia. *IC* = intervalo de confianza. *LI* = límite inferior. *LS* = límite superior

Modelo Lineal General Multivariante para las variables sociodemográficas sobre la espiritualidad y los valores

		Estimaciones de los parámetros			
Variable dependiente		B	<i>p</i>	IC 95%	
Parámetro				LI	LS
Espiritualidad	Femenino	1.533	5.810	.264	.792
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-10.910	8.410	-1.297	.196
	Casado	-10.531	8.170	-1.289	.199
	Viudo	-1.566	9.936	-.158	.875
	Divorciado	-.920	9.907	-.093	.926
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-9.945	9.494	-1.047	.296
	Secundaria	-6.354	9.445	-.673	.502
	Preparatoria	-12.511	9.753	-1.283	.201
	Técnica	-2.298	10.305	-.223	.824
	Profesional	2.308	9.459	.244	.807
	Posgrado	0 ^a			

	Estudia	-16.320	8.253	-1.977	.049
	Trabaja	.594	5.850	.101	.919
	Estudia y trabaja	11.927	12.883	.926	.356
	No estudia y no trabaja	2.618	8.730	.300	.765
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	9.101	6.604	1.378	.170
	Cristiano	24.058	7.773	3.095	.002
	Otra	6.687	9.793	.683	.496
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.171	.167	1.024	.307
	Femenino	.196	3.471	.056	.955
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	5.908	5.024	1.176	.241
	Casado	2.178	4.881	.446	.656
	Viudo	.675	5.936	.114	.910
	Divorciado	-6.144	5.919	-1.038	.301
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-6.538	5.672	-1.153	.250
	Secundaria	-5.829	5.643	-1.033	.303
	Preparatoria	-5.014	5.827	-.860	.391
	Técnica	-5.474	6.156	-.889	.375
	Profesional	2.304	5.651	.408	.684
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	4.814	4.931	.976	.330
	Trabaja	5.790	3.495	1.656	.099
Valores	Estudia y trabaja	-4.529	7.697	-.588	.557
	No estudia y no trabaja	-5.128	5.215	-.983	.327
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	9.605	3.946	2.434	.016
	Cristiano	20.540	4.644	4.423	.000
	Otra	19.673	5.851	3.363	.001
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	-.030	.100	-.301	.764

*Nota: Valor = Lamda de Wilks. gl = grados de libertad. B = Beta. p = significancia.
IC = intervalo de confianza. LI = límite inferior. LS = límite superior*

Modelo Lineal General Multivariante para las variables sociodemográficas y los eventos estresantes sobre la espiritualidad y los valores

Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	B	p	IC 95%	
				LI	LS
Espiritualidad	Femenino	3.042	5.885	.517	.606
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-11.076	8.387	-1.321	.188
	Casado	-11.319	8.165	-1.386	.167
	Viudo	-2.264	9.919	-.228	.820
	Divorciado	-2.561	9.942	-.258	.797
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-10.169	9.468	-1.074	.284
	Secundaria	-4.819	9.476	-.509	.612
	Preparatoria	-10.237	9.848	-1.039	.300
	Técnica	-1.391	10.294	-.135	.893
	Profesional	3.177	9.451	.336	.737
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	-16.796	8.236	-2.039	.043
	Trabaja	-.092	5.852	-.016	.988
	Estudia y trabaja	12.849	12.861	.999	.319
	No estudia y no trabaja	1.993	8.715	.229	.819
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	8.435	6.601	1.278	.203
	Cristiano	24.091	7.751	3.108	.002
	Otra	7.691	9.789	.786	.433
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.213	.169	1.259	.210
Eventos estresantes	.126	.086	1.465	.145	
Valores	Femenino	-.378	3.527	-.107	.915
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	5.972	5.027	1.188	.236
	Casado	2.477	4.894	.506	.613
	Viudo	.940	5.945	.158	.875
	Divorciado	-5.520	5.959	-.926	.355
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-6.452	5.675	-1.137	.257
	Secundaria	-6.412	5.679	-1.129	.260
	Preparatoria	-5.878	5.903	-.996	.321
	Técnica	-5.818	6.170	-.943	.347
	Profesional	1.974	5.664	.349	.728
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	4.995	4.936	1.012	.313

Trabaja	6.050	3.508	1.725	.086
Estudia y trabaja	-4.879	7.709	-.633	.527
No estudia y no trabaja	-4.890	5.223	-.936	.350
Jubilado	0 ^a			
Católico	9.858	3.956	2.492	.014
Cristiano	20.528	4.646	4.419	.000
Otra	19.291	5.867	3.288	.001
Ninguna	0 ^a			
Edad	-.046	.101	-.453	.651
Eventos estresantes	-.048	.052	-.929	.354

Nota: Valor = Lamda de Wilks. *gl* = grados de libertad. *B* = Beta. *p* = significancia. *IC* = intervalo de confianza. *LI* = límite inferior. *LS* = límite superior

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las variables sociodemográficas sobre el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar psicológico	Femenino	4.566	3.720	1.227	.221
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-2.353	5.385	-.437	.663
	Casado	1.473	5.232	.282	.779
	Viudo	-.693	6.362	-.109	.913
	Divorciado	-.656	6.344	-.103	.918
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-17.472	6.079	-2.874	.004
	Secundaria	-11.789	6.048	-1.949	.053
	Preparatoria	-3.741	6.245	-.599	.550
	Técnica	-8.230	6.598	-1.247	.214
	Profesional	-7.358	6.057	-1.215	.226
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	1.609	5.284	.304	.761
	Trabaja	-1.366	3.746	-.365	.716
	Estudia y trabaja	-9.121	8.249	-1.106	.270
	No estudia y no trabaja	.023	5.590	.004	.997
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	7.410	4.229	1.752	.081
	Cristiano	10.423	4.977	2.094	.038
Otra	17.208	6.270	2.744	.007	
Ninguna	0 ^a				
Edad	.176	.107	1.646	.101	

Bienestar social	Femenino	2.836	3.604	.787	.432
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-8.185	5.217	-1.569	.118
	Casado	-3.847	5.068	-.759	.449
	Viudo	-8.106	6.164	-1.315	.190
	Divorciado	.645	6.146	.105	.916
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-15.247	5.889	-2.589	.010
	Secundaria	-8.838	5.859	-1.508	.133
	Preparatoria	-12.617	6.050	-2.085	.038
	Técnica	-8.437	6.392	-1.320	.188
	Profesional	-5.009	5.868	-.854	.394
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	-9.023	5.120	-1.762	.080
	Trabaja	.606	3.629	.167	.868
	Estudia y trabaja	1.710	7.992	.214	.831
	No estudia y no trabaja	-1.802	5.415	-.333	.740
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	2.639	4.097	.644	.520
	Cristiano	6.343	4.822	1.315	.190
	Otra	-2.409	6.075	-.396	.692
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.241	.104	2.325	.021
Bienestar físico	Femenino	1378.306	732.441	1.882	.061
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	417.323	1060.143	.394	.694
	Casado	92.618	1029.951	.090	.928
	Viudo	-496.695	1252.509	-.397	.692
	Divorciado	527.086	1248.878	.422	.673
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	2432.148	1196.783	2.032	.043
	Secundaria	2105.029	1190.600	1.768	.079
	Preparatoria	536.011	1229.485	.436	.663
	Técnica	1435.543	1298.989	1.105	.270
	Profesional	1365.922	1192.393	1.146	.253
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	-1702.157	1040.363	-1.636	.103
	Trabaja	-1240.846	737.482	-1.683	.094
	Estudia y trabaja	1458.137	1623.977	.898	.370
	No estudia y no trabaja	-562.450	1100.438	-.511	.610
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	-301.430	832.533	-.362	.718
	Cristiano	-658.713	979.864	-.672	.502

Otra	-171.736	1234.460	-.139	.889
Ninguna	0 ^a			
Edad	249.861	21.088	11.848	.000

Nota: Valor = Lamda de Wilks. *gl* = grados de libertad. *B* = Beta. *p* = significancia. *IC* = intervalo de confianza. *LI* = límite inferior. *LS* = límite superior

Modelo Lineal General Multivariante para el efecto de las variables sociodemográficas, la espiritualidad y los valores con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

		Estimaciones de los parámetros			
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar psicológico	Femenino	4.230	3.164	1.337	.183
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-2.643	4.649	-.569	.570
	Casado	2.489	4.485	.555	.580
	Viudo	-.670	5.410	-.124	.901
	Divorciado	1.761	5.411	.325	.745
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-13.352	5.189	-2.573	.011
	Secundaria	-8.550	5.156	-1.658	.099
	Preparatoria	.261	5.332	.049	.961
	Técnica	-5.821	5.622	-1.035	.302
	Profesional	-8.603	5.151	-1.670	.096
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	2.655	4.596	.578	.564
	Trabaja	-3.597	3.213	-1.120	.264
	Estudia y trabaja	-9.514	7.055	-1.349	.179
	No estudia y no trabaja	1.456	4.774	.305	.761
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	2.309	3.649	.633	.528
	Cristiano	-1.279	4.444	-.288	.774
	Otra	8.821	5.499	1.604	.110
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.158	.092	1.725	.086
	Espiritualidad	.173	.045	3.847	.000
	Valores	.368	.075	4.898	.000
	Femenino	2.420	3.279	.738	.461
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-4.892	4.819	-1.015	.311

	Casado	-.832	4.648	-.179	.858
	Viudo	-7.641	5.608	-1.363	.175
	Divorciado	.617	5.609	.110	.913
	Unión libre	0 ^a			
Bienestar social	Primaria	-12.796	5.379	-2.379	.018
	Secundaria	-7.348	5.344	-1.375	.171
	Preparatoria	-9.385	5.527	-1.698	.091
	Técnica	-8.053	5.827	-1.382	.169
	Profesional	-5.542	5.340	-1.038	.301
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	-4.283	4.764	-.899	.370
	Trabaja	.709	3.330	.213	.832
	Estudia y trabaja	-1.801	7.313	-.246	.806
	No estudia y no trabaja	-2.763	4.948	-.558	.577
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	.563	3.782	.149	.882
	Cristiano	.631	4.607	.137	.891
	Otra	-3.351	5.700	-.588	.557
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.192	.095	2.029	.044
	Espiritualidad	.277	.046	5.955	.000
	Valores	-.046	.078	-.593	.554
	Femenino	1365.00	731.159	1.86	.063
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	383.43	1074.539	.357	.722
	Casado	121.97	1036.443	.118	.906
	Viudo	-498.50	1250.310	-.399	.691
	Divorciado	641.17	1250.618	.513	.609
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	2611.18	1199.290	2.17	.031
	Secundaria	2248.49	1191.551	1.88	.061
Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	Preparatoria	704.71	1232.333	.572	.568
	Técnica	1546.68	1299.266	1.19	.235
	Profesional	1310.51	1190.575	1.10	.272
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	-1682.00	1062.132	-1.58	.115
	Trabaja	-1346.59	742.469	-1.81	.071
	Estudia y trabaja	1461.20	1630.459	.896	.371
	No estudia y no trabaja	-489.00	1103.341	-.443	.658
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	-529.04	843.247	-.627	.531
	Cristiano	-1175.01	1027.142	-1.14	.254
	Otra	-561.092	1270.884	-.441	.659

Ninguna	0 ^a			
Edad	249.290	21.151	11.786	.000
Espiritualidad	6.429	10.364	.620	.536
Valores	17.606	17.348	1.015	.311

Nota: Valor = Lamda de Wilks. gl = grados de libertad. B = Beta. p = significancia. IC = intervalo de confianza. LI = límite inferior. LS = límite superior

Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes, la espiritualidad, los valores y las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

		Estimaciones de los parámetros			
				IC 95%	
Variable dependiente	Parámetro	B	p	LI	LS
Bienestar psicológico	Femenino	1.716	3.154	.544	.587
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-1.553	4.551	-.341	.733
	Casado	3.105	4.397	.706	.481
	Viudo	-.440	5.320	-.083	.934
	Divorciado	2.115	5.334	.397	.692
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-14.390	5.132	-2.804	.006
	Secundaria	-10.011	5.055	-1.980	.049
	Preparatoria	-2.136	5.253	-.407	.685
	Técnica	-6.206	5.495	-1.129	.260
	Profesional	-9.364	5.025	-1.863	.064
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	3.648	4.492	.812	.418
	Trabaja	-3.256	3.153	-1.033	.303
	Estudia y trabaja	-11.722	6.906	-1.697	.091
	No estudia y no trabaja	1.423	4.656	.306	.760
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	2.984	3.568	.836	.404
	Cristiano	-1.735	4.340	-.400	.690
	Otra	6.989	5.384	1.298	.196
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.145	.093	1.560	.120
	Espiritualidad	.004	.045	.080	.936
	Valores	.202	.052	3.904	.000
	Eventos estresantes	.049	.091	.543	.588
	Femenino	.811	3.281	.247	.805
	Masculino	0 ^a			

Bienestar social	Soltero	-4.326	4.747	-.911	.363
	Casado	.271	4.593	.059	.953
	Viudo	-6.857	5.526	-1.241	.216
	Divorciado	2.178	5.550	.392	.695
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-12.551	5.294	-2.371	.019
	Secundaria	-9.001	5.294	-1.700	.091
	Preparatoria	-11.666	5.504	-2.120	.035
	Técnica	-9.119	5.748	-1.586	.114
	Profesional	-6.433	5.265	-1.222	.223
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	-3.314	4.702	-.705	.482
	Trabaja	1.585	3.293	.481	.631
	Estudia y trabaja	-3.140	7.214	-.435	.664
	No estudia y no trabaja	-2.310	4.873	-.474	.636
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	1.358	3.733	.364	.716
	Cristiano	.711	4.534	.157	.876
	Otra	-3.967	5.614	-.707	.481
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.144	.095	1.519	.130
	Espiritualidad	.297	.046	6.408	.000
	Valores	-.075	.077	-.974	.331
Eventos estresantes	-.132	.049	-2.720	.007	
Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	Femenino	1186.15	741.85	1.599	.111
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	446.38	1073.42	.416	.678
	Casado	244.53	1038.42	.235	.814
	Viudo	-411.36	1249.51	-.329	.742
	Divorciado	814.79	1254.85	.649	.517
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	2638.48	1197.07	2.204	.029
	Secundaria	2064.79	1197.08	1.725	.086
	Preparatoria	451.11	1244.41	.363	.717
	Técnica	1428.27	1299.69	1.099	.273
	Profesional	1211.45	1190.50	1.018	.310
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	-1574.34	1063.06	-1.481	.140
	Trabaja	-1249.19	744.559	-1.678	.095
	Estudia y trabaja	1312.31	1631.01	.805	.422
	No estudia y no trabaja	-438.56	1101.78	-.398	.691
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	-440.60	844.159	-.522	.602
	Cristiano	-1166.16	1025.11	-1.138	.257
	Otra	-629.52	1269.38	-.496	.620

Ninguna	0 ^a				
Edad	243.93	21.485	11.354	.000	
Espiritualidad	8.66	10.478	.827	.409	
Valores	14.36	17.482	.822	.412	
Eventos estresantes	-14.71	11.001	-1.337	.183	

Nota: Valor = Lamda de Wilks. *gl* = grados de libertad. *B* = Beta. *p* = significancia. *IC* = intervalo de confianza. *LI* = límite inferior. *LS* = límite superior

Modelo Lineal General Multivariante para los eventos estresantes, las prácticas y creencias espirituales, los valores terminales e instrumentales y las variables sociodemográficas con el bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

		Estimaciones de los parámetros			
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>p</i>	IC 95%	
				<i>LI</i>	<i>LS</i>
Bienestar psicológico	Femenino	1.716	3.154	.544	.587
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-1.553	4.551	-.341	.733
	Casado	3.105	4.397	.706	.481
	Viudo	-.440	5.320	-.083	.934
	Divorciado	2.115	5.334	.397	.692
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-14.390	5.132	-2.804	.006
	Secundaria	-10.011	5.055	-1.980	.049
	Preparatoria	-2.136	5.253	-.407	.685
	Técnica	-6.206	5.495	-1.129	.260
	Profesional	-9.364	5.025	-1.863	.064
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	3.648	4.492	.812	.418
	Trabaja	-3.256	3.153	-1.033	.303
	Estudia y trabaja	-11.722	6.906	-1.697	.091
	No estudia y no trabaja	1.423	4.656	.306	.760
	Jubilado	0 ^a			
	Católico	2.984	3.568	.836	.404
	Cristiano	-1.735	4.340	-.400	.690
	Otra	6.989	5.384	1.298	.196
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.145	.093	1.560	.120
	Prácticas espirituales	.004	.045	.080	.936

	Creencias espirituales	.202	.052	3.904	.000
	Valores terminales	.049	.091	.543	.588
	Valores instrumentales	.255	.076	3.359	.001
	Eventos estresantes	-.106	.049	-2.162	.032
	Femenino	-.263	3.252	-.081	.936
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	-3.069	4.692	-.654	.514
	Casado	.214	4.534	.047	.962
	Viudo	-6.217	5.485	-1.133	.258
	Divorciado	1.297	5.499	.236	.814
	Unión libre	0 ^a			
	Primaria	-12.579	5.291	-2.377	.018
	Secundaria	-8.973	5.212	-1.722	.087
	Preparatoria	-11.944	5.416	-2.205	.029
	Técnica	-8.361	5.665	-1.476	.142
	Profesional	-6.101	5.181	-1.178	.240
	Posgrado	0 ^a			
	Estudia	-2.913	4.631	-.629	.530
	Trabaja	.950	3.251	.292	.771
	Estudia y trabaja	-4.821	7.120	-.677	.499
	No estudia y no trabaja	-2.656	4.801	-.553	.581
	Jubilado	0 ^a			
Bienestar social	Católico	.823	3.678	.224	.823
	Cristiano	-.335	4.474	-.075	.940
	Otra	-5.422	5.551	-.977	.330
	Ninguna	0 ^a			
	Edad	.163	.096	1.705	.090
	Prácticas espirituales	.087	.046	1.886	.061
	Creencias espirituales	.226	.053	4.249	.000
	Valores terminales	-.287	.094	-3.060	.003
	Valores instrumentales	.167	.078	2.134	.034
	Eventos estresantes	-.101	.051	-1.999	.047
	Femenino	956.997	739.049	1.295	.197
	Masculino	0 ^a			
	Soltero	622.207	1066.402	.583	.560
	Casado	130.162	1030.330	.126	.900
	Viudo	-492.913	1246.580	-.395	.693
	Divorciado	499.132	1249.756	.399	.690
	Unión libre	0 ^a			
Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	Primaria	2375.418	1202.480	1.975	.050
	Secundaria	2124.534	1184.454	1.794	.074
	Preparatoria	437.766	1230.913	.356	.722
	Técnica	1624.127	1287.474	1.261	.209
	Profesional	1268.582	1177.374	1.077	.283

Posgrado	0 ^a				
Estudia	-1556.052	1052.404	-1.479	.141	
Trabaja	-1406.184	738.810	-1.903	.058	
Estudia y trabaja	1050.184	1618.107	.649	.517	
No estudia y no trabaja	-563.254	1090.993	-.516	.606	
Jubilado	0 ^a				
Católico	-507.005	835.974	-.606	.545	
Cristiano	-1338.893	1016.848	-1.317	.189	
Otra	-956.569	1261.621	-.758	.449	
Ninguna	0 ^a				
Edad	252.792	21.777	11.608	.000	
Prácticas espirituales	-13.381	10.475	-1.277	.203	
Creencias espirituales	25.381	12.111	2.096	.037	
Valores terminales	-33.803	21.317	-1.586	.114	
Valores instrumentales	38.929	17.794	2.188	.030	
Eventos estresantes	-5.918	11.480	-.516	.607	

Nota: *B* = Beta. *p* = significancia. *IC* = intervalo de confianza. *LI* = límite inferior. *LS* = límite superior

Modelo Lineal General Multivariante final de las variables predictoras del bienestar psicológico, social y físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)

Estimaciones de los parámetros					
Variable dependiente	Parámetro	<i>B</i>	<i>P</i>	IC 95%	
				LI	LS
Bienestar psicológico	Primaria	-7.991	4.210	-1.898	.059
	Secundaria	-5.177	4.037	-1.282	.201
	Preparatoria	3.644	4.240	.859	.391
	Técnica	-1.551	4.602	-.337	.736
	Profesional	-3.540	4.015	-.882	.379
	Posgrado	0 ^a			
	Edad	.186	.068	2.734	.007
	Espiritualidad	.174	.041	4.296	.000
	Valores	.346	.065	5.311	.000
	Eventos estresantes	-.128	.044	-2.917	.004
	Bienestar social	Primaria	-10.639	4.405	-2.415
Secundaria		-6.228	4.225	-1.474	.142
Preparatoria		-8.565	4.437	-1.930	.055
Técnica		-6.047	4.816	-1.256	.211
Profesional		-4.125	4.202	-.982	.327
Posgrado		0 ^a			

	Edad	.163	.071	2.291	.023
	Espiritualidad	.308	.042	7.259	.000
	Valores	-.084	.068	-1.230	.220
	Eventos estresantes	-.090	.046	-1.963	.051
	Primaria	1297.122	988.285	1.312	.191
	Secundaria	443.893	947.697	.468	.640
	Preparatoria	-1141.474	995.390	-1.147	.253
	Técnica	-297.887	1080.32	-.276	.783
	Profesional	-104.702	942.608	-.111	.912
	Posgrado	0 ^a			
Bienestar físico (cantidad de días sin consumo de alcohol)	Edad	233.441	15.996	14.594	.000
	Espiritualidad	13.554	9.519	1.424	.156
	Valores	-2.569	15.315	-.168	.867
	Eventos	-23.296	10.322	-2.257	.025
	estresantes				

Nota: *B* = Beta. *p* = significancia. *IC* = intervalo de confianza. *LI* = límite inferior.
LS = límite superior