

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO.
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRO EN MEDICINA
SOCIAL

LA FUNCIÓN SOCIAL DE ALCOHÓLICOS
ANÓNIMOS EN EL ÁREA METROPOLITANA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO. UN ESTUDIO DE
CASO. 1997

PRESENTA : *ROGER AUGUSTO BROWN STAMP.*

Directora de Tesis : *Dra. Carolina Tetelboin.*

México D.F., Abril de 1998

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

Presentación del trabajo

1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
1.4 MARCO TEÓRICO	6
1.4.1 Modelo de autoatención o auto ayuda	7
1.4.2 Modelo y práctica dominantes	8
1.4.2.1 Saber y práctica médica alopática	14
1.4.2.2 Saber y práctica psicológica	18
1.4.3 La visión religiosa	23
1.4.4 La moderación en beber	25
1.4.5 Beber responsablemente	27
1.4.6 La perspectiva a partir del paradigma médico social	28
1.5 HIPÓTESIS	
1.5.1; 1.5.2; 1.5.3 Hipótesis 1,2 Y 3	33
1.6 METODOLOGÍA	33
1.6.1 Investigación documental	34
1.6.2 Trabajo de campo	35
1.6.2.1 Unidad de análisis	36
1.6.2.2 Diseño de la muestra	36
Forma de procesamiento de la información	40

CAPITULO 2

MARCO HISTÓRICO

2.1 Revisión histórica de la respuesta social ante el consumo de alcohol en México	42
2.2 Alcohólicos Anónimos en México	46
2.2.1 Breve reseña histórica de A.A.	46
2.2.2 A.A. llega a México	47
2.2.3 Divergencias y separaciones	50
2.3 La actual en el tratamiento del alcoholismo	54

CAPÍTULO 3

EL MODELO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

3.1 La estructura de A.A. en México	57
3.2 La concepción de A.A. sobre su modelo	58
3.2.1 El plan ideal del modelo	64
3.3 La visión teórica de A.A. sobre su práctica	66
3.3.1 La práctica teórica en la reunión de grupo	67
3.4 A.A. y la comunidad científica internacional	71
3.5 Las limitaciones impuestas por A.A. a su práctica	72

CAPÍTULO 4

LA PRÁCTICA REAL DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

4.1 La práctica en la Oficina de Servicios Generales	74
4.2 La práctica en la reunión de grupo	75

4.2.1 La práctica en los grupos de nivel socioeconómico alto	77
4.2.1.1 Datos estadísticos de las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos de nivel alto	82
4.2.2 La práctica en los grupos de nivel socioeconómico medio	83
4.2.2.1 Datos estadísticos de las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos de nivel medio	88
4.2.3 La práctica en los grupos de nivel socioeconómico bajo	89
4.2.3.1 Datos estadísticos de las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos de nivel bajo	94
4.2.4 Percepción de los miembros de los grupos estudiados después de pertenecer a A.A.	95
CAPÍTULO 5	
Análisis general	99
5.1 Análisis del modelo	99
5.1.1 Consideraciones sobre la neutralidad del modelo	100
5.1.2 La autoayuda en el desarrollo del modelo de A.A	102
5.2 Análisis de la práctica real	107
5.2.1 La práctica de A.A. como práctica colectiva	107
5.2.2 La autoayuda en la práctica de A.A.	108
5.3 Análisis de la correspondencia del modelo con la práctica	113
CAPÍTULO 6	
Conclusiones	117
6.1 La autonomía relativa de Alcohólicos Anónimos	119
6.2 La efectividad disciplinaria de Alcohólicos Anónimos	123
6.3 6.3 La conciencia grupal de Alcohólicos Anónimos	126
6.4 Conclusiones finales	127
ANEXO 1	130
Instrumento #1	130
Instrumento #2	131
Instrumento #3	132
Instrumento #4	133
ANEXO 2	
Organización de las respuestas a la encuesta	134
Descripción de otros datos	135
BIBLIOGRAFÍA	136

A mi esposa...

Loly por su amor y compañía durante la vida.

A mis hijos...

Déborah Luz y Roger Teddy, por quienes
el esfuerzo se torna placentero.

A mis padres...

Teddy y Gloria por su apoyo constante
a pesar de la distancia.

A Luis Berruecos, por su cooperación
profesional y desinteresada

A Anselmo J., sin cuya ayuda
y colaboración, el trabajo de
campo no sería posibles.

A Carolina, por guiarme en el proceso de
aprendizaje durante el trabajo y sobre
todo por enseñarme a tener una mirada
de reflexión social sobre la realidad

INTRODUCCIÓN

La temática de este trabajo se refiere a las formas en que los hombres han tratado y tratan de afrontar y responder ante el problema del alcoholismo. Entre estas formas de respuesta hemos particularizado la de los grupos de **Alcohólicos Anónimos (A.A.)**, haciendo énfasis en su función social.

El primer contacto con la realidad del tema nos indica que históricamente la respuesta ante el alcoholismo es orientada por el concepto causal del fenómeno. Por ser dominantes, revisamos los conceptos y acciones de la medicina científica para orientar la investigación. A través del estudio de las categorías analíticas **modelo y práctica**, abordamos la perspectiva de A.A. La investigación se realizó bajo el enfoque de la medicinal social; bajo la misma mirada analítica se revisan otras alternativas de respuesta dirigidas desde otros cuerpos conceptuales.

Existe un consenso globalizado del problema que representa el alcoholismo, tan es así, que desde 1979 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) dejó formalmente establecido que "los problemas relacionados con el abuso del alcohol están entre los más importantes problemas de salud pública del mundo, por lo que es de imperiosa necesidad que los Estados organicen acciones antialcohólicas en todos los países (Belsasso,G. CONADIC. 1992 :13).

En México, actualmente los criterios epidemiológicos siguen esta tendencia; lo demuestra el siguiente comentario de Juan Ramón de la Fuente actual secretario de Salud: *"estimaciones del sector salud indican que 40 por ciento de las muertes violentas (accidentes, suicidios y homicidios) están relacionados con el consumo de alcohol.*

Los cálculos estadísticos indican que 9 por ciento de todos los riesgos que tiene la población mexicana de sufrir daños a su salud está relacionados con éste.

Además, en la población de entre 15 y 64 años de edad el alcohol se encuentra involucrado en cuatro de las seis principales causas de muerte en este grupo: accidentes, cirrosis, homicidios y enfermedades del corazón. El alcoholismo no sólo constituye un problema de salud pública sino de seguridad nacional”¹.

A pesar de reconocer las dimensiones de las consecuencias del problema, el Estado mexicano ha realizado escasas y discontinuas acciones; es hasta 1986 que el sector salud desarrolla un programa a nivel general a través de la medicina dominante (Menéndez, E. 1990 :31-38). En este programa, se concibe al alcoholismo como una enfermedad mental que debe ser tratada con el modelo y la práctica médica psiquiátrico-psicológica.

Aunque el saber médico ha avanzado por el camino investigativo de aspectos neurofisiológicos, bioquímicos y de ingeniería genética son insuficientes las instituciones y el personal especializado para atender la demanda de los alcohólicos que acuden por su propia voluntad o son llevados por sus familiares, generalmente ya en estados terminales(cirrosis hepática y psicosis alcohólica²). Serían más limitados aún los recursos si se hiciera una detección oportuna del fenómeno (Menéndez, E. Op, cit. 1990 :13)

Otro aspecto que limita el acceso a la terapia oficial es, el mecanismo mediante el cual se establece la derechohabencia a la atención en las instituciones de seguridad social; según este criterio estatal, sólo los trabajadores inscritos dentro de procesos laborales formales que pagan una cuota tienen derecho a la cobertura de los servicios de salud y seguridad social; los trabajadores del sector informal al que pertenece una

¹ Periódico matutino *La jornada*. Martes 27 de Mayo de 1997 :35.

² La cirrosis hepática es una enfermedad del hígado frecuentemente mortal que puede afectar a los bebedores inveterados.

buena cantidad de alcohólicos, no tienen derecho a esas prestaciones, por lo que deben acudir a los centros médicos de la Secretaría de Salud, a la beneficencia pública o a otros modelos civiles de atención. Tal diferenciación indica que las instituciones de seguridad social se interesan en el tratamiento del alcoholismo en la medida en que el fenómeno afecte el proceso productivo.

El tratamiento médico dominante tiene como características básicas ser; biologicista; ahistórico, asocial; individualista; curativo, medicalizado y establece una relación médico paciente asimétrica. Dichas características no permiten reconocer ni analizar las determinaciones sociales e históricas que puedan incidir sobre el alcoholismo; por lo tanto no se analizan elementos que puedan determinar otras formas distintas de tratamiento. Con su modelo y práctica hasta hoy, la medicina dominante no ha logrado el consenso sobre el diagnóstico del alcoholismo ni una visión epidemiológica general sobre su distribución.

Otras estrategias se han desarrollado para tratar de responder ante el alcoholismo una de estas es la autoayuda, dentro de esta perspectiva se ubican los grupos de Alcohólicos Anónimos, cuyo modelo y práctica constituyen el objeto de este estudio.

Hechos como: la falta de claridad de la respuesta estatal ante el alcoholismo, el desconocimiento oficial de la magnitud del problema y la poca efectividad de los programas de asistencia médica; la existencia de un número muy importante de grupos de A.A. en área metropolitana de la ciudad de México (AMCM), lo que se evidencia empíricamente a la simple observación; el desconocimiento general sobre lo que hace y si sirve lo que se hace en A.A.; las noticias constantes en los medios de comunicación colectiva sobre desgracias humanas y materiales a consecuencia del exceso de alcohol ingerido; la preocupación constante de la gente por el alcoholismo dentro de las familias y en la vecindad; motivaron la investigación.

Nos acercamos a nuestro objeto de estudio por medio de una revisión bibliográfica y un trabajo de campo. El trabajo empírico de campo se realizó durante 1997, en el D.F. y su área conurbada, región territorial conocida como el área metropolitana de la ciudad de México (AMCM). Se escogió esta gran urbe porque en ella es posible observar y analizar una gran variedad de características demográficas, epidemiológicas y sociales que de manera muy semejante presentan otras ciudades latinoamericanas, en las cuales se implementan políticas de corte neoliberal como la globalización.

Bajo la continua vigilancia epistemológica de la medicina social, y por medio de la técnica metodológica de muestreo aleatorio estratificado, describimos el programa de A.A. en 15 grupos adscritos a la Central Mexicana de A.A., A.C.³ y ubicados en la AMCM. Con el criterio del conocimiento popular que evidenció su efectividad, dividimos los grupos en 3 niveles socioeconómicos: alto, medio y bajo⁴, según la colonia de ubicación de los grupos. Escogimos 5 grupos por nivel. En cada grupo se aplicaron 5 encuestas a miembros escogidos al azar, y una entrevista semiestructurada al coordinador o a un miembro con basta experiencia⁵. Se organizaron las respuestas a las encuestas en forma que facilitara su codificación.

Consideramos obligatorio mencionar que en la Oficina de Servicios Generales de la Central Mexicana de A.A., A.C. recibimos todo tipo de cooperación; nos recomendaron y brindaron acceso a la literatura de A.A.; permitieron que en el trabajo se citaran textualmente algunos contenidos, siempre y cuando se mencionara la autorización concedida. La cooperación fue de manera tan amplia que un personero de la Oficina nos acompañó a visitar algunos grupos.

³ En el desarrollo del trabajo se describen las características de la Central Mexicana de A.A., A.C. y se explica porqué fueron escogidos sus grupos para la investigación.

⁴ El modo de estratificar los niveles se explica en la metodología del trabajo (acápito 1.6.2.2, páginas 36-40).

⁵ Las entrevistas y las encuestas se describen en el Anexo 1 del trabajo.

Afrontamos algunos problemas técnicos como las distancias entre los grupos, los horarios generalmente similares por lo que no fue posible visitar más de un grupo el mismo día; no se pudo realizar un estudio cuantificable de la agrupación debido a que la asistencia a los grupos no tiene carácter de obligatoriedad, por lo que puede variar ampliamente de un día a otro.

El abordaje del modelo y el análisis de las relaciones sociales que la práctica establece, la evaluación de los datos recolectados teórica y empíricamente y la ponderación del peso social de la agrupación en la AMCM, se desarrolla y organiza en seis capítulos.

El primer capítulo delimita el objeto de estudio y el lugar de la investigación; los objetivos propuestos; la justificación de la elección del tema; el marco teórico en que se apoyan los conceptos ■ los fenómenos, en donde se destacan los conceptos de alcoholismo y de sus respuestas como fenómenos sociales e históricos; la metodología aplicada a lo largo de la investigación y las hipótesis que guían el trabajo.

El segundo capítulo enmarca históricamente la respuesta del Estado mexicano al consumo de bebidas alcohólicas; una breve reseña de A.A.; la llegada y expansión de la agrupación en México, y la descripción del tratamiento más actualizado del alcoholismo desde la medicina dominante.

El tercer capítulo describe el modelo, la estructura de A.A. en México, sus relaciones y el contenido ideológico.

El cuarto capítulo trata sobre la práctica real dentro de los grupos de A.A. Se describen los hallazgos en cada grupo y se destacan las diferencias encontradas en los grupos y en los asistentes de cada nivel socioeconómico.

En el capítulo cinco se realiza un detallado análisis teórico - empírico del modelo y de la práctica; luego se establece la correspondencia entre ambos para destacar el grado en que la práctica real responde al modelo pensado.

En el capítulo seis se hace una problematización de las características generales del modelo y de la práctica de A.A., se ubica al programa dentro de la realidad social actual del área metropolitana de la ciudad, bajo las repercusiones de los lineamientos neoliberales que se han aplicado para discutir los efectos diferenciales sobre los grupos de la muestra. Luego de las reflexiones, concluimos principalmente que:

- El programa de A.A. no se ve afectado por las políticas neoliberales, sino probablemente tendrá una mayor atracción sobre la población alcohólica por la restricción cada vez mayor de atención, dicha atracción no se puede cuantificar por las características del modelo y la práctica de A.A. y porque no sabemos cuantos alcohólicos han sido atendidos por el modelo médico dominante ya que esa relación no es parte de la investigación.
- No obstante la libertad de agrupación que se permite, la gente se reúne en relación a sus iguales como condición para sentirse a gusto.
- Por último se concluye que efectivamente A.A. cumple una función social en el tratamiento del alcoholismo, en términos de disciplinar a los sujetos en sociedad (disciplina en el sentido de que no pretende *curar* sino, demanda de sus miembros como normas de conducta permanente, la abstinencia del alcohol y la dependencia de un "Poder Superior"), lo cual tiene importancia para el bienestar del individuo y su familia, pero también para la reproducción de la sociedad.

CAPÍTULO 1

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

1.1 Planteamiento del problema

El alcoholismo constituye una de las problemáticas que por su magnitud y efectos, debe considerarse dentro de los procesos más preocupantes de nuestra sociedad "en 1981, en la ciudad de México, 31 81.7% de las intoxicaciones que se atendieron en los hospitales se debieron a problemas causados por la ingestión de alcohol; la mortalidad por cirrosis hepática figuraba en el noveno lugar entre las causas de mortalidad general, con una tasa de 20 por 100,000 habitantes. En 1982, la Secretaría de Salud informó que cada año 75,000 adolescentes empezaban a consumir regularmente alcohol" (Fernández Varela, H. 1983 :231); "en México los varones en los grupos etarios de 35 a 44 y de 45 a 64 años de edad, el alcoholismo constituye la primera o segunda causa de muerte. Es decir, en México varones en la denominada "*edad productiva*" mueren por el uso y consumo de alcohol, más que por ninguna otra causa" (Menéndez, E. 1990 :9). Resulta paradójico que no obstante el reconocimiento de la importancia de este tema, las respuestas ante el problema sean escasas y limitadas, en comparación con el gran desarrollo de la producción, comercialización y promoción del consumo de bebidas alcohólicas. Parece entonces haber una contradicción entre la preocupación del Estado por la salud pública y su posición respecto de las políticas de producción y consumo del alcohol.

Las actividades dirigidas a responder ante este problema han sido variadas y de distintos enfoques que han ido desde la completa indiferencia hasta las actividades punitivas de desprecio y represión. Los tratamientos han abarcado diversas actividades, generalmente dirigidas a producir un cambio en la conducta individual del alcohólico.

Dentro del paradigma científico, existen diversas definiciones del alcoholismo y de quienes son los alcohólicos; a éstos, uno de los conceptos los define como *"los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones. Se dice que alguien es adicto a una droga (en este caso del alcohol), cuando la desea con vehemencia porque se ha habituado a ella y la necesita. Si cuando no la ingiere aparecen síntomas orgánicos que eventualmente pueden llevar hasta la muerte, se habla de dependencia física y si al suspender su administración no ocurre ningún trastorno serio, se ha denominado dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir las dos formas y por ello el alcoholismo está considerado como una verdadera farmacodependencia"* (Velasco, R. 1995: 24).

Sobre el alcoholismo se dice: *el alcoholismo crónico es un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de exceder a lo que está **socialmente** aceptado y que interfiere con la **salud** del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el **trabajo*** (Keller, M. citado por Velasco, R. Op, cit : 25).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como el organismo que vela por la salud pública del planeta, establece formalmente que los problemas relacionados con el abuso del alcohol están entre los más importantes problemas de salud pública en el mundo, por lo que los Estados deben de establecer estrategias de prevención y curación de la enfermedad (Belsasso, G. CONADIC. 1993 :13).

A partir de las últimas dos décadas, el Estado mexicano reconoce al alcoholismo como un problema de salud que debe de ser abordado por las políticas del sector salud en sus instituciones, con el saber y la práctica médica oficial. La medicina dominante no solo trata de curar y prevenir el alcoholismo sino que como

estructura con poder; norma, legitima y controla funciones a nivel profesional y de la sociedad en su conjunto, por lo que tiene la facultad de decidir quienes tienen derecho a la atención, derecho que otorga a los trabajadores que mediante un contrato obrero - patronal pagan una cuota por atención a la salud en las instituciones de seguridad social del Estado (IMSS e ISSSTE); los que no pagan la cuota deben de acudir a los hospitales de la Secretaría de Salud o a la beneficencia pública. Esta diferencia es marcada por la forma de inserción que tienen los trabajadores en los procesos de producción y señala el interés del Estado en dar servicio preferencialmente a aquellos cuyo alcoholismo pueda afectar negativamente la producción capitalista.

Las políticas de salud históricamente se han caracterizado porque la oferta de servicios ha sido reducida y discontinua; no es sino hasta 1986 en que el sector salud desarrolla un programa antialcohólico a nivel general, el cual es poco conocido por la población y su efectividad no ha sido medida. Se sabe que no hay detección oportuna de alcohólicos y que la oferta de servicios por parte de la práctica médica privada ha sido y sigue siendo mínima.

La falta de claridad estatal con respecto al alcoholismo y su tratamiento; los comentarios cotidianos de la gente y de los medios de información masiva sobre la existencia de muchos alcohólicos y la gravedad de los daños sociales que produce y la evidencia empírica de la existencia de muchos grupos de **Alcohólicos Anónimos (A.A.)** en el D.F, sobre los cuales el gran público conoce muy poco; son hechos y preocupaciones que en su conjunto han despertado nuestro interés en investigar sobre qué y cómo estos grupos responden ante el alcoholismo.

La medicina dominante describe que algunas condiciones psicobiológicas inciden preponderantemente sobre la adicción al alcohol; otras perspectivas como la **medicina social**, asumen que el problema y las respuestas, son fenómenos de

tipo social, resultado de las formas en que los diversos grupos humanos establecen entre sí relaciones sociales económicas, políticas, ideológicas culturales. Es a través de ésta perspectiva que buscaremos dar cuenta de la respuesta de Alcohólicos Anónimos.

En México, como en otros países, el tratamiento se realiza predominantemente con orientación psiquiátrico - psicológica, dentro del marco del modelo médico alopático en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas. Se concibe el problema como una enfermedad individual, un desajuste en la psicobiología del individuo, que podría curarse a partir de un dispositivo técnico. En ese sentido, aún se busca la *cura* del alcoholismo corrigiendo las causas naturales de la enfermedad. En este tipo de respuesta se han fundamentado la mayoría de los estudios sobre la etiología del alcoholismo. En las instituciones de gobierno y privadas de investigación en salud, los científicos fundamentalmente exploran las causas biológicas y/o psicobiológicas que puedan explicar la naturaleza del fenómeno. Bajo esa visión, quedan sin analizar y reconocer las determinaciones sociales e históricas del problema. Se practica el tratamiento bajo una relación médico/paciente completamente asimétrica en donde el médico tiene el conocimiento o saber y el paciente participa pasivamente, sólo acatando las indicaciones que le prescribe el médico, con una falta de conciencia clara respecto al proceso que le afecta.

Sin embargo no es el único modelo ni la única práctica: se han desarrollado otras estrategias para dar respuesta al mismo problema, entre estas podemos citar la visión religiosa.

El modelo y práctica que se trabaja en esta tesis, es la **autoatención o autoayuda**, basados en el diagnóstico y tratamiento llevados a cabo por la misma persona junto a otros miembros de la comunidad que pueden o no sufrir el mismo problema. Desde finales de la década de los sesenta en México, la más

importante y extendida expresión de autoayuda del alcoholismo ha sido Alcohólicos Anónimos (Menéndez, E. 1990. Op, cit :33). La agrupación desde un principio funciona por medio de grupos comunitarios autónomos pero con el mismo modelo y las mismas prácticas. En los primeros años por la gran necesidad de su presencia, crece aceleradamente, extendiéndose dentro de todas las clases sociales, credos religiosos y políticos, culturas, razas y en ambos sexos (A.A. en México. 1996 :81).

El objeto de este estudio, es describir y analizar las características, los alcances, las limitaciones y las perspectivas del tratamiento que ofrecen los grupos de A.A., además de ponderar el peso social y **cualitativo** de esta respuesta ante el problema del alcoholismo, entendidos ambos (alcoholismo y respuesta), como procesos sociales históricos nacidos dentro de las relaciones que establecen los hombres entre sí en vínculos colectivos. Se pretende identificar tanto **el modelo** como **la práctica** de A.A., entendiendo como modelo la ideología, la estructura y las relaciones que se establecen y como práctica, lo que efectivamente se realiza en los grupos ubicados dentro de los diferentes contextos sociales.

La ciudad de México y su área conurbada, espacio territorial conocido como Área Metropolitana de la ciudad de México (AMCM), se ha transformado en una de las urbes más extensas del planeta por los cambios demográficos sufridos, a saber, la gigantesca concentración de una población de aproximadamente 20 millones de habitantes, la transición demográfica (descenso de las tasas de natalidad y mortalidad) y los procesos de adaptación de los distintos sectores de la población dentro del espacio urbano. Estas características convierten la zona en un lugar de privilegio para observar las relaciones que establecen entre sí las distintas clases dentro de esta sociedad marcadamente pluriclasista; las formas distintas de realizar su reproducción social los distintos grupos, en razón de su inserción dentro del aparato productivo y cómo esto repercute diferencialmente en la forma de presentación y percepción del alcoholismo.

Sirve también ello como escenario para mirar y evaluar el impacto diferencial de las políticas públicas de ajuste y globalización económica sobre la profundización de la desigualdad social entre los distintos sectores territoriales y a la vez, analizar la determinación de la pertenencia de clase sobre la participación de los alcohólicos en la práctica dentro de los grupos de A.A. localizados en este amplio espacio territorial.

1.2 Objetivos

- 1.- Conocer el modelo de atención y el tratamiento de A.A., en el (AMCM)
- 2.- Dar cuenta de la relevancia de su función social
- 3.- Conocer su relación con otros modelos de respuesta.

1.3 Justificación

Nuestro interés se basa en que no obstante la importancia estructural de otras alternativas, la respuesta de A.A. parece tener un importante impacto social que no ha sido suficientemente evaluado y por lo tanto se desconocen sus verdaderas posibilidades.

1.4 Marco teórico

El presente trabajo se inscribe dentro de la corriente de pensamiento de la medicina social. Desde ésta disciplina, pretendemos estudiar algunas categorías analíticas que consideramos centrales para conocer la respuesta al alcoholismo en la sociedad, para lo cual realizamos una investigación documental y un trabajo de campo.

La búsqueda de los "factores" etiológicos del alcoholismo dirige siempre la práctica terapéutica, es decir, la respuesta ante el problema está siempre orientada por el concepto causal que se tenga de la enfermedad.

1.4.1 Modelo de autoatención o autoayuda.

"El modelo de autoatención o de autoayuda, se define como "el modelo basado en el diagnóstico y tratamiento llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios. En éste no interviene directamente un curador profesional, permea la estructura de toda la sociedad y es su primer nivel de atención. Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, tendencia sintetizadora y tendencia a asumir la subordinación inducida respecto a los otros modelos.

La autoatención constituye una práctica social orientada directa y/o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de las familias.

La autoatención se funda en dos hechos básicos: a) la frecuencia y continuidad de los episodios de enfermedad, daños o problemas que afectan a los grupos primarios y de manera particular a las unidades domésticas, b) la necesidad de éstos grupos de establecer acciones inmediatas que den una solución por lo menos provisoria de dichos episodios agudos o crónicos, son parte constitutiva de la vida cotidiana.

La estructura económica de la medicina dominante y su organización no hacen uso efectivo de los recursos de ayuda comunitaria. Los médicos alópatas obtienen poco éxito respecto del abuso del alcohol y el alcoholismo, otras adicciones, y situaciones como la obesidad y distintas formas de sufrimiento humano, porque no están bien informados acerca de los grupos potenciales de ayuda que existen en la comunidad" (Menéndez, E. 1990. Op, cit :89-90).

La sociedad civil formada substancialmente por las organizaciones políticas de la población, los movimientos particulares gestados alrededor de problemas claves y las entidades no gubernamentales, al darse cuenta de la escasa importancia que las instituciones de gobierno daban a problemas emergentes como el abuso del

alcohol y el alcoholismo y ante la ineficacia de sus políticas, decidieron constituirse en organizaciones independientes que crearon técnicas terapéuticas basadas en el conocimiento empírico y profundo del problema, que han ido perfeccionando, hasta que la ciencia médica se ha visto obligada a dirigir su mirada académica hacia estos procedimientos, al encontrarse que todas las instituciones por ella creadas habían sido poco efectivas ante este padecimiento.

En cuanto al alcoholismo, "Alcohólicos Anónimos ha sido, junto con la Cruz Roja Internacional y la Asociación Psicoanalítica Internacional, las tres ONG (organizaciones no gubernamentales) más antiguas e importantes que existen en nuestro mundo contemporáneo" (Barriguet C. 1996 :193-194).

El éxito de los grupos de autoayuda ha sido tal que en la actualidad se pretende implementar aplicar el mismo modelo a muchos tipos de adicción y se intenta implementar técnicas similares en otras entidades que velan por el sufrimiento humano. Las otras organizaciones de autoayuda relacionadas directa o indirectamente con el tratamiento del alcoholismo atienden a los cónyuges, hijos y otras personas directamente relacionadas con el alcohólico.

1.4.2 Modelo y práctica dominantes.

La respuesta dominante ante el alcoholismo se organiza en y desde las instituciones del sector salud públicas y privadas, es decir, es una respuesta dada dentro del modelo médico que históricamente ha logrado institucionalizarse como sector salud, reconocido y legitimado por el Estado en sentido amplio (sociedad civil y sociedad gubernamental). Se corresponde con el modelo médico hegemónico que se define como: "el concepto construido para dar cuenta de la institucionalización del aparato médico del Sector Salud, en términos de las relaciones hegemonía/subalternidad respecto a las ideologías y prácticas curativo-preventivas populares. Se refiere a los caracteres y funciones que

posibilitan la hegemonía de la práctica alopática en las sociedades capitalistas y sociales de Estado" (Menéndez, E. 1990. Op, cit: 16).

El paradigma médico científico, ha legitimado la hegemonía del modelo y de la práctica médica alopática en las instituciones de salud públicas y privadas, logrando niveles apreciables de consenso en su zona de influencia a nivel nacional. La salud pasa a ser una cuestión de interés público, se consigna la protección de los trabajadores, pero al mismo tiempo la relación entre el trabajo y el capital. El Estado es quién salvaguarda todos los bienes de la nación, y los administra para asegurar el desarrollo del capitalismo, utiliza a la ciencia médica al tiempo que la subordina a la producción capitalista al considerar la salud como una mercancía que se adquiere mediante el intercambio de valores, en el caso de los obreros por medio de la venta de su fuerza de trabajo.

Como rector de las políticas sociales, el Estado históricamente ha tenido una relación limitada con el alcoholismo y su tratamiento, ya que le significa una contradicción en el sentido de que la producción y consumo de las bebidas alcohólicas le producen un ingreso económico muy importante mediante los impuestos de producción, venta, consumo y exportación de estas bebidas, mientras que por otro lado, este consumo produce verdaderos estragos en la salud pública significando pérdidas en horas laborales por alcoholismo y altos costos en el tratamiento médico de los alcohólicos (Berruecos, L. 1994: 13 , Menéndez , E. 1990: 18-19).

Las políticas de salud como nivel particular de las políticas sociales institucionales, representan la relación del Gobierno con los procesos de salud-enfermedad de los diversos grupos sociales. Estas políticas legitiman la práctica médica psiquiátrico-psicológica como tratamiento oficial del alcoholismo. Son los médicos psiquiatras, los clínicos, los psicólogos y los genetistas, los que más han

aportado en los estudios sobre "los factores" etiológicos y tratamientos de la adicción al alcohol.

Nuestra búsqueda de propuestas de respuesta desde otras perspectivas, o de una respuesta multideterminada fue estéril, probablemente por orientar equivocadamente la búsqueda o por la dificultad de acceso a la información; debido a lo cual asumimos que el aporte científico en ese sentido, es muy limitado hasta el momento.

Algunas de las leyes estatales son represivas para con los alcohólicos : El Código de Trabajo, establece que la ebriedad en el trabajo es motivo de despido laboral sin responsabilidad patronal, para los funcionarios del Estado (Ley Federal del Trabajo, Artículo 488 Frac. 1 y 2, citado en CONADIC, 1992: 43). La misma ley es vigente en muchas empresas privadas. Se debe de citar en este sentido que algunos grupos civiles y políticos pretenden que esa ley se derogue por ser el alcoholismo una enfermedad reconocida como tal por la medicina científica, y más bien debe de ser una obligación patronal el velar porque el alcohólico reciba un tratamiento médico y antialcohólico (Báez, R. 1983: 188).

Otro concepto que se corresponde con el del modelo médico hegemónico es el de la práctica médica hegemónica, concebida como: "el espacio teórico referente al conjunto de respuestas sociales a los procesos de salud-enfermedad de una sociedad determinada y de las relaciones de hegemonía y/o subordinación de unas respuestas respecto a otras" (Tetelboin, C. 1996); se corresponden en el sentido de que ésta práctica condiciona toda la actividad dirigida a tratar este padecimiento desde las instituciones estatales; ésta es la razón de que el tratamiento dominante se base en una concepción de enfermedad biológica o psicobiológica de causas puramente naturales, o bajo una visión más actualizada y menos reduccionista, como enfermedad multicausal en donde lo orgánico, lo psicológico, lo social y hasta lo espiritual, son considerados como factores de

Actualmente, la redefinición neoliberal de las políticas sanitarias se expresa en el retraimiento de la responsabilidad estatal para garantizar el bienestar en salud, en el desplazamiento de esta tarea hacia los individuos o los grupos y en el fortalecimiento de las formas rentables de prestación de servicios aún cuando estas profundicen la inequidad.

En lo referente a la respuesta ante el alcoholismo, esta nueva relación Estado-sociedad evidencia más las limitantes del modelo dominante, en el sentido de que la falta de claridad del diagnóstico, no posibilita racionalizar la intervención por medio de un tratamiento puntual para optimizar los recursos; se imposibilita el ofrecimiento de un tratamiento de calidad total pues la satisfacción completa del paciente se dificulta porque no se ha obtenido la cura médica del alcoholismo. Además, la lógica neoliberal junto con las características del padecimiento ubican

a los alcohólicos de los niveles sociales medios y bajos como sujetos de baja rentabilidad económica, por lo que no son buenos *clientes* para los servicios privados de salud.

Dentro de esta nueva política económica también se agudiza la contradicción entre la rentabilidad de la producción y comercialización de las bebidas alcohólicas y el gasto público en la atención médica de los alcohólicos (Berruecos, L. Op, cit); toca a la sociedad gubernamental mediante su poder, tratar de alcanzar el consenso entre las ganancias económicas producidas por el alcohol y el deterioro en la salud pública que su consumo provoca.

En el esquema productivo interesa sólo que la patología no disminuya el aprovechamiento de la fuerza de trabajo destinada a la mayor extracción de plusvalía; cuando los trabajadores caen víctimas del alcoholismo crónico, no producen ya ni sus propios bienes de consumo, no son capaces de mantener una relación laboral estable y por lo tanto pierden sus garantías laborales, entre éstas el derecho de atención a la salud; en caso de buscar atención para su adicción, se ven obligados a acudir a la beneficencia pública y/o a los programas de autoatención. Otros, dentro de los que se encuentran la mayoría de los alcohólicos, no han llegado a ese grado de cronicidad, pero por temor a perder sus empleos (ya que el alcoholismo puede ser causa de despido laboral sin responsabilidad patronal, como lo sanciona la ya citada Ley Federal de Trabajo), tampoco acuden a las unidades médicas del Estado en busca de tratamiento y, se ven en la misma necesidad de asistir a los grupos de autoatención, lo que convierte a estos grupos en campo fértil y propicio donde pueden llegar todos aquellos de cualquier clase social, que tengan problemas con su forma de beber, sin temor a la vigilancia y castigo de las autoridades gubernamentales.

Las características antes citadas, más la reducción del gasto social, que afecta cualitativa y cuantitativamente la prestación de servicios públicos para los

sectores populares imposibilitados para acceder a servicios privatizados, reducen cada vez la accesibilidad al tratamiento oficial del alcoholismo, lo que promueve el aumento en la incidencia del problema. De efectuarse las políticas neoliberales como están planeadas en el *Programa de Reforma del Sector Salud* (Laurell, A.C. Op, cit. 1996 :51-66), se hace necesario que las instituciones civiles de autoatención y beneficencia, tomen un papel protagónico en la atención indiscriminada de los alcohólicos.

Las políticas neoliberales aplicadas han dado lugar al incremento del desempleo y a una gran caída de los ingresos y salarios, marcando un deterioro de las condiciones de bienestar social, que se corresponde con una mayor insatisfacción de necesidades básicas de grandes sectores de la población. En la zona metropolitana de la Ciudad de México, como en otras ciudades latinoamericanas, lugares privilegiados de observación de las relaciones sociales que se establecen dentro de los distintos conjuntos sociales inscritos dentro de poblaciones tan multclasistas, tienen como característica común que se han profundizado las desigualdades entre los distintos sectores territoriales, marcando la diferencia la forma de inserción de las poblaciones dentro del proceso de producción capitalista (Pradilla Cobos, E. 1996). Esas características nos inclinaron a realizar el trabajo de campo en la megalópolis mexicana; tratamos de establecer la determinación de la presencia del padecimiento dentro de los distintos niveles socioeconómicos de esta gran área urbana, en relación con la polarización de las condiciones de vida :

1. Por un lado se encuentran sectores muy desfavorecidos en donde los pobladores deben de emplearse como mano de obra no especializada, teniendo que dedicarse a labores inestables y mal remuneradas como recolección de basura, servicios personales, ventas ambulantes, y otras técnicas de sobrevivencia que incluyen hasta la prostitución, la mendicidad y el

delito, sectores territoriales en que es muy aparente el alcoholismo (Brenes Madrigal, R. 1994 :34).

2. Sectores en que se ubican cadenas de supermercados, grandes centros comerciales con varias tiendas de departamentos de semimayoreo y grandes complejos residenciales verticales y horizontales en que habitan las familias de nivel socioeconómico medio.
3. Últimamente se han levantado grandes construcciones en subcentros urbanos que son asiento del capital financiero y de los servicios empresariales de alto nivel administrativo y tecnológico, casas de bolsa, bancos y consorcios financieros internacionales a los que acceden los ciudadanos pertenecientes a los estratos altos de la sociedad.

Las funciones del espacio metropolitano ya se expanden en el territorio de una región más amplia que abarca los otros estados que rodean el Distrito Federal. Las ciudades de esta región se vinculan cada vez más a la economía urbana de la capital, lo que ya ha redefinido la relación de éstas y otras ciudades y regiones del país y del mundo en un sistema globalizado a escala planetaria, "producto de las demandas del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial, sistema que a pesar de sus contradicciones ideológicas y la exclusión de parte de la sociedad, Latinoamérica entera ha tenido que aceptar (Lichtensztein, S. en Semanario de la UAM. Febrero de 1998 :5)

1.4.2.1 **Saber y práctica médica alopática.**

Las investigaciones más recientes sobre el tratamiento del alcoholismo se basan en la química y la actividad eléctrica del cerebro. En esa búsqueda de respuestas el interés se ha centrado en los **neurotransmisores**, sustancias producidas en el cerebro que son las responsables de toda la actividad cerebral.

Cuando se ingiere alcohol, las enzimas corporales como la deshidrogenasa alcohólica o deshidrogenasa del alcohol, lo convierten en acetahaldeído; éste reacciona químicamente con los neurotransmisores y se producen unas sustancias conocidas como TIQs, es decir, estas TIQs se forman en nuestro cerebro invariablemente cuando ingerimos alcohol" (Wallace, J. 190 :27-34). Se ha demostrado experimentalmente que cuando se inyectan las TIQs en el cerebro de monos en el laboratorio, estos desarrollan un gusto singular por el alcohol hasta el grado que lo prefieren al agua y son capaces de beberlo en grandes cantidades (D. Myer. 1982: 995-1000).

La línea de investigación en torno a las TIQs la consideran algunos científicos como un avance primordial para comprender los orígenes psicobiológicos del alcoholismo. Al respecto, aún los críticos más severos del concepto del alcoholismo como enfermedad reconocen los siguientes hechos: en primer lugar a los animales que en el laboratorio se les inyecta TIQs en el cerebro, desarrollan una notable adicción al alcohol. En segundo, las TIQs se forman en el cerebro y son subproductos del alcohol que se ingiere. En tercero, los alcohólicos muestran niveles elevados de TIQs cuando están en actividad alcohólica. Finalmente, la adicción producida experimentalmente en los animales es irreversible" (Wallace, J. 1990).

No todos los científicos están de acuerdo en que las sustancias mencionadas sean las causantes fundamentales de la adicción: en ese sentido, otra línea de experimentación sostiene que la causa fundamental del alcoholismo está en las alteraciones de la deshidrogenasa alcohólica y su reacción metabólica con el alcohol. Pero sí existe consenso en que la respuesta está en la química del cerebro de los alcohólicos, por lo que es un hecho que éstos, al ingerir bebidas alcohólicas, no pueden instruir a su cerebro a que no produzca ciertas sustancias o modificar su nivel; la razón por la que no pueden hacerlo está en su cerebro y no en su voluntad (Wallace, J. Op. cit:46).

Desde la década de los setenta, en Dinamarca D. Goodwin, en estudios realizados con adultos que en su niñez fueron adoptados y sus hermanos que permanecieron con sus padres biológicos, observó que los hijos de padres biológicos alcohólicos tenían un riesgo tres veces mayor de ser alcohólicos, es decir, el incremento en la susceptibilidad al alcoholismo, se debía por completo a la herencia: el medio ambiente no tuvo en ello una influencia significativa (Goodwin, D. W. 1973: 238-243).

En los reportes de una investigación que aún se está realizando, llamada "el estudio Estocolmo de la adopción" (Stockholm Adoption Study), Robert Cloninger señala que la herencia desempeña un papel aún más importante. Cloninger demostró que si los padres biológicos eran alcohólicos, el riesgo era nueve veces mayor. Al igual que otros estudios genéticos, éste se centró en quienes no crecieron con sus padres biológicos (Wallace, J. Op, cit: 52).

Se ha tratado de enfrentar el alcoholismo por medio de productos farmacológicos. Consideraremos primero dentro de la práctica médica alopática el uso de un producto, el *disulfirán*, conocido popularmente como *antabuse*. Este fármaco se prescribe con la esperanza de desalentar al enfermo a tomar alcohol. Este medicamento está indicado solo en los sujetos que han demostrado un gran deseo de dejar la bebida y que son suficientemente inteligentes para comprender lo peligroso que puede ser el medicamento ya que tiene la particularidad de que si se toma dentro de las 48 ó 72 horas antes de ingerir alcohol, se produce en el organismo una reacción química que a su vez provoca una crisis caracterizada por cambios de presión arterial, taquicardia con palpitaciones intensas, náusea, vómitos, dificultad para respirar y una gran angustia. A veces puede llegar hasta el colapso circulatorio y muerte. Esta peligrosidad lo convierte en un medicamento muy restringido, en México ha caído en desuso.

Dentro de la práctica médica clínica por lo general se acepta que hay tres pasos en el tratamiento del alcoholismo, aunque no es obligado que todos los pacientes pasen por los tres :

- El manejo médico clínico de la intoxicación aguda (borrachera), a veces para salvar la vida del sujeto. Ocurre principalmente en los hospitales.
- La corrección de los problemas crónicos de salud asociados al alcoholismo (aquí está la acción médica clínica de todos los días en consultorios y clínicas):
- El intento terapéutico por cambiar la conducta del alcohólico a largo plazo, de tal manera que no continúen sus actitudes autodestructivas con el alcohol. Esta es la acción médico psiquiátrica propiamente dicha, que utiliza las técnicas psicoterapéuticas y determinados medicamentos" (Velasco, R. 1995. :24-32).

Los medicamentos llamados benzodiacepinas (diazepam y clordiazepóxido), son los más usados en la intoxicación debido a que presentan una tolerancia cruzada con el alcohol ya que estas sustancias son también depresores. Se administran en dosis que disminuyen gradualmente durante varios días hasta que los síntomas de la abstinencia ya no representen una amenaza (Wallace, J. Op, cit :93).

Por lo común, se realizan exámenes de laboratorio para detectar el estado físico del enfermo. Frecuentemente estos exámenes han servido para establecer el diagnóstico de alcoholismo. Sin embargo, se utilizan primordialmente para identificar enfermedades que los alcohólicos pueden padecer frecuentemente, como: cirrosis hepática (daños en el hígado), diabetes (altos niveles de azúcar en la sangre) ó lo contrario, hipoglucemia (bajos niveles de azúcar en la sangre), que pareciera ser más frecuente en los alcohólicos crónicos.

Se sugiere hacer una placa Rx de tórax por la posibilidad de daños en los pulmones, ya que la mayoría de los alcohólicos fuman compulsivamente. Este estudio cobra mayor importancia en la actualidad debido al aumento de la tuberculosis pulmonar en los alcohólicos.

En términos generales, si se detectan otros problemas graves además del alcoholismo, deben de ser controlados cuando sea posible en el centro de tratamiento del alcoholismo; si no es posible y si el caso lo amerita, debe ser remitido al centro médico idóneo para que resuelvan sus problemas y continuar luego con el tratamiento del alcoholismo. En el caso de algunos trastornos psiquiátricos aunados al alcoholismo como la psicosis alcohólica, deben de ser resueltos con tratamientos individuales tanto con psicoterapia como con medicamentos. Si la condición psiquiátrica es lo suficientemente grave, será preciso transferir al paciente a una institución apropiada.

Los hospitales nacionales cuentan generalmente con servicio de psiquiatría y salas para desintoxicación de alcoholizados en las cuales, en cuanto se normalizan los signos vitales, el paciente es dado de alta casi siempre sin un plan de seguimiento posterior.

Las clínicas privadas de atención a alcohólicos, son por lo general de un costo económico elevado, que está fuera de las posibilidades de gran parte de los alcohólicos y de la sociedad en general.

1.4.2.2 Saber y práctica psicológica.

Algunos estudios centran su interés en los factores socio culturales como precipitantes y coadyuvantes del alcoholismo y orientan el tratamiento del fenómeno al control de esos factores. "Las investigaciones establecen que los

grupos sociales con *menor número de alcohólicos* tienen las siguientes características" (Velasco, R. 1995: 51) :

- a) Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy diluidas.
- b) Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos, como la cerveza y el vino.
- c) Las bebidas se consideran principalmente como alimentos, y se consumen generalmente con comidas.
- d) Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- e) No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así, el ingerirlas no es virtuoso o vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
- f) La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.
- g) En cambio, no es socialmente aceptable el exceso en el beber que conduce a la intoxicación.
- h) Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que pueden llamarse las "reglas del juego en el beber".

Bales, basándose en estudios culturales y transculturales, propone la existencia de tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo: a) El grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas; b) Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol; y c) La medida en que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades (Bales, R. citado por Velasco, R. 1995: 52). Las actitudes de una cultura hacia el consumo de bebidas alcohólicas se clasifica, de acuerdo con este autor, en a) abstinencia, b) uso ritual en ceremonias religiosas; c) uso social en situaciones de convivencia y el uso *utilitario*, en el cual la "razón" para beber es individual. Esta actitud utilitaria es la que se considera más importante en el plano de la génesis del alcoholismo.

El tratamiento psicológico más usado en la actualidad es la psicoterapia, que es el método de tratamiento de los desórdenes emocionales que utiliza la relación humana, principalmente la comunicación verbal (catarsis). "Profesionalmente puede ser practicada por el médico, el psiquiatra, el psicólogo clínico o quien quiera que suministre psicoterapia. Se deben de tener en cuenta las necesidades existenciales del paciente y la totalidad de su circunstancia vital. Se conocerá su éxito o su fracaso en la satisfacción de cuatro necesidades que todo ser humano tiene en relación con su vida social :

- Autoconocimiento, que significa el tomar conciencia de las propias capacidades y debilidades, relacionadas con la opinión que los demás tienen de uno mismo.
- Aceptación en el seno de la comunidad a la que pertenece, como individuo capaz de dar y recibir afecto.
- Confianza en sí mismo, por la fe en las propias habilidades. Esto da la libertad suficiente para expresarse con seguridad como individuo autónomo en la relación con los demás.
- Dignidad, necesidad que se satisface cuando se tiene la certeza de que uno es respetado por los demás y se respeta a sí mismo.

Se comprende con facilidad la importancia que tiene el conocimiento de la situación personal del alcohólico ante tales necesidades humanas. Se entiende que su insatisfacción influye en la prolongación y acentuación del problema y que, a su vez, la dependencia del alcohol repercute sobre su incapacidad de satisfacción" (Velasco, R. Op, cit:83).

El tratamiento psicológico se encamina a reforzar la capacidad del individuo para controlar su grado de ingestión alcohólica y a la mejoría general de la madurez mental y adaptación psicosocial de la persona. La atenuación del consumo de alcohol ocupa una parte importante en las discusiones psicoterapéuticas con los dependientes al alcohol; esto se aplica lo mismo para tratar de reducir la ingestión de alcohol a cero como para llegar a un consumo moderado o bien a

una menor frecuencia y gravedad de los episodios de bebida excesiva. La psicoterapia puede aplicarse individualmente o en grupo. Una forma de la psicoterapia de grupo es la que se aplica a la familia (psicoterapia familiar). La modalidad individual está encaminada a aumentar la autoestima del bebedor. La profundidad de la terapia depende de las potencialidades del dependiente. En el nivel más superficial están las discusiones centradas a encontrar soluciones prácticas y viables a los problemas de la bebida, así como a los problemas interpersonales, ocupacionales y de otra índole que dificultan la vida del paciente. En el nivel más profundo, está la terapia prolongada encaminada a un reajuste radical de la personalidad. Este proceso requiere que el sujeto alcohólico vuelva a revivir emocionalmente sus conflictos a fin de ganar mejor comprensión de los procesos de desarrollo que moldearon su temperamento durante su niñez temprana y los orígenes de sus dificultades actuales. En todos los niveles de la terapia el psicoterapeuta debe de asumir un papel relativamente pasivo, dejando hasta donde sea posible que sea el sujeto el que verbalice y tome las decisiones correspondientes a su caso. El terapeuta debe cuidarse de expresar sus propios sentimientos y emociones ya que pueden en un momento dado ir contra los intereses del paciente.

En la terapia de grupo, el individuo está en situación de obtener esperanza de los demás miembros del grupo y del terapeuta. Los sentimientos, ideas y problemas pueden ventilarse de modo catártico, el grupo proporciona consejo e información y también respaldo, aceptación y aprobación a sus miembros.

Ciertas experiencias que se relacionan con la unidad doméstica pueden volverse a vivir y dramatizarse, pero ahora correctivamente en el seno de la terapia de grupo. Las relaciones interpersonales actuales y la conducta social del individuo se examinan y mejoran para corregirlas.

Estas técnicas terapéuticas tan especializadas han de ser efectuadas por personal muy bien adiestrado y demandan tiempo; estas condiciones limitan su aplicación en instituciones del gobierno aunque cuentan con el personal idóneo; la cantidad de usuarios y la restricción en los horarios, no permiten dedicar el tiempo requerido para cada paciente, ni para cada grupo. Dichas restricciones hacen que la terapia psiquiátrico-psicológica más adecuada según el paradigma científico se realice en instituciones del sector privado, al cuál pocos tienen acceso por lo oneroso de su costo.

Otro tipo de psicoterapia es la **conductual**, técnica que comprende el acoplamiento de la bebida con una consecuencia desagradable para el bebedor: es observación común ver que una persona que no es dependiente al alcohol y se enferma después de episodios alcohólicos excesivos, se vuelve posteriormente incapaz de beber debido a la náusea que le produce, misma que puede incluso ser provocada simplemente al pensar en ello. Tal rechazo puede extenderse en ocasiones al resto de las bebidas alcohólicas, aversión que puede durar indefinidamente. Se propuso que este fenómeno se podía aplicar al tratamiento proporcionando a los alcohólicos cantidades tan "nauseantes" de bebida que se indujera en ellos un rechazo franco posterior a la ingestión de alcohol.

Cuando se empezaron a usar estas técnicas de acondicionamiento aversivo, el estímulo utilizado fue la inyección de alguna droga como la apomorfina, sustancia capaz de inducir náuseas y vómitos. Una vez inyectada la droga, al individuo se le daba a beber una buena dosis de alcohol antes que iniciaran los síntomas inducidos por la droga inyectada. Este procedimiento se repetía en varias ocasiones en cada paciente con la intención de desarrollar un reflejo condicionado de tal forma que el alcohol se uniera indeleblemente a la sensación de náusea y vómito. El estímulo aversivo no necesariamente ha de ser químico o de otra naturaleza material: el sujeto puede perder ciertos privilegios como resultado de haber ingerido alcohol. También se han utilizado técnicas de

sensibilización latente en las que la persona dependiente piensa en un efecto desagradable repetidas veces, como por ejemplo, náuseas o alguna forma de tortura simultánea al consumo de alcohol o cuando piensa que desea hacerlo.

Actualmente, la técnica ha variado: en lugar de acoplar la bebida con situaciones desagradables, al sujeto se le premia y recompensa cada vez que tiene éxito en evitar la bebida. Este tipo de terapia es suministrado por un personal altamente calificado (médicos, psicólogos, psicoterapeutas), casi exclusivamente en centros privados de atención a farmacodependientes, que demandan una alta remuneración económica, lo que limita en gran manera su disponibilidad y accesibilidad.

Los resultados de los estudios más adecuados parecen respaldar el hecho de que la psicoterapia conductual desempeña solo un papel secundario en el tratamiento de la dependencia del alcohol (Madden, J.S. 1984: 160-161), y es aplicada únicamente por terapeutas calificados en consultas privadas con el consabido gasto económico al cual sólo una reducida fracción de la población tiene acceso.

1.4.3 La visión religiosa.

Las religiones judeocristianas, por mucho las mayoritarias en Latinoamérica y particularmente la católica predominante en México, aprueban el uso del vino fermentado (lo usan en sus celebraciones: los católicos en toda su liturgia y los protestantes solo en la Santa Cena). El problema radica en el uso desenfrenado del vino que resulta en la embriaguez. La Biblia condena rotundamente la borrachera (Gálatas. 5:21), pero no ordena la abstinencia total, excepto bajo ciertas circunstancias religiosas, culturales y personales (Romanos. 14:21).

La borrachera es un **pecado** "poder misterioso primordial que se opone por naturaleza a Dios y a su buena voluntad para con la humanidad, así como

también el conjunto de manifestaciones y consecuencias trágicas del mismo. El pecado consiste en cualquier infracción de las normas que salvaguardan la vida normal, o sea la comunión entre Dios y el hombre o entre los hombres" (Nelson, W. 1986: 491-492).

Nadie ha de imponer la abstinencia a otro ni juzgarle al respecto (Col. 2:16); no obstante, a los oficiales de las iglesias se les exhorta a ser moderados en el uso del vino y a dar un buen testimonio (1 ti. 3:3, 8; Tit. 1:7; 2:3). El cristiano sólo debe abstenerse del vino si este altera de manera negativa su relación con Dios y/o con su prójimo y si el ingerir bebidas alcohólicas le es perjudicial a su cuerpo pues este "*es templo del Espíritu Santo*" (1Corintios. 6:19).

"Solo el poder de Dios que se manifiesta en los que en *El* creen puede liberar a los cautivos del alcoholismo", no hay poder humano capaz de curar el alcoholismo porque este es de naturaleza satánica contraria a la voluntad de Dios. Por lo tanto, el tratamiento consiste en conocer a Dios mediante Su Palabra que es la Biblia, estar siempre en comunión con *El* mediante la oración y abstenerse voluntariamente de embriagarse con alcohol, confiando que Dios dará la fortaleza para mantenerse sobrio. Al respecto, deben citarse algunas agrupaciones que dedican espacios físicos y de tiempo a la atención del sufrimiento humano y particularmente al alcoholismo teniendo como modelo único "la palabra de Dios", "La Biblia"; entre estas citaremos a las congregaciones de Amistad Cristiana A. C. y a los Capítulos de Hombres de Negocios del Evangelio Completo, dos Asociaciones Civiles, entre otras, que siendo cristianas funcionan en el Distrito Federal, y tienen como característica común no pertenecer a un movimiento religioso determinado.

Pese a las analogías entre el modelo cristiano y el de A.A., existe una diferencia fundamental para el cristianismo: ha habido y habrá siempre un único Dios

que se manifiesta en tres personas; Padre, Hijo y Espíritu Santo; mientras que en A.A., el "Poder Superior" es concebido por el individuo (A.A. Segundo paso).

Referente a las religiones judeocristianas, se dice :*"Esta ciudad, no es una ciudad secular, irreligiosa en su realidad actual ni en los trazos que puedan intuirse en el caminar hacia adelante en el tiempo. Su destino no apunta, a pesar de su modernidad agobiante, a ser atea. Es centro de la vida judía, espacio para vivir la promesa en el corazón de la mexicanidad. Es centro de vida protestante, que invita a integrar la primacía de La Palabra en una conciencia social que hay que despertar para que no se haga verdadero el dicho de Marx acerca de que "la religión es el opio de los pueblos". Es centro de la vida católica que hunde sus raíces en la configuración de la propia identidad y nacionalidad mexicana en la imagen y tradición de la virgen de Guadalupe y su santuario que atrae multitudes, les otorga sentido a sus vidas y les da también pertenencia, cobijo y esperanza ante el porvenir. Ella, como lo dijo hace ya años Francisco de la Maza, es "el espejo donde se mira la conciencia nacional" (Olimón Nolasco, M. Macrópolis mexicana. 1996 :155).*

Es práctica popular y muy extendida en los alcohólicos activos jurar a la Virgen, no volver a tomar durante un tiempo: lo hacen hasta con un documento firmado en calidad de "ex-voto" (González, J.A. Culturas. 1986: 44-91), práctica, por cierto, muy poco afortunada pues rara vez logra la deseada sobriedad (Coccioli. 1989. Op. Cit. 1978 :115).

1.4.4 La moderación en el beber.

La psicología describe otras terapias para bebedores: una de estas es la moderación en el beber. Según algunos investigadores el hábito de beber con moderación puede ser adquirido por personas que han sido dependientes del

alcohol en el sentido más estricto de la adicción, aunque sólo sean una minoría que varía entre 5 y 15% (Pattison y col. citado por Madden, J.S. 1986:145).

Los autores que han apoyado el llamado consumo no problemático como meta de tratamiento, se encuadran básicamente en la teoría conductual del aprendizaje o en la corriente psicoanalítica. Ambas rechazan el concepto de alcoholismo como enfermedad en el sentido clásico (es decir, como entidad patológica nosológicamente específica y diferente).

La primera de ellas sostiene, en términos generales, que el problema es resultado de un proceso de aprendizaje, en el cual el alcohol produce estados placenteros fisiológica y psicológicamente inducidos, que se constituyen en una recompensa inmediata a la conducta del consumo, brindando asimismo un alivio a situaciones desagradables, tales como ansiedad, tensión y culpa. En tal sentido, el tratamiento es encarado como un proceso de desaprendizaje de los hábitos nocivos de consumo para que el paciente pueda retomar o aprender un patrón de consumo no problemático.

El enfoque psicoanalítico tiende a concebir el problema como síntoma de una perturbación subyacente de la personalidad, misma que debe ser atendida; en este caso, centrarse en la abstinencia equivale a descuidar el problema principal, a atacar las consecuencias sin modificar la causa. Abstinencia o consumo no problemático, cualquiera de ambas posibilidades, serán una resultante del manejo que el paciente logre de su problemática subyacente.

El objetivo de controlar la bebida es controversial y se encuentra más allá de las posibilidades de la mayoría de los bebedores dependientes. En este sentido, algunos investigadores apuntan que *"el terapeuta que crea que puede lograr que su paciente alcohólico puede llegar a ser una persona que tome algunas copas como la gente decente y luego olvidarse de ellas, más valdrá que se dedique a*

vender tamales, tendrá más éxito que como terapeuta del alcoholismo. El que crea que lo ha logrado con su paciente, o no se trata de un alcohólico y estuvo mal hecho el diagnóstico de la enfermedad o solamente hay que esperar algún tiempo para acompañarlo en su siguiente recaída (Barriguet, A. 1996: 195).

1.4.5 Beber responsablemente.

Otro modelo es el "beber responsablemente", que se define en el sentido de que la decisión de ingerir o no bebidas alcohólicas es propiamente algo privado y personal que tiene que tomar cada individuo. Sin embargo, si la elección es por el alcohol, se asume la responsabilidad de no destruirse a sí mismo ni a los demás (Chafetz, citado por Velasco, R. 1995: 69). "Como otras actividades humanas, la de beber alcohol está determinada para cada individuo por sus actitudes y valores, el conocimiento (o desconocimiento) de los hechos relativos al alcohol, sus motivaciones personales, la herencia, el medio cultural y el contexto social en que vive, etc. Sin embargo, cualquiera que sea la variación en cada uno de estos factores, podemos establecer algunos principios que parecen dirigir las acciones de quienes sí beben responsablemente :

Beber no es algo esencial para la vida. Quienquiera que haya decidido no beber por razones médicas, económicas, religiosas o cualquier otra, no debe recibir presiones de nadie (ni mucho menos humillaciones).

La capacidad de beber excesivamente no indica distinción alguna, ni es signo de mayor virilidad o masculinidad. De la misma manera que nadie le reconoce un lugar especial en la sociedad a quien come grandes cantidades de alimentos, ningún consumidor de alcohol merece el reconocimiento social por su "habilidad". El beber sin control y el verdadero alcoholismo no son una perversidad. Deberíamos aceptar que el alcohólico es un individuo con problemas graves que tiene derecho a esperar ayuda de los demás. Este principio reconoce lo que ya

hemos dicho y sobre lo que nunca se insiste lo suficiente : que el alcoholismo es *una enfermedad* " (Velasco, R. 1995 :70).

Para este modelo, lo central es que la población general sea educada e informada en lo que se refiere al alcohol y al alcoholismo. Sugiere que dicha información sea adaptada a los programas educativos desde la infancia. Así, el o la que decide beber lo hará bajo su responsabilidad sabiendo del riesgo que le puede significar el abusar de las bebidas alcohólicas.

Otra vez, la participación de los alcohólicos en estas formas terapéuticas, la moderación en el beber y beber responsablemente, se restringe debido a que ambas no han logrado institucionalizarse y participar del financiamiento público, por lo que no se practican dentro de los centros médicos oficiales del Sector Salud, sino, sólo en los centros particulares especializados de cuyas terapias pueden participar exclusivamente los que pagan los honorarios que cada grupo terapéutico considere, sin la regulación del Estado.

1.4.6 **La perspectiva a partir del paradigma médico social.**

Históricamente, las concepciones de los fenómenos han orientado las prácticas para responder ante ellos; desde la perspectiva sociomédica (que es la nuestra), se define el alcoholismo como un fenómeno social y psicobiológico cuyas *consecuencias patológicas físicas y mentales son generadas en forma directa por el consumo de alcohol; dicho consumo es determinado por los procesos y estructuras económico-políticas y socioculturales que operan en una situación histórica particular que establece las características básicas del uso y consumo de alcohol por los grupos sociales. Estos mismos procesos y estructuras sociales históricamente determinadas establecen las distintas respuestas ante el fenómeno.*

El alcoholismo como fenómeno social y psicobiológico, lo enmarcamos dentro del concepto de *adaptación plástica*, que es, la capacidad del organismo de modificar su composición en un proceso de resistencia o de superación a través de la transformación que deviene en una nueva condición biológica (Dubos, R. 1969 : 257-267). La transformación del organismo se logra mediante la modificación el proceso de salud-enfermedad o "*nexo biopsíquico humano*"¹, al responder a las condiciones sociales de desarrollo que le impone el modo de producción vigente.

El concepto de adaptación propone que "la historicidad de los procesos biológicos humanos se deriva de la capacidad que tienen el cuerpo y la mente de responder con plasticidad contra y a través de las particulares condiciones de desarrollo, o sea, un nexo biopsíquico característico (Laurell, A.C. 1987. Op, cit). Estas condiciones de desarrollo son socialmente producidas por la forma histórica específica que asume el proceso de apropiación de la naturaleza (proceso de trabajo o proceso de reproducción social) en una sociedad determinada.

Las formas particulares de respuesta o tratamientos a procesos de salud-enfermedad determinados se producen también socialmente porque son el resultado de una compleja interrelación entre los procesos sociales externos (económicos, ideológicos culturales y políticos) y los procesos biopsíquicos humanos (nexo biopsíquico).

Bajo esta visión, el alcoholismo se desencadena como un comportamiento humano que trata de enfrentar al sistema de explotación, enajenación del trabajo y acumulación capitalista que profundizan la desigualdad social, la polarización epidemiológica con la aparición de diferentes perfiles epidemiológicos² y el aumento en la incidencia de los problemas como el consumo abusivo de la droga

¹ Nexo biopsíquico humano, se define como la expresión concreta den la corporeidad humana de los procesos históricos en un momento determinado (Aurell, A.C. 1987).

alcohol que produce transformaciones en los procesos biopsíquicos humanos. Este comportamiento abusivo de ingesta de alcohol permite a los individuos, al menos de una manera temporal, sentirse protegidos de los daños que les ocasionan la falta de expectativas y la inconformidad con su situación concreta (pobreza, pobreza extrema, marginalidad, desocupación, desadaptación, discriminación étnica y/o racial, etc.).

Con frecuencia, el peso de las determinantes sociales y las características propias del alcohol como droga, rebasan la descrita capacidad plástica del organismo y la adaptación se convierte en lugar de protectora en destructora de las potencialidades biopsíquicas humanas (Laurell, A.C. y Noriega, M: 1990), o sea, el consumo de alcohol que en un principio era satisfactorio e inocuo, se convierte en un proceso patológico que de no controlarse acabará por destruir, por desgastar³ las capacidades cognitivas y físicas, y la convivencia en sociedad de los individuos que no logran adaptarse a las condiciones de desarrollo.

Las condiciones de desarrollo son producidas por las relaciones que establecen los distintos grupos humanos y entre sí. A esas relaciones algunos grupos no se adaptarán debido a que sus intereses no responden a la racionalidad que les imponen los grupos dominantes; en la actualidad esta racionalidad es la acumulación capitalista dirigida por el proyecto económico político neoliberal. Los grupos inadaptados son excluidos y nace la inconformidad que preponderantemente es económica y política, pero también cultural, como en grupos étnicos minoritarios y en los hijos que no quieran copiar actitudes y valores de sus progenitores.

² El perfil epidemiológico se constituye tomando en cuenta el tipo de patología y la frecuencia que determinado grupo exhibe en un momento dado (Laurell, A.C. 1987 :9)

³ Definido como la pérdida de capacidades efectivas y/o potenciales biopsíquicas (Laurell, A.C. Noriega, R)

La respuesta de la medicina dominante ante el fenómeno, ha sido parcial y limitada porque tratar de afrontarlo de manera individual sin observar que es parte de un proceso social con determinaciones económicas políticas e ideológicas.

Desde ésta perspectiva, la respuesta requiere del Estado y sus instituciones, una visión social y psicobiológica distinta que tome en cuenta los procesos sociales en que se relacionan los individuos en cada estrato social en particular y, tratar de establecer cuales de estas relaciones pueden estar incidiendo sobre el consumo patológico del alcohol, poniendo un interés especial sobre las determinantes económicas y culturales. Son también innegables las alteraciones que el consumo excesivo de alcohol produce en la mente y en el cuerpo, sobresaliendo entre ellas, la cirrosis hepática y la psicosis alcohólica⁴, con la gama de afecciones físicas y psicológicas intermedias: estas alteraciones deben de ser también abordadas y resueltas en la respuesta.

La metodología debe de permitir el rescate y la rearticulación de técnicas ya existentes, señalando desde el principio cuáles son las limitaciones y alcances de cada de ellas. Debe de seguirse el hilo conductor la mirada sobre el alcoholismo como lo que es: *un fenómeno social, biológico y psicológico integrado dentro de procesos sociales más generales que lo determinan.*

La práctica será multidisciplinaria: en el tratamiento de lo biológico se consideran los avances que la medicina científica ha logrado para mejorar los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas (Blanco Gil y col. 1996), teniendo en un lugar preferencial el aspecto nutricional. El adicto debe de ser atendido asistencialmente por médicos alópatas experimentados en el tratamiento del alcoholismo.

⁴ Cirrosis hepática es una afección del hígado cuya evolución generalmente es mortal. Psicosis alcohólica es un tipo de locura que frecuentemente se da en los alcohólicos crónicos.

En lo psicológico, campo en el que también se han logrado avances científicos importantes, las nuevas técnicas psicoterapéuticas referidas al alcoholismo ha de atender, entender y promover la mejor realización de las expresiones psicológicas y culturales de la población

Dentro de esta perspectiva, se mantendrían los grupos de autoayuda por sus características afectivas de compañerismo fraternal y por el modo objetivo y directo con que los participantes transmiten sus experiencias de vida con la intención de ayudar a sus compañeros, lo que haría de estos grupos la parte más humana del tratamiento.

Lo social se estudia bajo el enfoque teórico de la medicina social, con un trabajo empírico realizado desde el entorno socio-histórico en que se mueven los sujetos que presentan problemas con su manera de beber, para articular a su rededor la práctica de respuesta que recupere todos los aspectos que hemos enumerado.

Por otro lado, este propuesto tratamiento integral del fenómeno, según los productores y comerciantes de las bebidas alcohólicas significaría una segura reducción en la tasa de ganancia, por lo que lógicamente no estarían de acuerdo en dicha situación. Tocaría a las autoridades estatales por medio de la formulación e implementación de leyes y decretos o por consenso armonizar entre el beneficio social de aquellos muchos que hoy se ven afectados directa o indirectamente por el alcoholismo, y los intereses de las clases económicamente poderosas. En cuanto a los primeros (los afectados directa e indirectamente), el consenso sería posible de lograr por los beneficios recibidos. En cuanto a los intereses de las clases dominantes, el consenso sería más difícil de lograr, pero por medio de la razón, el diálogo y las evidencias de los beneficios que para la población general, de lograrse la armonía entre las partes, se abren las posibilidades de decretar un consenso de carácter nacional respecto del problema del alcoholismo con participación del gobierno y de la sociedad civil.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 **HIPÓTESIS 1.** A.A. no ha sufrido transformaciones históricas significativas en su modelo ni en su práctica a pesar de los cambios que se han dado en la sociedad mexicana; esto se debe a que no ha ocupado un espacio disputado económica, política ni ideológicamente con otras instituciones, especialmente con las de gobierno, lo que le ha permitido desde sus inicios una función autónoma.

1.5.2 **HIPOTESIS 2.** A.A. cumple una función disciplinaria positiva para sus miembros, la cuál realiza dentro de un vínculo colectivo fraternal, aunque no reconoce como determinantes las relaciones sociales que se dan en la colectividad.

1.5.3 **HIPÓTESIS 3.** El modelo y la práctica de A.A. funcionan dentro de la sociedad mexicana independientemente de la inequidad que atraviesa los diversos grupos sociales que la conforman.

1.6 METODOLOGÍA.

Pretendemos que esta metodología permita rescatar las particularidades de nuestro objeto de estudio, a saber, el modelo y la práctica de Alcohólicos Anónimos. Haremos el análisis **descriptivo cualitativo** de la función práctico - social de la teoría de A.A. en la zona metropolitana de la ciudad de México. Trataremos de establecer la medida en que la teoría de A.A. se corresponde con la práctica real del programa. Esperamos también mediante esta técnica metodológica, obtener conclusiones que sean el producto de la descripción de los datos.

El objeto se aborda a través de la investigación documental y el trabajo de campo. Para el trabajo de campo, desde el inicio nos encontramos con la dificultad que representan del gran número de grupos de A.A. en México distribuidos por todo su territorio (Encuesta A.A. 1996, ver más adelante): éste y otros problemas los tratamos de resolver mediante la estrategia metodológica que explicaremos a continuación.

1.6.1 INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.

En esta parte, primero recurrimos a los trabajos escritos en relación al tema de nuestro objeto de estudio para conocer los distintos enfoques desde los cuales ha sido abordado. También por medio de esta revisión documental, primeramente estudiamos el modelo, para luego a través del trabajo de campo estudiar la práctica de la agrupación.

Para el estudio del **modelo**, llevamos a cabo una revisión de varias fuentes bibliográficas. En primer lugar la literatura del tercer módulo de la maestría en medicina social "Práctica médica y organización de servicios de salud". Se revisó también la base de datos sobre políticas sociales y políticas sanitarias del Estado que se maneja en la maestría y las bases de datos de la biblioteca de la universidad.

Se consultaron algunos documentos publicados por CONADIC sobre el modelo de tratamiento del alcoholismo que brindan las instituciones públicas. Se hizo uso de la bibliografía del Centro de Estudios Sobre Alcohol y Alcoholismo (CESAAL); se consultó a profundidad el libro "Morir de alcohol" de Eduardo Menéndez, citado en la bibliografía. Especialmente analizamos la literatura propia de A.A.

Para abordar la **práctica** de A.A. hicimos también la revisión de fuentes documentales que abarcó lo estudiado en la maestría sobre práctica médica.

Analizamos los documentos de CONADIC relacionados con la práctica psiquiátrica antialcohólica del Estado y estudiamos la literatura de A.A. sobre su práctica propiamente dicha.

1.6.2. TRABAJO DE CAMPO.

El estudio empírico o de campo, se llevó a cabo para recolectar datos sobre el modelo y la práctica de la agrupación. Se diseñaron y probaron, cuatro instrumentos de investigación de campo (Anexo#1), los cuales son: a) la *observación directa*, la que aplicamos en las visitas a los grupos de A.A. que realizamos personalmente. Esta observación nos permitió obtener información de la actividad de los miembros en los grupos tal y como ocurre. Fue una observación libre no estructurada, no participativa, en el sentido de que no tomamos parte en la dinámica del grupo b) **entrevistas**, las aplicamos al responsable de relaciones públicas de la Oficina de Servicios Generales de la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C.,(*instrumento #1*), al Gerente de la Oficina Plenitud⁵(*instrumento #2*) y al responsable de cada grupo que visitamos(*instrumento #3*).

Las entrevistas fueron semiestructuras con una guía poco controlada de preguntas que nos permite establecer una alternativa fija para el registro de las respuestas c) otro instrumento fue la **encuesta** (*instrumento #4*). Se aplicó a un número determinado de miembros de los grupos presentes el día de la visita. Cabe mencionar que algunas preguntas del cuestionario de la encuesta sirvieron tanto para el estudio del modelo como de la práctica de A.A., estas preguntas se distinguirán en la forma de procesamiento de la información (Anexo #2).

⁵ La Oficina Plenitud edita una revista titulada Plenitud que es la voz de A.A. en México, donde se comparten experiencias, opiniones y aspectos históricos de la agrupación. Circula a nivel nacional y es un medio para llegar a los alcohólicos, sean miembros de la agrupación o no.

1.6.2.1. UNIDAD DE ANÁLISIS

Debido a que los grupos de A.A. son aproximadamente 13.000 en todo el país, y 1,500 en el D.F.(Encuesta A.A. 1996), tomamos una *muestra*. Para elegirla consideramos como nuestro universo a todos los grupos de A.A. adscritos a la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., ubicados en el D.F. y su área conurbada (la Central y los grupos los describiremos más adelante). Se descartaron todos los grupos de otras localidades y todos los grupos adscritos a otras instituciones (los grupos de la Central México y los grupos 24 Horas, a los que nos referiremos más adelante).

Partimos del listado de estos grupos (Marco Muestral). Consideramos *estratos* por niveles socioeconómicos (tomamos como indicador la ubicación geográfica de los grupos de A.A.). Se formaron 3 estratos, "nivel alto, nivel medio y nivel bajo"(los niveles se definen en el acápite "diseño de la muestra"), por caracterización de las colonias de ubicación. El conocer la ubicación del grupo nos sirvió para tener un elemento metodológico adicional, dado que los grupos se distribuyen por toda la ciudad y su área conurbada.

1.6.2.2. DISEÑO DE LA MUESTRA.

La muestra fue seleccionada del total aproximado de 1,500 grupos del D.F y su área conurbada⁶. Por razones de tiempo y recursos que se mencionan más adelante, la muestra se formó con 15 grupos, se aplicaron los instrumentos a 5 grupos por cada estrato, estos grupos se seleccionaron del Marco Muestral en forma aleatoria. En cada grupo se entrevistó al responsable y se aplicó la encuesta a 5 miembros, tomados también aleatoriamente. Para elegir a los miembros para la encuesta, tomamos a los 5 miembros más cercanos al lugar que me asignaron dentro cada grupo; total de encuestas 75, total de entrevistas 17.

La estrategia de aplicación de la técnica estadística que empleamos, nos permitió obtener una muestra probabilística ya que cumple con las dos condiciones de carácter riguroso para seguir un *método probabilístico de muestreo* a) el método otorga una probabilidad conocida de integrar la muestra a cada uno de los grupos de A.A. de nuestro universo, b) la probabilidad de ser parte de la muestra no es nula para ningún grupo de nuestro universo. Este procedimiento permite eliminar o al menos mitigar cualquier subjetividad que tengamos particularmente sobre algún grupo o grupos y que pudiera interferir en las conclusiones.

En cuanto a la representatividad de nuestra muestra diremos que: "la noción de representatividad solo tiene un alcance intuitivo. No existe una definición formal que permita establecer el grado de representatividad de una muestra o declarar si ella es o no representativa de la población de la que se obtuvo (Silva, L. 1993:7).

La noción que mejor sintetiza la idea de representatividad es la siguiente: debe procurarse que la muestra exhiba internamente el mismo grado de diversidad que la población (Op. cit:7). Por lo tanto, lo que pretendemos con la técnica empleada es que nuestra muestra tenga concordancia con nuestro objeto de estudio.

La técnica nos permite, además, la confección de un listado de elementos (grupos) correspondientes a cada estrato. La selección de los grupos dentro de los estratos se hizo al azar, por muestreo aleatorio estratificado (Silva, L. Op, cit :18).

Para llevar a la práctica un muestreo semejante, es necesario contar con una información previa, en este caso la condición socioeconómica de los estratos que empleamos. Consideramos la esfera socioeconómica por ser desde la perspectiva de la medicina social determinante del alcoholismo en los grupos (estratos)

⁶ Cifras tomadas de la entrevista al responsable de relaciones públicas de la Oficina de Servicios Generales.

sociales, específicamente nos interesa el funcionamiento de los grupos de A.A. dentro de los distintos estratos.

Para que la muestra tenga una variabilidad semejante a la población estos estratos han de ser homogéneos en su interior pero diferentes entre sí. Para asegurarnos la participación de los distintos grupos sociales en la muestra, hemos considerado solamente 3 diversos estratos socioeconómicos.

Con el objetivo de realizar el estudio descriptivo de A.A. hicimos uso del **conocimiento popular**, *"este conocimiento se caracteriza por ser poco crítico, propio del público general (que en este caso es la población del área urbana de la ciudad de México), es transmitido mediante un lenguaje sencillo y ordinario"* (Pardinas, F. 1982 :23-24). Este conocimiento ha clasificado históricamente a los pobladores del área urbana según las distintas zonas residenciales en: ricos (nivel socioeconómico alto), de la clase media (nivel socioeconómico medio) y pobres (nivel socioeconómico bajo). No utilizamos otros conceptos como indigentes, proletarios, burgueses, etc. ni indicadores sociales más elaborados v.g. necesidades básicas insatisfechas debido a que a pesar de reconocer su validez técnica, preferimos hacer uso del *conocimiento popular*, sabedores de su falta de cientificismo, por considerarlo un producto cultural concreto y legítimo que forma parte del contacto directo y cotidiano de la población general particularmente en este caso específico, de la población que acude a los grupos de A.A. del área metropolitana de la ciudad de México; pero principalmente partimos de que A.A. ubica a sus grupos en función de esos parámetros.

La distribución de A.A. ubica a los grupos en 6 regiones: centro oriente, centro poniente, norte oriente, norte poniente, sur oriente y sur poniente; a su vez, las regiones se dividen en 62 áreas en todo el territorio nacional. Los grupos de la muestra se ubican en la región centro oriente, dividida en: área 12 D.F. centro; área 13 D.F. norte; área 14 D.F. sur y área 26 México oriente uno, donde se encuentran los grupos de Naucalpan, Edo. de México.

Según el conocimiento popular, la distribución propia de A.A. y el diseño de la muestra, los grupos del nivel socioeconómico alto se ubicaron en: El Pedregal de San Angel, Lomas de Chapultepec, Polanco y las cercanías del centro comercial Peri-Sur.

Los grupos de "clase media" se ubicaron al sur de la ciudad en colonias caracterizadas por edificios multifamiliares verticales y horizontales en las inmediaciones de Villa Coapa (grupos Prados de Coyoacán, Centenario, El Mensaje y Cafetales), y en el centro histórico de la ciudad.(grupo Bolívar).

Los grupos de nivel socioeconómico bajo se ubicaron al poniente de la ciudad y el Estado de México. Estas zonas se caracterizan por colonias populares, la mayoría irregulares, conocidas por la sociedad defecna y mexiquense como "barrios de pobres" (Iztacalco, Colonia Postal, San José Aculco y Naucalpan Estado de México).

El otro criterio tomado para la estratificación fue un conocimiento tradicional propio de A.A. que establece la pertenencia a grupos particulares de miembros de un nivel social característico. Es el caso del grupo 10 de Junio, situado en la torre Latinoamericana 15 piso, al que pertenecen casi exclusivamente, empresarios y artistas del espectáculo: lo que ubica al grupo en el nivel socioeconómico alto.

El mismo criterio se usó para ubicar al grupo Bolívar, situado en el Centro Histórico, que desde su fundación en 1961, se ha caracterizado por contar entre sus miembros con gentes de la clase media, asalariados y propietarios de pequeños comercios establecidos y ambulatorios. Los grupos escogidos fueron :
Del nivel socioeconómico alto.

Grupo Peri-sur. Zacatepetl #305. Fraccionamiento Marqués del Pedregal.

Grupo Panorama. Calle Iglesia #2 despacho 705. San Angel.

Grupo Sierra Mojada. Calle Sierra Mojada #555. Lomas de Chapultepec.

Grupo 10 de Junio. Torre Latinoamericana, 15 piso. Centro histórico.
Grupo San Agustín. Basamento de la Iglesia de San Agustín, Polanco.

Del nivel socioeconómico medio.

Grupo Prados de Coyoacán. Canal de Miramontes, al lado del mercado.
Grupo Bolívar. Isabel la Católica #25. Colonia Centro.
Grupo Centenario. Canal de Miramontes 2761, despacho 201.
Grupo "El mensaje". Acueducto, esquina con Capirote. San Lorenzo Huipulco.
Grupo Cafetales. Av. Cafetales #1458. Residencial Cafetales.

De nivel socioeconómico bajo.

Grupo Corteza. Av. Tezontle 110 B. Colonia Infonavit. Iztacalco.
Grupo Animación. Calle Tuy s/n. Colonia Postal. Metro Villa de Cortés.
Grupo Tío Dick. Calle Gerentes manzana 22, lote 2. Col. San José Aculco.
Grupo. Ahizotla. Calle Juan Fernández Albarragán #15 Naucalpan.
Grupo San Agustín. Av. Las Torres #10, col Lomas de San Agustín Naucalpan.

1.6.2.3 FORMA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Luego de recoger, sintetizar, organizar los datos y someter a una lectura selectiva los temas íntimamente relacionados con nuestro objeto de estudio, lo observado nos permitió considerar que el universo de los grupos de A.A. presenta un modelo y una práctica semejantes. La experiencia de los A.A. estableció que los grupos tomados como muestra representan el nivel socioeconómico de los habitantes de las colonias en que se ubican y la posibilidad de visualizar cuáles son entre ellos las diferencias.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores y los aspectos de economía, tiempo (en lo que a tiempo respecta es necesario señalar que generalmente los grupos de A.A. realizan sus reuniones a horas muy similares por lo que sólo es posible visitar un grupo por día), y el carácter de nuestro estudio, establecimos el

tamaño de la muestra en 15 grupos de 3 estratos socioeconómicos y 5 miembros por grupo, lo que nos da el total, 75 encuestas y 15 entrevistas que unidas a las hechas en la Oficina de Servicios Generales suman 17 (ver anexos), trabajo factible de ser realizado por una sola persona como único recurso humano.

Tratamos de usar en la encuesta preguntas cerradas por su fácil codificación, y en grado mínimo una combinación de preguntas cerradas y abiertas. Para identificar las preguntas que den respuesta a las interrogantes fundamentales que tuvo el investigador, se organizaron tres bloques de preguntas para facilitar el análisis de las respuestas. 1.- preguntas que caracterizan socioeconómicamente al sujeto encuestado 2.- preguntas que caracterizan al modelo 3.- preguntas que caracterizan a la práctica (ver Anexo2). La codificación para las preguntas cerradas será: 1=sí; 2=no; 3=no sé y 4=no contestó o inválida. Las respuestas a las preguntas abiertas se agruparon de acuerdo a su semejanza. La evaluación se expresan en frecuencias relativas y simples.

Se efectuaron las entrevistas y las encuestas el mismo día de la visita a cada grupo. Tanto en la Oficina de Servicios Generales como en cada uno de los grupos se explicó someramente el método por el cual el grupo fue escogido y se expusieron los motivos de la visita, haciendo énfasis en el anonimato de la información y en su carácter puramente académico, sin fines de lucro, políticos, ideológicos o de otra índole ajena a una investigación científica.

CAPÍTULO 2

MARCO HISTÓRICO

2.1 Revisión histórica de la respuesta frente al alcoholismo en México.

En México, históricamente el alcoholismo ha sido analizado desde diversas perspectivas teórico-metodológicas que han dado por resultado enfoques cualitativamente distintos y, por consiguiente, han sido variadas las acciones que se han implementado para su control en función de los conceptos empleados en el análisis de la problemática.

De la época prehispánica se sabe que la borrachera fue reprimida (corte de pelo, encarcelamiento, destierro, pena de muerte), "nada más los ancianos tenían derecho de embriagarse con pulque", los placeres de la bebida eran permitidos sólo a aquellos cuya vida productiva había concluido, y no representaban una carga para la sociedad. El control de entonces fue ejercido por la autoridad suprema del emperador (Velasco, Ma. Del Pilar. 1985 :200).

Con la llegada de los españoles, las sanciones impuestas por los antiguos mexicanos fueron suspendidas por "inhumanas" lo que determinó un aumento considerable de alcoholismo dentro de los indígenas(Op, cit :201).

Los primeros conflictos provocados por la ingestión excesiva de alcohol se remontan a los siglos XVII, XVIII y XIX. Las autoridades en su preocupación de regular el consumo de alcohol, dictan una serie de disposiciones legales relativas a la producción y venta de bebidas alcohólicas. La primera referencia se relaciona con los lugares de venta de alcohol, durante el año 1619. Las referidas

a la producción, fundamentalmente a la del pulque, aparecen desde 1671. Las relacionadas con el consumo, en 1631, 1748 y 1775 (Op, cit : 1985 :201).

La connotación del alcohol como sustancia capaz de producir adicción aún no aparecía, pues los destilados se utilizaban como medicina, y al igual que todas las sustancias con propiedades relajantes, ansiolíticas o anestésicas eran consideradas como bondadosas. Se consideraba a la ebriedad como una mala costumbre, que la gente se embriagaba porque quería y no porque padeciera una adicción. Se trata de controlar los desórdenes provocados por la ingestión excesiva y se reglamenta sobre los "cadáveres de los borrachos encontrados en la vía pública" (Op, cit :201).

Ninguna de esas medidas, ni las adoptadas posteriormente, han sido suficientes para restringir el consumo de alcohol y reducir los índices de alcoholismo en la población, pero reflejan la preocupación creciente que el problema causaba a las autoridades y a la población en general, al igual que en todo el mundo.

Las autoridades del siglo XVIII percibían el "nivel educativo" como la causa principal del alcoholismo, a pesar de lo cual, era concebido éste como un problema multicausal. Esa percepción consideraba indispensable elevar los niveles de instrucción de la población, mediante la difusión general de sus efectos físicos y sociales.

Ya en 1900, apuntaba en el primer volumen del trabajo de Valenzuela, "Enciclopedia de México", que el alcoholismo producía 4 veces más muertes en México que en los Estados Unidos y 6 veces más que en Francia (Orvañanos, D. citado por Roman Celis, C. 1984: 267): el trabajo hace hincapié en la educación como medio para disminuir la ingestión, y destaca la necesidad de abrir establecimientos para el tratamiento de los alcohólicos, primera alusión formal en México al fenómeno como un problema de salud y a su tratamiento.

En ese mismo año, las autoridades sanitarias se basaron en los trabajos del doctor Benjamín Rush, realizados en los Estados Unidos desde 1785, que apuntan que el alcohol era una droga que provocaba adicción y que los bebedores regulares tendían a convertirse en adictos. Rush describió la adicción como la pérdida del control de beber, argumentando que existían efectos tóxicos y morales, derivados del consumo excesivo de alcohol (Gutiérrez, R. IMP. 1994 :19). A partir de la noción de adicción al alcohol, el alcoholismo será considerado como una enfermedad y como tal es asunto concerniente al Sector Salud.

En 1910, el entonces presidente Francisco I. Madero, al pronunciarse en contra del alcoholismo, declara a la Academia Nacional de Medicina como la institución oficial para realizar investigación sobre el asunto.

El 14 de mayo de 1929, el entonces presidente de la República, Emilio Portes Gil, firmó un Acuerdo Presidencial, ~~que constituye una~~ de las primeras acciones oficiales sistemáticas en contra del alcoholismo ; por primera vez, se crea un Comité Nacional de Lucha contra al Alcoholismo y se organizan acciones destinadas a la educación, a la reglamentación de la producción, venta y consumo de bebidas embriagantes, al fomento de la investigación sobre el tema, y se implantan políticas de mejoramiento de la vivienda, del ahorro obrero, de seguridad social, etc.

A pesar de que en algunas partes del documento firmado por Portes Gil, se concibe al alcoholismo como vicio degradante, tiene el mérito de proponer una acción integral de distintos sectores gubernamentales que, tomando en consideración aspectos sociales, económicos y médicos, tiene por objeto elevar las condiciones materiales de vida, como un medio para disminuir los niveles de alcoholismo de la población.

A partir de los cuarenta se concibe el alcoholismo como un problema médico con perspectivas asistenciales. Durante la década siguiente se da en México un mayor interés por la salud mental, y el alcoholismo es considerado como problema psiquiátrico. Es la Secretaría de Salud por intermedio de la asistencia médica la que ha de intentar resolver el problema con los recursos técnicos del modelo psiquiátrico - psicológico en la práctica psiquiátrica que se efectúa en diversos centros de salud y los hospitales psiquiátricos destinan pabellones especiales para el tratamiento de alcohólicos.

Instituciones privadas lucrativas como Monte Fénix en la ciudad de México, Oceánica en la ciudad de Mazatlán y otras, *"logran un razonable porcentaje de recuperaciones siguiendo las básicas recomendaciones del programa de Alcohólicos Anónimos"* (Barriguete, A. 1996. Op. cit :193).

Además de A.A., Al-Anón y Alateen representan las principales experiencias de autoayuda a personas con problemas de alcoholismo. Al-Anon es una sociedad que se compone de familiares y amigos de los sujetos que abusan de la bebida. Los miembros de la organización se reservan el derecho al anonimato. Con mayor frecuencia asisten a estas agrupaciones las esposas de los alcohólicos. Al-Anon es una fructífera fuente de asistencia y ayuda. Se presta para compartir los problemas, ofrece consejo y orientación sobre cómo tratar a un alcohólico que continua bebiendo en exceso o que está en vías de rehabilitación.

Alateen es una organización orientada a ayudar a los hijos adolescentes de padres alcohólicos. Con mucha frecuencia el punto de vista de un padre que abusa del alcohol refleja principalmente sus experiencias con la conducta alcohólica de su progenitor dependiente. La actitud del adolescente hacia su padre o madre alcohólico es de rechazo, enojo y desprecio, o por lo menos de indiferencia. La organización Alateen puede brindar ayuda a los muchachos y muchachas adolescentes para que puedan llegar a tener mejor comprensión y

simpatía por su progenitor alcohólico y puede guiarlos hacia un grado más elevado de madurez y equilibrio en sus relaciones y su salud psicológica.

El Estado ha promulgado e instrumentado básicamente un sólo programa contra el alcoholismo; en el periodo presidencial de Miguel De la Madrid se eleva a rango constitucional el derecho universal a la salud y se establece la *Ley General de Salud* el 30 de diciembre de 1983 ; en éste marco se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) que en materia de alcoholismo publica el Programa Contra El Alcoholismo y El Abuso de Bebidas Alcohólicas (CONADIC. 1994. "En este Programa se sintetizan los objetivos, estrategias, líneas de acción y acciones específicas, las cuales están basadas en el diagnóstico de la problemática actual de este problema, con el objeto de que este documento basado en un modelo de salud pública, constituya el marco de acción del Gobierno en esta materia" (Kumate, J. CONADIC. 1994).

2.2 ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN MÉXICO.

2.2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE A.A.

En 1934, un corredor de bolsa norteamericano Bill Wilson conocido luego simplemente como Bill W, alcohólico crónico, por la influencia de los grupos Oxford, un movimiento evangelista no relacionado con ninguna religión, logra por primera vez en muchos años mantenerse abstemio. Durante un viaje de negocios a Akron, Ohio, Estados Unidos, siente la necesidad de hablar con otro alcohólico por lo que se comunica con Bob Smith, médico cirujano, alcohólico crónico también. Deciden ambos (Bill y Bob) apoyarse y cuidarse mutuamente para evitar caer de nuevo en la ebriedad y mantenerse en abstinencia. El 10 de Junio de 1935, en Akron, Ohio, fundan el primer grupo del movimiento que posteriormente se conocería como **Alcohólicos Anónimos (A.A.)**, por lo que a

Bill y Bob se les reconoce mundialmente como los co-fundadores del nuevo movimiento.

Desde sus inicios el movimiento encontró apoyo en la medicina (Bill, W. Tres charlas a Sociedades Médicas. A.A. 1989 :1) como un método auxiliar y subordinado a ellos para el tratamiento del alcoholismo. También fue apoyado por la mayoría de los medios publicitarios. A.A. define el alcoholismo como una enfermedad progresiva, incurable y mortal; producto de una alergia⁷ del organismo al alcohol, pero que al igual que otras enfermedades, se puede detener (Folleto. Esto es A.A. 1989 :7). En 1939 después de experimentos y errores, A.A. publica su primer libro "Alcohólicos Anónimos" que propiamente le dio nombre a la agrupación. Este libro desde entonces es considerado el libro de texto o el tratado de A.A.: en él se condensan con un lenguaje común la teoría y la práctica de la agrupación.

La publicidad a nivel nacional del libro y la frecuente correspondencia, permiten el nacimiento de Grupos de A.A. por correo sin ningún contacto personal: las cartas fueron dirigidas desde Nueva York en donde desde esa época se establecieron las Oficinas Centrales que atienden los asuntos a nivel internacional.

Por el medio postal fue que se logró que el movimiento alcanzara a otros países y continentes. El tamaño de A.A. en 1949 era de aproximadamente 80,000 miembros en 30,000 Grupos en treinta países.

2.2.2 A.A. LLEGA A MÉXICO.

Las primeras noticias de A.A. llegan a México a inicios de los años cuarenta. Debido a la falta de información en español, a que la nación apenas se

⁷ La noción del alcoholismo como una alergia data de 1896, como información científica entonces existente. Los fundadores de A.A. basándose en una opinión médica respetable de ese tiempo, concluyeron que el alcoholismo era una alergia del cuerpo asociada a una obsesión mental por el alcohol (Wallace, J. Op. cit :126)

recuperaba de los movimientos revolucionarios y que el mundo entero vivía los estragos de la posguerra, el conocimiento del programa y su adopción en el país fueron muy difíciles. Otro motivo que dificultó la difusión de A.A. en México fue la creencia de que se trataba de un movimiento protestante contrario a la fe católica dominante.

Se dan intentos de formar grupos en Culiacán y Monterrey. Gilberto Martínez Jr., un alcohólico regiomontano que recibió el mensaje en los Estados Unidos, funda un grupo en Monterrey, mientras que su esposa Francisca González como ayuda para su esposo se dio a la tarea de traducir algunos folletos de A.A. del inglés al español, pero debido sobre todo a la falta de más miembros y literatura en español, no se logró que esos grupos permanecieran más de un año.

Tres alcohólicos que en ese tiempo habitaban en la ciudad de México, dos norteamericanos Pauline Doerr y Lester Fox, y un mexicano Fernando Ibarrola, después de hacer contacto con la oficina de A.A. en Nueva York, fundan el primer grupo de A.A. en la ciudad de México y reconocido por su estabilidad como el primero en la República mexicana, el 25 de Septiembre de 1946 (A.A. en México, 1996). Dada la nacionalidad de los miembros el grupo fue de habla inglesa por lo que se denominó "México City Group" generalmente frecuentado por hombres de negocios y turistas venidos de los Estados Unidos. El primer grupo de habla hispana, se funda el 16 de diciembre de 1956 en el aula de psiquiatría del Hospital Militar de la ciudad de México.

De 1961 en adelante, se inicia un crecimiento constante de la agrupación en todo el territorio nacional. En 1964 se registran 246 grupos, se establece una oficina intergrupala y se edita un boletín de circulación nacional, para 1969 la oficina adopta el nombre formal del Oficina de Servicios Generales (O.S.G.), se forma un Centro de Servicio que atiende las necesidades de la agrupación. En diciembre de 1969, se organizó la Oficina de Servicios Generales, cuya finalidad ha sido la

de registrar los Grupos existentes hasta nuestros días, proporcionándoles atención a sus inquietudes, la elaboración, impresión y reimpresión de la literatura y sin fin de actividades. "La Oficina de Servicios Mundiales de Alcohólicos Anónimos sólo proporciona autorización de reimpresión de la literatura a una sola estructura en cualquier país. En este caso la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. es la única autorizada en México para proceder a la reimpresión de la literatura. Hablamos de la Central Mexicana porque fue necesario su constitución legal como Centro de Servicio a efecto de poder cumplir satisfactoriamente con las leyes de México".....(A.A., carta aclaratoria. 1996).

El 16 de septiembre de 1969, se aprobó el acta constitutiva de la Asamblea Mexicana y la que constituía a la Central Mexicana de Servicios Generales de AA, A.C. que dio formal estructura al servicio nacional. Ese mismo día, los miembros de la Asamblea reunidos en la ciudad de México, Distrito Federal, manifestaron tener la convicción de que A.A. en la República Mexicana estaba en condiciones de tomar posesión total y permanente de los Tres Legados de Alcohólicos Anónimos, que son los de Recuperación, Unidad y Servicio. Aprobaron también que ni los Doce Pasos ni las Doce Tradiciones de A.A., ni el Artículo 12 del Acta Constitutiva de la Asamblea Mexicana de los Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos podrán ser alterados o reformados por la Asamblea sin la previa aprobación de las tres cuartas partes de todos los grupos de todo el mundo que estén registrados.

En los comienzos de la agrupación en México, la información al público fue casi inexistente. Esto se debía, a que muchos miembros de A.A. no distinguían la diferencia entre romper el anonimato y transmitir el mensaje. Los que participaban en esta transmisión eran tachados de exhibicionistas y faltos de humildad. Los grupos no acostumbraban poner en las fachadas de los locales que ocupaban, algún letrero, anuncio o en el interior, cartulinas con los Doce Pasos y las Doce Tradiciones, ni alguna otra señal que los identificara como tales.

2.2.3 Divergencias y separaciones.

Desde sus primeros años en territorio mexicano, dentro de los jóvenes grupos surgen diversas interpretaciones del mensaje de A.A., las cuales condujeron a la separación de varios miembros que en 1954 se reagruparon en una institución denominada A.M.A.R. (Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación) inspirada en técnicas e ideas de A.A., aunque revisadas y adaptadas por médicos mexicanos.

En un principio A.M.A.R. estuvo incluso registrada en Nueva York como grupo de A.A. en la Ciudad de México, junto con el México City Group y el grupo Hospital Militar; sin embargo, las adaptaciones sufridas permitieron instalar un cuerpo directivo, hacer proselitismo abierto, recibir contribuciones económicas externas y adaptar la práctica médica psiquiátrico - psicológica.

Lentamente en un principio y luego en forma más acelerada fue creciendo el número de miembros y de grupos de A.M.A.R., llegando en los sesenta a tener en el D.F., una importancia similar a la de los grupos de A.A.; consideramos que dicha importan se debió al apoyo económico externo y a las relaciones establecidas con la medicina dominante.

Durante la investigación no nos fue posible ubicar en la actualidad grupo alguno de A. M. A. R., por lo que asumimos que desaparecieron o fueron fusionados dentro de alguna institución oficial.

A partir de la década de los setenta, se da un crecimiento explosivo de los grupos de A.A. a nivel nacional, teniendo a la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. como único representante de A.A. en todo el territorio.

En 1974, algunos miembros de grupos de A.A. del D.F. consideraron una necesidad de "mayor comunicación, integración y crecimiento" (Virgilio, A. 1981 :6), debido a lo que decidieron fundar un grupo que mantuviera sus puertas abiertas las 24 horas del día. Para lograr su objetivo, primeramente debieron de separarse de los grupos tradicionales que no aceptaron la nueva modalidad; luego idearon sesiones o juntas de hora y media, con un receso de quince minutos entre cada una. Para atender las sesiones los primeros miembros hicieron guardias de doce horas que fueron disminuyendo en duración a medida que el grupo crecía. El grupo se constituyó en el primer grupo en el mundo con esa modalidad y se denominó *GRUPO 24 HORAS CONDESA*, grupo *matriz* del **MOVIMIENTO 24 HORAS DE A.A.**

Los fundadores decidieron mantener los principios y tradiciones de A.A. (los doce pasos y las doce tradiciones de A.A., que se detallan más adelante); además de abrir las puertas del local las 24 horas, se agregó el *anexo*, un lugar ubicado en el mismo edificio del grupo en que el que llegaba en busca de terapia para su alcoholismo, motivo por el cual hubiera perdido su familia y su casa, encontrara en el anexo, una cama en que dormir y un plato de comida, hasta que pudiera salir a buscar un medio de sostenimiento personal, con la única condición de asistir al mayor número de terapias que le fuera posible, respetando sus horas de sueño y alimentación.

Con el tiempo, el anexo comenzó a tener problemas de espacio, lo que junto a la observación de que la cercanía de la familia y la agitación de la vida en la ciudad, hacía necesario para algunos sustraerlos de sus presiones, de sus trabajos, de sus familias, porque la controversia en el trabajo y en la familia los podía llegar a hacer beber (Virgilio, A. Op, cit :22), el grupo ideó la creación de una *granja* (una pequeña finca en el Villa del Carbón, en el municipio del Zocalito, estado de México, propiedad de un miembro del movimiento que la alquiló a un precio simbólico). Partieron hacia allá, los más necesitados, los más decididos, aquéllos

que ya no tenían nada que perder, los que voluntariamente sentían la granja como última oportunidad de supervivencia, como la tabla de salvación, como el cielo que se abría en las fronteras mismas del infierno (Virgilio, A. Op, cit :42). Los *internos* además, de la terapia propia de la agrupación, se dedicaron a actividades mantenimiento, agrarias, contables o administrativas, que a la vez de servir para el buen funcionamiento de la granja, fomentaron la de terapia ocupacional. La granja posteriormente fue trasladada a un terreno donado por unos miembros del grupo ubicado en el municipio de Acultzingo, Veracruz, en donde funciona todavía.

El tiempo de permanencia en el anexo como en la granja es indefinido, depende de la recuperación del albergado, valorado por el mismo interesado y los responsables del grupo.

El grupo, el anexo y la granja, son mantenidos con las contribuciones de los propios miembros, en observación de las tradiciones de A.A. Al respecto, el movimiento 24 horas afirma "Las características entre los grupos tradicionales⁸ y nuestro Movimiento son sumamente claras. Por ello hemos definido que el MOVIMIENTO 24 HORAS DE A.A. no pertenece a la organización llamada ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, sino que constituye un movimiento independiente, con características propias, que ha adoptado para su funcionamiento el programa de ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, el cual, por contener principios universales, no tiene propietario ni patente" (Virgilio, A. 1993 :53).

En la actualidad existen aproximadamente 150 grupos con sus anexos en todo México y 6 granjas, ubicadas en los estados de Veracruz, Guerrero, Oaxaca y Jalisco.

⁸ Las características de los grupos tradicionales será descritas y analizadas en los capítulos 3 y 4.

En una entrevista a un miembro del grupo *Matriz*, con 17 años de experiencia, nos informó que además, de las 24 horas de funcionamiento de los grupos, los anexos y las granjas, el MOVIMIENTO 24 HORAS difiere de los grupos tradicionales en que su terapia de recuperación se basa más en la vivencia personal de sus miembros que en la literatura de A.A. como según él sucede en los grupos tradicionales. Otra es que a los miembros que siguen bebiendo se les amonesta severamente y son tratados con dureza por el grupo (con amor adulto como se acostumbra a decir), y si todavía reinciden se les aconseja unirse a un grupo tradicional. Los grupos del D.F. a diferencia de los tradicionales, han entablado relaciones con el Hospital Xoco, para que les atienda a quienes consideran que deben ser atendidos por médicos alópatas.

■ En 1980, algunos grupos del movimiento se separaron y formaron los grupos 24 horas T.I., en donde T.I. significa *Tratamiento Intensivo*, que tienen como particularidad que sus terapias son completamente apegadas a la literatura de A.A.

Los grupos que conservaron el modelo y la práctica de los grupos fundados por Bill y Bob en los Estados Unidos, conocidos como grupos *tradicionales* o grupos *de hora y media*, siguieron multiplicándose hasta ser por mucho los más numerosos. En 1986 algunos integrantes (por motivos que rebasan el objetivo de esta investigación y que no nos fueron revelados, por ninguna de las partes), se separan y fundan la **Oficina De Servicios Generales, Sección México**, con procedimientos similares. La Central Mexicana representa a 13,000 grupos aproximadamente en todo el país, la Sección México a 3,000 y Los Movimientos 24 Horas a 400 grupos, aproximadamente en todo el país.⁹

⁹ Las cifras fueron recolectadas en entrevistas a representantes de cada agrupación, se expresan en forma aproximada por ser así como nos brindaron la información.

Por la mayor representatividad en número de grupos, su antigüedad y por ser el único órgano autorizado en México por la Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos a nivel mundial, para este trabajo determinamos investigar en los grupos de la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C.

En la actualidad, la presencia de Alcohólicos Anónimos es un elemento aceptado y hasta común en la sociedad mexicana. Existen grupos de A.A. en todo el mapa nacional. En el D.F. los hay por todos los rumbos.

Según la última encuesta general de A.A.¹⁰, "el número promedio de miembros por grupo se estima en 10.28. Hasta Diciembre de 1996, la O.S.G reporta un total de 13.600 grupos registrados. El total de miembros se estima en 139,808 personas, 95.7 % de hombres y 4.3 % de mujeres. El porcentaje de los recién llegados que se mantienen al menos tres meses en el programa de A.A., que logran más tarde pasar un año sin beber es de 69%" (Encuesta 1996. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C.).

2.3 Lo actual en el tratamiento del alcoholismo.

Toda clase de asistencia o apoyo que una persona brinda a otra que tiene problemas con su salud, es una forma de tratamiento aunque quien lo suministre no sea un profesional de la medicina. El alcohólico es una persona esencialmente igual a los demás que, por lo mismo, su problema y la ayuda que requiere son asuntos de la vida cotidiana. Otro aspecto importante en el tratamiento es la necesidad de considerar al alcohólico en su situación vital completa, teniendo en cuenta su trabajo, el círculo de amistades y la unidad doméstica.

¹⁰ Encuesta propia de A.A. es para un control interno, no se publica. Se realiza cada vez que la Junta de Custodios considera que es necesario.

En el caso de algunos trastornos psiquiátricos aunados al alcoholismo deben de ser resueltos con tratamientos individuales tanto con psicoterapia como con medicamentos y/o nutrición. En los casos extremos de delirium tremens¹¹, convulsiones y/o conductas extremas, se tratarán con esquemas de manejo de privación del alcohol (CIWA-Ar) (Saitz R. 1996: 242-246) pero por lo general, el "enfermo" debe de ser tratado como parte integrante de los grupos humanos. De alguna manera debe estimularse a todos los que se relacionan emocionalmente con él para que entiendan en su propia realidad el problema y le ayuden con acciones concretas efectivas.

Cada vez es mayor el consenso entre médicos, psiquiatras, psicólogos, clérigos y otros psicoterapeutas que la última etapa del tratamiento debe ser un programa de asistencia que dé continuidad a la terapia.

La recuperación es un proceso cuya última actividad debe de ser autodirigida durante el resto de la vida, para lo cual uno de los recursos más recomendados es Alcohólicos Anónimos; de allí que algunos consideren a A.A. como el eslabón entre la medicina y la religión (Bill, W. Tres charlas a sociedades médicas. Op, cit :31); al respecto se dice: *"La nueva estructura formal del tratamiento de las adicciones es multidisciplinario e integral. Se diseñó una nueva dimensión a través del diálogo y la lógica, que permite un puente de comprensión entre el personal médico tradicional y otro personal acreditado en ciencias sociales (sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.) que intervienen en la recuperación integral del adicto. Ambos elementos fueron reconciliados a través de un acercamiento místico y respeto mutuo. Se ha logrado una mayor afinidad entre lo espiritual y lo orgánico, entre la libertad y la disciplina. En el caso del*

¹¹ El delirium tremens se caracteriza por temblores generalizados del cuerpo acompañados por alucinaciones visuales y auditivas. El síndrome se da en algunos alcohólicos después de la supresión abrupta de la ingesta de alcohol.

alcoholismo, sin el ímpetu inicial y continuo de A.A., ningún esfuerzo hubiera sido exitoso.

Se deben de tratar todas las adicciones como enfermedad primaria; en el caso del alcoholismo se acepta que no existe conexión alguna entre el alcoholismo y cualquier otra condición física o enfermedad psíquica asociada y se piensa lo mismo de otras adicciones” (Brenes Madrigal, R. 1994 : 20-23).

CAPÍTULO 3

EL MODELO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.

Este capítulo lo dedicamos a desarrollar a partir de nuestra investigación documental, el modelo de A.A. y a la vez introducir y analizar brevemente nuestros hallazgos empíricos de lo que la agrupación entiende que debe de ser su práctica. Los conceptos y criterios propios de A.A. que utilizamos en este capítulo, lo hacemos con permiso explícito de La Central Mexicana de A.A., A.C.

3.1 LA ESTRUCTURA DE A.A. EN MÉXICO.

Los grupos son la unidad fundamental de la organización. Por medio de sus representantes de servicios generales (ver más adelante) se forman los Centros de Servicio en los distritos¹², de éstos el Comité de Área de Servicios Generales y de este comité, la Asamblea de Área¹³, de las asambleas de área, se nominan los delegados a la conferencia los cuales forman la Conferencia Mexicana formada por custodios, que son de dos tipos a) Custodios tipo A, (representantes de la sociedad civil no alcohólicos) b) Custodios tipo B, (alcohólicos recuperados).

La Junta de custodios es responsable sobre todo de la integridad de la política y las finanzas de la agrupación y tiene el carácter legal de la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. Esta es la denominación legal de la asociación civil de Alcohólicos Anónimos en México. La central se financia a través de los recursos económicos que aportan voluntariamente los miembros, los de A.A. y los Centros de Servicio, más los donativos obtenidos por medio de la adquisición de

¹² Distrito es una división del área al que acuden los responsables de servicios generales (R.S.Gs.), y son representados por un miembro de comité.

¹³ Porción geográfica que abarca parte de un Estado (o de varios). Cada área envía un delegado a la Conferencia Mexicana. Las áreas y los distritos de A.A., no coinciden con la división política gubernamental.

las publicaciones (literatura de A.A.). Su propósito fundamental es suplir necesidades más allá del alcance del individuo y del grupo.

El Acta Constitutiva y los Estatutos de la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C., o cualquier modificación de ellos, estará siempre sujeta a la aprobación de la Conferencia Mexicana mediante la votación de las dos terceras partes de todos los miembros. *"Esta es la situación que guarda ahora el equilibrio práctico de deberes, responsabilidades y poderes. A pesar de que estas disposiciones pueden cambiarse por acción de la Conferencia Mexicana, la experiencia indica que son sumamente prácticas y que están hechas para sobrevivir en el futuro (Manual de Servicios de A.A. 1994-1996 :34).*

3.2 **LA CONCEPCIÓN DE A.A. SOBRE SU MODELO.**

El enunciado de A.A. dice: *" Alcohólicos Anónimos es una Agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad".* (Copiado con permiso de la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C.).

Este enunciado se desprende que A.A. se define como una Asociación Civil sin fines de lucro y teóricamente sin afiliación económica, política ni ideológica, con ninguna otra institución pública o privada. Su objetivo es rescatar a los miembros de ambos sexos del alcoholismo por lo que se constituye en un programa para los

adictos al alcohol solamente y no para el público en general, aunque contempla reuniones de información pública y campañas de prevención (Folleto Esto es A.A. 1989 :1-2). La agrupación no pretende que el mundo entero se vuelva abstemio sino que se dirige a los que tengan problemas con su forma de beber. En sus reuniones no se impone a otros experiencias con el problema de la bebida, sino que se comparten cuando se pide hacerlo.

Los miembros son hombres y mujeres de todas las edades y de distintas clases sociales. El tratamiento en su concepción busca llevarse a cabo dentro de una relación totalmente simétrica entre el que lo imparte (un alcohólico que aporta su testimonio) y los pacientes (otros alcohólicos que escuchan la experiencia), sin el concurso de un curador profesional, lo que logra una confianza mutua indispensable en toda terapia.

A.A. comparte con el modelo médico dominante el concepto de que el alcoholismo es una enfermedad, es así que sus miembros se reconocen como enfermos. Acepta las definiciones de la OPS, pero internamente no define el alcoholismo de una manera formal, sino lo describe "*como una compulsión física unida a una obsesión mental*"; con esto se quiere decir que existe un deseo mental debida a una alergia orgánica al alcohol, que impulsa a un acto físico característico de consumir alcohol más allá de la capacidad para controlarlo, desafiando todas las reglas del sentido común, "por lo que la única alternativa es dejar completamente de beber", o sea, abstenerse inclusive de la más mínima cantidad de alcohol en cualquier forma" (Esto es A.A. 1996 :2-3).

Pareciera ser muy simple e ingenuo el concepto de alcoholismo que aprueba A.A. Pero si se analiza detenidamente, se comprueba que es complejo y sutil, pues presta atención a los aspectos orgánicos, mentales, emocionales y hasta espirituales del problema, más allá de otras concepciones.

La posición de A.A. respecto a la necesidad de la abstinencia para la recuperación de los alcohólicos, se desarrolló a partir de la observación empírica y directa de situaciones reales: sufrimiento doloroso, cuerpos destrozados por enfermedades relacionadas con el alcoholismo, carreras truncadas y familias separadas. Los miembros de A.A. han tenido una vasta experiencia directa con alcohólicos activos y con alcohólicos sobrios, y de ninguna manera reportan que ellos puedan beber controladamente o sin problemas (Wallace. J. Op, cit :125).

El programa de A.A. se resume en "doce pasos"¹⁴ que representan el intento de los primeros miembros para dejar constancia de su propio progreso, desde bebedores excesivos hasta la sobriedad. Como todo, en A.A. estos pasos son sugeridos y no obligados, al igual que la asistencia a los grupos.

Hay analogías entre éste y otros modelos: por ejemplo no existe una contradicción conceptual entre la medicina alópata y A.A. en cuanto a la definición de alcoholismo, pero mientras que para A.A. el concepto de enfermedad no es central, es de gran importancia el reconocimiento de sus miembros de que sufren un problema que está fuera de su control.

Un análisis de los pasos doctrinarios de A.A. muestra los siguientes elementos: Los pasos 1,2 y 3 *"Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables"*(paso #1; *"Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio"* (paso #2) y *"Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos"* (paso #3), muestran una compatibilidad entre A.A. y la religión ya que, aún sin estar A.A. afiliada a ninguna secta o religión, comparte con las religiones monoteístas la idea de que la recuperación no es posible por medios propios ni aún humanos, sólo puede venir de un Poder Superior" muchos miembros dicen que si bien no están de acuerdo con el

concepto de Dios sustentado por los clérigos, han llegado a formarse su propio concepto" (Bill, W. Tres Charlas a Sociedades Médicas. 1958: 9).

Los tres primeros pasos resumen lo que la organización sugiere para que el alcohólico reconozca su problema, su impotencia ante el mismo y la imperiosa necesidad de una ayuda externa y sobrenatural.

De los siguientes pasos: el #4 "Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos" y el paso #5 "Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos", resumen lo que los alcohólicos deben de hacer voluntaria y sinceramente para lograr su sobriedad. Estos pasos exigen un reconocimiento, una buena voluntad y despojarse de toda altivez y soberbia.

El paso #6: establece que "Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberara de todos estos defectos de carácter" y paso #7 "Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos ", recuerdan la dependencia del Poder Superior.

Los pasos #8 y 9 "Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos" y "Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicara perjuicio para ellos o para otros", reflejan la actividad que se debe de llevar a cabo. Primeramente con quienes forman la unidad doméstica (familiares y parientes con que se convive), se debe velar por el bienestar de la familia por lo que es necesario satisfacer sus necesidades básicas, alimentación, vivienda, educación y accesos a los servicios de salud. Lo que demanda de los padres, insertarse en los procesos productivos particulares de su grupo social o clase de pertenencia, para procurar esas necesidades y cada

¹⁴ Doce pasos, copiados textualmente con permiso de la Central Mexicana de A.A., A.C.

vez una mejor calidad de las mismas; a las madres les corresponde cooperar de la manera que le es posible, si es necesario vendiendo su fuerza de trabajo como empleada asalariada fuera de su hogar o como ama de casa velando por el buen funcionamiento de su hogar. Los hijos adultos han de aportar cuanto sea necesario, para cubrir las necesidades de toda la familia. En caso de que su aporte no sea necesario deben cumplir de la mejor manera sus obligaciones como estudiantes o voluntarios de actividades altruistas. Si en la actividad alcohólica se dañó moralmente a alguien, se debe tratar de reparar ese daño pidiendo perdón. Si el daño fuera económico se debe de enmendar pagando en efectivo la deuda y tratando de remediar lo que el ofendido pueda haber perdido por la falta de ese dinero, todo ello si es posible de realizar independientemente del esfuerzo que se deba de hacer y si el hacerlo no aumenta el daño ya causado (los doce pasos : 33-35).

El paso #10 *"Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente"*. Este paso denota la permanencia del programa para siempre.

Paso #11 *"Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla"*. Este paso recuerda que se debe tener una comunión permanente con el Poder Superior.

Paso #12 *"Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos"*. Este paso enseña a los miembros recuperados o en vías de recuperación, que para mantener su sobriedad y por agradecimiento con el programa, deben de llevar el mensaje a otros alcohólicos que no lo conocen. Dicho de otra manera, solamente trabajando con otros

alcohólicos es como se puede estar si tomar, porque el alcohólico al trabajar con otro alcohólico que aún bebe, recuerda sus sufrimientos y valora más el programa que lo recató (Los doce pasos : 44-45).

Hay reuniones dedicadas a los nuevos miembros, que se denominan reuniones de paso 12, a los que asisten por primera vez, por invitación de otros o por su voluntad se les denomina "doceavos". Es mediante por este paso #12 que se reproduce la agrupación. En la actualidad, para cumplir con este objetivo se convoca a los interesados a través de medios de comunicación masiva anunciando la agrupación.

Estos constituyen los principios básicos, aunque no es condición indispensable aceptarlos para ser miembro de Alcohólicos Anónimos. Cualquier alcohólico que admita que tiene un problema con la bebida puede considerarse un A.A. y participar del programa, independientemente de lo mucho que pueda estar en desacuerdo con los principios espirituales. "Si de principio rechaza el factor espiritual se le recomienda que mantenga su mente libre de prejuicios y que, mientras tanto, considere a su propio grupo de A.A. como el *Poder Superior*" (Bill, W. Op. cit: 8). A.A. no es una institución religiosa, sino una organización en que se entra en la espiritualidad. El énfasis que A.A. pone en la espiritualidad, en forma de un poder superior a ellos mismos, tiene la importante función de incitar a sus miembros a buscar creencias, actitudes y conductas alternativas.

Los grupos de A.A. funcionan en todo el territorio nacional y para todas las clases sociales bajo características particulares que se describirán al abordar la práctica de A.A.

3.2.1 EL PLAN IDEAL DEL MODELO.

"No hacemos promesas, no decimos, "nunca" volveremos a beber ; en su lugar, intentamos seguir lo que en A.A. se llama el plan de las 24 horas. Nos concentramos en conservarnos sobrios sólo durante las veinticuatro horas de hoy y tratamos sencillamente de conseguirlo de día tras día. Si sentimos el deseo vehemente de un trago, no lo consentimos ni nos resistimos, sólo posponemos hasta mañana tomarnos ese trago en particular.

En otro aspecto, imitamos el ejemplo de los veteranos que han tenido éxito, y generalmente continuamos asistiendo con regularidad a las reuniones del grupo de A.A. al que nos hemos unido; no existe ninguna regla que establezca que esa asistencia es obligatoria, y no siempre podemos explicar por qué parece que nos fortalece el oír las historias e interpretaciones personales de los demás miembros. Sin embargo, la mayor parte sentimos que la asistencia a las reuniones y otros contactos personales con los compañeros de A.A., son factores importantes para mantenernos sobrios (Esto es A.A. :6-7).

Este plan sencillamente propone que por las siguientes 24 horas no se beba a pesar del deseo de hacerlo, sin pensar en el mañana; cada día es hoy, y cada día trae sus propios afanes y tiene sus 24 horas, el mañana vendrá después.

3.3 LA VISIÓN TEÓRICA DE A.A. SOBRE SU PRÁCTICA.

Alcohólicos Anónimos funciona dentro de un mínimo de organización estructural que tiene como base reuniones en grupo. Los grupos son la unidad funcional y cada uno es una entidad única con autonomía soberana. Tradicionalmente, cuando dos o más alcohólicos se reúnen para buscar sobriedad, pueden considerarse a sí mismos un grupo de Alcohólicos Anónimos. Los grupos deben de cumplir dos condiciones inviolables a) que se sostengan por ellos mismos y b) no tener afiliación externa con otra institución.

La necesidad de crear un grupo nace de los alcohólicos que ya conocen el programa con la ayuda de vecinos de la comunidad, quienes son los mejor informados de la existencia de alcohólicos que necesitan ayuda. Entre las personas más informadas del problema están las familias, sacerdotes, pastores, servidores públicos, trabajadores sociales, psicólogos, cantineros, personal de clínicas para alcohólicos, hospitales y centros de información y educacionales entre otras. Es con estas personas e instituciones que A.A. hace su labor preventiva y de atracción explicando qué es A.A., y las razones de formar un nuevo grupo. Se recomienda entrar en contacto también con los directores de periódicos y de las emisoras locales de radio y T.V.

La mayoría de los miembros de A.A. está de acuerdo en que A.A. no se organice pero que sí se puedan crear juntas o Comités de Servicio para hacer posible que:

- Se tenga un local adecuado para las reuniones.
- Se mantenga agradable y aseado.
- El público en general se entere de que A.A. está disponible para cualquier alcohólico que busque ayuda.
- Se programen reuniones.
- Se tenga literatura disponible.
- Se sirvan refrigerios.
- Se recojan las aportaciones y se gasten en lo apropiado.
- Se solucionen los problemas del grupo.
- Se enlace con la agrupación de Alcohólicos Anónimos a nivel local y nacional, a través de la Oficina Intergrupala, Distrito, Comité de área, y Oficina de Servicios Generales en México D.F (El Grupo de A.A :21).

Para hacer esas cosas, se necesitan individuos, que son conocidos en A.A. como servidores. Un grupo típico tiene los siguientes servidores.

- Coordinador de Grupo.
- Secretario.
- Tesorero.
- Cafetero.
- Representante de Servicios Generales (R.S.G.)
- Representante de la Oficina Intergrupar (R.O.I.)
- Representantes de los diversos comités auxiliares, que estén funcionando en el distrito correspondiente : literatura, información pública, instituciones, cooperación con la comunidad profesional, revista plenitud(ver página 35), etc. Cada servidor es responsable ante el grupo de sus funciones. (El Grupo de A.A :22).

3.3.1 LA PRÁCTICA TEÓRICA EN LA REUNIÓN DE GRUPO.

Las reuniones más comunes son:

Cerradas: son las características juntas para alcohólicos solamente, llevadas a cabo siempre dentro del local del grupo, a través de discusiones informales, dedicadas a problemas y preguntas de los miembros. En estas reuniones también se estudia la literatura de la institución. El número de reuniones es muy variable, algunos grupos se reúnen todos los días, otros días alternos, otros sólo dos veces a la semana, etc.

Abiertas: se llaman también juntas de información, son para cualquier persona interesada en asistir y se realizan dentro del local del grupo.

De Información Pública. Estas reuniones se celebran dentro o fuera del local del grupo, con oradores que informan al público no alcohólico sobre Alcohólicos Anónimos.

Para principiantes. Regularmente, son reuniones pequeñas e íntimas, que se celebran en forma de sesiones de preguntas y respuestas, para ayudar al recién llegado.

De Servicio o Trabajo. Varias veces al mes, se celebran reuniones especiales, distintas de las demás, en la que los servidores del grupo informan acerca del desarrollo de su trabajo y reciben orientación del grupo para el futuro. Normalmente, los nuevos servidores son elegidos en estas reuniones.

En 1980, los grupos de A.A. adoptaron 6 puntos que definen a un grupo de A.A.

Los puntos fundamentales que definen un grupo son :

- 1.- Todos los miembros de los grupos son alcohólicos y cualquier alcohólico puede pertenecer a él.
- 2.- Como grupo, se sostienen a sí mismos.
- 3.- El propósito primordial del grupo es ayudar a los alcohólicos a recuperarse por medio de los doce pasos sugeridos.
- 4.- Como grupo, no tiene afiliación externa.
- 5.- Como grupo, no expresarán opiniones fuera de las cuestiones que conciernan a Alcohólicos Anónimos.
- 6.- Como grupo, su política de relaciones públicas está basada en la atracción y no en la promoción, manteniendo siempre el anonimato personal a nivel de prensa, radio, televisión y cine (El Grupo de A.A. Op. cit :13-14). Más interesa a la agrupación que los nuevos se afilien por la atracción que pueda ejercer sobre ellos el cambio positivo en el modo de vida de sus miembros, que la propaganda que puedan hacer los medios masivos de comunicación. Es característico en las reuniones que los miembros se identifiquen con su nombre de pila y la primer inicial de su apellido paterno.

En las reuniones cerradas el miembro que quiera tomar la tribuna para compartir su experiencia, generalmente levanta la mano y el coordinador levanta un listado

y cede la palabra en el orden de como fue pedida. En la mayoría de los grupos se ceden los primeros lugares a los visitantes de otros grupos. Este es el procedimiento más usual, pero no es una regla: cada grupo tiene autonomía para regirse como mejor le parezca a sus miembros.

Se sugiere a los nuevos miembros visitar grupos diversos donde se reúnan miembros de distintas clases sociales y escoger como su grupo de pertenencia, en el que se sienta más cómodo y agradable. Se insiste que siempre se tenga un grupo base porque el sentido de pertenencia es parte de la recuperación. Nuevamente se recuerda que A.A. sugiere pero no ordena; por lo tanto, la pertenencia y la asistencia al grupo no tiene carácter de obligatoriedad pero el tiempo se encargará de demostrar que ambos son convenientes (A.A. 1996 :43)

Los 12 pasos son los principios doctrinales sugeridos por el programa a los miembros, las **12 tradiciones**¹⁵ son estatutos bajo los cuales deben de funcionar los grupos: las que mencionaremos y analizaremos brevemente a continuación.

Tradición Uno. *"Nuestro bienestar común debe tener la preferencia, la recuperación personal depende de la unidad de A.A".* Esta tradición expresa claramente que el bienestar de la agrupación es primero y más importante que el bienestar individual, el cual vendrá después. Desde la perspectiva sociomédica significa que el bienestar común determina el bienestar individual.

• Tradición Dos. *"Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: Un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan".* Los representantes que son nombrados por el grupo, no para gobernar sino para prestar un servicio.

¹⁵ Las doce tradiciones son descritas y analizadas con permiso de la Central Mexicana de A.A., A.C.

- Tradición Tres. *"El único requisito para ser miembro de A.A. es querer dejar de beber".* No hay cuota u otra condición de ingreso, sólo el verdadero deseo de dejar las bebidas con contenido alcohólico.
- Tradición Cuatro. *"Cada grupo debe de ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a A.A. considerado como un todo. Cada grupo maneja sus propios asuntos como desee. No debe de hacer nada que perjudique la totalidad de A.A., ni afiliarse a intereses ajenos.*
- Tradición Cinco. *"Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo".* A.A. solo se interesa en asuntos relacionados al alcoholismo y sobre eso versan sus reuniones.
- Tradición Seis. *"Un grupo de A.A. nunca debe de respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial".* La experiencia ha enseñado a los grupos de A.A. a no apoyar a ninguna empresa relacionada, por buena que pueda ser, ya que la agrupación no es la panacea para todos los problemas de la humanidad.
- Tradición Siete. *"Todo grupo de A.A. debe de mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera".* Los grupos deben de subsistir únicamente con base en las contribuciones voluntarias de sus miembros.
- Tradición Ocho. *"A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales".* No se puede mezclar el Paso Doce y el dinero. El trabajo de transmitir el mensaje al alcohólico que no lo conoce (Trabajo de paso doce) siempre es gratuito, pero quienes trabajan a servicio de la institución, merecen su salario.

• Tradición Nueve. *"A.A. como tal nunca debe ser organizada pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven".* Las juntas y comités de servicio especiales, la Conferencia de Servicio General, la junta de Custodios, los Comités de grupo, no pueden emitir órdenes a los grupos o miembros, los A.A., individual o colectivamente, no aceptan dictaduras, es mediante el diálogo y la conciencia colectiva de los grupos que se analizan las disposiciones y se aceptan o rechazan. El propósito del servicio es poner la sobriedad al alcance de todos los que la deseen sin obligar a nadie.

• Tradición Diez. *"A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades ; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas".* A.A. no toma partido en controversias públicas. La supervivencia y propagación de A.A. son sus metas primordiales.

• Tradición Once. *"Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción ; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine".* Las relaciones públicas son importantes para A.A. Se busca la publicidad para los principios de A.A., no para sus miembros. No hay lugar para la ambición personal, ni para la promoción personal de los miembros.

• Tradición Doce. *"El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personas".* El tiempo ha demostrado que en A.A. la humildad por medio del anonimato, es la mayor protección que siempre podrá tener Alcohólicos Anónimos. El anonimato también sirve para resguardar la identidad de los miembros que así lo deseen, sea por humildad o por evitar el estigma social aun negativo que existe sobre los alcohólicos o por cualquier otro motivo (A.A. 1996 :62).

Es importante recalcar que estas tradiciones al igual que los pasos son sugerencias, la institución no acostumbra las prohibiciones ni las obligaciones. Con frecuencia dicen "debemos..."pero nunca dicen "tenemos que" (A.A. Las doce tradiciones).

3.4 A.A. Y LA COMUNIDAD CIENTÍFICA INTERNACIONAL.

Desde sus inicios, la agrupación ha recibido reconocimientos de parte de algunos médicos que se han referido a A.A. con elogios: es el caso de el Dr. Harry M. Tiebout, eminente psiquiatra norteamericano que en la década de los cuarentas es considerado el primer colaborador médico de A.A.. Explica: *Como psiquiatra, he meditado mucho sobre la relación entre mi especialidad y A.A. y he llegado a la conclusión de que nuestra función particular puede ser muy a menudo la de preparar el terreno para que el paciente acepte cualquier tipo de tratamiento o ayuda ajena. La función del psiquiatra, como la concibo ahora, es acabar con la resistencia interna del paciente, a fin de que lo que tiene dentro de sí florezca, como lo hace abajo la actividad del programa de A.A.*" (Alcohólicos Anónimos. 1990: 270).

En 1951, el Premio Lasker fue conferido a Alcohólicos Anónimos. Parte del discurso decía: "La Asociación Norteamericana de Salud Publica presenta el Premio del Grupo Lasker de 1951 a Alcohólicos Anónimos, en reconocimiento de su enfoque único y sumamente acertado de ese antiguo problema de salud y problema social, el alcoholismo... Al recalcar el hecho de que el alcoholismo es una enfermedad, el estigma social que acompaña a esa condición está desapareciendo... Posiblemente, algún día los historiadores reconocerán que Alcohólicos Anónimos ha sido una aventura pionera en su campo, que ha forjado un nuevo instrumento para el progreso social, una nueva terapia basada en la afinidad entre los que tienen un sufrimiento en común, y que dispone de un

potencial enorme para la solución de la innumerables enfermedades de la humanidad." (A.A. 1990. Op, cit: 227).

En México, el Dr. Armando Barrigete, Psiquiatra miembro de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, director del Instituto de Psicoanálisis, presidente de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, al respecto dice: *...una vez conseguida la aceptación del enfermo para asistir a algún grupo, debe ser el psiquiatra o psicoterapeuta el que se ponga en contacto con algún A.A. experimentado para que éste sea el encargado de ayudarlo a dar sus primeros pasos sin alcohol* (Barrigete, A. Op. cit: 191).

El periodista y dramaturgo mexicano Hugo Hiriart escribe, ...la institución mejor y más fina para tratamiento y rehabilitación de alcohólicos, la institución que atiende a alcohólicos de todas edades y condiciones. ¿Qué institución es esa? Los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.). (Hiriart, H. Vivir y beber. 1993 :49).

3.5 LAS LIMITACIONES IMPUESTAS POR A.A. A SU PRÁCTICA¹⁶

La Central Mexicana de A.A., A.C. sugiere a los grupos adscritos a ella algunas restricciones de carácter operativo, con el propósito de que la práctica en ellos efectuada no se confunda con prácticas de otras instituciones que puedan tener objetivos semejantes; las enumeramos seguidamente :

- 1.- No ofrece motivación inicial para la recuperación de los alcohólicos, ni trata de persuadir a nadie para que pertenezca a la Agrupación.
- 2.- No mantiene archivos o historias clínicas.
- 3.- No toma parte en investigaciones, ni las patrocina.
- 4.- No se une a Consejos de agencias sociales, a pesar de que los miembros y Grupos de A.A. frecuentemente cooperan con ellos.

¹⁶ Reproducido con permiso de la Central Mexicana de A.A., A.C.

- 5.- No trata de controlar a sus miembros.
- 6.- No hace diagnósticos médicos ni psicológicos.
- 7.- No proporciona servicios de hospitalización, ni enfermería, drogas o cualquier tipo de tratamiento médico o psicológico.
- 8.- No ofrece servicios religiosos o espirituales.
- 9.- No interviene en propaganda o educación acerca del alcoholismo.
- 10.- No proporciona casa, alimento, ropa, trabajo, dinero o cualquier otro tipo de servicio social o de caridad.
- 11.- No proporciona consejos de tipo vocacional o doméstico.
- 12.- No acepta dinero por sus servicios, ni cualquier otro tipo de contribución proveniente de fuentes distintas de la de A.A.

Estas limitaciones reflejan claramente la intención de la agrupación de mantener su autonomía funcional en relación de otras prácticas y especialmente con respecto del aspecto asistencial e ideológico de la práctica dominante. Evidencian el desinterés de A.A. en construir un nuevo modelo o ampliar sus conocimientos teóricos. Se nota la tendencia de mantener inmutable su práctica y sobre todo lejos de la "contaminación" con la práctica médica y su comercialización. Es apreciable también su deseo de mantenerse alejada de la religiosidad y otras representaciones ideológicas, aunque son evidentes sus características comunes con la religión en el sentido disciplinario de su función. Se ha criticado a la agrupación su concepto del alcoholismo como enfermedad incurable, que trata de controlar a los miembros pues los mantiene en un estado permanente de "enfermedad", obligados a seguir indefinidamente en tratamiento; esto es cierto pero ineludible, porque para el modelo, la recuperación se logra únicamente por la abstinencia que no depende de la fuerza de voluntad, sino de un "Poder Superior"; la abstinencia y la dependencia del "Poder Superior"; constituyen normas disciplinarias a los largo de la vida que garantizan el camino a la recuperación y no de la curación debido a que el modelo no es curativo.

CAPÍTULO 4

LA PRÁCTICA REAL DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.

Es este capítulo describiremos lo observado de la práctica real en los Oficina de Servicios Generales de la Central Mexicana de A.A., A.C., y en cada grupo que visitamos. Haremos también el análisis de los datos encontrados en relación a los distintos niveles socioeconómicos.

4.1 LA PRÁCTICA EN LA OFICINA DE SERVICIOS GENERALES.

Nuestro primer contacto con la agrupación fue la visita a la Oficina de Servicios Generales donde fuimos remitidos al responsable de información pública; luego nos recibió el Gerente de la Oficina de la Revista Plenitud. En ambos lugares, fuimos tratados cordialmente y se notó el agrado de estos servidores en brindarnos la información requerida, a tal extremo que un representante de la Oficina de Servicios Generales nos acompañó en la visita a varios grupos.

Las oficinas se encuentran en dos pisos de un mismo edificio, todo el personal se ve laborando, muy interesado en lo que hace. Se nos informó que se trabaja una jornada continua de ocho horas; los empleados pueden ser miembros o no de algún grupo; devengan salarios acordes a los estipulados por la Secretaría de Trabajo. Nos llamó la atención una particularidad en la reglamentación propia de la oficina en el sentido de que en el manejo de los fondos no participa ningún alcoholico, aunque esté recuperado. Al preguntar sobre tal situación nos dijeron que esa restricción para los alcoholicos de no permitirles trabajar con asuntos de dinero tiene como objetivo disminuir la probabilidad de que la cercanía con el dinero sea obstáculo para su recuperación, pues la manipulación de dineros puede ser una tentación para volver a beber; este reglamento se apoya en la

experiencia personal de muchos alcohólicos que con mucho dinero en sus bolsillos no resisten la tentación de beber.

Destaca en las respuestas al cuestionario de las entrevistas en la Oficina de Servicios Generales el dominio de las nociones teóricas del modelo de A.A. que tiene cada uno de estos servidores, al extremo que dichas respuestas las dieron en términos casi idénticos, con las mismas palabras con la que se explican en los folletos informativos propios de la agrupación. En este sentido, cabe destacar la uniformidad de las respuestas en cuanto a que las relaciones de la agrupación con otras instituciones públicas y privadas son únicamente de cooperación pero **nunca** de afiliación, lo que confirma el deseo de autonomía de la agrupación en relación con otras instituciones, sean gubernamentales o civiles. Fue también unánime la aseveración de que el modelo se aplica de igual manera en todos los grupos sin excepción independientemente del origen económico, político e ideológico de los integrantes de los grupos o de la ubicación de estos. Otra respuesta uniforme fue la relativa a que el modelo y la práctica de la agrupación no han variado con el tiempo; sólo las oficinas han actualizado sus sistemas de informática y se tienen más recursos impresos para la difusión del programa. Otra aseveración también unánime fue que A.A. no hace investigaciones sobre el alcoholismo, en ese sentido: al pedir que se me suministra algunos datos estadísticos, me facilitaron los datos descritos anteriormente¹⁷.

4.2 **La práctica real dentro de los grupos.**

El dato más notorio de observación fue lo común y frecuente que resulta en todo el D.F. la presencia de grupos de A.A. Al realizar el trabajo de campo, en los viajes en transporte público (metro, pesero, o combi) por todas partes vimos el logotipo de A.A.: ejemplo de ello es que los grupos visitados en el sector de Villa Coapa, Prados de Coayoacán, Centenario y Cafetales, distan unas cuantas cuabras uno de otro. Al preguntar sobre la dirección de un grupo, percibimos

¹⁷ De esto datos hice mención en el Capítulo 2, acápite 2.2.3, página 54.

claramente que los vecinos están familiarizados con la existencia de los grupos dentro de las colonias.

La observación al interior de los grupos de A.A. reveló algunas características comunes a todos ellos; es notoria la coincidencia en el número de miembros permanentes, en 13 de los 15 grupos visitados, es decir, en el 85% de los grupos de la muestra es de aproximadamente 10 a 12 miembros. Las grandes diferencias se notan por ejemplo en el grupo 10 de Junio que reportó una membresía permanente de más de 50 miembros y el grupo Bolívar (30 miembros permanentes). El tiempo de duración de las juntas que fue de 90 minutos en todos ellos. Mediante la revisión documental nos enteramos que ese tiempo es característico internacionalmente de todos los grupos que pertenecen a A.A. La formalidad de la reunión fue también un dato uniforme. En cada grupo, hubo un coordinador que dio inicio a la junta con la lectura del enunciado que explica lo que es el movimiento y dirigió la reunión de principio a fin. Se nota el interés de cada participante de hablar exclusivamente de temas concernientes al Alcoholismo y su tratamiento dentro de A.A., sin desviarse a otras consideraciones.

Por lo general existe dentro de los grupos un ambiente de fraternidad que es notorio en la intervención hablada de los miembros, sin dejar de lado el tono de amonestación y advertencia de malos augurios para quienes no dejan de tomar o han vuelto a beber y para los que no acuden a las juntas. Se llaman por su nombre de pila y la inicial del apellido paterno, a fin de mantener el anonimato también adentro de los grupos. Los miembros se reconocen entre sí dentro del grupo como "compañeros" independientemente de que fuera no compartan nada en lo absoluto. Siempre hubo café a disposición de los presentes y en algunos grupos refrescos y galletas. En todos, antes de concluir la reunión se recolectó la "septima", que es el donativo voluntario que personalmente cada miembro aporta para el mantenimiento del grupo, y a la que aportan la mayoría, tal vez con

excepción de los invitados y los asistentes de primera vez. Dentro de los grupos las personas participantes no daban la impresión de estar borrachas.

En todos los grupos se ven las fotografías de los co-fundadores, "Bill y Bob" ; Invariablemente hay sobre las paredes rótulos con la oración de la serenidad que dice : *Dios concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar; valor para cambiar aquellas que puedo, y sabiduría para reconocer la diferencia ;* y otro de la oración de la responsabilidad que dice : *Cuando cualquiera, dondequiera extienda su mano pidiendo ayuda, quiero que la mano de A.A. siempre esté allí. Y por eso : yo soy responsable.* Se observan también axiomas que dicen: "poco a poco se ve lejos", "lo primero es lo primero, "vive y deja vivir", entre otros ; al preguntar al respecto se me informó que las fotografías son para honrar el recuerdo de dichos personajes, y los escritos, fuera de la oración de la responsabilidad, no pertenecen a la agrupación **pero han** sido adoptados porque reflejan partes del modelo y de la práctica de la agrupación.

Otra observación constante fue la pulcritud en el aseo y la decoración de los locales. Al hacer la observación me informaron que el local forma parte de las recuperaciones que se realizan entre los miembros, por lo que debe de ser digno. Cuando un miembro de un grupo visita otro por voluntad propia o como invitado especial, su intervención se denomina "compartimiento".

A continuación se detalla información específica para cada uno de los grupos visitados, según criterio socioeconómico de la ubicación de los grupos.

4.2.1 LA PRÁCTICA EN LOS GRUPOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO ALTO.

En este acápite detallaremos las condiciones particulares de los grupos del nivel socioeconómico alto y las características de la práctica en cada uno de ellos.

1.- Grupo 10 de Junio.

Este grupo lo visitamos una noche entre semana, está ubicado en el centro histórico de la ciudad. Lo que primero nos llamó la atención fue su decoración, es totalmente alfombrado muy limpio e iluminado con aspecto ceremonial; los asistentes, en su mayoría hombres, visten saco y corbata; hay a la disposición un auto-servicio con café, refrescos y agua embotellada. El aspecto operativo que particularmente más destaca en este grupo, es el hecho que la lista de los oradores y el tema a tratar estén previamente establecidos con un mes de anticipación, cada participante debe de centrar su intervención mediante su experiencia particular: ese día el tema versó sobre la recuperación.

El grupo sesiona cuatro veces por semana, dos de las cuales son nocturnas. Al final de la reunión se dio la bienvenida a los visitantes, a los cuales se obsequió literatura de A.A.

El trabajo de investigación se realizó sin problemas repartiendo al azar dentro de los miembros del grupo las encuestas, y entrevistando a uno de los servidores.

Las respuestas obtenidas del servidor destacan hechos como el costo mensual de la renta del local que rebasa los 20 mil pesos. La membresía fija es de aproximadamente 60 personas, pero la asistencia frecuentemente alcanza las 100 personas, sobre todo los fines de semana en que asisten ex-miembros que por distintas razones militan en otros grupos, miembros de grupos de provincia, extranjeros e invitados especiales. A simple vista en esta reunión habían unas ocho mujeres que constituían aproximadamente una séptima parte de toda la asistencia. Al preguntar sobre las características especiales del grupo se nos indicó que se les llama "grupo elitista" por sus condiciones. Sin embargo, esto se explica, según sus servidores, a que la mayoría de los miembros, que pertenecen a todas las clases sociales, siguen el programa, por lo que sus economías han mejorado; en este sentido, otra particularidad es que el grupo cuenta con una

casa club, en donde se efectúan eventos sociales, tales como aniversarios, cenas y bailes. Este local también es sostenido económicamente por los miembros del grupo, (dicho sea de paso, ningún otro grupo, al menos de los que visitamos, cuenta con un local semejante).

2.- Grupo San Agustín Polanco.

Visitamos este grupo un día de semana por la mañana: a esa visita nos acompañó el servidor de la Oficina de Servicios Generales. El grupo está ubicado en Polanco en el basamento de la iglesia católica San Agustín de Polanco, muy bien presentado e iluminado a pesar de estar en un basamento. Al igual que otros, cuenta con un auto-servicio de café. Sus miembros son en su mayoría hombres, bien vestidos aunque no formalmente. Fue en el grupo que observamos la mayor participación porcentual de mujeres y estimamos que representaban el treinta por ciento (30%) del total de asistencia.

La reunión se llevó a cabo al estilo tradicional: había un coordinador que daba la palabra al que la solicitó alzando la mano. Ese día habían veinte persona y este grupo es de los pocos que sesionan por las mañanas a las diez treinta. Cada participante habló libremente sobre el tema de su interés (por lo general sobre las bondades del programa).

Al final de la reunión nos presentamos personalmente, sin que lo hiciera por nosotros el de la Oficina de Servicio quién no tomó participación alguna. Pedimos la colaboración con las encuestas a lo cual accedieron amablemente cinco miembros, entre ellos tres mujeres.

En lo que a la entrevista respecta, el coordinador de ese día no la respondió aduciendo a que tenía poca información sobre el grupo, por lo cual no le insistimos. El único dato que nos suministró fue que el grupo no paga por la renta puesto que el local es prestado por la iglesia.

3.- Grupo Panorama.

Visitamos este grupo un día de semana a las siete treinta de la noche. Se ubica en la zona comercial de San Angel, en una zona en que hay varios Bancos comerciales y está sobriamente decorado sin muchos lujos; un miembro sirvió café a quienes lo solicitaron. El día de nuestra visita asistieron exclusivamente varones, casi todos vestidos formalmente, parecieran ser burócratas o empleados banqueros. Se nos informó que los fines de semana regularmente acudían tres mujeres.

La reunión se realizó dentro de un ambiente cordial y respetuoso. Ordenadamente el coordinador cedió la palabra a quienes lo solicitaron levantando sus manos. Cada participante habló sobre el tema que más le preocupaba, todas fueron exposiciones de conflictos personales que trataban de superar con la ayuda de la terapia que el grupo les brinda: asistieron ese día ocho personas. Al término de la junta, sin ningún inconveniente realizamos nuestro trabajo, cinco miembros contestaron las encuestas, el coordinador del día respondió la entrevista y entre los datos particulares nos relató que la sesiones son cuatro veces a la semana por las noches. La membresía permanente es de veinte y el local cuesta 8 mil pesos mensuales aproximadamente.

4.- Grupo peri-sur.

Este grupo lo visitamos como de costumbre un día por semana a las siete treinta de la noche. Está situado cerca del complejo comercial del mismo nombre. Es un grupo muy acogedor, bien decorado, que da la sensación de estar en una oficina de viajes por su buena iluminación y sus blancas paredes. El día de la visita habían solamente siete miembros, bien vestidos aunque no formalmente. No acudieron mujeres y al preguntar al respecto se nos informó que muy eventualmente asisten damas a sus juntas. La reunión se efectuó al estilo convencional: un coordinador dirigió la participación ordenada de los asistentes y el tema fue el estudio de la segunda tradición. Luego de presentarnos,

efectuamos nuestro trabajo sin contratiempos con la complacencia de todos los presentes. La entrevista la contestó el coordinador, nos relató que la asistencia es muy variable y que a su entender el costo del local era cercano a los 10 mil pesos pero no tenía la seguridad.

5.- Grupo Sierra Mojada.

Esta visita la realizamos como usualmente, un día de semana a las ocho de la noche. Nos acompañó el servidor de la Oficina de Servicios Generales. El grupo está situado en las Lomas de Chapultepec cerca de la avenida de Palmas, en una zona residencial. Es un grupo de presentación lujosa: los asistentes de ese día en su mayoría era gente joven, por su aspecto y su vestir informal pero de buena calidad. Se encontraba una dama dentro de los presentes, la asistencia total fue de once personas.

Fuimos presentados por el servidor de la Oficina de Servicios Generales. Se nos invitó a exponer nuestros intereses y entre nuestra exposición y las preguntas que nos dirigieron los asistentes, se consumió el tiempo de la junta.

Al término, aplicamos nuestros instrumentos de investigación. Se nos indicó que aprovecharon nuestra visita para efectuar una junta de preguntas y respuestas a invitados especiales, juntas que el grupo acostumbra realizar aproximadamente cada dos meses.

La entrevista fue contestada por uno de los miembros del grupo que no coordinó ese día. Dentro de las respuesta destaca que el costo mensual por alquiler del local es de 10 mil pesos mensuales. La membresía adscrita es de treinta miembros, de los cuales seis son mujeres. El grupo sesiona cuatro veces por semana, tres noches y los sábados por la tarde.

Cuadro # 1. Diversas condiciones de los grupos de nivel alto

<i>Grupo</i>	<i>Presentación</i>	<i>Costo x mes</i>	<i>Relación hombres mujeres</i>	<i>Asistencia</i>	<i>Miembros</i>
10 de Junio	Lujoso	20 mil pesos	53/7	60	100
San Agustín	Buena	no pagan	15/5	20	-
Panorama	Buena	8 mil pesos	8/0	8	20
Peri sur	Lujoso	10 mil pesos	7/0	7	-
Sierra mojada	Lujoso	10 mil pesos	10/1	11	30

Fuentes: observación y entrevista a los responsables de grupo 1997.

4.2.1.1. Datos estadísticos de las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos de nivel alto.

En este acápite describiremos los datos estadísticos de los resultados a las preguntas de las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos de nivel alto. Los resultados se reportan en frecuencias relativas (%).

De los miembros de los grupos del nivel socioeconómico alto que encuestamos (cuadro #2): 48% son profesionistas, 24% estudiaron hasta el nivel de secundaria, el 20% a nivel técnico y el 8% a nivel de bachillerato.

En relación a su actividad (cuadro #3): el 40% trabaja como profesionista, 24% labora en servicios, 16% se desempeñan como técnicos, el 8% se dedican al comercio, otro 8% a actividades domésticas en su hogar y el 4% se dedica al deporte.

El 88% labora 6 días por semana, el 8% labora los 7 días de la semana y el 4% labora sólo 1 día por semana. Podemos deducir que el 4% que se dedica a los deportes y los que laboran sólo 1 día a la semana son cesantes.

Cuadro #2. Escolaridad de los miembros de los grupos de nivel alto.

Escolaridad	# de personas	Porcentaje
Profesional	12	48%
Secundaria	6	24%
Técnico	5	20%
Bachillerato	2	8%

Fuentes: encuesta individual 1997.

Cuadro # 3. Actividad de los miembros de los grupos de nivel alto.

Actividad	Numero de personas	Porcentaje
Profesional	10	40%
Servicios*	6	24%
Técnico	4	16%
Comercio	2	8%
Hogar	2	8%
Cesantes	1	4%

Fuentes: encuesta individual 1997.

* Consideramos como trabajado de servicios a los asalariados que laboran en instituciones que prestan servicios de salud, educación, justicia, agua, luz, teléfono, etc., que no sean profesionales o técnicos.

4.2.2 LA PRÁCTICA EN LOS GRUPOS DE NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO.

En éste acápite detallamos las condiciones de los grupos de nivel socioeconómico medio y las características de la práctica en cada uno de ellos.

1.- Grupo Prados de Coyoacán.

El grupo está situado en terrenos del mercado delegacional. Funciona como un grupo institucional en el sentido de que la Delegación Coyoacán facilita el local

sin costo alguno para el grupo. A este grupo asistimos dos veces, la primera entre semana, la otra el sábado: la primera, por información exclusivamente, pues fue el primer grupo con el que establecimos contacto. En la segunda visita, aplicamos las encuestas y la entrevista. En esta visita formal, por llamarla de algún modo, observamos una concurrencia bastante numerosa debido a que era sábado, todos los fines de semana la asistencia aumenta a veinte o más asistentes, ese día habían veinte personas; en cambio los días entre semana se presentan por lo regular aproximadamente diez miembros. Por su vestimenta, la mayoría de los participantes del grupo aparenta pertenecer a la clase media; vestían sin lujos, sólo observamos a uno vestido formalmente con traje y corbata, no había mujeres ese día.

A esa junta acudió un A.A. que reside en los Estados Unidos, específicamente en Los Angeles, California. Comentó que participa en un grupo al cual acuden casi exclusivamente latinos, la mayoría de origen mexicano. Trajo un saludo de los A.A. de aquella ciudad para los del grupo. Como particularidad en esa reunión, el coordinador trató de que todos los que así quisieran participaran, por lo que sugirió a cada participante ser lo más breve posible para dar oportunidad a los demás. Los temas fueron variados de acuerdo a los intereses de cada participante, generalmente sobre la recuperación personal.

Durante la reunión, un servidor se nos acercó para saber del motivo de nuestra visita: al contestarle, se ofreció a ayudarnos al término de la reunión, nos presentó ante el auditorio y preguntó que quiénes estaban dispuestos a contestar la encuesta. La mayoría aceptó participar y se escogieron al azar cinco individuos. Luego de algunas preguntas en relación al contenido de los cuestionarios, respondieron las encuestas. El mismo servidor que nos ayudó de inicio respondió la entrevista. Nos recordó que el grupo no paga por el alquiler, sesiona todos los días en dos juntas, seis treinta y ocho treinta de la noche. Su

membresía permanente es de treinta personas y algunas mujeres acuden esporádicamente.

2.- Grupo Cafetales

A este grupo lo visitamos por la noche de un día de semana. Está situado en la zona de Villa Coapa, dentro de un edificio de apartamentos en donde el grupo alquila un local esquinero en la planta baja. Modestamente presentado, los asistentes a la reunión estaban vestidos correctamente sin lujos, como acostumbra la gente de clase media.

Ese día estudiaban una de las tradiciones de su literatura. El coordinador leía y en el momento que alguno quisiera intervenir en relación al tema leído, lo indicaba levantando su mano. Se dio oportunidad de hablar a todos los presentes, seis en total, todos varones.

Al término de la reunión, nos presentamos y expusimos nuestras intenciones y nos permitieron hacer nuestro trabajo. Como eran pocos los presentes, cada uno respondió la encuesta y el coordinador respondió a la entrevista. Se hicieron preguntas en relación con toda la encuesta, que fueron aclaradas. El coordinador refirió en la entrevista que se pagan 2 mil pesos por el alquiler mensual, sesionan todas las noches a las ocho de la noche y la membresía es de veinticinco personas.

3.- Grupo El Mensaje.

Visitamos este grupo un día de semana por la noche. El grupo está ubicado en la zona de Huipulco, cerca del Estadio Azteca, en un local modesto pero bien presentado. Ese día un representante de la Oficina de Servicios Generales informaba sobre los servicios que ésta presta a todos los grupos. El expositor fue escuchado en silencio de principio a fin. Luego contestó las preguntas de diez varones y dos mujeres que formaban la asistencia de ese día. Quedó reflejado el interés de los miembros por conocer más sobre la organización a nivel nacional.

Al final de la reunión, aplicamos nuestros instrumentos de investigación. El servidor de la Oficina de Servicios Generales ya conocía de nuestro trabajo a través de la información en la oficina. De las respuestas a la entrevista que fue respondida por un servidor del grupo, sobresale que sesionan todos los días a las siete treinta de la noche y la membresía fija es de veinticinco personas.

4.- Grupo Bolívar.

Situado en el centro histórico de la ciudad, en la calle de Isabel la Católica, en un local amplio de arquitectura colonial muy bien presentado. Realizamos la visita un día de semana por la noche a las nueve. Ese día nos acompañó el representante de la Oficina de Servicios Generales. Estaban reunidos en el grupo cuarenta y seis personas, cuatro mujeres entre ellas. Las había de distintas edades y formas de vestir; unos formalmente, como si vinieran de su trabajo en alguna oficina pública, otros de forma casual y hasta algunos jóvenes vestidos deportivamente. Hay un autoservicio de café y refrescos a disposición de los presentes. Un coordinador regulaba la reunión.

Llamaba la atención la vehemencia con que el primer expositor habló de sus malos recuerdos por el abuso del alcohol, de cómo perdió a su familia y los esfuerzos que estaba haciendo para tratar de recobrarla. Toda la audiencia prestaba atención en silencio, la emoción del participante llegó hasta las lágrimas sin que dentro del local se oyera más que su voz. Al término de su exposición hubo un nutrido aplauso. La reunión se orientó al tema del sufrimiento que provoca el alcoholismo. Algunos de los que ocuparon la tribuna hicieron uso de lo que la literatura de A.A. dice sobre el tema. Es notable el manejo que algunos hacen en sus participaciones de oraciones enteras expresadas idénticamente a como están escritas en la literatura.

El presidente del grupo nos fue presentado por el acompañante de la Oficina de Servicios Generales, nos atendió y repartió al final de la reunión las encuestas a

cinco miembros que él designó y personalmente respondió la entrevista. El número de miembros fijo es de ochenta, regularmente asisten damas en poca cantidad. Se reúnen todos los días a las siete treinta y a las nueve treinta de la noche; es frecuente que algunos miembros permanezcan en el local hasta altas horas de la madrugada. No se consignó el costo mensual del inmueble.

5.- Grupo Centenario.

Ubicado sobre el avenida Canal de Miramontes, en la zona de Villa Coapa, en el segundo piso de un edificio de locales comerciales. Su limpieza y decoración de buen gusto llama la atención desde el ingreso al local. Llamó también la atención la aparente edad madura de los asistentes y su formalidad en el vestir. Los presentes aparentaban ser ciudadanos de la clase media e incluso algunos aparentaban ser educadores; eran ocho varones, no había mujeres entre ellos. En la reunión se manifestó conocimiento de la literatura de A.A. de los participantes por el uso de términos propios de A.A.; uno declaró que hacía muy poco había vuelto a beber, (había "recaído" como se conoce en el ambiente de A.A.) y mostraba su angustia y pena por lo sucedido. El que le siguió en el uso de la palabra, aunque con cortesía, le llamó la atención para que notara el peligro que representaba el recaer por la posibilidad de no poder recuperar su sobriedad. Este fue el tema de la reunión y nuevamente en tono amistoso se le recordó el riesgo al recién recaído. Nos presentamos al final de la reunión, planteado el propósito de nuestra gestión, ante lo cual cooperaron con las encuestas y la entrevista. El costo mensual de la renta del local es de 6 mil pesos, la membresía fija es de treinta personas. Casi nunca asisten mujeres.

Cuadro #4. Diversas condiciones de los grupos de nivel medio.

Grupo	Presentación	Costo x mes	Relación Ellos/Ellas	Asistencia	Miembros
Prados de Coyoacán	Buena	No paga	20 / 0	20	30
Cafetales	Modesta	2 mil pesos	6 / 0	6	25
El mensaje	Modesta	2 mi pesos	10 / 2	12	25
Bolívar	Modesta	-	24 / 4	46	80
Centenario	Buena	6 mil pesos	8 / 0	8	30

Fuentes: observación y entrevista a los responsables de grupo 1997.

4.2.2.1 Datos estadísticos de las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos de nivel medio.

En este acápite describiremos y analizaremos los datos estadísticos de los resultados a las preguntas sobre las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos de nivel medio. Los resultados se expresan en frecuencias relativas (%).

El 40% son profesionistas, el 28% estudió hasta nivel de bachillerato, el 24% hasta preparatoria y el 8% hasta nivel vocacional. El 32% labora como profesionistas, el 24% se dedica al comercio, el 20% labora en servicios, el 8% como técnico y el 8% trabajan y estudian (en esta pregunta no se consignó). El 92% dedica 6 días por semana a su trabajo, el 4% 3 días y otro 4% solo 2 días. Por el poco tiempo que algunos dedican semanalmente a su trabajo, asumimos que son subempleados o cesantes.

Cuadro #5. Escolaridad de los miembros de los grupos de nivel medio.

Escolaridad	# de personas	Porcentaje
Profesional	10	40%
Bachillerato	7	28%
Secundaria	6	24%
Vocacional	2	8%

Fuentes: encuesta individual 1997.

Cuadro #6. Actividad de los miembros de los grupos de nivel medio.

Actividad	# de personas	Porcentaje
Profesionales	8	32%
Comerciantes	6	24%
Servicios	5	20%
Técnicos	2	8%
Subempleados o cesantes	4	16%

Fuentes: encuesta individual 1997.

4.2.3 LA PRÁCTICA EN LOS GRUPOS DE NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO.

En este acápite detallaremos las condiciones de los grupos del nivel socioeconómico bajo de la muestra. Además describiremos las características operacionales de cada uno de ellos.

1.- Grupo San Agustín, Naucalpan.

A este grupo lo visitamos un día de semana por la noche. Está ubicado en el municipio de Naucalpan, Estado de México, en un sector residencial. Funciona en la sala de una casa habitación, pero totalmente aislado de las otras partes de la casa. La presentación del local es sencilla, bien aseado y ventilado. El día de la visita nos acompañó un representante de información pública de la Oficina de

Servicios Generales. Los asistentes, siete ese día todos varones, estaban modestamente vestidos, sólo el coordinador vestía con saco y corbata, por su trabajo de vendedor de seguros. Dada por iniciada la reunión el coordinador comenzó a leer la séptima tradición de A.A., e invitó a los asistentes a que participaran con sus experiencias personales sobre el tema. Fuimos también invitados, ante lo cual expusimos el motivo de la visita. El coordinador respondió que ayudarían pero al término de la junta.

Fue llamativa la asistencia de un joven que se presentaba por primera vez, que al ser invitado a participar, informó que salía ese mismo día de un internamiento hospitalario por intoxicación alcohólica. Al conocer la situación, tomó nuevamente la palabra el coordinador y dedicó el tiempo que faltaba de la junta al nuevo allegado; primero lo invitó a que siguiera asistiendo a algún grupo y si este le convenía por cercanía u otra razón, se sintiera desde ese momento un miembro más. Los que siguieron en el uso de la palabra dedicaron su participación a incentivar a aquel joven de que siguiera en la agrupación. Al pasar la charola para el donativo voluntario todos participamos, excepto el "novicio".

Una vez concluida la reunión, el coordinador nos permitió repartir al azar las encuestas y otro servidor, distinto al coordinador, respondió la entrevista. El grupo paga 300 pesos mensuales de alquiler, su membresía es de quince personas y no hay mujeres miembros.

2.- Grupo Corteza.

Ubicado en la delegación Iztacalco, dentro de un conjunto habitacional del Infonavit, junto a una pequeña tienda está el local del grupo. Su exterior está bien pintado y limpio, mejor presentado que las casas habitación aledañas. En la reunión del día de nuestra visita estaban ocho personas, sólo varones, por su indumentaria aparentaban ser trabajadores sencillos de clase media o media baja. Ninguno vestía formalmente, pero tampoco presentaban alguna prendas rotas o

destruidas. Tres de los presentes no aparentaban superar los veinticinco años de edad.

La junta se llevó a cabo con intervenciones cortas para dar oportunidad a todos a participar. Al invitarnos a tomar la palabra, les referimos el motivo de nuestra visita, a lo cual el coordinador consultó con los otros asistentes sobre la posibilidad de cooperar, y se logró el consenso para apoyar nuestro trabajo. Cinco de ellos llenaron encuestas y el coordinador respondió la entrevista; por las respuestas de éste supimos que se paga por el local 800 pesos mensuales, la membresía es de 20 personas y que muy esporádicamente asisten damas.

3.- Grupo Animación.

Lo visitamos una tarde de semana a las cinco treinta. Está situado cerca del metro de Villa de Cortés en la colonia Postal. El local es de aspecto modesto amplio y limpio. Se encontraban doce asistentes, entre ellos dos mujeres. Después de que el coordinador diera por iniciada la junta con la lectura del enunciado y la oración de la serenidad, como invitado nos sugirieron tomar la palabra; al dar a conocer el motivo de nuestra visita, nos indicaron que ese día se realizaba una junta cerrada y nos convenía regresar el día de una junta de información pública. Les insistimos en la premura por recolectar la información, a lo que accedieron a cooperar al final de la reunión.

La junta fue muy dinámica, cada uno habló de lo que más le interesaba sin un tema central, notamos que algunos aprovecharon su espacio de participación para refutar lo que otros habían dicho. Al preguntar sobre el particular se nos informó que no es indicado usar la tribuna para refutar lo dicho por otros, pero como la tribuna es libre, algunos acostumbran a polemizar desde ella.

La reunión terminó en armonía y en esa misma actitud cooperaron con nuestro trabajo. El coordinador respondió a la entrevista, por su medio nos enteramos

que por el local pagan 800 pesos mensuales, la membresía es de treinta, entre los que frecuentemente asisten de tres a cinco mujeres.

4.- Grupo Tío Dick.

Situado cerca del metro Aculco, en la colonia San José Aculco. Lo visitamos un día de semana a las siete treinta de la noche. Se trata de uno de los grupos más antiguos de la ciudad. El día de nuestra visita coordinaba la reunión un miembro al cual habíamos saludado en la Oficina de Servicios Generales. Al advertir nuestra presencia, nos presentó al grupo y sugirió que cooperan con nuestra investigación que tenía un propósito puramente académico, como se lo habíamos hecho saber.

La asistencia el día de nuestra visita era numerosa en comparación con otros grupos que habíamos visitado. Dentro de los aproximadamente treinta asistentes, se encontraban cuatro mujeres, dos de las cuales hicieron uso de la tribuna. En su intervención hablaron de su experiencia particular como alcohólicas activas en un tiempo; una de ellas tenía apenas dos meses de pertenecer al grupo; en su intervención narró las desventajas de su género al deambular por las calles, de como fue objeto de abusos físicos y morales por su condición. La otra dama no se refirió al tiempo de estar en la agrupación, pero por el modo en que se desenvolvió en la tribuna pareciera tener tiempo de pertenecer a A.A. Las otras intervenciones fueron muy entusiastas para con la agrupación con motivo de haber salvado la vida. Fueron frecuentes entre los participantes las palabras de agradecimiento para "El Poder Superior" y los compañeros.

Al final compartimos juntos el café, momento que el coordinador nos permitió escoger quienes contestaran las encuestas, entre ellos designamos a una dama. Un miembro escogido por el coordinador contestó la entrevista, no reveló que el costo mensual del alquiler del local es de 1,500 pesos; la membresía es de

cincuenta aproximadamente y sesionan todos los días en dos reuniones, cinco treinta de la tarde y ocho de la noche.

5.- Grupo Ahuizotla.

Situado en el municipio de Naucalpan, Estado de México, no muy lejos del metro Cuatro Caminos, dentro de la zona industrial. Realizamos la visita un día de semana a las siete treinta de la noche. Su exterior aparenta ser un taller, al interior tiene la misma fisonomía de un grupo de A.A., por los retratos, las cartulinas con las oraciones y los axiomas. El día de la visita se reunieron nueve hombres. Antes de comenzar la reunión nos identificamos haciendo la salvedad de que no era nuestra intención estorbar en lo absoluto la ejecución normal de la junta, por lo que esta se llevó a cabo en forma convencional, dejando para el final nuestra intervención.

Concluida la junta nos cedieron la tribuna para hacer saber a todos nuestros propósitos y responder las preguntas que tuvieran a bien hacernos; decidieron que durante el llenado los cuestionarios cada uno preguntara, si tenía dudas. Contestaron sin preguntar en lo absoluto. La entrevista la respondió el coordinador, por él supimos que la renta mensual del local es de 500 pesos; la membresía es de treinta y casi nunca asisten mujeres.

Cuadro #7. Condiciones de los grupos de nivel socioeconómico bajo.

Grupo	Presentación	Costo x mes	Relación Ellos / Ellas	Asistencia	Miembros
San Agustín Naucalpan	Humilde	300 pesos	7 / 0	7	15
Corteza	Sencillo	800 pesos	8 / 0	8	20
Animación	Sencillo	800 pesos	10 / 2	12	30
Mo Dick	Sencillo	1,500 pesos	26 / 4	30	50
Ahuizotla	Humilde	500 pesos	9 / 0	9	30

Fuentes: observación y entrevista a los responsables de grupo 1997.

4.2.3.1 Datos estadísticos de las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos de nivel bajo.

En este acápite se describirán y analizarán los datos estadísticos de los resultados a las preguntas sobre las condiciones socioeconómicas de los miembros de los grupos del nivel bajo. Los datos se expresan en frecuencias relativas (%).

El 40% estudiaron hasta nivel de secundaria, el 20% a nivel de preparatoria, el 12% hasta profesionistas, otro 12% a nivel técnico, otro 12% a nivel de bachillerato y un 4% a nivel vocacional. El 44% labora en servicios, el 28% en el comercio, el 12% como profesionistas, el 8% trabajan y estudian, el 4% trabajan como técnico y el 4% se dedica al deporte. El 86% labora 6 días por semana, el 14% solo 2 días a la semana.

Los que trabajan y estudian son también los que dedican a su trabajo apenas 2 días por semana; lo mismo sucede con los técnicos y los que se dedican al deporte; por esa característica los hemos catalogado como subempleados.

Cuadro #8. Escolaridad de los miembros de los grupos de nivel bajo.

Escolaridad	# de personas	Porcentaje
Secundaria	10	40%
Preparatoria	5	20%
Profesional	3	12%
Técnico	3	12%
Bachillerato	3	12%
Vocacional	1	4%

Fuentes: encuesta individual 1997.

Cuadro #9. Actividad de los miembros de los grupos de nivel bajo.

Actividad	# de personas	Porcentaje
Servicios	11	44%
Comercio	7	28%
Subempleados*	4	16%
Profesionales	3	12%

Fuentes: encuesta individual 1997.

* Consideramos subempleados a todos aquellos que respondieron trabajar 4 o menos horas por semana y entre estos están aquellos que estudian y eventualmente trabaja.

4.2.4 PERCEPCIONES DE LOS MIEMBROS DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS DESPUÉS DE PERTENECER A UN GRUPO DE A.A.

Los miembros de los grupos de nivel alto después de pertenecer a un grupo de A.A.: 92% se siente mejor consigo mismo, 84% creé estar mejor de salud, 92% mantiene mejores relaciones familiares, 84% mantienen mejores relaciones con

sus compañeros y vecino, 84% se sienten mejor en su trabajo, el 56% está mejor económicamente, el 82% piensa seguir en el grupo y el 42% creé firmemente en un "Poder Superior".

Los de nivel medio: 92% se siente mejor consigo mismo, 80% se siente mejor de salud, 84% mantiene mejores relaciones familiares, 80 % mantiene mejores relaciones con sus compañeros y vecinos, 84% se siente mejor en su trabajo, 40% está mejor económicamente, el 88% piensa seguir perteneciendo al grupo y 56% creé en un "Poder Superior".

En el nivel bajo: el 86% se siente mejor consigo mismos, el 92% se siente mejor de salud, 82% mantienen mejores relaciones familiares, 86% mantienen mejores relaciones con compañeros y vecinos, 88 está mejor en su trabajo, 68% está mejor económicamente, 90% piensa seguir perteneciendo al grupo y 84% creé en un "Poder Superior".

Cuadro # 10. Percepciones subjetivas y objetivas de los miembros de los grupos estudiados después de pertenecer a un grupo de A.A.

Percepción	nivel alto	nivel medio	nivel bajo
se siente mejor consigo mismo	92%	92%	86%
creé estar mejor de salud	84%	80%	92%
mantiene mejores relaciones familiares	92%	84%	82%
mantiene mejores relaciones con compañeros y vecinos	894%	80%	86%
se siente mejor en el trabajo	84%	84%	88%
está mejor económicamente	56%	40%	68%
desea permanecer en el grupo	82%	88%	90%
creé en el Poder Superior	48%	48%	84%

Fuentes: encuesta individual 1997.

Los datos del cuadro #10 expresan que:

- Una gran mayoría de los miembros independientemente del nivel socioeconómico del grupo en que participan, siente que haber decidido acudir a A.A. ha sido una buena elección.
- Mayoritariamente también sienten que después de acudir al grupo su salud ha mejorado, a pesar de que no recibir en A.A. medicamentos de ninguna especie.
- También de modo mayoritario las relaciones interpersonales familiares y grupales han mejorado.
- Se evidencia que la mayoría siente mejoría en sus relaciones laborales.
- La mejoría económica ha sido menor que en los otros rubros, lo que debe de responder a la actual crisis económica ha alcanzado a todos los niveles socioeconómicos, siendo más evidente en la clase media por ser ésta en la que la espiral inflacionaria y el desempleo se manifiestan con mayor crudeza. Tales realidades dificultan la recuperación económica particularmente a ese nivel, a pesar que en otras relaciones sociales se evidencia una franca mejoría por el apoyo emocional que se brinda dentro del grupo.
- Los altos porcentajes generales de seguir perteneciendo a A.A., refleja la satisfacción con el programa.
- Los datos no tan positivos ni parejos de la creencia en un "Poder Superior", describen la diversidad místico - religiosa de los miembros de nivel socioeconómico bajo con respecto a los otros, ésta diferencia se analizará en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS GENERAL

En este capítulo analizaremos detalladamente las características del modelo y de la práctica de A.A., la concordancia entre ambos y las relaciones que realmente se establecen dentro de los distintos contextos sociales en que funciona.

5.1 Análisis del modelo.

Las condiciones que dan origen a la formación de los grupos de A.A., señalan en primera instancia la falta de un cuerpo teórico-metodológico propio de la agrupación en el cual basar su modelo. Desde el principio, se evidencia que el modelo sólo puede desarrollarse dentro de grupos y no individualmente, pues su base es la autoayuda, pero a pesar de su carácter colectivo, no muestra interés por constituirse en una institución pública.

Las condiciones para pertenecer a la agrupación son: que se refieren a tener problemas con la manera de beber, es decir no para todos los que beben, sino sólo para aquellos que al ingerir alcohol entran en problemas y que éstos hayan decidido dejar de beber, definen claramente sus límites.

Otra característica es que las unidades funcionales de la agrupación son los grupos de A.A., por lo cual es menester pertenecer a uno de ellos para estar dentro de la institución como miembro activo. Todas estas condiciones apuntan a ubicar a A.A. como una institución de la sociedad civil.

Para lograr perpetuarse en el tiempo y darse a conocer globalmente, la agrupación debió apropiarse de conceptos que pudieran ser transferidos a documentos escritos que sirvieran de base teórica al pensamiento de A.A.

5.1.1 Consideraciones sobre la neutralidad del modelo de A.A.

De primera vista pareciera que el modelo de A.A. trata de ser lo más neutral posible con respecto a otros en cuanto a sus conceptos básicos, pero al revisar su literatura observamos que no es así: más bien, se trata de un modelo sintético en cuanto toma de la medicina dominante la definición del alcoholismo como enfermedad. Al inicio, el concepto de A.A. del alcoholismo como una alergia, parece ser muy sencillo y poco elaborado, a pesar que encierra la noción de toda una gama de reacciones bioquímicas intracelulares, que lo acercan a las novedosas teorías neurofisiológicas sobre el etiología la alcoholismo que revisamos, es decir, es percibido como un desajuste orgánico del cuerpo que se une a un desajuste emocional (psicológico), representado por la compulsión en la manera de beber de los alcohólicos. Esta construcción ideológica, encuadra completamente dentro de los conceptos psiquiátrico-psicológicos de la medicina dominante. Se aprecia al escuchar a los miembros de A.A. dentro de sus grupos, referirse a la naturaleza muy complicada e incurable pero controlable de su padecimiento.

Por otro lado el concepto de "Un Poder Superior" se asemeja al Dios Todopoderoso de las religiones monoteístas. La forma de financiamiento mediante donativos voluntarios es como en las congregaciones religiosas, la limosna para los católicos, el diezmo y las ofrendas para los protestantes. Se nota la influencia evangelista de los grupos Oxford (Bill, W. Tres Charlas Médicas. Op, cit :42), sobre los co-fundadores de la agrupación. El mismo Bill, W. reconoce que los principios fundamentales de la agrupación son tomados de lo mejor de la medicina, la psiquiatría y la religión (Bill, W. Op, cit :31).

Es notoria a la vez la aparición de A.A. en una época de gran desarrollo capitalista en los Estados Unidos país de hegemonía protestante, lo que pudiera dar lugar a pensar que tal agrupación sólo funcionaría en países

característicamente capitalistas centrales y de hegemonía protestante. Es evidente la influencia del pensamiento protestante capitalista en el modelo de A.A.; comparemos lo que dicen algunas de las máximas morales de Benjamín Franklin (probablemente el filósofo y político, de mayor influencia sobre el pensamiento moral y ético del pueblo estadounidense) *"Piensa que el crédito es dinero. Piensa que el dinero es fértil y reproductivo. Piensa que, según el refrán, un buen pagador es dueño de la bolsa de cualquiera. El que es conocido por pagar puntualmente en el tiempo prometido, puede recibir prestado en cualquier momento todo el dinero que sus amigos no necesitan"* (Weber, M. La Ética Protestante. 1994 :46-47); comparemos lo que dice la literatura de A.A. *Podemos pagar u ofrecer pagar todas la deudas de carácter económico, o de cualquier otra naturaleza que tengamos. A menudo nos sorprenderá la generosa acogida que se le da a nuestra serena honradez* (A.A. Los Doce Pasos del Libro :33). Ambos pensamientos encuadran dentro de la ética moral protestante y se refieren a cumplir con el pago de deudas económicas adquiridas, lo que trae como consecuencia: en el caso de la máxima de Franklin la obtención de dinero; en el caso de A.A. el respeto de los demás y probablemente luego, si se sigue el programa, una ganancia también económica.

El auge tan notorio de la agrupación en países predominantemente católicos y de menor desarrollo económico como México y el resto de América Latina (Menéndez, E. 1990. Op, cit :155), lo podemos atribuir a la falta de desarrollo otros tipos de respuesta, ya que la alternativa dominante, a pesar del poder estructural que le confiere el Estado, no logra satisfacer como respuesta la necesidad de la gran mayoría de los afectados, lo que se nota en el aumento constante de la prevalencia e incidencia del alcoholismo en toda la región (Rosovsky, H y Borges, G. CONADIC. 1993 :147-157).

En México, hubo en un inicio resistencia a la entrada de A.A.: se desconfiaba de un programa venido de un país no católico que podría contaminar la fe y las

buenas costumbres religiosas del pueblo; más aún (según pudimos enterarnos sin que nos refirieran la fuente bibliográfica) se intentó colocar dentro de algunos locales retratos de La Virgen de Guadalupe, del Corazón de Jesús, del Papa, entre otros, lo que no se permitió en cumplimiento de las tradiciones establecidas por los fundadores. Desde ese momento, se marca la disciplina que la agrupación ha demostrado hasta la fecha.

Destaca el desarrollo del movimiento en los países del antiguo bloque socialista y en sociedades de estructura ideológica tan propia como Japón o los países africanos (Coccioli, C. Op, cit :103 y Menéndez, E. 1990. Op, cit :155).

La aceptación global del programa de A.A. tiene relación también con las teorías del autocuidado: por falta de desarrollo de otras alternativas los alcohólicos han tenido que tomar bajo su responsabilidad la práctica del tratamiento, como sucede en A.A.

5.1.2 La autoayuda en el desarrollo del modelo de A.A.

Las condiciones de A.A. que permiten ubicarlo como un modelo desarrollado a partir de la autoayuda son: a) que no interviene un curador profesional b) no es medicalizado c) permea la estructura de toda la sociedad c) es su primer nivel real de atención en el sentido de que el tratamiento es llevado a cabo por la misma persona o por personas inmediatas que sufren el mismo problema, es decir, el tratamiento se basa en la experiencia de quienes viven el problema y pertenecen a la misma comunidad, por lo que el que imparte el tratamiento y el que lo recibe están al mismo nivel y comparten dentro de un ambiente de respeto que asegura la sobriedad y permanencia en el grupo; una de las finalidades del tratamiento es que el que lo recibe llegue a dominar el saber contenido dentro de la terapia de forma igualitaria a su tratador, para que a su debido tiempo lo comparta con otros que lo necesiten, lo que permite la legitimidad del grupo como tal e) su eficacia es pragmática porque sólo es mediante la inmediata práctica de

la abstinencia que se puede impedir la frecuencia, recurrencia y la continuidad de los episodios de enfermedad.

Otra característica del modelo de A.A. como modelo de autoayuda es la subordinación con respecto hacia otros modelos, específicamente hacia la medicina dominante en el sentido que comparten las definiciones de alcoholismo como fenómeno multicausal sin que A.A. se planté otros conceptos, lo que le limita ver las determinaciones sociales e históricas del alcoholismo. Aunque A.A. visualiza que el beber alcohol es sólo un síntoma de algo aún más profundo, esa subordinación al modelo dominante y el desinterés por profundizar en la comprensión integral del fenómeno, no le permite ver qué es lo más profundo, lo más general que está determinado el problema.

En la investigación de campo que realizamos dentro de los grupos de A.A. en donde se obtuvo la información sobre el modelo, resultó que: de primera instancia para tratar de resolver su problema de alcoholismo, el 32% de los encuestados del nivel socioeconómico bajo buscó ayuda en un grupo de A.A., el 16% de los de nivel medio buscó como primera instancia a los grupos de A.A. y sólo un 12% del nivel alto acudió como primera instancia a un grupo de A.A. En contraste, el 40% del nivel alto y el mismo porcentaje en el nivel medio acudió como primera instancia a los médicos y psicólogos, en tanto que en el nivel bajo sólo acudió a esos profesionistas de primera instancia el 28%.

Estos porcentajes podrían indicar que la falta de recursos económicos y de derechohabencia a las instituciones de seguridad social de los miembros del nivel bajo que no tienen una inserción dentro de procesos laborales formales, les dejara como única alternativa para tratar su problema a los grupos de A.A. por ser estos gratuitos o de contribución voluntaria; hemos de reconocer que no contamos con datos suficientes para hacer tal aseveración.

El análisis descriptivo de los datos revela también que el modelo atrae a los alcohólicos de los tres niveles, pero que las condiciones de los grupos que representan cada nivel son distintas, como se demostró en las visitas a los grupos de la muestra en que pudimos observar y analizar las características económicas y sociales de los locales y de los asistentes que mostraron un comportamiento no pluriclasista sino en general bastante clasista, siendo las diferencias en ocasiones abismales (como que un grupo de nivel alto paga más de 20 mil pesos mensuales por el alquiler del local y además mantiene otro local de gala, en contraste otro grupo de nivel bajo apenas logra pagar 300 pesos mensuales por el local). No obstante esas diferencias, los alcohólicos siguen voluntariamente acudiendo a los grupos de A.A. en los tres niveles, lo cual queda demostrado en los porcentajes tan altos en que desean seguir perteneciendo a sus grupos de A.A., lo cual quiere decir, ni más ni menos, que para nuestros encuestados el programa funciona.

En el mismo sentido, los resultados señalan que la escolaridad de los del nivel socioeconómico alto es mayor que los del nivel socioeconómico medio y a la vez la escolaridad de éstos es mayor que en el nivel bajo; lo mismo sucede con los puestos laborales desempeñados, en donde los profesionales están ocupados en su mayoría por miembros del niveles alto y medio con respecto al nivel bajo; se visualizan en estos números la diferencia en las oportunidades al disfrute del capital social que tienen unos y otros.

Existe también una notable diferencia en el porcentaje de sujetos del nivel bajo que fervientemente creó en un "Poder Superior"(84%), y los de los otros niveles (48%)que creó definitivamente; en su mayoría, estos todavía no declaran abiertamente creer en un "Poder Superior", pero tampoco lo niegan. Al consultarlos al respecto contestaron que necesitaban más información para aceptar sin reservas la existencia de dicho "Poder".

La diferencia en la intensidad de esta creencia místico - religiosa podría deberse a la necesidad que tienen los grupos menos favorecidos socialmente de tener una esperanza de mejoramiento de sus condiciones de vida, que centran en las bondades de un ser o de algo sobrenatural.

La agrupación les orienta en un inicio a concebir por ellos mismos a ese "Poder Superior" y, en cuanto avanzan en el conocimiento teórico del modelo a ir modificando el concepto de dicho "Poder" haciéndolo cada vez más semejante al Dios de la Biblia. Tan es así, que sólo en el segundo de "los Doce Pasos" se le denomina genéricamente como "Poder Superior" pero a partir de ese paso en todos los siguientes se denomina específicamente como Dios.

Al parecer, la religión dominante reconoce oficialmente con beneplácito la labor de A.A., pues el modelo y la práctica de A.A. no se contradice con su doctrina, y permite que muchos de alcohólicos nacidos bajo la influencia ancestral del catolicismo se mantengan o regresen a sus filas sin tener que abandonar las reuniones en el grupo de A.A..

Los resultados entonces nos permiten inferir que a pesar de sus diferencias económicas e ideológicas en cuanto a la creencia en un "Poder Superior", los alcohólicos siguen acudiendo a los grupos de A.A. porque el modelo de la agrupación les permite elegir el que más les agrade, que por lo general es un grupo cercano a su hogar o en lugares de similares condiciones a las de su zona de residencia, o adonde acudan miembros de A.A. de su mismo nivel social, por lo que no se ven en la necesidad de desarraigarse de las costumbres, modo de vestir, semejanzas en escolaridad, en actividad, etc. de su nivel de pertenencia, lo que reafirma que **la pertenencia de clase determina el grupo de asistencia pero no el alcoholismo.**

Otra evidencia empírica del estudio que avala lo anterior es que dentro de los tres niveles socioeconómicos, el 60% acude al grupo por voluntad propia. En una proporción semejante acuden porque les agrada que no hay autoridades que vigilen y exijan resultados, aunque diariamente se les recuerde que la terapia es el control continuo y permanente de sus instintos. También la mayoría dentro de los tres niveles acuden a los grupos independientemente de que cobren o no una cuota o aporte económico.

La funcionalidad del modelo se debe a que no cuestiona las inequidades sociales, sino que las acepta, respeta y se aboca a un solo problema, *la manera desordenada de beber*. Puntualizar su objetivo sobre una problemática particular y específica y no sobre sus determinaciones, permite que A.A. funcione como una tendencia alternativa y subordinada no contradictoria a las clases dominantes y al modelo médico hegemónico. Esta puntualización verdaderamente plantea a los miembros que se responsabilicen de sus actos por medio de acciones disciplinarias como la abstinencia; el reconocimiento de su impotencia ante el alcohol; el deber de lograr una solvencia económica que les permita su mantenimiento personal y de sus familias, los que no la tienen y los que ya gozan de "privilegios" económicos, los mantengan o aumenten sin olvidarse de acudir la mayoría de las veces a sus juntas y llevar el mensaje a otros alcohólicos a lo largo de sus vidas que es la fórmula con mayor probabilidad de mantener la sobriedad.

Otro aspecto que permite al modelo plantear una relación de subalternidad con el modelo dominante, es la concepción de la salud como bien de uso. El modelo de A.A. se dirige a mejorar la salud y mantener este estado de mejoría de los miembros, siempre y cuando se observen los lineamientos del programa permanentemente. El propósito es que se readapten nuevamente a la sociedad con todas sus potencialidades y logren insertarse nuevamente en las relaciones de producción y reproducción social. El sentido de la salud como bien de uso se demuestra en que los encuestados coincidieron mayoritariamente en que es

necesario acudir a un grupo de A.A. para mejorar la salud, aunque también colaboren médicos, psicólogos y las creencias religiosas.

5.2 **Análisis de la práctica real.**

En este acápite analizaremos detalladamente la práctica que realmente opera en lo grupos, y las relaciones que guarda con otras prácticas.

5.2.1 **La práctica de A.A. como práctica colectiva.**

A.A. practica su terapia en grupos porque reconoce que el alcoholismo socialmente es un padecimiento altamente "contagioso" que sobrepasa los daños causados al organismo del individuo y se propaga a la unidad doméstica, al lugar de trabajo y en general la vida en sociedad de los alcohólicos. De allí estas preguntas : *¿A quién lastimé y en qué grado ? ¿Hice desgraciado mi matrimonio y perjudiqué a mis hijos ? ¿Comprometí mi posición en mi comunidad ?* (Alcohólicos Anónimos. 1996 : paso #9): estas interrogantes reflejan realmente la intención del tratamiento de lograr beneficios colectivos al corregir los defectos de relación del "enfermo" con su entorno social, ya que la recuperación completa de éste no es posible.

Cada uno de los principios básicos de A.A. contenidos en su literatura, sugieren una acción colectiva de parte de los miembros como grupo particular, para que puedan adaptarse a determinadas situaciones sociales ante las cuales en la actividad alcohólica no podían, o las afrontaban de manera que afectaba negativamente sus relaciones con los demás. Algunas de estas sugerencias son: a) seguir perteneciendo a un grupo de A.A. y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar y/o mantener la sobriedad (paso doce) b) integrarse nuevamente a la sociedad de manera productiva para asegurar su reproducción social y la de sus dependientes, dentro de su nivel social de pertenencia, lo que no desautoriza que

traten de mejorar las condiciones de vida anteriores c) tratar de incorporarse a otros grupos sociales de carácter político, cultural e ideológico, que le sean afines y que sobre todo no atenten contra su sobriedad. En términos generales, el programa sugiere una normatividad disciplinaria para lograr una vida social plena sin alcohol.

5.2.2 La autoayuda en la práctica de A.A.

La base práctica de A.A. es la autoayuda: un alcoholico ayuda a otros a que se mantengan sobrios mediante la exposición verbal de su problema con la bebida, sin el uso de medicamentos, ni la intermediación de un curador profesional, ni el uso de instrumentos técnicos diagnósticos de laboratorio y de gabinete lo que impide las divergencias en cuanto al establecimiento del diagnóstico, como pasa a menudo con la médica alopática. El único instrumento terapéutico es la experiencia personal del "enfermo" alcoholico frente al grupo. El interés del tratamiento se orienta a que los miembros reconozcan que tienen un problema con repercusiones sociales e individuales que urge afrontar (primer paso): este reconocimiento es más importante que entender de qué se trata la enfermedad, ya que es probable que después logre entender algo sobre su padecimiento. Al hablar de su "padecimiento" el A.A. se está "autoterapeando" y al mismo tiempo trata al grupo. En otro momento de la misma sesión terapéutica es otro el que habla y los demás escuchan y así sucesivamente se va impartiendo el tratamiento de unos a otros, lo hacen en forma ordenada y respetuosa como se observó en el trabajo de campo.

Las características propias convierten a esta práctica en socializada, de carácter grupal, cuyo objetivo es reformar las relaciones sociales del dependiente, siempre y cuando éste se mantenga sin beber *"el grupo dice al alcoholico: si deseas seguir bebiendo, el problema es tuyo: si deseas dejar de beber el problema es nuestro"*, de donde se entiende que el grupo se responsabiliza de la terapia de cada uno de

sus miembros siempre y cuando este cumpla con las condiciones básicas a) practicar la abstinencia total de bebidas alcohólicas b) pertenecer y participar en un grupo. Aunque explícitamente la organización no exige, sólo sugiere, el que no cumpla con estos requisitos está fuera de la cobertura del grupo y éste no se siente responsable de su recuperación, lo que cancela el sentido de sugerencia y lo convierte en imposición. Así que, estas condiciones "vigilan" el comportamiento del A.A., y su incumplimiento terminará por "castigar" su mala conducta ...*muchos alcohólicos intentaron seguir nuestro programa pero sin éxito, porque no podían admitir su total incapacidad para usar alcohol* (Paso 1. Los Doce pasos y las doce tradiciones).

Como se mencionó, A.A. entiende que el abuso del alcohol produce daños al cuerpo y la mente del individuo alcohólico, noción que comparte con la medicina y la psicología. Pero su práctica no está dirigida a resolver esos daños: se orienta más bien a que sus miembros afronten responsablemente su situación, ya que si bien A.A. reconoce al alcoholismo como una enfermedad, el alcohólico mediante su modo irracional de beber es el causante directo de sus desdichas. El programa sugiere que se adquiera esa responsabilidad aceptando que se cometieron actos en perjuicio de ellos mismos y de otros, cuyo daño se debe remediar, a través de una satisfacción de la misma naturaleza sobre los afectados (*Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros* (paso 9). Este paso refleja mucho del carácter disciplinador de la práctica de A.A. y a la vez se observa la similitud de este principio con la confesión de los pecados de la religión judeocristiana.

Algunos dentro de los que se incluyen profesionistas dedicados al estudio del alcoholismo, pretenden comparar la autoayuda de A.A. con los grupos psicoterapéuticos abiertos, idea discutible porque la psicoterapia ciertamente suele practicarse en grupos, mantiene las características fundamentales de la

práctica dominante en el sentido de que el curador (médico, psicólogo u otro psicoterapeuta profesional) mantiene la dirección, el control y el saber del proceso, pudiendo incluso desarticular los lazos de unión entre los pacientes, lo que es completamente distinto a como que sucede en la práctica de A.A., en donde no hay un curador profesional; las relaciones entre los otros miembros y el que en un determinado momento imparte el tratamiento, se pretende que sean totalmente simétricas, el propósito es que todos compartan el saber y mantengan lazos ideológicos de unión, punto fundamental en la lógica de A.A.

La investigación de campo reflejó que la gran mayoría, cerca del 90% de los encuestados se siente mejor consigo mismo. Otra gran mayoría superior al 80% se siente mejor de salud. Lo mismo sucedió en cuanto a mejores relaciones interpersonales con familiares, vecinos y compañeros de trabajo. La gran mayoría, más del 85%, también se siente mejor en su trabajo.

Estos resultados tan positivos pueden deberse a que el ambiente en que se practica la terapia dentro de los grupos es realmente de armonía y fraternidad, lo que se logra por el trato de iguales que cada miembro recibe dentro de su grupo de pertenencia; esto se comprueba al observar la similitud en la presentación de los locales y de la forma de vestir, escolaridad y actividad de los individuos del un mismo nivel, compatibilidades por las que una gran mayoría superior al 85% piensa seguir permaneciendo a su grupo.

Un dato que nos llamó la atención fuertemente fue la gran diferencia entre el número de hombres y mujeres que asisten a los grupos. Por medio de la observación podemos asegurar que las mujeres que acudieron a cada una de las reuniones a que asistimos, no alcanzan el 10% del total de asistencia. No pudimos calcular el porcentaje de la diferencia debido a que no indagamos el sexo en las encuestas. Hicimos una rápida consulta dirigida a la Oficina de Servicios Generales para aclarar este punto y nos recordaron que no llevan

estadísticas y nos aclararon que el programa no discrimina a las personas por su sexo. Regresamos a nuestra revisión documental en donde fue poco lo que encontramos. Consideramos que la respuesta del asunto se encuentra en el estigma social que se tiene del alcoholismo y de A.A. (Barriguete, A. 1996 :197). La mayoría de las personas creen que el alcohólico es aquél andrajoso, maloliente, despreciable, que deambula por las calles tembloroso en procura de un trago de alcohol; también se creé que es aquél que bebe alcohol del 96 o que toma en las cantinas de las zonas marginales de la ciudad y que duerme en terrenos baldíos y en los parques.

Todavía es más grave la situación en el caso de las mujeres, ya que sólo se acepta como alcohólica aquella que exhibe su ebriedad y que siempre anda sucia, abandonada y desaliñada, esperando un cliente a través de una ventana o deambulando por las calles cerca del mercado de la Merced o en las zonas de tolerancia.

Por otro lado, pierde imagen y respeto la persona que se sabe que asiste a Alcohólicos Anónimos (Barriguete, A. Op, cit. 1996 :192). Popularmente alguno creen que quienes asiste a un grupo de A.A. son unos desequilibrados mentales, faltos de carácter y de fuerza de voluntad. El estigma es aun más negativo en el caso de las mujeres de quienes se cree que asisten a un grupo porque ya han sido desahuciadas por sus familias y por la sociedad (Brenes Madrigal, R. Op, cit : 1994 :20-25).

Ahora es fácil de entender porqué hay una resistencia general para participar en los grupos de A.A., y más todavía de parte de las mujeres. Para el marido o los hijos, es mejor que la esposa y más aún la madre siga bebiendo descontroladamente que exponerla a la crítica social por asistir a un grupo de A.A. Lo mismo se puede decir de la propia mujer afectada. Esta imagen estereotipada que se da de un alcohólico o de una alcohólica, es producto de la

idiosincrasia, la ignorancia y el engaño que persiste en muchos sectores de la sociedad. Según algunos investigadores, este estigma se da más en las familias de nivel socioeconómico elevado (Brenes Madrigal, R. Op. cit :24): en nuestra investigación aparece lo contrario. Precisamente dentro de los grupos de nivel alto vimos más mujeres, concretamente en los grupos San Agustín de Polanco y 10 de Junio. Esto podría significar que en la actualidad se esté superando este estigma negativo pues el alcoholismo femenino no parece disminuir, sino todo lo contrario (A.A. Op, cit :249-256 y Wallace, J. Op, cit :8-12).

En términos generales, los datos reflejan que la población que acude a los grupos de A.A., mayoritariamente conciben que sus vidas han mejorado tanto a nivel individual como colectivo, particularmente en su salud, relaciones interpersonales, trabajo, y en un grado menor en la esfera económica, sin significar esto un deterioro en tal rubro, sino que se manifiesta que quienes no han tenido problemas económicos, el practicar el modelo en un grupo de A.A. no repercute sobre su solvencia económica. En la mayoría de los de nivel socioeconómico bajo, si se evidenció una mejoría económica, lo que podemos atribuir a: primero, el solo hecho de dejar de beber les permite estar en condiciones para mantener sus empleos; segundo, no incurren en gastos por adquisición de las bebidas que consumían, las cuales aunque generalmente son de calidad dudosa, no son gratis y tercero; los desempleados por la sobriedad lograda pueden ser recomendados en algún trabajo por los compañeros de grupo o por miembros de la comunidad que observan su cambio de actitudes.

En la práctica cotidiana del programa, los miembros de los grupos de A.A. en función de mantenerse sobrios (en salud) alejados de la enfermedad (la actividad alcohólica), articulan alrededor de ésta practica lo ideológico, lo económico y lo político. Es decir la práctica colectiva de A.A. dentro del grupo, en la unidad doméstica, en el barrio, en la fiesta, en el estadio, pero ya no en el bar, permea cotidianamente todas las esferas sociales de la vida de sus miembros y es en la

cotidianidad de la vida que se observa más claramente el mejoramiento de las relaciones sociales.

5.3 **Análisis de la correspondencia entre el modelo y la práctica.**

En este acápite estableceremos la correspondencia entre el modelo y la práctica, para visualizar el grado en que ambos se relacionan.

El modelo de A.A. puede resumirse en un conjunto de normas, que tienen como objeto lograr que sus integrantes se trasformen de individuos bebedores inveterados, en individuos abstemios a bebidas alcohólicas, cuyas vidas lleguen a ser productivas y provechosas para ellos y para el entorno social en que se desenvuelven.

Las características de los Estados Unidos país en que nace de A.A., como sociedad capitalista central, altamente desarrollada y predominantemente protestante; inscriben desde sus orígenes ideas religiosas protestantes en la agrupación. Estas influencias se representan en las bases ideológicas del modelo; el "Poder Superior", los donativos, el interés por la recuperación del compañero, las oración, la espiritualidad, la solvencia económica, la pobreza, el dinero, las deudas, el trabajo, entre otras ya señaladas.

Otras disciplinas manifiestas en el modelo son la medicina y la psiquiatría dominantes. A.A. toma de la medicina científica el concepto del alcoholismo como una enfermedad multicausal, pero contrario a lo que se esperaba propone para enfrentar la "enfermedad" una práctica que a diferencia de la práctica médico psicológica dominante, no es practicada por un curador profesional, no es medicalizada, no es curativa, ni se ha comercializado; lo que hace que ambas sigan caminos diferentes.

El concepto de enfermedad multicausal del alcoholismo que comparten A.A. y el modelo médico hegemónico, hasta el momento no ha logrado un acuerdo

definitivo dentro del paradigma científico en cuanto a la causa del alcoholismo, mientras que unos abogan por la causalidad puramente biológica, otros piensan que las causas fundamentales son de origen sociocultural y otros apuntan a la genética como causa única y determinante (Lewontin, R.C.).

La inconsistencia en la definición del alcoholismo como enfermedad multicausal se refleja también en los intentos poco afortunados de la epidemiología dominante en medir los factores causales y la distribución del alcoholismo. Esta poca fortuna se entiende en el hecho de que, si no se conoce mejor el fenómeno estudiado, más difícil es construir indicadores que lo puedan medir.

La diversidad de criterios también existen en cuanto la práctica médica con que debe actuar frente al fenómeno, lo que redundará en la poca efectividad de los tratamientos alopáticos antialcohólicos. Esta limitación se reflejó en la respuesta que dio un psiquiatra a la pregunta sobre el número de horas dedicadas al alcoholismo en un curso de una maestría clínica orientada a la investigación contestando que *"no hay que dar más horas de clase, porque de cualquier manera ¿quién sabe algo sobre alcoholismo? Yo considero que en realidad no es un problema. Que es un falso problema, ya que algo que no tiene definición ni solución no puede ser un problema. Yo tengo un consultorio por las tardes y no veo alcohólicos, pues no tengo nada que hacer con ellos"* (Menéndez, E. 1990. Op. cit :215).

Debido a que históricamente la medicina ha mostrado su poca efectividad frente al alcoholismo, A.A. desde su fundación previó tal situación, no obstante compartir algunos aspectos en relación al concepto de alcoholismo, en su modelo propio, no atribuye un interés central al diagnóstico de la enfermedad. Más importante que el diagnóstico médico, es la aceptación de parte del alcohólico que tiene un problema, aunque no lo entienda de inmediato o no lo llegue a entender jamás.

El sentido pragmático y la disciplina cotidiana, dominan sobre la ciencia y la tecnología. No por esto se debe pensar que A.A. tiene una visión sencilla y poco importante sobre el diagnóstico del alcoholismo, el hecho es que la agrupación, centra su interés en los hechos de la vida diaria, en cómo reacciona el adicto frente al alcohol y cómo afecta esto su vida social, por lo que construyó una práctica autónoma y cotidiana, orientada a lograr que los alcohólicos establezcan relaciones sociales normales dentro de sus posibilidades.

En resumen diremos que el modelo y la práctica de A.A. se compaginan casi plenamente. Se identifican en el interés por la abstinencia de sus miembros, en torno a la que funciona todo el programa. No obstante la puntualidad estructurada para lograr ese objetivo, en un sentido más general, A.A. se preocupa porque sus miembros logren el bienestar social completo.

Una comprobación por medio de la observación fue la ya mencionada diferencia en la cantidad de hombres y mujeres que acuden a los grupos; consultamos nuevamente sobre el particular y se nos indicó que la institución como tal no marca ninguna restricción para la participación de la mujer dentro de los grupos, y existen mujeres servidoras en todos los campos, hasta delegadas a la Conferencia mexicana. Asumen al igual que nosotros que la poca participación femenina se debe al estigma que ya analizamos.

En general los resultados nos permiten considerar que la mayoría de los A.A. militan en los grupos por dos razones fundamentales, porque les agrada el modelo sin restricciones y exigencias especialmente a los hombres, y a la vez su práctica les ha significado mejorías en sus relaciones sociales que repercute directamente el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Dos datos llaman particularmente la atención, la creencia en el "Poder Superior" y la mejoría económica, a ambas preguntas sólo cerca de la mitad de los encuestados contestaron afirmativamente.

La creencia en un poder superior representa una variable místico- religiosa dogmática, que para ser aceptada requiere del profundo conocimiento del modelo y de una práctica continua, elementos que sólo los miembros experimentado o muy necesitados poseen; lo que hace razonable los resultados.

El otro dato muy importante es el resultado en cuanto la mejoramiento económico, prácticamente la mitad de los encuestados contestaron que no se ha dado. Atribuimos este dato principalmente a las condiciones de crisis económica que atraviesa el país, esta situación repercute sobre todos los niveles sociales, como ya discutimos, las clases dominantes (ricos) son poco afectados en esta esfera social debido a que por generalidad son solventes; los de las clases menos favorecidas (pobres o nivel bajo) son muy sensibles en esta pequeños cambios es sus economías por lo que mejorías menores son captados por los indicadores , como en nuestro caso; son los de la clase media quienes reciben el mayor peso social de la situación económica vigente, por lo que en la actualidad de este país y del resto de Latinoamérica, es difícil que sus economías mejoren.

Estas consideraciones prueban que las condiciones personales son determinadas diferencialmente por el nivel social de pertenencia, más que por los factores biopsíquicos que puedan incidir sobre el problema.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

Insistimos nuevamente, desde nuestra perspectiva el alcoholismo es un fenómeno social, inscrito dentro de procesos sociales generales que se determinan históricamente. Como fenómeno social debe ser mediante una respuesta social y biológica que atienda las características sociales diferenciales y tan polarizadas en que en que conviven los distintos estratos sociales que en realidad son las determinantes primeras y de mayor peso del problema emergente del alcoholismo. Sin embargo hemos visto a lo largo de este trabajo que las respuestas al fenómeno no han sido ni son de acuerdo a nuestra perspectiva.

Alcohólicos Anónimos (A.A) es una de las respuestas que originada de la sociedad civil, trata de dar respuesta al alcoholismo. El modelo y la práctica de A.A. ubican la respuesta al alcoholismo dentro de un contexto grupal, las características propias del programa (modelo y práctica) funcionan alrededor de la abstinencia del alcohol con el objeto de que sus miembros desarrollen un nuevo estilo de vida sin alcohol.

La respuesta particular de A.A. , aunque grupal, no se plantea visualizar las dimensiones sociales e históricas del alcoholismo como determinantes del fenómeno, sino ve lo socioeconómico como una consecuencia del alcoholismo. El programa se orienta a modificar la conducta del bebedor, comenzando por lo más difícil; la abstinencia de toda bebida alcohólica. Para tratar de lograr esta abstinencia la agrupación ofrece una serie de normas tomadas de la psiquiatría, la psicología y sobre todo de la religión, cuyo cumplimiento es sugerido, pero que al avanzar en el conocimiento del modelo y de la práctica estas normas se vuelven reglas de cumplimiento obligatorio, de lo contrario la institución no garantiza la deseada sobriedad, más bien, casi asegura que quienes no cumplan

las normas volverán a beber de manera descontrolada con el eminente riesgo de perder hasta la vida. Los que deciden seguir el programa han de hacerlo con una normatividad disciplinaria: primero aceptando que padecen una enfermedad incurable y mortal, de la cuál no pueden liberarse por ellos mismos ni por poder humano alguno, sino sólo por la voluntad de "Un Poder Superior" que está atento para ayudar a quién se lo pide y pone sólo su buena voluntad (A.A. Pasos 1,2 y3).

Luego de la aceptación sigue el reconocimiento ante ellos mismos, ante otra persona y ante "El Poder Superior" de la mala conducta a que los indujo su padecimiento (A.A. Pasos 4,5 y 6). Sigue después la reparación de los daños causados (A.A. Pasos 7,8,9 y 10). Se debe de proseguir en contacto permanente con "El Poder Superior" por medio de la oración y la meditación y mantenerse en el programa mediante la participación continua dentro de un grupo llevando el "mensaje" a otros alcohólicos que no lo conocen.

Se sugiere que se adopte como grupo de pertenencia uno en el que el individuo se sienta a gusto, la experiencia de A.A. y nuestra investigación señalaron que por lo general los miembros escogen como grupo de pertenencia uno al que asisten miembros de su mismo nivel socioeconómico, lo cual no es obligatorio, pero se evidencia en la mayoría de los casos; aquí aunque la sugerencia de A.A. es por mucho anterior, guarda cierta similitud con las nuevas reformas del Sector Salud (Laurell, A.C. 1996. Op. cit), que proponen un modelo de acceso estratificado a los servicios de salud públicos sobre la base del ingreso y lugar de residencia de las personas, mientras que A.A. por medio de la ubicación de sus grupos sugiere que los vecinos de un lugar acudan al grupo en la comunidad.

La descripción anterior no señala que el tratamiento se relacione con el entorno social en que se mueven los individuos que asisten a los grupos, no se reconoce que la pobreza, la desadaptación cultural o étnica, la explotación, el desempleo, la persecución política o ideológica, u otras condiciones sociales incidan o

puedan incidir sobre la presentación del problema, ni que el fenómeno se presente en forma diferencial en los distintos niveles socioeconómicos. Esto se debe a que el modelo no explora alternativas que expliquen el fenómeno ante el cual pretende responder. Acepta la definición psiquiátrico-psicológica de la medicina dominante del alcoholismo, pero no pretende ni ha pretendido desde su fundación, el aporte de nuevos conocimientos sobre el tema, más bien pareciera ser que adoptó esa definición como un medio de atracción, sabiendo que el público en general toma como legítimas las definiciones de la medicina dominante. Decimos que sólo como medio de atracción, porque si ciertamente A.A. reconoce la definición médica del alcoholismo, implementa una práctica diferente que se basa estrictamente en los principios de sus pasos y tradiciones.

6.1 **La autonomía relativa de Alcohólicos Anónimos.**

Desde una perspectiva de análisis social sobre A.A. y alejándonos por el momento de su lógica interna, a continuación se presentan las conclusiones de las hipótesis que se manejaron en este trabajo. La primera refería que *“Los grupos tradicionales de A.A. no han sufrido transformaciones históricas significativas en su modelo ni en su práctica a pesar de los cambios que se han dado en la sociedad mexicana; esto se debe a que no han ocupado un espacio disputado económica, política o ideológicamente con otras instituciones, especialmente con las de gobierno, lo que le ha permitido desde sus inicios una función autónoma”*.

En México como en toda Latinoamérica, entre 1940 y 1970, los Estados fueron caracterizados por regímenes populistas que retomaron elementos del paradigma keinesiano para estimular el crecimiento industrial y el desarrollo de la infraestructura, para lo cual crea paraestatales, tomando con ellas la responsabilidad de los servicios públicos, promoviendo así una mejor redistribución del ingreso y asegurando el crecimiento del mercado interno.

La orientación y contenido de las políticas que se implementaron fueron las de un Estado de bienestar, pero restringido o incompleto por las limitaciones tanto en los programas como de su selectividad (Laurell, 1992). La primer gran limitación fue la deficiente cobertura poblacional, la segunda fue que al haber en algunos países varios sistemas de seguridad social, la estratificación entre los derechohabientes se polarizó; y la tercera, que nunca se contempló la protección económica en caso de desempleo, ni políticas de empleo.

Esta importante injerencia del Estado en la regulación de las relaciones sociales, aunque, limitado en su desarrollo institucional, en sus prestaciones y servicios y profundamente excluyente, también lo fue y lo sigue siendo respecto al alcoholismo, primero porque debido a que el diagnóstico del padecimiento siempre ha sido incierto, se vinculó mas bien con los efectos sobre el trabajo dictando leyes represivas (Ley Federal del Trabajo, Artículo 488 fracc, 2 y 2. CONADIC. 1992. Op, cit) para tratar de controlar el ausentismo laboral y la baja en la producción que la ebriedad produce; segundo, por las particularidades del padecimiento con facilidad los afectados perdían su condición de derechohabientes, independientemente del régimen de seguridad social a que pertenecían, y pasaban a engrosar las filas de desempleados desprotegidos de las garantías sociales.

Durante este Estado benefactor restringido, las instituciones del Estado que toman la responsabilidad de los servicios públicos en salud son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad Social a Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y otras, que junto con la Secretaría de Salud (SS), se constituyen en las grandes instituciones del sector salud en el País. Invariablemente todas ellas han tenido una visión prominentemente curativa respecto al alcoholismo hasta hoy.

Las principales fuentes de financiamiento del auge estatal fueron la recaudación de impuestos, la obtención de recursos mediante la deuda pública y el incremento del circulante; estos mecanismos provocan al mismo tiempo un impacto negativo con fuertes efectos sobre la inflación y la inversión, que junto con la transferencia de recursos al exterior por concepto de la deuda externa, terminaron por producir crisis en la economía del Estado de beneficencia. La agudización de la crisis de los ochentas, obliga a una recomposición de fuerzas en donde el bloque dominante responsabiliza a la intervención estatal de la espiral inflacionaria y de la baja en la productividad, argumentando que “el Estado benefactor genera gastos sociales “improductivos” que representan una reducción en el plusvalor disponible para el propio capital privado (Blanco y López, 1997). Tal contexto creó las condiciones para la elaboración de una nueva estrategia de recuperación del capitalismo, produciendo el momento histórico apropiado para dismantelar el carácter benefactor del Estado y reducir sus márgenes de intervención.

A partir de los gobiernos de Miguel de la Madrid, y sobre todo de Carlos Salinas de Goltari, México asiste a la puesta en práctica de un nuevo proyecto: **el neoliberalismo**. La identidad nacional y los valores están en crisis y se transforman en función de un modelo que alcanza a todos los ámbitos a tal grado que para poderlo afianzar, se reforma la Constitución en aspectos substanciales para sentar las bases del cambio que hoy en día se están viviendo.

La política social se expresa en la redefinición de los vínculos Estado-sociedad. Sus componentes centrales son: desplazamiento de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etc.) para los individuos o grupos; asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación (combate a la pobreza extrema) mediante servicios públicos de bajo costo; privatización de la producción estatal de bienes y servicios que conduce a una disminución del peso relativo del sector público respecto al privado y, desregulación con privilegio de los privado sobre lo público.

“El Programa de Reforma del Sector se basa en la idea neoliberal de que la salud pertenece al ámbito de lo privado. Las necesidades de salud deben entonces ser resueltas por los individuos en la familia o el mercado. Al Estado sólo le corresponde impulsar la diversidad y la competencia, promoviendo y facilitando la participación privada en los mercados de seguros y servicios y regulando sus imperfecciones, hacerse cargo de aquello que los privados no quieren por falta de rentabilidad o no pueden comprar por falta de recursos económicos (Laurell. A.C. 1996: 51-52). Los alcohólicos por las particularidades del padecimiento, en su mayoría son malos *clientes* para el nuevo programa del Sector Salud, porque su tratamiento no es rentable a los privados, de tal manera que no les interesa participar de él.

Estos profundos cambios en la relaciones Estado-sociedad, no repercuten sobre A.A., primeramente desde su fundación no ha mostrado interés en constituirse en institución pública o con vínculos públicos, sino como una asociación civil sin fines de lucro, con conciencia grupal más que pública, que desde sus inicios y a lo largo de su existencia se ha financiado por medio de recursos propios emanados de los donativos de sus propios miembros, sin requerir del presupuesto del Estado; esto es fundamental para la autonomía de toda institución. En este caso, la disminución del gasto público que plantea el neoliberalismo no afecta, o sólo lo hace en la medida que sus miembros pudieran disminuir sus recursos.

Una institución como A.A. que responde ante un problema nacional como el alcoholismo (CONADIC. 1994) sin devengar gastos al Estado (situación que pudimos comprobar durante la investigación), en las condiciones actuales de restricción, probablemente tendrá una mayor atracción sobre la población, lo que no podrá ser medido por las características propias del modelo de A.A., que no contempla una evaluación cuantitativa de su función.

Por otro lado las bases ideológicas y políticas del programa de A.A. responden a la autoayuda, practicada dentro de un marco semejante al de la religión cristiana de confesión protestante, cuyas características éticas y morales no son contrarias a las concepciones históricas político-ideológicas del Estado; todo lo contrario, la ética moral de A.A. propuestas en *"los doce pasos y las doce tradiciones del programa"*, sugiere que los individuos miembros de sus grupos, participen dentro de las relaciones sociales de producción con la disciplina y moral que enseña el programa. La observación de estos principios ha de regular la inserción al mercado laboral, sin que sea indispensable la intervención del Estado; ideas que como se nota, comulgan con las políticas liberales.

El Estado no ve en la ideología y ejecución del programa de A.A. amenazados su espacios de autoridad, debido a lo cuál históricamente le ha permitido una función autónoma. Por el contrario, A.A. ayuda a hacer menos evidente la falta de servicios.

Este análisis - conclusión nos permite inferir la concórdancia de nuestros datos con la hipótesis # 1, por lo tanto la tomamos por verdadera.

6.2 **La efectividad disciplinaria de A.A.**

La segunda hipótesis refiere que : *"A.A. cumple una función disciplinaria positiva para sus miembros, la cual realiza dentro de un vínculo colectivo fraternal, aunque no reconoce como determinantes las relaciones sociales que se dan dentro de la colectividad"*.

Lo primero que A.A. pide a los futuros miembros es que reconozcan que tienen un problema con su manera de beber, desde allí se nota el carácter disciplinador del programa (enunciado de A.A.), por lo que sólo los que reconocen que tienen un problema con su manera de beber pueden participar. Como reconocer es un acto

voluntario el que ingresa dentro de un grupo, por su voluntad se sujeta a la disciplina.

Luego de reconocer se debe de *aceptar* que se es impotente ante el alcohol (Paso #1 del programa), otro acto voluntario y disciplinador. El individuo no debe de culpar a otro, ni a la **sociedad** ni al **Estado**, ni a la suerte, del mal que le aqueja, debe de *aceptarlo* como tal y seguir el programa.

Ya dentro del programa se encuentra con otros y juntos seguirán hacia la recuperación. Es en este momento que el programa toma su carácter grupal: *"el bienestar **común** (de todos) tiene la preferencia por lo que, el restablecimiento personal depende la unidad del grupo (primera tradición de A.A.).*

Los miembros han de someterse al programa (abstinencia y dependencia del "Poder Superior), porque sus actos individuales repercutirán sobre la recuperación de los otros compañeros del grupo. Este punto lo consideramos central porque establece la preponderancia de lo colectivo ante lo individual, motivo probable de la permanencia del programa. Integrado cada individuo a un grupo encontrará comprensión y amistad, sus compañeros lo tratarán con respeto y cordialidad pues sufren el mismo padecimiento y han pasado las mismas o muy semejantes situaciones; le ayudaran a dar el siguiente paso, reparar o tratar de reparar los daños causados sean estos espirituales, morales o materiales.

La ayuda se extiende no solo entre individuos, sino que, en los casos que lo ameritan, un grupo puede ayudar a otro; durante la investigación nos enterarnos de grupos, pocos por cierto, que en un principio no podían pagar la renta del local, la luz y el agua; la oficina de Servicios Generales y otros grupos, los apoyaron hasta que les fue posible su propio sostenimiento. Esto demuestra dos principios de la organización : la autoayuda propiamente dicha y la necesidad del sostenimiento propio. Luego de sostenerse por sí mismo, cada individuo para

seguir el programa, confeccionará una lista de quienes resultaron afectados por su anterior modo de vivir y procurará por todos los medios posibles, darles personalmente una satisfacción, siempre y cuando no les cause más perjuicio.

Según el modelo, el programa no sería posible sin la ayuda espiritual de un "Poder Superior" que todo lo puede, el miembro únicamente debe poner su buena voluntad y seguir fielmente las disposiciones del programa. La creencia en ese "Poder Superior" ha de ser activa, no puramente dogmática, es decir tener un contacto directo con el "Poder Superior" por medio de una práctica espiritual de oraciones y meditación para conocer y hacer la voluntad del "Poder Superior".

Respecto a la etiología del padecimiento, A.A. asume lo que las ciencias naturales dicen, especialmente la medicina dominante, a pesar de que su respuesta no se ha modificado en función de los nuevos descubrimientos y posturas terapéuticas de la medicina científica; sino sigue con el programa que establecieron los fundadores, característica que marca la disciplina que se ha manejado desde la fundación del programa.

No obstante la terapia de grupo, A.A. no tiene una visión social general en el sentido materialista histórico, ya que no establece formas de aproximación a las dimensiones sociales que puedan determinar al alcoholismo como un fenómeno social ni en su respuesta, lo cual es legítimo porque sus intereses son otros y muy válidos. En ese sentido, no se explora para saber si la pobreza, la desadaptación al entorno social, la marginalidad, la raza, el género u otra condición social, tuvo que ver en la aparición del fenómeno.

El tratamiento modifica la conducta de los miembros independientemente del entorno social en que interactúan, la función disciplinaria del modelo se evidencia en la seriedad con que toman las reuniones; la presentación de los locales que en ocasiones asemejan templos; los retratos de los fundadores siempre presentes,

el lenguaje que utilizan más pareciera tratarse de un código secreto: junta, para referirse a las reuniones; doceavo, para referirse a un miembro nuevo; séptima, para referirse a la donación voluntaria; recaído, que regresó a beber; etc.

Se concluye por tanto que efectivamente A.A. cumple una función social relevante porque a través del tratamiento del alcoholismo, disciplina a los sujetos en la colectividad, lo cual tiene importancia para el individuo y su familia, pero también para la sociedad en su conjunto.

Los resultados nos permiten inferir que ésta hipótesis # 2 es verdadera.

6.3 La conciencia grupal de A.A.

La tercera hipótesis que nos planteamos es que *“el modelo y la práctica de A.A. funcionan dentro de la sociedad del área metropolitana independientemente de la inequidad que atraviesa los diversos grupos sociales que la conforman”*.

Reconociendo que la sociedad mexicana y particularmente la del área metropolitana de la ciudad es pluriclasista, realizamos la investigación en grupos de tres distintos niveles sociales alto, medio y bajo. Para su estratificación tomamos los criterios del conocimiento popular de los habitantes del Área metropolitana, mismo que se maneja en A.A. y que en efecto demostró ser un criterio acertado en el sentido que se comprobó las características homogéneas al interior de los tres estratos y que nos permite concluir que no obstante la libertad de agrupación, la gente lo hace en relación de sus iguales como condición para sentirse bien.

Los resultados de la efectividad del programa dentro de los distintos grupos de los diferentes niveles sin embargo fueron muy similares. Por las respuesta obtenidas,

podemos entonces inferir que el programa funciona de modo efectivo en todo nivel socioeconómico.

En razón de su funcionalismo, A.A. dentro de la respuesta al fenómeno del alcoholismo no ha creado una metodología que estudie lo social que reconozca el modo diferencial de presentación del problema como resultado de la inequidad social existente. Esta falta de análisis de la realidad social es resultado de la visión que se mantiene a nivel de una visión paradigmática grupal al reconocer a los grupos como las unidades estructurales fundamentales depositarios de la conciencia de la institución (Los doce conceptos para el Servicio Mundial de A.A.). Esas características del paradigma grupal no le permiten avanzar estratégicamente hacia un análisis general teórico - metodológico de las determinaciones socio - históricas que definen al alcoholismo como un fenómeno social resultante de la interrelación de procesos históricos y sociales más generales.

Nuestras aseveraciones junto con los resultados de los datos recolectados dentro de los grupos que visitamos nos permiten inferir que la hipótesis # 3 es verdadera.

6.4 Conclusión final.

Como conclusión final diremos que para los miembros de A.A. el programa con el modelo y la práctica descritos, se constituye en una respuesta efectiva ante el alcoholismo en el área metropolitana de la Ciudad de México. Los resultados de los datos recolectados empíricamente permiten inferir que esto es cierto al menos para los participantes en la muestra. La observación nos permitió comprobar las características humanas y técnicas del programa : respeto mutuo, cordialidad, fraternidad, modo de transmitir la experiencia personal a otros directa y objetivamente con intención de cooperar; características que se constituyen en la esencia de la agrupación y merecen nuestro sincero reconocimiento y respeto.

No es que no hayan relaciones de poder sino que son diferentes a las establecidas por el Estado; en A.A. el individuo voluntariamente deposita el poder en el grupo, no a una persona o a unas personas en particular, sino al grupo como un todo; éste tiene la atribución de controlar y responsabiliza personalmente al sujeto de su recuperación, la cual es posible sólo por medio de el cumplimiento del programa. Fuera del programa el grupo no tiene ninguna responsabilidad para con el individuo. Este tipo de poder aunque no despótico tiene una influencia permanente sobre el comportamiento de los miembros mientras pertenezcan a la agrupación.

No obstante los resultados logrados en nuestra investigación, la respuesta social de los grupos de A.A. es paradigmáticamente reduccionista, interesa sólo a los que se reconocen como alcohólicos y aceptan practicar dentro de sus grupos las normas disciplinarias de su modelo. No hay una intención teórica ni práctica de relacionar la realidad social con la determinación del alcoholismo; además lo social considerado como una de sus causas, no ocupa un lugar preponderante.

Desde nuestra visión la respuesta ante el alcoholismo es responsabilidad del Estado por ser el regulador legitimado de las relaciones sociales de toda la población. Toca a éste planear o permitir el planteamiento e implementación de estrategias generales y efectivas ante este problema.

En vista de que las actuales estrategias han demostrado históricamente no ser las requeridas, pues el problema se mantiene (CONADIC. 1993 :28), y sigue aumentando (Menéndez, E. 1990. Op. cit :221-229); es tiempo de que el Estado como rector de las políticas públicas, dé la oportunidad a otros tipos de respuesta de demostrar sus posibilidades en torno al tratamiento del alcoholismo.

Nos permitimos sugerir que se formule e implemente una respuesta multidisciplinaria como la planteada por la alternativa sociomédica, ha de ser dirigida desde el campo de conocimiento de la medicina social dada la particular visión que tiene esta disciplina sobre la determinación y distribución del proceso de salud-enfermedad; en lo que interesa en este trabajo, considera al alcoholismo como un fenómeno social que se ha constituido en un problema de salud en México y en el mundo. Este modelo deberá abordar con más profundidad las categorías de género, religión, moral y ética médica, por el importante papel de estos conceptos dentro de la respuesta.

Esta tesis no pretende ser un estudio piloto, aunque sí un estudio de caso sobre la respuesta de Alcohólicos Anónimos. Ciertamente en nuestra búsqueda documental no encontramos otro que tuviera como objeto de estudio el nuestro, por lo que el interés es que sirva de base para otros estudios sobre el tema que sean dirigidos desde una óptica médico social.

ANEXO 1

Instrumento #1

Entrevista al responsable de información al público de la Oficina de Servicio Generales de A.A., A.C.

1. ¿Quién o quienes dirigen esta Central y cómo se eligen?
2. ¿Cómo se financian?
3. ¿Representa esta Central a grupos de A.A. a nivel nacional?
4. ¿A cuántos grupos representa a nivel nacional? ¿A cuántos en el D.F.?
5. ¿Cómo se forma un grupo?
6. ¿Cuánto dura el grupo ya formado?
7. ¿Cómo se distribuyen los grupos en el D.F.?
8. ¿Cuántos miembros son a nivel nacional? ¿Cuántos en el D.F.?
9. ¿Cuántos miembros hay por grupo?
10. ¿Cuántos miembros nuevos reportan los grupos mensualmente?
11. ¿Considera usted que el programa de A.A. es efectivo? Si.....No...
12. ¿Que tanto?...y...¿porqué?
13. ¿Cuál es la relación de la Central con el ámbito público (Secretarías, Departamento del D.F, delegaciones, autoridades de seguridad pública, etc.)?
14. ¿Cual es la relación de la Central con otras instituciones como hospitales y clínicas, ONGs, instituciones religiosas, cárceles, clubes privados, etc.?
15. Cuáles han sido los cambios más significativos que ha sufrido A.A. en México desde su fundación a la fecha.

Instrumento #2

Entrevista al Gerente de la Oficina Plenitud.

¿Qué es la Oficina Plenitud?

Respuesta:

¿Qué es la revista Plenitud?

Respuesta:

¿Cómo se relaciona esta Oficina con los grupos?

Respuesta:

¿Cómo se relaciona con la población general?

Respuesta:

¿cada cuánto se publica Plenitud?

Respuesta:

¿Cuántos ejemplares conforman un tiraje?

Respuesta:

¿Quién o quienes deciden los artículos que se publican?

Respuesta:

¿Cuáles han sido los cambios más significativos que ha sufrido Plenitud durante el tiempo de su existencia?

Respuesta:

Instrumento # 3

Entrevista al responsable del grupo.

¿Desde cuándo funciona este grupo?

¿Qué se hace en este grupo?

3-¿Cómo ha cambiado el quehacer del grupo, desde sus inicios hasta la fecha?

¿De quién son las instalaciones; son del grupo, prestadas o alquiladas?

¿Cuánto cuesta su mantenimiento mensual?

¿Cuántos miembros lo forman?

¿Cuántos asisten regularmente?

¿Cuánto dura una sesión y cuántas se realizan por día?

¿Son estas sesiones exclusivas para alcohólicos o abiertas para otras personas?

¿Cómo se integran los nuevos miembros?

¿Cuántos miembros nuevos se integran por mes?

¿Hay líderes en este grupo. Qué caracteriza a un líder?

¿Qué es lo que hace que en A.A. se recuperen los enfermos de alcoholismo.

Explique?

¿En qué tiempo promedio se recuperan?

¿Cuál es la relación del grupo con la Delegación o el Municipio y con instituciones de salud, educación y otras?

Instrumento #4

ENCUESTA

¿En qué año comenzó usted a beber mucho?

¿En qué año inició a tomar exageradamente?

¿En qué año reconoció usted que era un enfermo alcohólico?

¿Porqué y en qué año buscó ayuda para resolver su problema?

¿En donde buscó ayuda por primera vez?

¿Está acudiendo o ha acudido a otro lugar distinto a A.A. para tratar de resolver su problema?

¿Desde qué fecha (mes y año) asiste usted a A.A.?

¿Cuál es su actividad?

¿Cuánto tiempo diario y cuantos días por semana se dedica a esa actividad?

¿Hasta qué año estudió usted?

Usted asiste a A.A. porque:

no cobran ☐ sí ☐ no

el grupo queda cerca de mi casa ☐ ☒ ☐ no

se siente cómodo y nadie lo vigila ☐ sí ☐ no

le exigen venir ☐ sí ☐ no

Desde que asiste a A.A.:

Está mejor con usted mismo ☐ sí ☐ no

Está mejor de salud ☐ sí ☐ no ☐ no se

Está mejor con su familia ☐ sí ☐ no ☐ no se

Está mejor en su trabajo ☐ sí ☐ no ☐ no se

Está mejor con sus compañeros de trabajo, vecinos y amigos ☐ sí ☐ no ☐ no se

Está mejor económicamente ☐ sí ☐ no

Creé usted en un "Poder Superior" ☐ sí ☐ no ☐ no se

Piensa permanecer en A.A. ☐ sí ☐ no ☐ no se

ANEXO 2

Organización de las preguntas del cuestionario de la encuesta para facilitar su codificación.

1.- Preguntas de caracterización socioeconómica del sujeto encuestado. Son las # 8, 9, 10, 11, 18 y 20. Preguntas de identificación del padecimiento. Las # 1, 2, 3, 4, 6, 9, y 10.

2.- Preguntas para evaluar el modelo. Estas son las # 5, 6, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22.

3.- Preguntas de la efectividad de operación del modelo (práctica). # 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 y 14.

Descripción de otros datos

Datos que evalúan la progresión del padecimiento en el tiempo.

Ante las preguntas para identificar la dinámica progresiva del padecimiento en el tiempo, encontramos que hace un tiempo promedio de 21 años inicia nuestra población muestral a beber. Cinco años después, es decir, hace 16 años, bebían exageradamente. Cuatro años después, es decir, hace 12 años, reconocieron que eran enfermos alcohólicos. Dos años después, es decir, hace 10 años, buscaron ayuda para tratar de resolver su problema. Un año después, es decir, hace 9 años llegaron por primera vez a un grupo de A.A.

En resumen, en 5 años pasaron a bebedores exagerados , a los 4 años posteriores reconocieron que eran enfermos alcohólicos, a los dos años buscaron ayuda para su problema y al año acudieron por primera vez a un grupo de A.A. Un tiempo de evolución de tomador fuerte a A.A. de 33 años.

El tiempo promedio de evolución desde el inicio del problema hasta acudir a un grupo de A.A., fue mayor en los miembros de los grupos de nivel socioeconómico bajo, 35 años ; luego del nivel medio, 30 años y por último los del nivel alto cuyo tiempo promedio de evolución del padecimiento hasta acudir a un grupo de A.A. fue de 28 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alcohólicos Anónimos. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. México 1990.
- Álvarez Larrauri, S. La salud robada. Quinto sol. México 1987.
- Báez, R. El alcoholismo en México. Fundación de Investigaciones Sociales. A.C. México. 1983. 189-205.
- Barriguet, A. Lo que El Vino se llevó. Diana. México. 1996.
- Belsasso, G. Programa contra el alcohol y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. (CONADIC). México. 1992.
- Berruecos, L. El Alcoholismo en México. Vol # II. Fundación de Investigaciones Sociales. A.C. México. 1985: 6-13)
- Berruecos, L. La Investigación Etnográfica de la Adicciones. en Curso Básico Sobre Adicciones. México. 1994 :53-130.
- Blanco Gil, J. y López Arrellano, O. La Modernización Neoliberal en Salud. UAM-X. México. 1993.
- Blanco Gil, y col. Polarización en la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México. Nueva Época. México. 1996.
- Brenes Madrigal, R. Alcoholismo, adicción alcohólica: Problema familiar y su tratamiento integral. IAFA. Costa Rica. 1994.
- Cipolla, C. M. Historia Económica de la Población Mundial. Grijalbo. México. 1990
- Cloninger, C. Genetic and environmental factor in the development of alcoholism. Journal of Psychiatric treatment and Evaluation. Vol 5. 1983: 487 496.
- Coccioli, C. Hombres en Fuga. Diana. México. 1989.
- Coreil, J y Levin, J. "Estilo de vida un concepto emergente en las Ciencias Sociomédicas. Universidad de Texas. 1996.
- Dieterich, H. Nueva guía para la investigación científica. UAM-X. México. 1996.

- Donabedian, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan. Salud Pública. México 1994.
- Dubos, R. Man adaptina. Yale University Press. 1965.
- Escotado, A. Las drogas. De los orígenes a la prohibición. Alianza Cien. Madrid. 1994.
- Evers, Tilman. El Estado en la periferia capitalista. Siglo veintiuno. México 1985.
- Fernández Varela, H. Aspecto de Salud Pública en El alcoholismo en México vol # 3. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. 1983 :229-235.
- Fleury, S. Estado y Crisis. "Una nueva perspectiva Latino americana" en Estado y Políticas Sociales en América Latina. UAM-X. México. 1992.
- González, J.A. Cultura (S). UAM-X- 1986.
- Goode, E. La adicción a las drogas en los jóvenes. Temas Hormé. Buenos Aires 1987.
- Goodwin, D. W. et al. Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. Archives of General Psychiatry. Vol 28. 1973: 238-243.
- Gutiérrez, R. et. al. Retrospectiva de la percepción y el uso de Alcohol y otras Drogas en México en Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. (CONADIC). México. 1994: 19-24.
- Hiriart, Hugo. Vivir y beber. Cal y arena. México. 1993.
- Iglesias, Severo. Conciencia y sociedad. Tiempo y Obras. México. 1981.
- Kessel, J. Alcohólicos Anónimos. P y J. México. 1987.
- Laurell, A.C. La Nueva Concepción de los Servicios de salud. en Alternativas de Reforma de la Seguridad Social. coordinadora Ma. Luisa Mossot L. UAM-X- México 1996.
- Laurell, A.C. Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. Frederick Ebert. México. 1995.
- Laurell, A.C. La Construcción del Proceso de Investigación. En Apuntes para el curso monográfico Proceso de Trabajo y Salud. UAM-X. México. 1994.

- Laurell, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud. México. 1987.
- Laurell, A.C. La política social en el neoliberalismo. Documento de trabajo #37. Friederich Ebert. México. 1991.
- Laurell, A.C., Noriega, M. La salud en la Fábrica. Era. México. 1989.
- Lebedinsky, M. Notas sobre Metodología. Ediciones Quinto Sol S.A. México s/f.
- Lewontin, R.C. Steven, R y Kamin, J. No está en los genes. Conaculta. México. 1991.
- Lichtensztejn, S. Han generado nuevas ideologías las crisis financieras y recesiones económicas. Semanario de la UAM. México. 1998.
- López Arellano, O y Blanco Gil, J. La Modernización Neoliberal en Salud. UAM-X. México. 1993.
- Lourau, J. Conflictos de los Paradigmas en México en reflexiones universitarias. UAM-X. México. 1991.
- Macry, P. Introducción a la historia de la sociedad moderna y contemporánea. Grijalbo. México. 1991.
- Madden, J.S. Alcoholismo y Farmacodependencia. Manual Moderno. México 1984.
- Menéndez, E. Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización en América Latina. Ediciones de la casa chata. México 1988.
- Menéndez, E. Morir de Alcohol. Alianza editorial mexicana. México. 1990.
- Myers, R. Role of serotonin in alcoholism. Spectrum. Nueva York. 1982.
- Negrete Salas, Ma. E. Evolución de la población y organización urbana. Enfoque ecológico - demográfico del cambio metropolitano en Macrópolis mexicana. DDF. México. 1994.
- Olimón Nolasco, M. Nueva situación religiosa de la ciudad de México en Macrópolis mexicana. D.D.F. México. 1994.

- Paoli Bolio, F.J. El surgimiento de las Ciencias Sociales y la Interdisciplina en Temas Universitarios. UAM-X. México. 1983.
- Pardinas, F. Metodología y técnicas de investigación en las ciencias sociales. Siglo veintiuno. México 1982.
- Pradilla Cobos, E. Impacto del Movimiento Urbano Popular. México. 1983.
- Pradilla Cobos, E. Territorios En Crisis. UAM-X. México. 1992.
- Román Celis, C. El Alcoholismo en México. Vol #IV. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. México 1984.
- Rosental, M. Qué es el método materialista dialéctico. Quito sol. México. s/f.
- Rosovsky, H y BorgesG. Accidentes y Alcohol en América Latina. en Las Adicciones : Hacia un Enfoque Multidisciplinario. Secretaría de Salud. México. 1993.
- Saitz, R. Reconocimiento y manejo de la privación oculta del alcohol. Boston University. 1996.
- Santa Biblia. Reina-Valera 1995. Sociedades Bíblicas Unidas. Colombia. 1996.
- Silva, L. Muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud. Díaz de los Santos. Madrid. 1993.
- Tetelboin, C. Neoliberalismo y sistemas de salud. La experiencia chilena, 1973 - 1990. Tesis de doctorado en Ciencias sociales. Universidad Iberoamericana. México. 1996.
- Vallés, Jorge. Alcoholismo. Costa-Amic. México. 1995.
- Velasco Fernández, R. Esa enfermedad llamada Alcoholismo. Trillas. México. 1995.
- Velasco, Ma del Pilar. La concepción de problemas asociados al consumo de alcohol en la historia de México en El alcoholismo en México, Vol #2. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México. 1985 :193-208.
- Wallace, J. El alcoholismo como Enfermedad. Trillas. México. 1990.
- Weber, M. La Ética Protestante y El Espíritu Del Capitalismo. Colofón. S.A. México 1994.

Publicaciones de A.A. en México, consultadas.

- Libro Alcohólicos Anónimos.
- ¿Es A.A. para usted ?
- Esto es A.A.
- El Grupo de A.A.
- A.A. y la Profesión Médica.
- Los doce pasos
- Las doce tradiciones
- Tres Charlas a Sociedades Médicas
- A.A. en los Hospitales
- A.A. con la Comunidad Profesional.
- Manual de Servicio
- Libro A.A. Llega a la Mayoría de Edad
- Paquete de Información Pública
- Un Punto de Vista sobre los Alcohólicos Anónimos
- Revista Plenitud
- Libro Alcohólicos Anónimos en México.
- Doce Conceptos para el Servicio Mundial.
- Alcohólicos Anónimos En México.

Publicaciones del Movimiento 24 Horas de Alcohólicos Anónimos.

- Virgilio, A. 24 Horas de Alcohólicos Anónimos. 1981.
- Virgilio, A. El Alcoholismo y sus Efectos. 1993.