

188737

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

I Z T A C A L A



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA



U.N.A.M. CAMPUS

ALCOHOLICOS ANONIMOS: UNA ALTERNATIVA
DE TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

DANIEL FLORES JUAREZ

SAN JUAN IZTACALA MEXICO. 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecerles toda una vida de lucha y esfuerzo constante, quiero que sientan que la meta lograda también es suya, porque el aliciente que me ayudó a conseguirla fue su incondicional apoyo.

A mis hermanos Isabel e Israel que con su apoyo moral logré solventar momentos difíciles.

A todos mis profesores que con su sabiduría me ayudaron a salir de la ignorancia.

Cuando los hombres alcanzan su plenitud y aprenden a dominar los misterios del espíritu pasan hacia otro nivel o dimensión colmada de libertad... de claridad y de luz. Es un nivel lleno de cosas maravillosas y apasionantes... Es el don que el Creador otorga a los seres por ser capaces de darse sin reserva a sí mismos y a los demás; por cumplir sus retos vitales; por dar respuesta a su propia naturaleza y por ser fieles a sus convicciones, a su dignidad y a sus ideales.

En esa nueva dimensión dejas flotar con libertad tus sentimientos y pensamientos, en una conciencia tranquila, armónica y plena..Es un espacio más allá de los pensamientos y de las palabras...Es el gozo infinito, trascendental y absoluto...es la plenitud de vivir.

Gracias Alcohólicos Anónimos.

ESQUEMA

Página

1.- Introducción: IZT	1-13
2.- Capítulo I: Definiciones de Alcohol y Alcoholismo.	14-30
3.- Capítulo II: Etiología del Alcoholismo.	31-41
4.- Capítulo III: Consecuencias del beber inmoderado (Fisiológicas, Psicológicas y Sociales).	42-56
5.- Capítulo IV: Algunos Tratamientos del Alcoholismo Existentes.	57-72
6.- Capítulo V: Alcohólicos Anónimos en Estados Unidos de Norte América.	73-84
7.- Capítulo VI: Alcohólicos Anónimos en México.	85-94
8.- Capítulo VII: Cómo Trabaja el Programa de Alcohólicos Anónimos.	95-132
9.- Conclusiones:	133-146
10.- Anexos:	147-150
11.- Glosario:	151-163
12.- Referencias:	164-167

I N T R O D U C C I O N

El alcoholismo es un fenómeno que atañe no sólo aquéllos involucrados profesionalmente con la salud pública, sino también a diferentes sectores de la población, debido a las consecuencias que esta situación tiene en los ámbitos familiar, laboral y social. Desde épocas inmemorables, según Cohen (1980) ha existido una gran variedad de costumbres de hábitos de ingestión del alcohol en la historia de la humanidad. Algunas relacionadas con prácticas religiosas, otras como creencia de capacidades medicinales, en ocasiones la ingestión del alcohol es requisito de acontecimientos sociales importantes, etc. Cualesquiera que fueran las motivaciones del consumo del alcohol, nos hacen pensar en él como una farmacodependencia que en México causa conflictos familiares, sociales, económicos, etc; cuyo incremento ha sido en los últimos años importante, no sólo en la población adulta, sino inclusive en la población juvenil.

✓ Autores como Medina (1980); Souza y Machorro (1988), afirman que los efectos dañinos del abuso de bebidas alcohólicas en México, son de una clara evidencia. La cirrosis del hígado causada por la ingestión crónica del alcohol, es una de las principales causas de muerte en el país, y es el indicador más fiel de la prevalencia de grandes bebedores en una población. El consumo inmoderado de alcohol es también un

factor esencial en la etiología de enfermedades del sistema digestivo, alteraciones psíquicas, neuropatías y afecciones respiratorias.) Los niveles de alcohol en la sangre de los conductores de vehículos, dan cuenta de muchos accidentes de tránsito y también de una proporción elevada de accidentes de trabajo. Así mismo, se observa una estrecha relación entre el abuso del alcohol, la violencia y los suicidios.) Es bien sabido también, que el beber en exceso es una causa importante en la desintegración familiar; índice en el ausentismo laboral, disminuye la productividad, y en último término, daña el desarrollo socio-económico del país.

La magnitud del problema del abuso del alcohol y del alcoholismo en nuestro país, se pone de manifiesto en el resultado de algunas estimaciones que señalan a seis millones y medio de alcohólicos, 50% de 12 a 28 años de edad y 65% de ellos se encuentran en edad productiva. La conducta de estos enfermos afecta en promedio a cinco personas más. Se estima que 75 mil adolescentes se agregan anualmente en las primeras etapas de la enfermedad y que en los mexicanos de 15 a 60 años de edad, uno de cada 10 es alcohólico.

→ El alcoholismo, como toda farmacodependencia, presenta facetas multidimensionales, que exigen la atención de todos aquellos sujetos, profesionales o no, cuyo material de trabajo es el hombre. Unidos sus esfuerzos para la comprensión del problema han permitido que se generalice un cambio de actitud frente al mismo. A través de los años, la que fundamentalmente

fué una toma de postura moralista y enjuiciativa, en la actualidad se ha tornado en una actitud más propia de preocupación y deseo sincero de ayudar a los afectados, tomando conciencia de que todos tenemos la obligación de ayudar y cooperar para encontrar soluciones.) ↵

Por todo lo anterior, uno de los propósitos de este trabajo es proporcionar información general sobre los conceptos de alcohol y alcoholismo, entre los cuales: García y Manjarrez (1988) mencionan que el alcohol es un líquido casi inoloro, incoloro y con un fuerte sabor quemante; el cual se hace mediante un proceso natural llamado fermentación. La levadura, que es una forma de moho, al recibir calor y humedad convierten el azúcar de los frutos vegetales, granos y otros productos que crecen de la tierra en alcohol y gas.

→ (En cuanto al alcoholismo diferentes profesionales han intentado definirlo con los conocimientos que se tienen a la mano, y también de acuerdo con su formación profesional. Tal vez a muchos les parece sorprendente el hecho de que aún hoy no hay un acuerdo unánime, acaso ni siquiera general, sobre una definición de alcoholismo.) Entre algunas definiciones que se mencionan en el desarrollo de este trabajo, el Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rotgers, expresó desde 1958: "El Alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente

aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como sus relaciones interpersonales o su capacidad para el trabajo" (Mark 1958; citado en Fernández, 1988).

Así por ejemplo: el Dr. Jellinek, que perteneció a la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó extensas investigaciones de lo que se ha descrito como: las cuatro fases del alcoholismo. Jellinek señala que en la primera etapa, la "Prealcohólica el presunto adicto se revela como tal cuando encuentra en la bebida un alivio compensador, este alivio es muy señalado en su caso porque sus tensiones son mucho mayores que en otros miembros del círculo social. En esta etapa del alcoholismo es posible que el bebedor no se de cuenta de su especial reacción al alcohol. Tal vez sólo beba ocasionalmente para aliviar su tensión". La segunda fase la Prodómica; esta fase es puramente sintomática y marca el inicio de la carrera alcohólica. La tercera es la fase Crítica; en esta fase se desarrolla la enfermedad propiamente dicha, en la cual, una vez que cae el alcohólico sigue su curso hasta llegar a su destrucción; se inicia con la necesidad de beber más de una copa. La cuarta etapa; la Crónica se va adquiriendo la necesidad cada vez más urgente del alcohol para calmar sus tensiones emocionales y va necesitando constantemente su auxilio como droga, el "hábito-necesidad", se vuelve constante se puede hablar ya de la fase Crónica, o sea la bebedera continua sin poder interrumpir aquella carrera por su propia inercia (Jellinek

1960; citado en Plenitud # 20, 1982).

Antropólogos e historiadores como: Menéndez (1983) difieren en la clasificación del alcoholismo como enfermedad; ellos lo consideran como proceso de alcoholización; el cual considera las consecuencias positivas y negativas que cumple la ingesta de alcohol para los conjuntos sociales estratificados, y que implica sólo parcialmente el problema de la enfermedad mental.) La Antropología social y cultural ha tratado sobre todo de describir la funcionalidad colectiva de la alcoholización. Algunos han planteado la alcoholización en términos de problema social y económico, inclusive vinculado a un control ocupacional. Existen descripciones en términos de conducta peligrosa, lo cual no obstante es percibida como patológica. La producción antropológica considera a la alcoholización y el alcoholismo como un instrumento, como un medio social y cultural a través del cual los conjuntos sociales implementarían determinadas funciones.

Por su lado la OMS en 1951 señala: ("El alcoholismo es toda forma de ingestión de alcohol la cual exceda el consumo alimenticio tradicional y hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualesquiera que sea el origen de esos factores, como la herencia, constitución física o las influencias metabólicas adquiridas" (García y Manjarrez, 1988).)

El Dr. Silkworth (1939) lo define como: "Una alergia física aunada a una obsesión mental". Planteamiento que usa

Alcohólicos Anónimos (AA). Así mismo "El alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal la cual no respeta sexo, edad o status social" (Alcohólicos Anónimos, 1989).



Habiendo descrito algunas de las definiciones existentes, podemos mencionar a continuación algunos de los factores etiológicos de tal problemática, las consecuencias del beber inmoderado y para finalizar, algunos de los tratamientos existentes, para posteriormente concluir con el eje principal de este trabajo el cual es explicar en la medida de nuestras posibilidades cómo trabaja el programa de Alcohólicos Anónimos.

Entre los investigadores en la materia Williams (1947); Winokur (1970); Goddwin (1979); Feldman (1986); Yates (1987); Fernández (1988); entre otros. Mencionan que los factores que se han estudiado son: 1) Psicológicos, 2) Biológicos y 3) Socioculturales. Dentro de los psicológicos se dice que los alcohólicos son: individuos dependientes, con sentimientos de inferioridad, incapaces de enfrentarse a la angustia y a la frustración. Sufren de un estado continuo de inferioridad y de impulsos autodestructivos, por lo tanto el alcohol disminuye la angustia; esto sucede temporalmente ya que, cuando termina la intoxicación, los síntomas regresan, ahora acompañados de un sentimiento de culpa generado por la ingestión del alcohol.

2) Los factores biológicos se han dividido en dos: fisiológicos y genéticos. Se ha mencionado la deficiencia de vitamina B12 como causa; otros autores creen que el

alcoholismo puede ser una mera aberración fisiológica. Desde el punto de vista genético, el alcoholismo está en cierta medida determinado. Sin embargo, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patogenético. Por otra parte, no hay un acuerdo sobre la naturaleza misma del mecanismo genético, tiende a predominar la idea a que se trata de un desarreglo de la química cerebral. John Wallale (1992) menciona que la respuesta al por qué del alcoholismo se ha centrado últimamente en los neurotransmisores del cerebro; es decir, las sustancias químicas que las neuronas liberan en los espacios que las separan de otras neuronas. En efecto, los mensajes brincan los espacios que existen entre ellas mediante un sistema de señales químicas. Los neurotransmisores son sustancias fascinantes que se producen en el Sistema Nervioso Central. Actualmente se cree que diferentes tipos de estas sustancias químicas se relacionan con algunas enfermedades neurológicas, como la enfermedad de Parkinson, y con trastornos mentales como la esquizofrenia y la depresión severa. Algunas de estas sustancias químicas que el cerebro produce, son similares a los narcóticos; de hecho, el cerebro produce su propia morfina. La beta-endorfina y la meta-enkefalina, son sustancias similares a la morfina que se produce en el cerebro y que tienen la propiedad de mitigar el dolor, al igual que las drogas opiáceas-narcóticas. Una teoría reciente de la

razón por la que algunas personas desarrollan una adicción a la heroína mientras que otras no lo hacen, es que el adicto a la heroína nace con una deficiencia de este tipo de sustancias naturales parecidas a la morfina, o bien la desarrolla. Es muy interesante considerar el planteamiento de que estas sustancias químicas del cerebro parecidas a la morfina también están relacionadas con el alcoholismo. Algunos estudios han mostrado que los alcohólicos tienen deficiencias en los niveles de beta-endorfina. Además, estudios soviéticos recientes señalan la posibilidad de que la deficiencia de las encefalinas incluye una secuencia de cinco aminoácidos comunes que actúan en el cerebro de manera muy parecida a sustancias del tipo de los narcóticos.

ε 3) Los factores socioculturales: En nuestra sociedad los niños ingieren bebidas alcohólicas dentro del núcleo familiar en poca cantidad y muy diluidas. Un ejemplo de esto se da en ciertas regiones de la República, donde al suspender el seno materno al niño, se le introduce el pulque como sustituto. Las bebidas alcohólicas en algunos lugares se consideran como alimento y las consumen generalmente en las comidas, siendo los padres un ejemplo de consumidores moderados de bebidas; el beber alcohol no es vergonzoso, y en algunos lugares es prueba de virilidad (Sámano, 1985).

Para Madden (1986) existen cuatro razones por las cuales un individuo miembro de la sociedad puede incurrir a la farmacodependencia. La primera es: obtener el valor real o

supuesto de pastillas o del alcohol como medicamento. El segundo objetivo de tomar una sustancia con efectos sobre la mente se aplica nada más al alcohol como bebida. Los dos propósitos restantes que pueden motivar a un individuo a consumir una sustancia que afecta a la mente son recursos tanto de la gente mal informada como de las personas sofisticadas.

En lo que se refiere a las consecuencias del beber sin control, Jellinek (1960); Sàmano (1985); Martin (1987); Fernàndez (1988), concuerdan en que las personas consideradas alcohòlicas constituyen entre una tercera parte y la mitad de los pacientes internados en los hospitales generales y psiquiàtricos. Cuando existe disoluciòn familiar se observa un mayor consumo de alcohol entre mujeres y jòvenes. La cirrosis hepàtica es una de las principales causas de defunciòn en hombres entre los 25 y 64 años, los conductores en estado de embriaguez causan el 50% de las muertes en carreteras. El síndrome de dependencia se manifiesta por la pèrdida del control sobre la ingestiòn de alcohol y falta de respuesta al control social; cuando el individuo bebe alcohol en exceso, lo que se llama un episodio agudo, ocasiona al bebedor: falta de control personal, agresividad, accidentes, se expone a condiciones meteorològicas, trastornos físicos, arrestos por estado de embriaguez, grave sentido de culpa, frustraciòn por haber fracasado e ideas y/o suicidio. Si se bebe alcohol excesivamente y por tiempo prolongado se presnta: Psicosis

Alcohòlica, Delirium Tremens y Psicosis de Korsakoff; los amigos se alejan hasta perderlos, así mismo sucede con la familia, se pierde la autoestimaciòn, el empleo, la libertad y la vida.

En las mujeres embarazadas se presentan lesiones fetales, la mujer alcohòlica descuida a los niños, es causa de alteraciones en el desarrollo infantil y de gran parte de la deserciòn escolar. En estos chicos se presenta gran incidencia de delincuencia juvenil, drogadicciòn y embriaguez. La comunidad tambièn sufre los problemas del alcoholismo, puesto que el alcohòlico lleva una conducta ofensiva, es violento, provoca daño a la propiedad ajena. En nuestro país se pierden anualmente miles de millones de pesos por la inproductividad de los alcohòlicos. Millones de niños mexicanos sufren traumas, padecen crisis nerviosas, insomnio y bajo índice de aprendizaje. Todo èsto a consecuencia de tener padres, hermanos o tíos alcohòlicos. En las últimas décadas se le ha permitido a la mujer que ingrese a la vida econòmica, se le permite que trabaje, por lo cual ha aumentado el número de mujeres alcohòlicas, una por cada cinco hombres (Op. Cit).

Para finalizar se puede mencionar que el tratamiento del alcohòlico abarca una amplia serie de actividades terapéuticas que van desde una deshabituaciòn del alcohol, hasta una modificaciòn de la personalidad del individuo mediante tècnicas de psicoterapia individual o de grupo, pasando por tratamientos biològicos con el fin de remediar las

consecuencias que el alcohol provocó en el organismo. La rehabilitación de los crónicos es posible, pero se hace más difícil y antieconómico. El tratamiento aversivo usa drogas como el Antabeus y otras similares (Terapia Farmacológica) que tiene el efecto de hacer desagradable el alcohol al ingerirlo. La Cortizona y la ACTAH (Adrenocorticotrópica) se usan en Delirium Tremens, en la Intoxicación Alcohólica y ayuda en la Psicosis de Korsakoff. La psicoterapia conductual se basa en el uso de los reflejos condicionados.



La mayoría de los terapeutas de la escuela psicodinámica están convencidos de que es muy difícil ayudar al alcohólico crónico, en parte porque para ellos es un hábito originado en un defecto de carácter y no en un conflicto neurótico. En las últimas décadas se han creado varias instalaciones especializadas en el tratamiento de pacientes alcohólicos. Se les anima para que permanezcan allí períodos que abarcan desde dos semanas hasta seis meses; durante este tiempo reciben una combinación de Alcohólicos Anónimos, terapias de grupo, conferencias educativas y películas, adiestramiento vocacional, medicamentos y terapia aversiva (Martin, 1987).

A principios de la década de los '30s, William Griffith Wilson (Bill W), superó su alcoholismo gracias a un cambio "espiritual" radical. De inmediato trató de transmitir su experiencia a otros alcohólicos y encontró al Dr. Robert Holbrook Smith (Dr. Bob), el cual también logró sobreponerse de su alcoholismo. Ambos empezaron a ayudar a otros

alcohólicos en parte como programa voluntario para no reincidir. En 1935 fundaron la Asociación de Alcohólicos Anónimos. El método del grupo se basa en principios antiguos de la Religión, Medicina y la Psiquiatría. Estos son algunos de sus principios fundamentales: 1) los principiantes deben admitir su incapacidad para sobreponerse a la problemática (alcoholismo); 2) dejar que su vida dependa de un Dios tal y como cada quién lo conciba, 3) reconocer que nunca más pueden volver a tomar alcohol, realizar un inventario de sí mismo y contar en confianza los defectos propios a otra persona, 4) reparar los daños que hayan causado y 5) compartir con otros alcohólicos y con el prójimo lo aplicado en lo personal (Alcohólicos Anónimos llega a la mayoría de edad 1990).

Alcohólicos Anónimos no tiene relación con el Ejército de Salvación. No organiza campañas antialcohólicas. No es un grupo de damas voluntarias que recojan "borrachitos" para darles ayuda material o social. No expide credenciales, ni lleva registros, no tiene finalidades lucrativas, por lo que no cobra ninguna cuota por sus servicios, no proporciona ni ofrece atención médica, asilo, medicamentos, comida o trabajo a sus miembros; no existen jefes ni autoridades que impongan o perturben voluntades y no es ni hace muchas otras cosas que el público supone. "Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver el problema común y

ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras aportaciones voluntarias. AA 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 primordial objetivo es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad" (Enunciado de AA. citado en Un punto de vista sobre AA, 1987).

AA funciona en casi todas las ciudades del mundo en pequeños grupos de alcohólicos en recuperación, que con su ejemplo demuestran a todas aquellas personas que deseen dejar de beber que ésto es posible, si existe sincero deseo y que ello se consigue empezando por seguir los 12 Pasos y las 12 Tradiciones de su programa de recuperación.

Como ya se había mencionado anteriormente, un primer propósito del presente trabajo es describir de manera general los puntos tratados en el desarrollo de esta introducción (ejem: definiciones, causas, consecuencias, tratamientos, etc.). Para posteriormente y de una manera particular explicar el programa de Alcohólicos Anónimos, cómo surgió en Estados Unidos, su llegada a México y qué se entiende por sus doce Pasos y sus doce Tradiciones.

C A P I T U L O I

DEFINICIONES DE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO

Para poder darnos cuenta de lo que ocasiona el alcohol a aquellos que lo beben, es necesario saber qué es; y aunque hay numerosas clases de alcohol para el propósito de este trabajo sólo se mencionará el etílico.

Cohen (1980) afirma: "a diferencia del invento de la rueda, la creación inicial del alcohol no exigió el don del intelecto humano". Se puede producir alcohol si se reúnen fortitivamente (o por plan), levadura, azúcares y agua, un proceso de fermentación explicado por Luis Pasteur en 1857. Las células vivas de la levadura atacan la estructura química del azúcar, reorganizando las moléculas del carbono, hidrógeno y oxígeno para formar alcohol y dióxido de carbono. El proceso de fermentación cesa bruscamente cuando la levadura muere a causa del alcohol que ha fabricado. El proceso de fermentación determina dos clases fundamentales de licores espirituosos: a) azúcar de fruta fermentada, llamada vino (un 14% de alcohol) y b) grano fermentado (inicialmente la malta transforma en azúcar el almidón de grano), llamado cerveza (un 5% de alcohol). De ellos surgen los destilados (quizá hasta un 75% de alcohol), cuya fabricación es posible porque el alcohol se volatiliza a menores temperaturas que el agua; de este modo, el

brandy es una forma de vino destilado y el whisky y la ginebra formas de cerveza destilada.

Los sabios están de acuerdo en que se conoce el vino desde la prehistoria; la cerveza desde los tiempos egipcios y los destilados desde el siglo VII. Platón, quien en su famoso diálogo "Las leyes", escribió: "El beber vino no es, en realidad, lo mismo que tantos otros llamamos bienes de la vida, ni bueno ni malo en sí". Lo que importa, no es si el individuo bebe, sino si lo hace o no en forma responsable y esta idea se encuentra implícita en el aservo del filósofo (Fernández, 1988; citado en Plenitud # 42). Probablemente el primer vino fué miel fermentada o aguamiel (que más tarde sirvió de catalizador durante los primeros 28 días de casamiento, dando paso al término luna de miel). La biblia describe la magia del vino en los proverbios, donde la palabra () designa un poderoso vino sazonado con especias (la primera bebida mezclada). El consumo de vino era parte integral de las antiguas ceremonias religiosas judías. Los egipcios conocían más de siete variedades de vino y cerveza; el dios griego Dionicio y el dios romano Baco representan al vino y las palabras "Dionisiaco y Bacanal" siguen sobreviviendo en el lenguaje. Del vino destilaron los cartujos el Chartreuse que los perros San Bernardo transportaban para beneficio de viajeros perdidos y agotados. De la cerveza de cebada destilaron los Irlandeses el Usquebaugh (agua de vida), hoy conocido como Whisky. El vino, la cerveza y los destilados

conquistaron el mundo y el consumo del alcohol se volvió parte integral de casi cualquier cultura (Cohen, 1980).

Al respecto Menéndez (1983) considera al alcohol y la alcoholización como un proceso, como un instrumento y/o medio tanto desde la dimensión económico-política como socioideológica. Tanto desde los sectores dominantes como de las masas consumidoras. La concepción fuerte desde el proceso de alcoholización se daría en torno a dos ejes: 1) económico-productivo y 2) ideológico. En el primer caso se recupera la importancia en términos de producción y desarrollo económico; en el segundo el manejo que de la alcoholización se ha hecho tanto en la situación colonial, como postcolonial, un término de estigmatización racial y/o clasista por parte de los sectores dominantes. Metodológicamente se pueden discriminar tres grandes causas del proceso de alcoholización: la fiesta, la situación colonial, y el desarrollo capitalista dependiente; se ha focalizado para América Latina las dos últimas, y de éstas, si bien inicialmente fué la situación colonial la que influyó en gran medida, el impacto de la misma en la apropiación de los medios e instrumentos de producción. El manejo del prejuicio como forma de control de masas, la generación de pauperización económica y de privación psicosocial aparecen como causales de la alcoholización. La situación colonial estableció rasgos similares, a los de la condición obrera, que en el caso de algunos países de América Latina se potenciaron a fines del siglo XIX, para generar un

nuevo incremento de la alcoholización, junto con otros fenómenos ideológicos y económicos-políticos como: el desarrollo de grandes migraciones desde países vitivinícolas (España, Portugal, Italia, Francia) y el desarrollo de burguesías regionales.

Teóricos con orientación médica y psicológica señalan definiciones como las siguientes: "El alcoholismo es una alergia física aunada a una obsesión mental" (Silkworth, citado en Alcohólicos Anónimos, 1989).

"El alcoholismo es esencialmente un problema del comportamiento, que se manifiesta por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, con la característica de ser irreductible o casi irreductible, por medio de los argumentos que generalmente influyen en la conducta humana: los problemas de salud, las nefastas consecuencias económicas, familiares, profesionales, etc." (Deuchene, 1950; citado en García y Manjarrez, 1988). "El alcoholismo es un desorden crónico de la conducta, que se manifiesta en una preocupación inadecuada acerca del alcohol en detrimento de la salud física y mental, por la pérdida del control cuando se ha iniciado la ingestión de bebidas alcohólicas, y por una actitud autodestructiva en las situaciones vitales y en las relaciones interpersonales" (Chafetz y Demone, 1972; Op Cit).

Según Hernán (1981) "el alcoholismo es una enfermedad crónica, el alcoholismo agudo es una intoxicación producida por el consumo excesivo y mantenido de alcohol".

Martin (1987); lo define como "la ingestión crónica y excesiva de alcohol que ocasiona grave deterioro en la actitud física y psicosocial".

Por su parte Fernández (1980) trata de explicar lo que el alcoholismo no es: en primer lugar no se debe identificar el cuadro clínico del alcoholismo, en tanto que es un padecimiento directamente relacionado con el consumo excesivo de alcohol, con las complicaciones a las que suele conducir: problemas neurológicos, trastornos psiquiátricos, cuadros digestivos, etc. y sin embargo con frecuencia se escucha decir que "fulano es un alcohólico, puesto que sufre una cirrosis hepática", o que sólo es alcohólico, quien ha llegado al delirium tremens. El alcoholismo tampoco es la etapa de intoxicación aguda provocada por la ingestión excesiva de bebidas en el curso de unas horas. Un sujeto en tales condiciones es un "alcoholizado", pero puede no ser un alcohólico verdadero; en otras palabras, alcoholismo no es lo mismo que "borrachera". Más importante aún es no confundirlo con la falla moral del individuo, no sólo porque al hacerlo así se mezclan ilógicamente conceptos que pertenecen uno a la ciencia y el otro a la ética, sino porque estigmatizando al sujeto alcohólico, se aleja uno de la posibilidad de ayudarlo. La definición con la que Fernández concuerda es la del Dr. Keller (1958) en donde "el alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede

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" (Op.Cit). Esta definición señala: 1) que el alcoholismo es una enfermedad con lo que de hecho se coloca entre los problemas de salud, susceptibles de estudio desde el ángulo médico. La etiología, es decir, el estudio de las causas que lo provocan, la sintomatología que caracteriza el cuadro de la enfermedad, el diagnóstico que se refiere al procedimiento clínico que el médico sigue para definir la situación patológica, la rehabilitación que comprende el tratamiento y el retorno a la vida normal y finalmente, la prevención que intenta evitar la aparición de nuevos casos, son todos ellos capítulos indispensables de un estudio integral del alcoholismo. Este enfoque médico no está reñido, desde luego con otros, pero la medicina reclama para sí el derecho de incluir el alcoholismo dentro de la patología humana por diferentes razones. Si se llama enfermedad a toda condición de anormalidad que puede ser reconocida y que se presenta con los mismos síntomas en todas las personas, entonces, no hay duda de que el alcoholismo lo es. Distingue claramente al alcoholismo de la intoxicación aguda, al establecer que es una enfermedad crónica, es decir de larga duración; no puede hablarse de alcoholismo si no se ha llegado a ciertas etapas en las que ya se ven los síntomas característicos de la dependencia.

↓
"De aquí"
↓

Hay quienes beben con relativa frecuencia, sobre todo en las festividades, y no merecen el diagnóstico de alcohólicos precisamente porque faltan los elementos que delatan la adicción (dependencia, síndrome de abstinencia), que sólo aparecen cuando se lleva algún tiempo consumiendo excesivamente bebidas alcohólicas. Sin embargo, el alcoholismo tiene grados, y un asunto de mayor importancia es el de poder valorar adecuadamente los síntomas para hacer diagnósticos precoces, sobre todo porque /el alcoholismo inicial, es más susceptible al tratamiento. Establece como característica esencial la ingestión excesiva de alcohol, pese a la desaprobación general (hasta el punto que excede a lo socialmente aceptado). Aquí se hace referencia a la imposibilidad de dejar de beber; o sea, al verdadero estado de farmacodependencia (alcohol-dependencia), ya que, ante el rechazo social de su exceso en el beber, es evidente que el alcohólico preferiría dejar de hacerlo. No lo hace justamente porque se ha creado esa dependencia que primero es sólo psicológica, pero que con el tiempo y de manera inevitable será también física si continúa bebiendo. Señala que la existencia de un daño físico o mental es una condición para el diagnóstico de un alcoholismo verdadero; esto es lo que se indica en la última frase de la definición, donde se menciona la salud física, las relaciones interpersonales y la capacidad para el trabajo. Se hace evidente que la cronicidad es un elemento indispensable para el diagnóstico, puesto que sólo el

tiempo lleva al padecimiento hasta las etapas en que el daño aparece. Por lo que toca a lo orgánico, que el alcoholismo acarrea, son todos de fácil reconocimiento, y el médico general los identifica porque el enfermo acude a consulta precisamente por los síntomas que provoca. Los aspectos mentales, en cambio, son de más difícil demostración, en parte porque el paciente no está dispuesto a develarlos o no los admite, y también porque el médico no está familiarizado con las técnicas de entrevista apropiada para explorar el psiquismo.

En lo que respecta a la Organización Mundial de la Salud, el Subcomité de Alcoholismo, de Expertos en Higiene Mental, que celebró su primera reunión en Ginebra, del 11 al 16 de diciembre de 1950, señaló que uno de los obstáculos serios para tomar una acción internacional en este particular radica en la carencia de una terminología que sea comúnmente aceptada, planteamiento que puede ser retomado hasta el momento y en el cual se menciona que la expresión "alcoholismo crónico", por ejemplo, se usa en sentido diferente, en prácticamente todos los países de donde proceden los delegados del subcomité. En su concotación más estricta implica un estado en que el individuo, como resultado del alcoholismo consuetudinario, ha sufrido daños orgánicos permanentes o un serio trastorno mental debido, muy probablemente a los cambios orgánicos. En contraposición a lo anterior, en algunos países el mismo término se emplea en un

sentido mucho más amplio que denota un continuo y excesivo consumo de bebidas embriagantes, independientemente de todo daño físico o psíquico irremediable. El subcomité estimó, por lo tanto que, en el uso internacional, la expresión "alcoholismo crónico" puede ser causa de confusión, aún cuando los miembros del subcomité están casi enteramente de acuerdo sobre los fenómenos clínicos de ese trastorno y sobre las etapas de su evolución (Betlhein; Jellinek y otros, 1950. citado en Plenitud # 7, 1979).

El término general "alcoholismo", por otra parte, parece tener un significado mucho más constante en los países en los cuales el problema es de mayor importancia. En este informe el subcomité empleo esta expresión para denotar "toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que por su extensión sobrepasa los linderos de costumbre sociales propias de la colectividad respectiva, sean cuales fueren los factores etiológicos, así como el origen de los mismos respecto a la herencia, a la constitución física o las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas". Desde el punto de vista clínico, el subcomité está de acuerdo en la evolución del alcoholismo (en el sentido arriba expuesto), puede pasar por una serie de etapas reconocibles, cada una de las cuales tiene una significación diferente tanto para el pronóstico, como para el tratamiento.

En la primera etapa, que ha sido descrita como "embriaguez sintomática" se toman bebidas alcohólicas para

hacer frente a un problema actual, puede éste ser una tensión originada por condiciones físicas o bien por factores psicológicos, o aún por circunstancias sociales. Ese consumo excesivo de alcohol es entonces calmante que le permite al individuo soportar la zozobra. Es importante advertir que esta reacción puede acontecer no sólo en individuos que anteriormente no han acostumbrado a tomar bebidas alcohólicas, sino también en aquéllos que durante muchos años han tomado bebidas alcohólicas en forma moderada sin desviarse de las normas aceptadas en la comunidad en que viven. Sin embargo, el uso del alcohol como medio de sobreponerse a una tensión actual, que se ha denominado como "embriaguez sintomática", puede fácilmente crear dificultades posteriores para el individuo. Dichas dificultades provienen también de síntomas físicos, de factores psicológicos o de problemas sociales. Pueden citarse la Anorexia producida por la Gastritis, los complejos de inferioridad originados por la conducta durante el estado de embriaguez, los trastornos en las relaciones personales o ineficacia en la ocupación. En esta etapa cuando el individuo, que al principio se entregó a la bebida para aliviar una tensión en curso, siente ya la necesidad de recurrir a ésta para mitigar de igual modo los síntomas que el abuso anterior del alcohol le había provocado. Así por ejemplo puede combatir mediante el efecto estimulante de aperitivos, la anorexia de la gastritis alcohólica. Puede tal vez tomar alcohol para sobreponerse a su sentido de inferioridad social

Falta página

N° 24

de una importancia clínica considerable. Por los resultados obtenidos en la práctica psiquiátrica corriente se desprende que, en la primera etapa embriaguez sintomática, es posible, en muchos casos, hacer desaparecer la causa subyacente que provocó el síntoma. Si esto se logra, el individuo podrá volver a beber en forma controlada, tal como había sido su costumbre antes de ocurrir el episodio alcohólico. En la segunda etapa, sin embargo, que se ha designado como embriaguez inveterada, no sólo el pronóstico es mucho más grave y más defícil el tratamiento, sino que el objetivo del mismo tratamiento debe ser modificado. Debe reconocerse que el individuo no puede esperar volver a ser un bebedor moderado; el propósito de la terapia deberá ser, por lo tanto, el de lograr la abstinencia total. Es evidente que en el individuo se ha producido un cambio irreversible y la investigación posterior deberá demostrar en qué grado ese cambio irreversible se debe a factores psicológicos y fisiopatológicos (Op. Cit).

Además de la definición de las etapas clínicas del alcoholismo, se presentan otros problemas de terminología. En cuanto a la palabra "tolerancia", desde el punto de vista clínico del subcomité, sería conveniente que el empleo de este vocablo se avoque a indicar la relación entre la cantidad de alcohol ingerido y los efectos producidos en el individuo. En otras palabras, el término indica la dosis máxima de alcohol que un individuo puede ingerir, sin trastornos de las

funciones fisiológicas. Por último el término "curado"; una vez que un individuo ha pasado de la primera etapa de embriaguez sintomática a la de embriaguez inveterada, según lo que indica el comité anteriormente, no puede esperar convertirse de nuevo en bebedor moderado. Por lo tanto, una vez que el alcohólico ha llegado a esta etapa, la curación, en el sentido estricto de la palabra, es imposible. En esta etapa, el objeto de tratamiento será estacionar el estado morboso, capacitando al individuo para permanecer permanentemente abstemio (Op. Cit).

Para Jellinek (1960) el criterio de clasificación que se basa principalmente en el nivel de gravedad, es quizá el más empleado de todos. Jellinek utilizó en su clasificación ese factor, pero también las complicaciones físicas y la dependencia psicológica y/o física del alcohol, para llegar a proponer cinco formas distintas de alcoholismo, a las que les dió nombre de letras griegas. Esta es su clasificación: 1) **Alcoholismo Alfa:** esta forma traduce una dependencia exclusivamente psicológica que se debe al hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. No existe en este caso ni la pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva y, en realidad, no se trata aún de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica de consumo de alcohol. Afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos relacionados

Lobo

con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo. 2) **Alcoholismo Beta:** se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión (pero puede haber dependencia psicológica). 3) **Alcoholismo Gama;** en este tipo, de mayor gravedad, sí hay dependencia física y psicológica, con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse a la bebida. El bebedor puede dejar el alcohol durante semanas y aún meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control. Según Jellinek ésta forma de alcoholismo se encuentra principalmente en los Estados Unidos de América y en los países anglosajones. Por supuesto puede presentarse el síndrome de abstinencia. 4) **Alcoholismo Delta:** aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gama, el sujeto no puede abstenerse de beber, ni aún por días. Se presenta el síndrome de abstinencia. Esta forma de alcoholismo es más común en los países cuya fuente principal de alcohol ingerible es vino. 5) **Alcoholismo Epsilon,** es el alcoholismo periódico, también llamado dipsomanía. No debe confundirse con el tipo gama que tiene también periodos de abstinencia.

Tales son los tipos reconocibles de alcoholismo, dentro de los que caben prácticamente todos los sujetos alcohólicos. Pero es conveniente aclarar algunos aspectos clínicos, para no

confundir estados de intoxicación aguda con el alcoholismo verdadero. Debido a las grandes variaciones individuales de respuesta al alcohol, ciertos sujetos reaccionan incluso ante ingestiones moderadas, de una manera tal que un observador no experto podría clasificarlos como alcohólicos. En realidad pueden serlo si reúnen las características que se señalaron al definir el concepto, pero se trata de reacciones patológicas propias de un definido tipo de bebedor. La intoxicación o ebriedad patológica se caracteriza por una respuesta anormal a la ingestión de dosis bajas de alcohol: desorganización de la conducta con agitación, a veces extrema, cambios espectaculares del humor o del llanto a la risa o a la violencia, agresividad explosiva y amnesia variable. Bajo circunstancias especiales, el individuo puede llegar al homicidio a pesar de que la dosis ingerida sólo ocasiona en la gran mayoría de los sujetos normales, discreta euforia y aumento de la capacidad de convivencia. La clasificación de Jellinek es descriptiva, aunque su aceptación ciertamente requeriría un sistema etiológico multidimensional más que uno unidimensional. Como se ha podido observar hasta el momento se ha definido el alcoholismo desde varias prespectivas teóricas pero sobre todo, como una enfermedad caracterizada por una alteración crónica de la conducta, manifestada por una ingesta compulsiva de bebidas alcohólicas.

En la actualidad, cada día está más generalizado y aceptado el concepto de que el alcoholismo es una enfermedad

progresiva, y se le considera como incurable, porque hasta la fecha no se ha logrado que un alcohólico pueda beber como pueden hacerlo personas que no son alcohólicas. En realidad, el alcoholismo es una condición compleja multifacética que implica enfermedad del cuerpo, de la "mente" y del "espíritu" (Sámano, 1985; citado en Plenitud# 31, 1985).

Sin embargo, Alcohólicos Anónimos considera que si bien el alcoholismo es incurable hasta la fecha, su progreso si puede ser detenido, siempre que el enfermo se abstenga de beber. Por lo tanto, los miembros de AA no aprenden a manejar el alcohol, sino que aprenden a vivir sin él. Dado que el alcoholismo es una enfermedad, no cabe juzgar al que la padece, únicamente desde el punto de vista de la moral. Por la misma condición patológica que hay en esta enfermedad, el alcohólico pierde su sentido de responsabilidad y no puede hacer uso de la fuerza de voluntad para combatir su mal. No es que no tenga fuerza de voluntad, sí la tiene; pero su compulsión hacia la bebida la anula. No existe lo que pudiera llamarse como alcoholismo típico. Por cada uno que para en la cárcel, o que es internado en un hospital, hay docenas en casa que sufren las consecuencias del alcohol o que, inclusive, que las soportan durante sus horas de trabajo. El alcohólico periódico es un bebedor aún más desconcertante que los demás; este individuo por regla general, ni siquiera piensa en el alcohol durante sus períodos de abstinencia que son más o menos largos; pero inevitablemente se toma la primera copa y

ésta lo conduce a beber en forma que es absolutamente imposible de controlar (Un punto de vista sobre Alcohólicos Anónimos, 1987).

C A P I T U L O I I

FACTORES ETIOLOGICOS DEL ALCOHOLISMO

En todos los niveles, de análisis, desde el bioquímico hasta el psicológico se han hecho intentos de explicar el comienzo y mantenimiento del alcoholismo. Las descripciones que se presentan a continuación llevan el propósito de orientar al lector en las diversas teorías. Sin embargo, teniendo en cuenta, las definiciones anteriores sobre la determinación multidimensional del comportamiento humano, quedará claro que las teorías no necesariamente son mutuamente excluyentes, aunque los defensores de una teoría particular tienden a afirmarla como si en realidad lo fuera.

1.-FORMULACIONES FISIOLÓGICAS.

Para Fernández (1988) todo defecto hereditario, funcional, metabólico o nutricional, necesita la concomitancia de otros factores como los psicológicos y los socioculturales, para adquirir relevancia como precipitantes del alcoholismo. En los últimos años se ha prestado una gran atención al estudio del metabolismo del etanol o alcohol etílico, las respuestas fisiológicas que produce y su influencia sobre la evolución de la enfermedad con sus complicaciones físicas y psicológicas. Aunque de las investigaciones se han obtenido muchos conocimientos de indudable utilidad, quedan aún sin

respuesta las preguntas sobre si el alcoholismo es una aberración fisiológica.

En cuanto a los estudios en el campo de la herencia, existe alguna evidencia de que el alcoholismo está, en cierta medida, determinado genéticamente; por ejemplo: Winokur, (1970, citado en Martin, 1987) descubrió que el 40% de 250 alcohólicos hospitalizados tenían un progenitor, generalmente el padre, que era alcohólico.) A pesar de que los trabajos con gemelos no apoyan del todo la existencia de factores genéticos; los estudios de adopción indican con más claridad la función de la herencia; Goddwin, (1979; citado en Op. Cit), observó que los hijos de alcohólicos colocados en familias adoptivas en los primeros años de su vida, mostraban una tendencia mayor a contraer el alcoholismo que los que carecían de tales antecedentes. Sin embargo, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con otros factores (psicológicos y socioculturales) para alcanzar un valor patogenético. Por otra parte, no hay un acuerdo sobre la naturaleza misma del mecanismo genético y tiende a predominar la idea de que se trata de un desarreglo de la química cerebral.

La llamada teoría genetotrófica o de la deficiencia nutricional, [propuesta por Williams y Col, (1947, 1959; citado en Yates, 1987); sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para

metabolizar ciertos materiales alimentarios; la deficiencia nutricional que resulta, provoca una especie de apetencia fisiológica por el alcohol, de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible de introducir más alcohol al organismo. Atractiva como es, esta teoría no ha podido ser comprobada ni como explicación etiológica ni como tratamiento del alcoholismo. En realidad, la mayoría de las deficiencias hormonales nutricionales que se observan en los alcohólicos, se explican mejor como consecuencia y no como causas de la enfermedad.

Las teorías fisiológicas postulan una perturbación básica de la química del cuerpo y del cerebro, la cual lleva a un estado de deficiencia que se alivia temporalmente mediante la ingestión de alcohol, lo cual puede exacerbar el estado de deficiencia, estableciendo así un círculo vicioso. En otras palabras, el alcohol tiene una acción depresora sobre el Sistema Nervioso Central determinada por la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que ha sido metabolizado y sus efectos han desaparecido, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un período proporcional. Las manifestaciones clínicas mientras dura la acción depresora, van desde fenómenos psíquicos simples, hasta la supresión de los centros vitales y la muerte. Los signos de síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común a la mañana siguiente (resaca o cruda), en forma de temblores y agitación, molestias que pueden ser aliviadas temporalmente

con una nueva ingestión de alcohol. Esta mejoría de la fase de excitación mediante nuevas dosis, se va haciendo cada vez más urgente e importante para el bebedor conforme su trastorno progresa. Eventualmente se convierte en una necesidad y llega a establecerse una dependencia física y psicológica (Yates, 1987).

2.-FORMULACIONES PSICOLOGICAS

Las teorías psicoanalíticas han sugerido de diversas maneras que la fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual, los impulsos autodestructivos y la homosexualidad latente (o una combinación de esos elementos) produce el deseo compulsivo del alcohólico. Feldman, (1956; citado en Yates, 1987) ha mencionado que el alcoholismo no es más que un síntoma de una perturbación emocional subyacente (idea retomada por AA). Fenichel, (1945; citado en Martin, 1987), por ejemplo, afirmó que los impulsos pasivos, dependientes y orales (en los cuales la ingestión representa una fuente fundamental de satisfacción) lo motivan. Así mismo Sousa y Machorro (1988) mencionan que una teoría psicoanalítica afirma que una ingestión excesiva de alcohol protege al individuo contra un sentimiento de minusvalía, o bien le permite alcanzar una sensación de mayor poder. Esta teoría considera al alcohólico como un ser inmaduro que necesita beber para sentirse poderoso, algo que la realidad de todos los días no le proporciona.

Conger (1980) ha señalado que las características más

comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes: se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente; tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. También que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares, pero que todas esas características de personalidad, así como las experiencias infantiles señaladas, pueden darse en individuos que desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad. Por último, afirma que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en los bebedores crónicos como podría creerse, y que, por otra parte, sí acentúan otros problemas psicológicos como la culpabilidad y la pérdida de autoestima.

3.- FORMULACIONES SOCIOCULTURALES.

Autores como Madden (1986); Yates (1987); Souza y Machorro (1988), manifiestan que los aspectos socioculturales que afectan la aceptabilidad y disponibilidad del alcohol son algunas de las características más importantes en la producción de los hábitos de consumo personal peligroso de alcohol. Para ellos, las fluctuaciones que ocurren en estos aspectos podrían explicar las variaciones tan amplias que se observan en los distintos países y razas en lo que respecta a

los problemas que ocasiona el alcohol.

(Para Madden (1986) existen cuatro razones por las cuales un individuo miembro de la sociedad puede incurrir al alcohol, la primera es: obtener el valor real o supuesto del alcohol como medicamento.) Es claro que muchas drogas que afectan la mente tienen propiedades muy valiosas para el tratamiento, pero muchas veces se sobrevaloran popularmente por sus supuestas propiedades terapéuticas. Por ejemplo, existen mitos, que atribuyen propiedades curativas a las bebidas alcohólicas. Muchas personas se autoadministran analgésicos simples o bebidas alcohólicas y las recomiendan a los demás, con la creencia de que estas son tónicos o estimulantes apropiados para el tratamiento de la ansiedad, depresión, insomnio o fatiga. (El segundo objetivo de tomar una substancia con efectos sobre la mente, se aplica nada más al alcohol como bebida. Distintos preparados alcohólicos se toman porque se considera que poseen valor nutritivo.) Así mismo el alcohol proporciona calorías, y se encuentran otras cantidades de substancias nutritivas en la cerveza y el vino, pero en general el valor dietético de las bebidas alcohólicas es mínimo. (Los dos propósitos restantes que pueden motivar a un individuo a consumir una substancia que afecta la mente son recursos tanto de la gente mal informada como de las personas sofisticadas.) Los aspectos simbólicos de tomar alcohol o una droga son múltiples e importantes: como gesto de amistad, unidad de grupo, necesidad de aceptación, para confirmar

acuerdos. Las religiones; por ejemplo, asignan significación a los hábitos de consumo de sustancias químicas. Los católicos y los judíos utilizan pequeñas cantidades de vino para este propósito. En el Islam, la prohibición en el Corán de toda bebida alcohólica caracteriza al verdadero creyente. El abandono de los valores sociales convencionales enfatizados por la tradición, el éxito, status y clase pueden expresarse a menudo a través de hábitos de consumo. Los subgrupos de delincuentes y marginados simpatizan, enfatizan o respaldan uno u otro hábito de consumo de sustancias en contra de los patrones convencionales de su sociedad. También se puede usar como un interludio en el trabajo o un descanso de una responsabilidad, el comienzo de un periodo de relajación, etc. (La última categoría que amplía las razones para consumir alcohol, que puede emplearse mal o crear dependencia, es de naturaleza utilitaria.) El término utilitario en este contexto es como lo utilizan los sociólogos para referirse a la utilidad de una sustancia en la producción de efectos placenteros sobre la mente.

Se desprende de lo anterior que la acción farmacológica de una sustancia en el cerebro es sólo uno de los factores determinantes de su uso en una comunidad dada, y que hay muchas costumbres, creencias y actitudes que afectan el grado y naturaleza del consumo. Los controles sociales, por ejemplo, contribuyen demasiado a que en la India la prevalencia del consumo de Cannabis sea tan bajo entre las clases

profesionales en comparación con otros estratos ocupacionales, que presentan una prevalencia más elevada. El punto de vista de Keller (1970; citado en Madden, 1986) es muy útil y constructivo; hubo un tiempo en que la raza judía tuvo gran predisposición a la ebriedad, pero ésta se sobrepuso a esa tendencia hace unos dos mil quinientos años. En contraste, los Irlandeses presentan en la actualidad una gran predisposición a tener problemas por el abuso alcohólico, y no nada más en Irlanda. Bales (1962; citado en Op.Cit), sugiere que la vulnerabilidad de los Irlandeses ante el alcohol se origina en sus tradiciones de bebida, que han sido más conducentes a beber hasta el punto de la ebriedad que tener prácticas de bebida más semejantes a otras razas y que favorecen, también el consumo de alcohol como sustituto de la actividad sexual y como escape de una vida hogareña dominada por la mujer.

4.-FORMULACIONES DE LA TEORIA DEL APRENDIZAJE.

Se ha reportado que los niños tienden a imitar la conducta de los parientes bebedores, particularmente la de los padres, sobre todo cuando los niños son estimulados a beber desde temprana edad. Sin embargo, no es raro encontrar gente abstemia a pesar de que sus padres beben intensamente. Por ello, se ha sugerido que el proceso de aprendizaje puede contribuir de una manera específica a desarrollar la dependencia al alcohol a través de la experiencia repetida, o bien cuando se han sentido los síntomas de la privación. Desde este punto de vista, la evasión del malestar y de otros

UNAM

síntomas, que se presentan como consecuencia, pueden actuar como un reforzador que cierra el círculo vicioso de la ingestión alcohólica intensa (Souza y Machorro, 1988).

Hace algunos años Conger (1951; citado en Martin, 1987) realizó experimentos con ratas, las cuales sirvieron de modelo para elaborar una teoría de cómo se aprende el alcoholismo: la búsqueda de reducción de tensiones. Los animales aprendieron a acercarse al final de una pista donde recibían alimento. En ensayos posteriores se les aplicó ahí una descarga eléctrica, que les ocasionaba conflicto de acercamiento-evitación. Las ratas del grupo experimental a las que se aplicó una inyección de alcohol resultaron menos afectadas, que las del grupo control (recibieron una inyección de placebo) por este conflicto y emitieron más respuestas de acercamiento al área de la meta. En un segundo experimento, Conger demostró que había sido la respuesta de evitación la que había disminuido a causa del alcohol; la tendencia de acercamiento permaneció inalterada. (Según Conger, el alcoholismo consiste en una reacción aprendida por el hombre porque con esa sustancia disminuye la ansiedad presente en varias circunstancias de su vida. Conforme a los principios del aprendizaje social, los efectos reforzadores inmediatos de la reducción de tensiones ejercen más control sobre el comportamiento que las consecuencias tardías de la ingestión excesiva.)

Sin embargo, aún queda por explicar por qué no todos se vuelven alcohólicos. La respuesta quizá se encuentre en la

vulnerabilidad de índole biológica, o en los antecedentes del aprendizaje social (o en ambas cosas).

5.-PERSONALIDAD COMO FACTOR ETIOLOGICO.

Para Martin (1987) la personalidad infantil del prealcohólico se caracteriza en una forma que recuerda el síndrome de hiperactividad: impulsividad, inquietud, poca amplitud de la atención, rebeldía, agresividad y desobediencias constantes. De esta clase de características quizá deriven después la falta de control en el consumo de alcohol. Es posible que los factores genéticos y psicosociales contribuyen a la evolución de estas características.)

Los factores psicosociales que favorecen la tendencia a servirse del alcohol para afrontar las frustraciones y ansiedades son su disponibilidad, el modelamiento y refuerzo de la ingestión de licor por los coetáneos y padres. La importancia del modelamiento de los progenitores se advierte en los resultados comunicados por Mc Cord y col (1960; citado en Op.Cit), en este estudio intensivo se sometió a varios niños de corta edad, con objeto de prevenir la delincuencia juvenil. Años más tarde cuando la mayoría tenía un poco más de 35 años de edad, se descubrió que cerca del 10% eran alcohólicos. Este grupo fue comparado con otro normal que no había mostrado ese hábito ni criminalidad. Las madres que habían adoptado una actitud de escapismo frente a la crisis (se retiraban a su habitación, se daban a la promiscuidad sexual, bebían licor o fingían no percatarse de la situación),

tuvieron un porcentaje mucho más elevado de hijos alcohólicos (38%) que las que reaccionaban de modo realista (15%), o que realizaban actos agresivos, aunque no necesariamente realistas (14%).

Así, los datos corroboran la hipótesis de que el alcoholismo es una respuesta aprendida, que recibe refuerzo constante pues atenúa las tensiones procedentes de las frustraciones y angustias de tipo social.

C A P I T U L O I I I

CONSECUENCIAS

FISIOLÓGICAS; PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL ALCOHOLISMO

Para Fernández (1988), como droga, el alcohol se clasifica entre las sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC). Además menciona que muchos de los que se relacionan con el abuso del alcohol tienen elementos en común con otras drogas, pero hay diferencias en cuanto a las repercusiones individuales y sociales, que justifican las acciones programadas de casi todos los países en contra del alcoholismo. Dos de ellas: a) la aceptación social y legal del uso del alcohol y b) la importancia del problema en términos del número de individuos involucrados, porcentaje de muertos, pérdidas económicas y otras consecuencias destructivas. No cabe la menor duda de que las consecuencias negativas del alcoholismo, en la sociedad son mucho mayores que las de cualquier otra forma de drogadicción, en lo individual, en cambio, el daño físico y psicológico que causan otras drogas, las hacen trascender a un plano más peligroso y su farmacodependencia es más grave.

Quienes desconocen la forma en que esta droga actúa sobre la célula nerviosa, atribuyen al alcohol una acción estimulante basándose en que las primeras copas excitan al

bebedor, haciéndolo generalmente más sociable. Es un hecho que un trago o dos producen casi siempre ciertos cambios en la conducta, de tal manera que el sujeto parece estar estimulado. No es así, lo que ocurre en realidad es que el alcohol, deprime primero los centros nerviosos que controlan la conducta mediante la inhibición de los impulsos y la adecuación de las respuestas ante los estímulos del medio. Al disminuir estos centros, se influencia sobre las otras partes del cerebro; la conducta se libera por decirlo así, escapando a los controles del juicio crítico y la racionalidad. Desinhibido, el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción depresora sobre su SNC, con lo cual se hace más notable si aumenta el sujeto la cantidad ingerida (Op.Cit).

En concentraciones mayores al 20% el alcohol irrita la boca y el estómago, tiene una insignificante acción directa irritante sobre los nervios y el cerebro. El alcohol posee un alto contenido calorífico: unas 160 calorías por onza. Un trago de Whisky proporciona calorías equivalentes a una papa cocida. Sin embargo, es posible acumular esa energía como grasa y el alcohol no proporciona vitaminas, minerales o proteínas. Quienes beben en sociedad ganan peso por dos razones: a) las dosis pequeñas de alcohol estimulan la secreción de jugos gástricos y agudizan la sensación de hambre, lo que implica la popularidad de los cocteles, b) la energía producida por el alcohol inhibe la oxidación de otras

comidas, que entonces se asimilan como grasa. Los bebedores consuetudinarios, que rechazan la comida por consumir sustancialmente alcohol, obtienen del licor la mitad de las calorías necesarias, pero generalmente están acosados por enfermedades de la nutrición. Casi todo el alcohol etílico entra en la sangre directamente (pues no se le digiere); un 20% entra por el estómago, un 75% por el intestino delgado y un 5% sale del cuerpo a través de los riñones y los intestinos. El alcohol absorbido permanece en la corriente sanguínea, donde el hígado lo oxida, transformándolo en ácido acético. El alcohol se oxida para transformarse en un virulento ácido fórmico, que destruye los nervios ópticos y produce ceguera. La tasa de absorción del alcohol varía, le quita velocidad la comida, especialmente la proteínica y la acelera el dióxido de carbono, lo que explica el poder de la Champaña.

La tasa de oxidación del alcohol es casi constante. Mediante la oxidación, el individuo promedio reduce su nivel de alcohol en la sangre en un 0.015% por hora. Por consiguiente, una persona cuyo nivel inicial de alcohol en la sangre sea de 0.15% (bastante borracho) quedará libre del alcohol en unas diez horas. Una persona promedio puede consumir 3/4 de onza de ginebra por hora sin embriagarse, ya que la oxidación neutraliza continuamente la concentración de alcohol en la sangre. No se ha descubierto nada: ni el café negro, el ejercicio, ni los baños turcos; que incrementen la tasa de oxidación (Cohen, 1980).

Consecuencias Fisiológicas del alcoholismo (76ds)

Así mismo, García (1988) menciona que el alcohol:

1) deprime el SNC; el daño que se produce en este sistema
varía según la concentración de alcohol en la sangre, por lo
tanto: a una concentración de 0.05% de alcohol se afectan las
funciones de los niveles más altos del SNC, estas se localizan
en la corteza del cerebro, que controla las inhibiciones, el
juicio y el autocontrol. A una concentración del 0.10%, se
afectan zonas más bajas del cerebro, es decir zonas motoras;
 el bebedor se bambolea, tiene dificultades para vestirse y
 llega a estar incapacitado para hablar con coherencia. A una
 concentración del 0.2%, se afecta el cerebro medio, que
 controla la expresión emocional. [En esta etapa se necesita
 ayuda para caminar y vestirse, el bebedor se enoja sin motivo,
 se pone bullicioso o llorón.] A una concentración del 0.3% se
 afecta la parte baja del cerebro, que controla la zonas
 primitivas, se deprime más la percepción sensorial. El bebedor
deja de captar lo que ve y lo que escucha y puede dejar de ser
consciente de lo que ocurre a su alrededor. Con una
concentración del 0.4% al 0.5% queda completamente deprimida
ésta última zona. El bebedor estará entonces en un completo
estupor, como si estuviera anestesiado.

A estos grados se llega a afectar seriamente la base del cerebro, que es la que controla los latidos del corazón y la respiración. Por eso a veces puede sobrevenir la muerte, aunque no ocurre con frecuencia, porque el bebedor llega al estado de inconciencia antes de ingerir esa cantidad letal.

Conforme se oxida el alcohol se regresa gradualmente al estado de conciencia.

2) Una pequeña cantidad de alcohol es capaz de aumentar el flujo de jugos en el estómago. Estos al ser activados producen sensación de hambre. Así, en muchos casos, una cantidad pequeña de alcohol estimula el apetito, de ahí que existan los aperitivos. No obstante las soluciones concentradas de alcohol, pueden irritar seriamente los tejidos. los bebedores inmoderados generalmente desarrollan una inflamación crónica de las paredes del estómago, conocida con el nombre de gastritis.

3) Se puede afectar seriamente el hígado; este se inflama y se endurece.

4) En ocasiones se producen afecciones renales.

5) Se irritan mucho los nervios de la boca, garganta y esófago, acelerando las palpitaciones del corazón, con lo que aumenta el flujo sanguíneo a través de los vasos superficiales. Esto se nota por el enrojecimiento de la piel y la sudoración excesiva. La nariz se pone roja y los ojos se ven inyectados.

* EFFECTOS PSICOLOGICOS DEL ALCOHOL

El alcohol deprime las funciones mentales casi de inmediato; gradualmente, los bebedores van cayendo en el sueño. Produce la aparente actividad de las reuniones sociales, la depresión de los centros inhibidores del cerebro, la animación es ilusoria, simplemente una conducta desbocada e

incontrolada que no se observa comúnmente.]

Jellinek (1960) catalogó los síntomas conductuales comunes de 2000 alcohólicos y produjo una carta en donde se marcan las fases (consecuencias) por las que pasa un alcohólico. La adicción al alcohol pasa por cuatro etapas, que varían de persona a persona ver el (anexo número 1).

- 1) Fase prealcohólica; el bebedor en compañía de otros, busca intensamente la lassitud de oscuras sensaciones producidas por el alcohol: una dependencia psicológica masiva. Se oscurecen los pensamientos, se disuelven las inhibiciones y surgen emociones reprimidas; todo ello en un estado que contradice la realidad. El bebedor, ya abstemio, a menudo olvida su intermedio de embriaguez y por consiguiente, se distingue de los individuos normales y sociales que si recuerdan sus intermedios de embriaguez.
- 2) Fase predomani; el bebedor, por lo común en compañía de otros, pero a veces solo, busca compulsivamente las fieras sacudidas y la anestesia psíquica que le proporcionan los tragos de alcohol, su tolerancia es elevada y se alimenta de alcohol, tomándolo de botellas escondidas y frascos ocultos; existe dependencia psicológica.
- 3) Fase crítica: el bebedor, a veces en compañía de otros, pero generalmente solo, sigue inexorablemente al entorpecimiento de la embriaguez. No puede limitar su ingestión alcohólica y siempre bebe más de lo planeado. Sufre modesta dependencia fisiológica en forma de crudas (dolores de cabeza, diarrea, vómito, sed) y necesita

más alcohol para eliminar esos síntomas. 4) Fase crónica: el bebedor, ahora ya solo, se abandona totalmente por varias semanas ^{o más} a la sensibilidad del estupor producido por la embriaguez. Cuando finalmente, vuelve a la conciencia, sufre una poderosa dependencia fisiológica, que se manifiesta en temblores, vómitos explosivos, agotamiento total y el temible delirium tremens: intensas alucinaciones de animalillos (murciélagos, ratas, gatos, serpientes etc.) que parecen atacar físicamente la estructura y sustancia de su cuerpo (Alcohólicos Anónimos y la Profesión Médica, 1990; Cohen, 1980 y Revista Plenitud # 20, 1982).

✓ En general, para las personas que beben y que llegarán a ser alcohólicos, estas 4 etapas mencionadas por Jellinek, son el camino a seguir, aunque se puede detener a tiempo; no necesariamente se tendrá que pasar por las cuatro fases. Los síndromes específicos que acompañan al consumo excesivo y prolongado de alcohol son tres: Delirium Tremens, Alucinosis Alcohólica, Psicosis de Korsakoff.

Para Martin (1987); 1) El delirium tremens se presenta en un 5% de los que han adquirido fuerte dependencia del alcohol. Por lo regular se inicia después de un período de abstinencia, cuando la concentración del alcohol en la sangre desciende repentinamente. En un principio el individuo se ve inquieto, no concilia el sueño y cualquier ruido lo pone nervioso. El problema degenera en una anomalía psicológica de proporciones psicóticas: hay desorientación en el tiempo y el

espacio, alucinaciones visuales (ve animales que se mueven muy rápido como: ratas, cucarachas, serpientes, arañas y que parecen subir por la pared, la cama o el cuerpo), temblores fuertes en brazos y piernas, sudación, sudación profusa, latido cardiaco rápido y débil. El sujeto siente terror ante los animales de las alucinaciones y se oculta bajo la ropa de la cama o lucha desesperadamente contra ellos. La fase aguda, suele durar de tres a seis días, constituye un grave problema médico. En el pasado, un 10% de quienes lo sufrían morían a consecuencia de las convulsiones, insuficiencia cardiaca y otras complicaciones. Gracias a los medicamentos descubiertos ha bajado la tasa de mortalidad. 2) **La alucinosis alcohólica:** su característica esencial es la persistencia de las alucinaciones después de que la persona se ha superado de la supresión y ha dejado de ingerir bebidas embriagantes. Las alucinaciones suelen ser auditivas sin que se aprecien los síntomas físicos ni la desorientación propia del delirium tremens. → Es un trastorno poco común; los autores no coinciden en si representa la precipitación de una psicosis en alguien ya propenso o si resulta más directamente del consumo de demasiado alcohol. Por último, 3) **la psicosis de Korsakoff:** es otra reacción descrita por el psiquiatra ruso Korsakoff en 1987, que aflige al 1% de los alcohólicos crónicos. Ocasiona un defecto en la retención de los acontecimientos recientes. Pero el individuo llena las lagunas de su memoria con sucesos imaginarios, proceso que suele recibir el nombre de

confabulación. A menudo muestra también polineuritis, una inflamación de muchos nervios periféricos. Se estima que la psicosis de Korsakoff proviene de una deficiencia de vitamina B₁, debido a los hábitos alimentarios deficientes. Las dosis masivas de esa vitamina, son útiles en el tratamiento, aunque en ocasiones el deterioro intelectual se vuelve irreversible cuando no se suministra a tiempo.

EFFECTOS SOCIALES DEL ALCOHOL

Autores como: Hernán (1981); Sámano (1985); Martín (1987); Fernández (1988); etc. concuerdan sobre los efectos del alcohol a nivel social; ellos mencionan que un alto porcentaje de muertes que ocurren en accidentes automovilísticos, se deben a la pérdida de la eficiencia en la coordinación muscular unida a la deficiencia del juicio que ocurre durante el estado de intoxicación alcohólica; ésta hace que el bebedor esté en peligro real cuando conduce un vehículo. La lentitud de los reflejos y el exceso de confianza son también dos factores que se suman a esta circunstancia, así que no debe sorprendernos que más del 50% de todas las muertes ocurridas en accidentes automovilísticos esté ligada a los estados de intoxicación alcohólica. Respecto a la violencia ligada al alcohol, los datos menos pesimistas señalan que más del 50% de los hechos de sangre ocurren como resultado de la intoxicación alcohólica. Se estima que se origina en el abuso del licor el 40% de los accidentes industriales mortales, 69% de muertes por ahogamiento, 83%

de fallecimientos en incendios y 70% de las caídas mortales. El alcohol puede orillar a cometer actos que el individuo no realizaría si estuviera abstemio o que ni siquiera soñaría en ejecutar. La mitad de los homicidios y un tercio de los suicidios se deben a la misma causa. También pueden atribuírsele al maltrato de los niños, la seducción de menores y la violencia conyugal. Finalmente está el costo económico que se integra con una serie de cifras provenientes de los más diversos capítulos: hospitalización, accidentes, homicidios y lesiones, desempleo, ausentismo laboral; independientemente del mismo costo de las bebidas y lo que implica por ejemplo, la propaganda.

Medina (1980); Souza y Machorro (1988), han realizado investigaciones nacionales, en las cuales mencionan la frecuencia de consumo de alcohol en México; éstas señalan que 85% de los hombres son bebedores y 15% son abstemios; de ese 85%, 10% son bebedores excesivos; de estos bebedores, 1% son aquéllos que se podrían llamar alcohólicos, que sufren de dependencia al alcohol. Respecto de las mujeres hay una gran diferencia: aproximadamente 45% de las mujeres mexicanas mayores de 21 años son bebedora; de ellas, sólo 3% son bebedoras excesivas y solamente 1% son realmente alcohólicas. En general, podría decirse que 3% de hombres y mujeres de la población general son realmente dependientes del alcohol.*

Para Souza y Machorro los datos que sitúan al alcoholismo como un problema nacional de salud son:

1) respecto a la mortalidad, el número de ingresos y hospitalizaciones por padecimientos relacionados con él, en distintas instituciones. 2) La información anual de las instituciones sobre el fenómeno, abarcando los totales del país y de algunas entidades federativas, por edad y sexo, tipo de padecimientos y días de estancia hospitalaria. 3) El tipo de urgencias médicas y traumáticas en las que ha intervenido el alcohol en los servicios de urgencia, de acuerdo con los tipos de lesión, durante los últimos años y separados por edad y sexo. 4) Los datos relativos a la mortalidad, el número de defunciones por cirrosis hepática, con o sin mención del alcohol, en la República Mexicana, incluidos los datos de sexo y edad, así como las tasas correspondientes. 5) El número de suicidios consumados e intentos de suicidio y el porcentaje ocurrido bajo la influencia del alcohol en las diferentes entidades federativas del país en los últimos años, por sexo y edad. 6) El número de defunciones y tasas de defunción por accidentes, envenenamientos y violencia en el país, en las entidades federativas, por edad y sexo. 7) El número de defunciones y tasas de defunción por edad en el país, relacionadas con los accidentes automovilísticos, otro tipo de accidentes, homicidios, violencia y envenenamientos, etc. 8) El impacto médico social puede medirse, además, a través del número de ataques a las vías de comunicación en estado de ebriedad en relación con el total de los delitos ocurridos en el año, en la República Mexicana o en una zona federativa

del país. 9) El número de víctimas por accidente de tránsito terrestre en zonas rurales y urbanas (muertos y heridos) en México de acuerdo con el tipo de accidente, el número de accidentes en carreteras federales y el porcentaje en el que ha intervenido el alcohol. 10) El número de supuestos delincuentes y sentenciados del fuero común y federal por delitos perpetrados bajo los efectos del alcohol. 11) El número de divorcios y porcentaje debido a la embriaguez de uno de los cónyuges en relación al total de divorcios de la República Mexicana, por edad y sexo. 12) Conviene saber también la disponibilidad y el consumo de alcohol a través de cifras de producción y ventas de bebida alcohólicas, en miles de litros y su valor en pesos, en la República Mexicana: el consumo per cápita en litros de bebida y de alcohol puro en la población mayor de 15 años y la población general en la República Mexicana, dividido por sexos. 13) Los volúmenes de importación y exportación, de acuerdo con el tipo de bebidas, el número de expendios autorizados, y tipo de establecimiento, en la República Mexicana. 14) La participación en el mercado de los diferentes tipos de bebidas y las diferentes empresas. 15) Información sobre el alcohol potable y su destino; datos sobre indicadores económicos de la industria de bebidas alcohólicas, como son la generación de empleo, capital, número de establecimientos, capacidad instalada y utilizada, etc. 16) Información sobre la recaudación fiscal de la industria de bebidas alcohólicas en la República Mexicana y otros datos

relacionados.

Así, a través de estadísticas nacionales se puede calcular el grado de afectación social del alcoholismo. De los datos encontrados entre 1980 y 1981 sobre alcoholismo y bebidas alcohólicas, provenientes del informe de labores de una comisión de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se reporta de seis millones y medio de alcohólicos, 50% de 12 a 28 años de edad, de los cuales 65% se encuentran en edad productiva. La conducta de estos enfermos afecta en promedio a cinco personas más. Se estima que 75,000 adolescentes se agregan anualmente en las primeras etapas de la enfermedad, y que en los mexicanos de 15 a 60 años de edad 1 de cada 10 es alcohólico. Para 1981 más de 10,000 personas murieron de cirrosis hepática en el país. Se considera que el crecimiento actual del problema es de dimensiones alarmantes y que la tasa de mortalidad del alcohólico es 2.5 veces mayor a la tasa normal. La tasa de suicidios por alcoholismo también es 2.5 veces mayor. Y la muerte por accidente en los alcohólicos es 7 veces más alta que en la población general y las tasas de morbilidad entre ellos son muy altas. Dentro de los enfermos de los hospitales generales, los identificables como alcohólicos están entre 3% y 25%; la cifra de mortalidad es cuatro veces mayor en el hombre que en la mujer, dato casi invariable en los últimos años. 80% de los divorcios tienen su origen en el alcoholismo. Recientemente se ha calculado que 65% de los estudiantes de los niveles superiores consumen

bebidas alcohólicas. La cirrosis hepática tradicionalmente se ha considerado la medida que prevalece en el alcohólico. Es decir, ésta se presenta casi 90% de las veces asociada al alcoholismo. La pancreatitis es una consecuencia conocida del exceso de bebidas alcohólicas; en más de 50% de los casos de infección ocurre entre personas alcohólicas. El alcohol es una importante fuente de calorías que proporciona una fracción de los requerimientos diarios, pero obviamente éstas son insuficientes para cubrir las necesidades diarias. El abuso de alcohol interfiere con la ingestión de una cantidad adecuada de proteínas, vitaminas y minerales básicos. Algunos tipos de cáncer se asocian al alcohol, como los del esófago; los tumores malignos primarios del hígado son observados frecuentemente en personas bebedoras excesivas que inclusive han desarrollado cirrosis. El alcohol, en combinación con el tabaco, representa la causa de casi 70% de los cánceres bucales en el hombre (Op.Cit).

Al parecer, existe una correlación entre las enfermedades cardiovasculares y el consumo de alcohol en diferentes grados; la relación de su consumo y cardiomiopatías específicas no se encuentra actualmente establecida, pero se sabe que la tasa de mortalidad entre alcohólicos es 400 veces mayor que en los no alcohólicos, debido a la cantidad de problemas circulatorios que padecen.

Estos indicadores son significativos de evidencia de alcoholismo como un problema multifacético en el que

intervienen aspectos culturales, biológicos, médicos, psicológicos, sociales, económicos, legales, etc. En México no hay estudios a fondo sobre el gasto social que la comunidad debe pagar por el alcoholismo, aunque a los que piensan que se exagera, debiera hacerlos reflexionar las cifras que se han obtenido en otros países. En Estados Unidos, por ejemplo, se calcula que se gasta anualmente 42 mil millones de dólares por el abuso de las bebidas alcohólicas, con todas sus consecuencias.

En algunas épocas la sociedad ha intentado satanizar las bebidas alcohólicas, pensando que con prohibir su fabricación y consumo se acabaría el problema; se olvidan que la historia de la humanidad se ha regado con el alcohol, pues no hay evento o celebración social que no se acompañe de libaciones y además, que existen experiencias de que la prohibición no sólo ha estimulado el consumo del alcohol, sino que ha provocado paralelamente el desarrollo de una delincuencia, tanto o más nefasta que el alcoholismo. Así pues, es inevitable consentir que no es posible eliminar el consumo del alcohol y aceptar que no es intrínsecamente su ingestión la causa del problema.

CAPITULO IV

ALGUNOS TRATAMIENTOS DE ALCOHOLISMO EXISTENTES

[La incertidumbre que existe respecto a los factores etiológicos del alcoholismo implica dificultades terapéuticas en relación a este problema de salud pública. Es muy probable que buena parte del rechazo que los médicos generales y algunos profesionales en el campo de la salud tienen respecto al tratamiento del paciente alcohólico, se deba en principio a la incertidumbre sobre su etiología.) [La incapacidad para identificar una sola causa específica puede llevar a pensar que no existe ningún tratamiento racional, lo que sería tan desafortunado como incierto.) A pesar de la mezcla de datos reales con fantasías, con diversas hipótesis y con información errónea, se sabe hoy en día lo suficiente sobre la patogenia del alcoholismo como para poder actuar con interés profiláctico y terapéutico en beneficio efectivo de los pacientes. [Sin embargo, conviene insistir en que para comprender el alcoholismo y sus problemas asociados, se debe enfatizar que la mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo en que no existe una causa única, sino una interacción complicada de factores de carácter fisiológico, psicológico y social que originan y propician el desarrollo de esta grave enfermedad.]

En este capítulo se revisan tres formas de tratamiento del alcoholismo: las terapias conductuales, el empleo de medicamentos farmacológicos (disulfiram (antabuse) y carburo de calcio) y la psicoterapia. El objetivo es dar un esbozo de estas técnicas y considerar sus valores y limitaciones. No se intentará entrar en detalles sobre su aplicación, para posteriormente y de una manera particular pasar al principal objetivo de este trabajo, el tratar de explicar como trabaja u opera el tratamiento de Alcohólicos Anónimos para el alcoholismo.

TERAPIA CONDUCTUAL

Para Edwards (1990) el término terapia conductual hace referencia a un modelo basado en la suposición de que lo que se ha de tratar es la conducta misma, en comparación con el enfoque psicoanalítico, en el cual, la conducta es un síntoma o símbolo de un conflicto psicodinámico subyacente o de una neurosis. En este método también está implícita la creencia de que todas las conductas, por diversos que sean, están sujetas a los mismos principios de aprendizaje (y desaprendizaje). La terapia conductual presta atención a los indicios ambientales, así como a los indicios que surgen del interior del individuo. Definir la terapia conductual en estos términos indica de inmediato la existencia de un contraste entre ésta y el enfoque psicodinámico. El terapeuta de la conducta experto, sabe que al formular el plan de tratamiento de una persona, inevitablemente tiene que tomar en cuenta el significado de la

conducta, alcohólica para dicha persona, así como la conducta misma. En primer lugar, se hace énfasis en una evaluación precisa y detallada de los indicios y las circunstancias inmediatas que se relacionan con la bebida, es decir, un análisis conductual. Esta evaluación es la base para un tratamiento individual, y la filosofía conductual en efecto, indica que el tratamiento de cada paciente tiene que considerarse como un experimento en sí mismo. Esta tradición experimental hace énfasis, además, en la necesidad de una evaluación precisa del resultado, en la que se lleva un control del tratamiento y la información se retroalimenta para permitir un desarrollo flexible del plan de tratamiento.

TECNICAS CONDUCTUALES ✓

Tratamiento de aversión o Condicionamiento Clásico Aversivo.

El primer intento deliberado de tratamiento del alcoholismo mediante reflejos condicionados parece ser el de Kantorovich (1929; citado en Yates, 1987), quien utilizó choque eléctrico como estímulo incondicionado, afirmó que 14 de 17 sujetos permanecieron sobrios uno o varios meses después del tratamiento. El primero en emplear una droga emética (apomorfina) parece haber sido Markovnikow (1934 Op.Cit) cuya técnica fué descrita en una revista francesa como sigue: "Varios minutos después de recibir 0.3cc de apomorfina en una solución de 1 a 100, al alcohólico se le dá una bebida alcohólica. En el momento en que la inyección produce fuertes náuseas, se le ofrece alcohol al paciente, quien lo vomitará.

unos pocos segundos después. Así pues, se formará pronto en la mente del paciente una asociación entre la ingestión de alcohol y el inevitable vómito posterior". La técnica pronto fué utilizada, no solamente por otros investigadores en Rusia sino también en otros países como Alemania y el Reino Unido; en la actualidad también se utiliza en México (Martínez 1960, Iriarte 1960, Pérez 1961).

La terapia aversiva está basada en el condicionamiento clásico de Pavlov; al paciente se le aplica una inyección de emetina y después se le daba una bebida alcohólica antes de que se iniciara la náusea inducida químicamente. Este procedimiento tenía como objeto fijar la náusea como una respuesta condicionada a la bebida. Con frecuencia se daba al paciente varias bebidas alcohólicas diferentes para asegurar la generalización más amplia posible del reflejo. Voegtlin, Lemere y Col; (1950, Op. Cit) preferían emplear un escenario que era un modelo a escala de una situación real, por ejemplo, un bar o una serie de bebidas dispuestas elegantemente en una vitrina de coctel. El paciente asistía a sesiones complementarias en los meses o años siguientes. Edwards (1990) menciona que existen pocas pruebas de que la aversión química de este tipo establese efectivamente una respuesta condicionada clásica. Los resultados favorables de que se tiene noticia, probablemente estén basados más en la selección de pacientes que cualquier efecto específico; obviamente un paciente necesita estar muy motivado para ofrecerse como

voluntario para esta experiencia tan desagradable en nombre del tratamiento. Considerándolo todo, los peligros y la molestia de la aversión química exceden cualesquiera supuestas ventajas, a tal grado, que debería renunciarse a este tratamiento. Y ciertamente debe eliminarse por completo una variante de la aversión química que consiste en aplicar al paciente una inyección intravenosa de succinicolina. La cual es un medicamento que paraliza el movimiento muscular y, por ende, la respiración; lo que se pretendía era asociar la terrible experiencia de casi 60 seg. de suspensión de la respiración (apnea) con la experiencia del beber (Anderson y Col, 1963; citado en Yates, 1987). Existen informes de investigaciones recientes sobre el uso de un modelo de condicionamiento en el que se emplean descargas eléctricas en lugar de la aversión química. Probablemente lo que se fije sea una aversión al sabor del alcohol. En algunas variantes de este modelo se emplea un condicionamiento instrumental de "escape" o "evitación". Desde el punto de vista experimental, es más fácil trabajar con la descarga eléctrica que con la aversión química, en especial por lo que se refiere a la coordinación precisa de la relación entre el estímulo aversivo y la bebida; sin embargo no hay nada seguro sobre su eficacia (Blake, 1965 y McCulloch, 1966; citado en Yates, 1987).

También se han hecho intentos para emplear la "sensibilización cubierta" en el tratamiento del alcoholismo.
Se enseña al paciente a asociar la imagen o el sabor del

alcohol con imágenes desagradables que aprende a inventar (Cautela, 1970). ←

MANEJO DE CONTINGENCIAS. — 2)

Con esta frase se hace referencia a un modelo conductual en el que se dan ciertas clases de recompensas que dependen de la abstinencia (9 de la modificación del consumo de alcohol) o de la cooperación en el tratamiento o por el contrario, alguna clase de consecuencia negativa se hace contingente sobre el beber, el beber en exceso o a la falta de cooperación en el tratamiento. No hay duda de que en una sala experimental de un hospital se pueda modificar la conducta del paciente si se hace que los privilegios de la sala dependan de la forma controlada en que beba el paciente, por ejemplo, si se sabe que se le prohibirá la entrada a la sala de televisión si se embriaga. No es seguro que se pueda extender este aprendizaje situacional al mundo exterior, sin embargo, se ha empleado el tratamiento condicional con cierto éxito para reforzar el consumo de disulfiran (antabuse) y en otros ambientes (Edwards, 1990).

" REFORZAMIENTO COMUNITARIO O SOCIAL. " ✓

Podría considerarse que esta técnica es una variante del manejo de contingencia, es el " " 2^o hace con un énfasis en el manejo de recompensa reales en el ambiente del paciente. Las reacciones positivas de la familia, la ayuda para encontrar empleo la afiliación a un club social y otras recompensas sociales positivas se presentan al paciente como premios que dependen

del éxito del tratamiento, y el equipo terapéutico acepta la responsabilidad de asegurar que dichas recompensas de reforzamiento se ofrezcan efectivamente. Al parecer el reforzamiento comunitario es una de las variantes más prometedoras del método conductual (Op.Cit).

EXPOSICION A SEÑALES. (B)

El paciente es expuesto a señales que anteriormente precipitaron en él, el anhelo de beber o el consumo excesivo de alcohol, y se le estimula a no beber o a no beber en exceso. Por ejemplo, puede pedírsele que lleve consigo una botella de Whisky y que la destape y la huela, pero sin beber de ella, o el terapeuta puede acompañarlo a una cantina, o puede pedírsele que beba alcohol lo suficiente como para activar el anhelo de beber y que después desista de beber más. Naturalmente se han tenido resultados positivos por lo que se refiere al caso experimental de una persona, pero este método está en una etapa inicial de desarrollo (Op.Cit).

RETROALIMENTACION POR VIDEO. (3)

La retroalimentación por video o de audiovisuales se ha empleado de diversas formas en el tratamiento. Por ejemplo, puede mostrarse fotografías al paciente cuando está bebiendo en compañía de otras personas o puede mostrársele una película de él cuando está ebrio. Se dice que ha tenido resultados positivos, pero probablemente estos métodos tengan un valor muy limitado y, en ocasiones pueden provocar daños (Op,Cit).

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES, ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y RELAJACION. 4)

Edwards (1990) menciona que estos métodos no son específicos del alcoholismo, pero en este contexto encuentran su aplicación como tratamientos psicológicos destinados a atacar las supuestas causas psicológicas del consumo excesivo de alcohol, por ejemplo se postula la hipótesis de que un determinado número de pacientes con problemas de alcoholismo no pueden conducirse con confianza en situaciones sociales y que el tratamiento por juego de roles de sensibilización sistemática u otros métodos de modificación de conducta pueden solucionar dicho problema. ^{er} El entrenamiento asertivo se incluye en el mismo encabezado: al paciente que no es asertivo puede resultarle difícil decir "no" cuando se le ofrece una copa, y la terapia puede incluir el enseñarle a decir "no". La enseñanza de la relajación mediante técnicas psicológicas sencillas puede ser útil para un paciente tenso, y también se han recomendado la meditación trascendental y la retroalimentación biológica como auxiliares en el tratamiento del alcoholismo.

Algunos expertos creen que probar varias técnicas a la vez o una tras otra no tiene ventajas sobre la aplicación sencilla de una técnica preferida personalmente, en tanto que otros sostienen que un problema de alcoholismo que probablemente tenga varias dimensiones (falta de habilidades sociales, falta de mecanismos de confrontación y falta de

reforzamientos positivos para un cambio en la forma de beber, por ejemplo) se trata mejor con una técnica multimodal. La lógica apoya esta última interpretación pero antes de aplicar una combinación conductual uniforme en cada caso, es mejor hacer la evaluación conductual del paciente, y un análisis general del caso, y después determinar el tratamiento multimodal para esa persona (Op,Cit).

Para finalizar este apartado se pueden desprender algunas conclusiones; debe ser obvio que este campo de experimentación ofrece una gran abundancia de ideas, muchas de las cuales dan pistas y sugerencias para la práctica cotidiana de la persona que no trabaja principalmente en una perspectiva conductual. (En lo que se refiere a la importancia real de esta labor según su aplicabilidad en la planeación general del tratamiento se desprende que: todavía no existe una técnica conductual formal de una eficacia probada tal que deba adoptarse como un método de tratamiento exclusivo. Existen muchos modelos prometedores, una combinación conductual específica para una persona puede ser en particular un tratamiento útil para algunos individuos. Así, en muchos casos una técnica conductual puede aplicarse a algún aspecto particular de los problemas del paciente, y el terapeuta debe desarrollar la habilidad para identificar cuándo deben usarse dichas técnicas. Por último no debe subestimarse el tiempo y las habilidades que se refieren para el análisis conductual y el tratamiento con terapias conductuales, y sólo pueden

esperarse malos resultados de una aplicación torpe de técnicas exactas.

MEDICAMENTOS DISUASIVOS.

El carburo de calcio citrado (nombres comerciales Temposil o Abstem) se comercializó por primera vez en los años cincuenta y se afirmaba que tenía ventajas sobre el disulfiram (Antabuse) pues causaba un número menor de efectos secundarios. Es una sustancia de acción más corta y sólo brinda una protección de 12 a 24 horas después de la última dosis, en comparación con la protección de 24 a 48 horas del disulfiram. El disulfiram, que se administra en una dosis diaria de 250 a 500 mg., se absorbe con menor rapidez que el carburo de calcio (dosis de 200 a 400 mg. al día), por lo que se requieren algunos días para que su nivel en la sangre sea satisfactorio, en comparación con la protección más rápida que proporciona el carburo de calcio. De estos dos medicamentos, el disulfiram provoca la reacción más marcada cuando se ingiere alcohol, pero por lo demás ambos son agentes muy parecidos. Ambos impiden la descomposición del alcohol en la etapa de la producción de acetaldehído, de manera que el paciente experimentará una intoxicación transitoria con dicho aldehído si consume alcohol después del medicamento. Sin embargo, la acumulación de acetaldehído no explica totalmente la interacción medicamento-alcohol; también ocurren otros procesos neuroquímicos. La reacción se caracteriza por bochornos, palpitaciones, sofocamientos, dolor de cabeza,

náuseas, vómito y angustia general, y el olor característico del acetaldehído se percibe en el aliento. Normalmente la reacción se inicia de 15 a 30 min. después de beber el alcohol y su gravedad varía mucho. Puede ser tan leve como para considerarsele inútil en la terapia, por lo que el paciente bebe a pesar de estar bajo sus efectos, o puede ser tan grave que puede poner en peligro la vida del paciente. El peligro más grande es un serio descenso de la presión sanguínea. No debe administrarse estos medicamentos a los pacientes con trastornos cardiacos, insuficiencia cerebro vascular, trastornos del hígado o diabetes (Edwards, 1990).

Para Edwards (1990) la razón fundamental de este tratamiento es que si el paciente toma sus tabletas sabrá que no puede beber mientras dure la acción protectora del medicamento, por lo que cada día sólo tiene que decidir tomar su medicamento en lugar de tener que resistir a las repentinas tentaciones de cualquier momento. Así pues, la terapia no es principalmente un tratamiento de condicionamiento, aunque pueden incluirse varios procesos secundarios de aprendizaje. Entre las desventajas se incluyen los peligros de la reacción medicamento-alcohol y, naturalmente con el disulfiram, también los efectos secundarios (entre los que pueden incluirse letargo, depresión, impotencia, un estado de delirio, neuritis periférica, dermatitis, un sabor desagradable en la boca y sofocamiento inexplicable). Esto indica que es necesario tener precaución y realizar una supervisión médica adecuada.

Otra desventaja sería que la prescripción de estos medicamentos puede hacer pensar que todo tratamiento puede consistir en una tableta y se olvide cualquier otra labor terapéutica necesaria, pero esto ocurrirá sólo si se recurre descuidadamente a dichos medicamentos.

Como siempre ocurre con cualquier tratamiento especializado, los principios de la labor terapéutica proporcionan el contexto adecuado. Por tanto se desprende que donde no haya una contradicción médica y el paciente sea lo suficientemente sensible como para aconsejarle que no se precipite a beber cuando esté bajo el efecto del medicamento, al menos debe ofrecérsele una de estas sustancias y explicársele la naturaleza del tratamiento. Debe hacerse énfasis en que este método debe implantarse sólo con la supervisión médica.

3) PSICOTERAPIA.

Quizá el alcoholismo sea la única enfermedad que tiene la característica de quien la padece. No sólo no parece desear restablecerse, sino que hace esfuerzos inauditos para seguir padeciéndola. Esto obedece a diferentes factores: su multicausalidad, su naturaleza adictiva, la compleja personalidad del paciente alcohólico. Los problemas a los que se enfrenta el enfermo alcohólico son los mitos que existen alderredor del alcoholismo, la estigmatización social de que ha sido objeto el alcohólico y la falta de sensibilización de la población en general, y en particular el personal de salud,

para su detección y tratamiento adecuado. Por las razones antes mencionadas, el paciente alcohólico es un individuo extraordinariamente difícil para el manejo psicoterapéutico y pone a prueba la vocación y aptitudes del terapeuta, que frecuentemente llegará a sentirse frustrado durante el tratamiento de estos enfermos, ya que se compromete sus propias necesidades de prestigio y afirmación, que lo angustian y lo deprimen. Se trata de un reto que no siempre se está dispuesto a aceptar (Souza y Machorro, 1988).

Para Souza y Machorro (1988) los dos grandes objetivos de la psicoterapia son el lograr la abstinencia y la promoción de la madurez a través de la superación de aquellas áreas más alteradas que se observan en su psicodinamia. Si un alcohólico deja de beber pero no alcanza ningún logro en su proceso de maduración, la persistencia en sus trastornos de personalidad pueden determinar una nueva recaída. Por otro lado, un paciente con síndrome de dependencia al alcohol, que pretenda superar sus trastornos de personalidad sin dejar de beber, seguramete fracasará en su objetivo. Para alcanzar el primer objetivo, la abstinencia, hay que informar y educar al enfermo acerca de la naturaleza de su enfermedad, pues generalmente existe una profunda ignorancia al respecto. Luego, es necesario promover en él la aceptación de su enfermedad, trabajando principalmente con los mecanismos de defensa del paciente, fundamentalmente la negación, la racionalización y la proyección, además de la formación reactiva. Finalmente se

buscará orientar al paciente para que conozca nuevos patrones de conducta que le permitirán disfrutar de la vida sin alcohol. / *

A través de estos lineamientos se intenta identificar los sentimientos del paciente, reconocer los patrones de conducta subyacentes a ellos y lograr en él la adquisición de responsabilidades para la solución de ciertos problemas existenciales, al manejo de la culpa, los sentimientos hostiles y agresivos, la autoafirmación, la autoestima y el manejo de los temores específicos, así como el manejo de la ansiedad y la depresión.

Se han manejado a lo largo de los años diferentes modalidades en el abordaje terapéutico de los pacientes alcohólicos: tratamiento individual; tratamiento en grupo dirigido exclusivamente a pacientes alcohólicos; tratamiento individual simultáneo con terapia grupal; tratamiento simultáneo en dos grupos; simultáneo en diferentes grupos; tratamiento en pareja; tratamiento en familia, etc.. El tratamiento usual dirigido al paciente tiene como finalidad lograr que el paciente suspenda, o por lo menos disminuya la ingestión de alcohol (Op, Cit)

Naturalmente, debe decidirse de manera individual el tipo de psicoterapia más apropiado para las necesidades del paciente. Si se prefiere la terapia de grupo, no hay razón que obligue a que el paciente esté en un grupo formado exclusivamente de personas con problemas de alcoholismo, pues

de hecho puede ser útil que esté en grupo más heterogéneo. En ocasiones el plan puede incluir unos cuantos meses de psicoterapia individual como preparación para una experiencia de grupo de 6 a 12 meses. En ocasiones puede ser apropiada la terapia especializada o matrimonial, pero no deben pasarse por alto los peligros que implica reunir a dos personas con sentimientos destructivos que apenas pueden controlar, e invitarlos a que admitan dichos sentimientos. Por lo general, es útil considerar que para la terapia conjunta la pareja debió haberse preparado en forma separada mediante una labor individual. Es necesario que los dos estén seguros de que pueden asistir con sentimientos positivos a las sesiones y que en cierta medida están dispuestos a cambiar (Op,Cit).

Para concluir, se puede mencionar en primer lugar, que la finalidad de las metas de tratamiento puede ser, la abstinencia parcial o total. Aunque estrictamente hablando, la abstinencia parcial no es realmente abstinencia. El tratar de dejar de beber, o por lo menos de reducir la ingestión, es ya una ventaja en sí misma, en tanto esto supone que va aparejado a la disminución de las incapacidades relativas al consumo excesivo. Sin embargo, eso no es necesariamente cierto ya que, como ha sido señalado anteriormente, de un individuo o grupo social a otro existen múltiples variaciones. Conviene entonces recordar que la abstinencia total no es sinónimo ni garantía de que las incapacidades disminuyen, así como la reducción de las incapacidades no necesariamente lleva

aparejada una disminución en la ingestión de alcohol. Idealmente lo deseable sería que la gente no bebiera ni desarrollara tales incapacidades, pero también es cierto que algunas incapacidades relacionadas al consumo de alcohol son muy semejantes en aquellos individuos que ya no toman o que nunca han tomado. Por lo tanto, es importante considerar estos dos aspectos, pues no hay un acuerdo internacional con respecto a las metas terapéuticas y, desde luego, cada caso debe juzgarse con un enfoque individualizado en virtud de que no existen enfermedades, sino enfermos.

CAPITULO V

ALCOHOLICOS ANONIMOS EN ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA.

Es verdad que nadie inventó a Alcohólicos Anónimos, (A.A.), es la síntesis de principios y actitudes que se han retomado de la Medicina, Religión y Psiquiatría. A.A., simplemente los ha encausado y adaptado para su uso especial, en la cual funcionan efectivamente. Muy pocas personas saben que las raíces de A.A., comenzaron a germinar hace unos 80 años. Para introducirnos a los inicios de A.A., es necesario recordar la historia de uno de los cofundadores. Bill W. (anonimato) nació en Vermont Estados Unidos en el año de 1895, vivió una infancia y adolescencia "normal" hasta que probó su primer vaso de alcohol, a los veintiún años después de haber obtenido sus galones de oficial para la primera guerra mundial. Desde este período Bill vivió otra guerra, pero con él mismo, la del alcoholismo. En aquel tiempo un médico podría haberlo definido como: una enfermedad progresiva, incurable y de fatal desenlace. Se decía que el alcoholismo podía ser detenido, pero tal conocimiento de poco sirvió durante muchos años, ya que el detener la enfermedad dependía del bebedor: ¿dejaría o no de beber?. Por más que quisiera, por lo general no dejaba de beber, toda vez que estaba íntimamente convencido de que no podía hacerlo, mientras supiera que un par de copas

corridas podían proporcionarle un alivio temporario, alivio comprado en su desesperación para mitigar sus sufrimientos que en modo alguno podría ver la vía franca de la abstinencia. El dictado del psiquiatra de que el alcoholismo era nada más el síntoma de un desarreglo psíquico profundamnete arraigado, no le ofrecía gran ayuda en la crisis que siempre circundaba al alcohólico y su familia (Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad, 1990).

Así, por el mes de noviembre de 1934, después de que la forma de tomar de Bill le había causado serias experiencias (emocionales, psicológicas, sociales, económicas, etc.), tuvo un encuentro con un viejo amigo Ebby el cual también había pasado por una situación similar; su amigo le había visitado para contarle cómo se había librado del alcohol. En verdad la "calidad" de su sobriedad parecía diferente, Ebby había establecido contacto con el grupo Oxford, movimiento evangelista no relacionado con ninguna religión, donde fué profundamente impresionado por un alcohólico que conoció ahí; un expaciente de Carl Gustav Jung. Este doctor trató a Roland H. por el año de 1928 sin éxito por espacio de un año y finalmente le aconsejó procurase llegar a una conversión espiritual como su última oportunidad de salvación. Le dijo "algunos alcohólicos han tenido lo que se llama una experiencia espiritual; ésta se presenta a manera de desplazamiento y enormes reestructuraciones emocionales; ideas, emociones y actitudes que antes constituían la pauta

que guiaba a estos hombres, son repentinamente arrojados a la orilla, y en su lugar comienza a dominarlos un nuevo juego de concepciones y motivos. De hecho, yo he estado tratando de producir esta reestructuración emocional en usted. Con muchos tipos de neuróticos, los métodos que empleo tienen éxito, pero nunca he logrado triunfar con un alcohólico de su descripción". Para Roland, este golpe era diez veces más fuerte. La ciencia lo había declarado como un caso perdido; las palabras del Dr. le penetraron profundamente, produciendo un enorme desinflado de su ego; hoy este "desinflado" profundo es la piedra angular entre los principios de AA. Así lo que dijo Jung, fué utilizado en beneficio de AA posteriormente (Tres Charlas a Sociedades Médicas, 1988).

Aunque Bill no estaba de acuerdo con muchos de los conceptos del grupo Oxford su antiguo compañero de colegio atribuía su nueva sobriedad a ciertas ideas que este alcohólico recuperado (Roland) y otras personas del grupo le habían inculcado. Las prácticas principales que Ebby había elegido para sí mismo eran muy simples: 1) admitir la impotencia para conducir la propia vida. 2) Ser honesto consigo mismo como nunca antes, hacer un exámen de conciencia; 3) hacer una rigurosa confesión de los defectos personales, ante otra persona en forma confidencial; 4) efectuar un reconocimiento de las distorsiones en relaciones que se sostienen con otras personas, visitándolas para excusarse como mejor se pueda; 5) dedicarse a ayudar a

otros necesitados, sin exigir por ello prestigio personal ni lucro alguno y 6) por medio de la meditación invocar la ayuda de Dios como guía de su vida y practicar estos principios de conducta en todo momento. Todo esto le pareció a Bill bastante ingenuo, sin embargo Ebby se limitó a relatarle lo que le había ocurrido sin intentar evangelizarlo. Le contó cómo al practicar estos principios había logrado dejar de beber en forma inexplicable, el miedo y la soledad desaparecieron, recibió una considerable tranquilidad de "espíritu". Sin disciplinas rígidas ni grandes resoluciones, estos atributos comenzaron a aparecer desde el momento en que se reconoció impotente para solucionar su problema por sí mismo, su liberación había sido la consecuencia de esto. Aunque estaba sobrio por sólo unos meses, sabía que tenía en sus manos la respuesta básica, evitó con gran sabiduría entrar en argumentos con Bill y pronto se marchó. La chispa que llegó a convertirse en AA, había sido encendida (Op,Cit).

La experiencia que vivió Roland fué en Europa y regresando un poco en el tiempo antes de que Ebby tuviera este encuentro con su compañero de escuela (Bill), quien había tenido una fuerte recaída en el alcohol, lo cual lo llevó al hospital Towns de Nueva York (2a. ocasión), el médico jefe Dr. William Duncan Silkworth, un hombre que fué prácticamente uno de los fundadores de AA, daba en esa ocasión el dictamen de la enfermedad (al igual que C. G. Jung). Suministro las herramientas para pulsar el más acendrado ego alcohólico,

aquellas frases de impacto con las cuales describió la enfermedad: "el enfermo alcohólico es víctima de una compulsión neurótica hacia la bebida, para la cual no había poder de voluntad, cultura, ni tratamiento que pudiera curarla. Agregó que era víctima de un desarreglo corporal que podía consistir en una especie de alergia, una compulsión física que virtualmente garantizaba daños cerebrales, locura o muerte". Así el dios ciencia de Bill, se había desmoronado totalmente (Op,Cit).

En Bill surgieron dudas sobre su condición de bebedor, la historia de su amigo y el recuerdo de las palabras del Dr. Silkworth, habían despertado emociones mezcladas; se sentía atraído y repelido al mismo tiempo. Continuó bebiendo en forma solitaria por algunas semanas, pero no podía olvidar la visita de su amigo. Diversos pensamientos cruzaban por su cabeza. Primero, que su evidente estado de liberación era extraño e inmensamente convincente segundo que había sido desahuciado por médicos competentes tercero: que estos antiguos preceptos, cuando se los comentó, le habían impresionado profundamente cuarto, Bill no podía ni quería aceptar ningún concepto sobre Dios, él decía "nada de tonterías acerca de conversión para mí" trataba de apartar de su pensamiento eso sin éxito; por lazos de comprensión de sufrimientos y de sencilla verdad, otro alcohólico se había ligado con él y no podía liberarse (Op,Cit).

En diciembre de 1934 Bill se apareció por el hospital

Towns (3ra. vez). El Dr. Silworth sacudió la cabeza, después de un instante lo llevó a uno de los cuartos del hospital. Cuatro días después Bill estaba desintoxicado por medio de sedantes, se vio libre del alcohol, pero se sentía terriblemente deprimido, Ebby visitó a Bill por segunda ocasión; a pesar de que se alegró de verlo, Bill se cohibió un poco; temía que intentara evangelizarlo. Después de tocar temas sin importancia, Bill preguntó sobre los principios del grupo Oxford, su amigo tranquilamente le dio las explicaciones que le pedía y lo dejó. Acostado en terrible conflicto, Bill cayó en una profunda depresión, momentáneamente su orgullosa abstinencia se quebrantaba, y dijo en voz alta "ahora estoy preparado para cualquier cosa con tal de recibir lo que mi amigo ha obtenido" "si hay un Dios por qué no se muestra", el resultado fué instantáneo, eléctrico, la habitación se iluminó con una eneguedora luz blanca; cayó en éxtasis, le pareció estar en la cima de una montaña y que soplaba un viento, no de aire sino de espíritu. Luego surgió en él la idea de que era un hombre libre, lentamente el éxtasis se fué desvaneciendo; Bill estaba acostado pero durante algún tiempo se sintió en otro mundo, a su alrededor y dentro de él había una maravillosa sensación de presencia, y pensó para sus adentros: "de manera que éste es el Dios de los predicadores". No importa que tan extraña parezca esta experiencia, para mí esta perfectamente adecuada; todas las cosas están bien con Dios y con su mundo". Luego poco a poco, empezó a sentirse

U.N.A.M. CAMBIO

atemorizado, su educación moderna se despertó para decirle que estaba sufriendo alucinaciones y que lo mejor era llamar al Dr., el cual le hizo un gran número de preguntas y después le explicó: "No Bill, usted no está loco, aquí ha sucedido algún evento básico psicológico o espiritual; he leído acerca de estos fenómenos en libros. Hay ocasiones en que las experiencias espirituales realmente alivian de alcoholismo a la gente". Inmensamente confortado Bill se preguntó qué era lo que había sucedido. Al día siguiente Ebby visitó a Bill, entregándole una copia del libro: William James "Variedades de Experiencia Religiosa". James pensaba que las experiencias espirituales podían tener realidad objetiva, casi como dones de lo alto, podían transformar a las personas. Algunas eran iluminaciones brillantes, repentinas; otras se presentaban en forma gradual. Algunas afloraban de sentimientos religiosos, otras no; pero casi todas tenían denominadores comunes de dolor, sufrimientos y calamidad. Casi siempre eran necesarias la completa desesperación y la derrota total para lograr que el paciente estuviera en situación de recibir dichas experiencias. La significación de todo esto abrumó a Bill; ¡derrota total! eso era exactamente lo que le había sucedido. El Dr. Carl Jung le había dicho a Ronald del grupo Oxford, que tan desesperada era su situación alcohólica, y en la misma forma el Dr. Silworth le dijo exactamnete lo mismo a Bill. Entonces Ebby, quien también era un alcohólico, le había dado una dosis idéntica a Bill. Es probable que el sólo veredicto

del Dr. no hubiera logrado que Bill aceptase el testimonio, pero cuando Ebby vino a él y, un alcohólico conversó con otro alcohólico, se logró el "milagro" (Op,Cit).

Los pensamientos de Bill empezaron a correr cuando imaginó la reacción en cadena, que podría suscitarse entre los alcohólicos, cuando uno pasara el mensaje y estos principios al siguiente y así en forma sucesiva. Más de lo que nunca pudo imaginarse, sabía que deseaba trabajar con otros alcohólicos. Desde entonces trasmitió el mensaje a otros; transcurridos seis meses no había logrado que nadie adquiriera la sobriedad. Entre tanto Lois Burnham Wilson, esposa de Bill, continuaba trabajando para los dos y la gente empezó a murmurar, sobre si Bill seguiría siendo mantenido por su esposa. Bill desesperado regresó a buscar trabajo en uno de sus viejos empleos, como corredor de bolsa de Wall Street y, a través de una persona que conoció casualmente, logró que una agencia comisionista le diera la representación para una asamblea en la cual se buscaba el control de una pequeña industria de juguetes en Akron, Ohio. En mayo de 1935 en Akron en donde el negocio no resultó, provocó que Bill cayera en depresión, encontrándose en el loby del hotel donde se hospedaba, observó el bar y pensó (después de 6 meses), volver a beber, pero recordó que tratando de ayudar a otras personas, él mismo había logrado mantenerse abstemio. Por primera vez lo sentía profundamente; pensó: "necesito otro alcohólico con quien conversar. Necesito otro alcohólico tanto como él me está necesitando". Bill se

acercó a una caseta telefónica en donde se encontraba una lista de iglesias, llamó a un padre episcopal de nombre Walter Tonks, y le contó su problema, le mencionó que necesitaba hablar con otro alcohólico para no beber, el padre entendió el problema proporcionándole una lista de unos diez candidatos. Fue hasta el final de la lista cuando Bill recibió respuesta; la que contestó el teléfono se llamaba Henrietta Seiberling; Bill le explicó que era un alcohólico de los grupos Oxford de New York que necesitaba ayudarlo a otro alcohólico para poder permanecer abstemio. Muy rápidamente ella comprendió lo que estaba explicándole; y le dijo: "yo no soy alcohólica pero he tenido mis dificultades, cuando usted habla acerca de asuntos espirituales, yo creo entenderlo, conozco a la persona que podría ayudarlo" y dijo además que ella había tenido problemas muy serios a los cuales había encontrado respuesta en los grupos Oxford. El hombre adecuado para usted es un médico llamado Robert Holbrook Smith (Dr. Bob, anonimato), su esposa Anne Ripley, es una gran persona; él, ha luchado mucho, ha ensayado curaciones médicas, ha tratado distintos métodos religiosos, incluyendo los grupos Oxford; ha luchado con la mejor voluntad, pero parece que no puede lograr nada." ¿Qué tal le parecería a usted conversar con él y su esposa?", Henrietta arregló la cita con Anne para el día siguiente, así fué como, en el mes de mayo de 1935 un día después que se festejó el día de la madre en Estados Unidos. Bill se entrevistó con Bob, en esta entrevista Bill no trató de

evangelizarlo o reformarlo (error cometido por Bill durante los seis meses anteriores). Sólo le habló de su experiencia con el alcohol y sus devastadoras consecuencias. A su turno Bob habló acerca de sí mismo como nunca había hablado. El también era de Vermont, su padre había sido un juez severo y profundamente respetado. También como Bill, la inclinación por la bebida se había manifestado muy tempranamente; de hecho fracasó en el Colegio Dartmouth por esta razón. En alguna forma logró seguir su carrera en la facultad de Medicina en el internado de Chicago, a pesar de su problema alcohólico, mostró un talento excepcional para la cirugía; después de su matrimonio con Anne, se había establecido en Akron donde nació posteriormente su hijo Bob y adoptó una niña, la hermana Sue (Op,Cit).

Después de este encuentro Bob y Bill tuvieron algunas charlas más; el Dr. pudo dejar de beber por algunos días pero volvió a tomar, fue hasta el 10 de junio de 1935 cuando dejó de beber hasta su muerte (1950). Después de ese día el Dr. y Bill ayudaron a otros alcohólicos, aplicando los puntos que Ebby le dió a Bill; muy pronto hubo una recuperación y luego otra. Se había de formar así el primer grupo de AA (Grupo Akron. Bill regresó a N. Y. en el otoño de 1935, esta vez con todos los elementos de recuperación y rápidamente se formó otro grupo en ésta ciudad (Grupo Nueva York). Sin embargo, el progreso de los dos grupos fue dolorosamente lento en los siguientes años, aunque se atendieron centenares de casos, muy

pocos respondieron. Al finalizar el año de 1937; ya había cuarenta personas recuperadas, el Dr. y Bill empezaron a estar más seguros de sí mismos. Vieron que poseían una fórmula que, transmitida de un alcohólico al siguiente, podría eventualmente producir, como una cadena, un elevado número de recuperaciones.

Hacia la primavera de 1939, la sociedad de AA, publicó un libro llamado "Alcohólicos Anónimos", en el cual se describían los métodos muy cuidadosamente; con el propósito de lograr una mayor claridad y mejor fundamentación del programa verbal que Ebby entregara a Bill. El libro se desarrolló en lo que hoy se denominan "Los Doce Pasos sugeridos para la recuperación", que constituye la espina dorsal del libro. Para ilustrar los métodos de AA; el libro incluyó veintiocho casos reales, se esperaba que aquellos casos pudieran identificarlos plenamente con los lectores lejanos, lo cual efectivamente sucedió. Los primeros AA, ya se habían retirado de los grupos Oxford, la comunidad adoptó el nombre de Alcohólicos Anónimos. En marzo de 1941, hubo un artículo de fondo en el Saturday Evening Post, este sólo artículo atrajo a la comunidad de AA; a miles de personas, a medida que crecía la membresía crecía también la efectividad; la proporción de recuperación se incrementó. De todos aquellos que ensayaron el programa, un gran porcentaje logró resultados inmediatos, otros lo obtuvieron a corto plazo y otros más, que continuaron, lograron una notoria mejoría (Op.Cit).

La alta proporción de recuperación se ha mantenido desde entonces, aún en aquellas personas que escribieron sus historias personales para la edición original de AA. El 75% de ellas lograron finalmente la sobriedad. Sólo un 25% murieron o se perdieron antes de lograrla.

Desde sus primeras épocas los alcohólicos, han encontrado que un gran número de personas llegan a los grupos y luego se retiran; pero saben felizmente que la mayor parte regresa nuevamente pasado algún tiempo. Una vez que han aprendido de labios de otros alcohólicos la naturaleza frecuentemente mortal de la enfermedad que padecen, la bebida que ingieren posteriormente no hace más que acelerar el proceso, hasta que, eventualmente, se ven forzados a ingresar a AA. Sienten que deben hacerlo o morir. En la actualidad la agrupación de AA; ha crecido en 144 países, son ya miles de hombres y mujeres que se han recuperado del alcoholismo: entre éstos países, el mensaje del programa de recuperación llegó a México (A.A. por Jack Alexander, 1991).

C A P I T U L O V I

HISTORIA DE ALCOHOLICOS ANONIMOS EN MEXICO.

Hablar de la historia de Alcohólicos Anónimos en México es una tarea difícil, ya que, hasta la fecha sólo se tienen datos a manera de narración y relación de sucesos. Es conveniente aclarar que el objetivo de este trabajo no es fijar el tiempo preciso del nacimiento de AA, en nuestro país. Más bien presentar de qué manera la agrupación ha ido evolucionando, hasta obtener el reconocimiento que actualmente tiene en los distintos sectores de la sociedad mexicana. Es claro que no surgió de la nada, fueron necesarios los esfuerzos pioneros de muchos alcohólicos y no alcohólicos que, en forma callada y tenáz, prepararon el terreno sobre el cual se edificaría la sociedad de AA.

Es pertinente señalar que no se seguirá un riguroso orden cronológico y algunos otros detalles específicos, sino puntos importantes detonantes del crecimiento. Según Rodríguez (1990), menciona que, en la conformación histórica del movimiento en México, se aprecian tres etapas distintas: la primera va de 1941 a 1946, donde se observan los primeros intentos generalmente infructuosos, de lograr la sobriedad a nivel individual, por parte de algunos miembros solitarios y la formación de grupos cuyo funcionamiento no era constante

la segunda etapa empieza a transcurrir a partir del año de 1946, cuando un grupo de AA, logra funcionar de manera permanente; y la tercera se situaría a partir de 1956, el año en que comenzaron a funcionar los primeros grupos de habla hispana, formados exclusivamente por miembros mexicanos.

El mensaje de AA, llegó a nuestro país como resultado de una actividad de información pública ya que en marzo de 1941, Arthur Houit y Jorge Salazar residentes en la ciudad de México, leyeron el artículo de Jack Alexander publicado en el Saturday Evening Post; sólo Jorge mantuvo correspondencia con N.Y. y tuvo intención de formar el primer grupo local, cosa que no sucedió y finalmente dejó de escribir al vecino país. En febrero de 1944, un miembro solitario establece contacto con la oficina central de N.Y., posteriormente no se sabe nada de él. Más adelante un alcohólico, Gilberto M., recibe el mensaje de AA, en California, Estados Unidos de Norteamérica; después al regresar junto con su esposa Francisca, a Monterrey, N.L., la Sra. Francisca establece contacto con la oficina central y después de recibir material, tradujo varios folletos, los cuales fueron publicados en los periódicos locales. A raíz de esto, surge un grupo en Monterrey, con 25 miembros pero, posteriormente, estos esfuerzos se desvanecen presionados por las compañías cerveceras, quienes pensaron que sus intereses podrían ser afectados; todo esto ocurrió de enero de 1945 a fines de 1946.

En otra parte de la República, a principios de 1946, un viajero solitario de paso por Culiacán Sinaloa, llamado Joe A. AA. Hispano-norteamericano procedente de los Angeles Cal. envió cartas a N.Y. y en ese mismo año fundó un grupo de AA, en aquella entidad (Grupo Culiacán). Después de 1947, no se supo nada de ese grupo. Paralelamente, el 21 de julio de 1946, Lester F. un AA, norteamericano, se mudó a la ciudad de México y pide a N.Y. orientación para iniciar un grupo. En agosto de 1946, la oficina central recibe una carta de una AA, estadounidense, Pauline D. establecida en la ciudad de México solicitando trabajo de paso doce (transmitir el mensaje) para ayudarse en su sobriedad. Por otra parte, Lester, pasó el mensaje, entre otros, a Ramón C. y Jesús A.; cabe resaltar que en el domicilio de éste último, empezó a funcionar en México City Group (Grupo Ciudad de México), el 25 de septiembre de 1946. Fecha en la que se celebró la primera junta formal de AA., se indica como el nacimiento formal de AA, ya que este grupo logró permanecer en funcionamiento, a pesar de las recaídas (volver a beber) constantes de algunos miembros y gracias a la constancia de Pauline y a la posterior incorporación de Fernando I. quién aunque al principio no logró la sobriedad cuando falleció contaba cerca de 6 años de absoluta abstinencia, récord en aquel entonces. En 1947 ya se efectuaban las primeras reuniones mexicanas en la casa de Fernando en Coyoacán, con una membresía de 7 alcohólicos, el grupo funciona hasta 1950 ya que los miembros consideraron que

realmente no eran alcohólicos. Puede afirmarse que el grupo Ciudad de México, cumplió un papel preponderante en el desarrollo de AA, esto que se erigió como bastión firme donde los mexicanos recibieron el mensaje y a donde acudieron para esclarecer dudas y aprender lo relativo a la mecánica de los grupos. El México City sesionó más tarde en las calles de Lucerna 71. En la actualidad este grupo es conocido como de habla inglesa.

En 1946, Ricardo P. un AA, de Cleveland y Cónsul honorario de México en esa ciudad, llevó a cabo en la ciudad de México, conferencias para anunciar la bondad de AA, y mediante notas que fueron publicadas en El Universal; cabe señalar que no hizo contacto con los iniciadores del México City Group (Op,Cit).

Sus esfuerzos no fructificaron en la formación de un grupo; sin embargo, resultado de su labor es que, conjuntamente con su esposa, realizó la primera traducción del Libro Grande de AA, la cual entregaron a Bill W. en julio de 1946. Se sabía de la importancia de este libro para la población hispanoamericana, para facilitar la difusión de las ideas y la terapia de AA. Se considera a Ricardo como el primer AA. de habla hispana. No obstante su labor, su traducción no fué editada; como se sabe la actual versión del Libro Grande en español que la Oficina de Servicios Generales de Nueva York, editó formalmente fué la versión de Carlos C. que sustituyó a la de Frank M. en diciembre de 1961.

El 16 de diciembre de 1956 nació el primer grupo de habla hispana en la República Mexicana, en el Hospital Militar, sesionando trece alcohólicos todos ellos militares; este se denominó grupo Hospital Central Militar. Sucedió a instancias del Dr. José González Varela director del pabellón de psiquiatría de dicho hospital, el cual escribe a N.Y. solicitando información sobre AA. contestando el propio Bill W.; quien le dió todos los datos del México City, todo esto con el fin de ayudar con su alcoholismo al Mayor Joaquín B., el cual junto con su esposa Irma batallaban infructuosamente con el grave problema. La junta la iniciaron miembros del México City, con el incondicional apoyo de la Sra. Irma Reyes. El Mayor Barrón dejó de beber, tuvo un tropiezo ocho meses después, pero a partir de entonces, pudo vivir quince años, hasta su muerte, sin probar una sóla gota de alcohol; dedicado a su recuperación, la unidad y el servicio, apadrinando a grupos de la ciudad de México, del interior de la República Mexicana y del resto de Latioamérica. Así mismo mantuvo amistad con el compañero Carlos C. El grupo Hospital Central Militar, se mudó a un local ubicado en Laguna del Carmen # 157, Col. Anáhuac; después se ubicó en Hidalgo # 61, frente a la Alameda Central, desde enero de 1958, se denomina grupo Distrito Federal (Op,Cit).

Por otro lado se puede mencionar que en los diferentes Estados de la República Mexicana, entre los años 50's en adelante empezaron a nacer grupos ejemplo de ellos es: el

Tapatío (1961) en marzo en Guadalajara Jal; en marzo de 1957 es iniciado el grupo Panteón Florido (Yucatan); en este año reciben la visita de Bill y Lois; en 1962 se forma el grupo Tampico en Tamaulipas. La primera experiencia Michoacana de AA, que apareció en el directorio mundial de AA fué en 1962; en 1963 a 1966, nace el grupo Nayarit, entre otros más de la República. Durante la década de los 40's y 50's la problemática de los AA., consistía en escasez de elementos que apoyaran el establecimiento y desarrollo de los grupos (experiencia, literatura en español, eventos, etc.). En contraposición a ello, a partir de 1964, la problemática a enfrentar estaba originada en el crecimiento, cada vez mayor, de la membresía la cuestión era: ¿Cómo proporcionar servicio a cada uno de los grupos?.

Como en otras partes del mundo, en nuestro país fueron iniciados primeramente los servicios intergrupales, que los generales: El 19 de abril de 1964, comenzó a funcionar la de la capital Mexicana y unos días antes, los AA., tapatíos ponían en marcha los servicios intergrupales en Guadalajara. Durante la segunda mitad de 1964 y la primera de 1965, las reuniones de trabajo de la intergrupales de México fueron dedicadas a la III Convención de Centroamérica, México, Panamá y el Caribe, además de la organización del primer congreso nacional, efectuado en la ciudad de México, en agosto de 1964 (Op,Cit).

Las intergrupales se encargan de distribuir literatura,

contestar correspondencia, atender llamadas de auxilio (paso doce), además de actividades relacionadas con la información pública y, esporádicamente, ayudan a llevar mensajes en prisiones y hospitales. Al ser atendidas las necesidades más elementales de los grupos, estos fueron creciendo con mayor fortaleza y vieron aumentada su capacidad para llevar el mensaje. Si antes de 1964, México era uno de los países de menor crecimiento, de pronto empezó a ser el que mayor índice observaba. La oficina de servicios generales de N.Y. se encargó de proporcionar servicio a los AA. de México, desde la existencia de los primeros grupos y solitarios, hasta cuando la agrupación había crecido ya de manera importante.

AA. había llegado a la mayoría de edad en E.U. y Canadá en 1955, y después del establecimiento de la Estructura de Servicios Generales. Para que esto mismo sucediera en otras partes del mundo, era necesario establecer ahí los servicios generales; el problema estribaba en cómo llevar a cabo esta empresa. En vista de lo anterior, no había otra alternativa más que la de invitar a los diversos países a que establecieran sus estructuras. Así, los problemas financieros originados por el servicio proporcionado por la O.S.G. de N.Y. al mundo de AA., paulatinamente se haría menos gravoso, además, los países crecerían en cuanto al valor espiritual de la responsabilidad. Por ello, a principios de 1964, gira una circular a varios países de América, entre estos México, con la intención de iniciar las gestiones necesarias. Sin embargo, los miembros

que la recibieron no captaron el sentido de la comunicación, rechazando de momento la invitación; ellos pensaban que la expresión "llegar a la mayoría de edad", implicaba que la membresía se encontrara en un grado óptimo de recuperación, en unidad y armonía utópicas (Op,Cit).

En contraste con estas opiniones en el primer congreso nacional de AA., se llegó entre otras a las siguientes conclusiones: 1) Se creará en la capital mexicana la oficina de servicios generales; 2) se solicitará a la O.S.G. de N.Y. la autorización para elaborar toda la literatura de AA. para nuestro país. En el transcurso de 1964, la O.S.G. de N.Y. envió otras circulares haciendo énfasis en que AA. llega a la "mayoría de edad" en un país en el momento que éste decide hacerse responsable de sus propios servicios.

En el II congreso nacional se llegó, entre otras, a las siguientes conclusiones: 1) La reunión de Servicios Generales para la República Mexicana, donde se trataría todo lo relativo a la O.S.G. se realizarían en la ciudad de México, los días 21, 22, y 23 de marzo de 1969. 2) Se formó un comité organizador de los Servicios Generales, la reunión se efectuó por voto secreto en el grupo Bolívar, quedando como coordinador José O., e integrantes: Héctor Z., Jesús M. y Jorge M. Al llegar a la fecha señalada para efectuar la primera asamblea mexicana, se reunieron en la ciudad de México 23 delegados provenientes de 14 entidades del país. En la segunda asamblea mexicana (16 de septiembre de 1969),

se aprueba el acta constitutiva de la Asamblea Mexicana y la que constituía la Central Mexicana, fué firmado el acuerdo mediante el cual la asamblea se hacía cargo de la custodia de los tres legados (recuperación, unidad y servicio) en nuestro país. En las subsiguientes asambleas se siguieron tratando temas de interés nacional, por ejemplo: fué indicado que la O.S.G., no editara otra literatura que no sea la aprobada por la conferencia, se sugirió un mínimo de donativos para miembros y grupos; fueron conformadas zonas en las partes: Norte, Centro y Sur del país. Se elaboró un organigrama sobre la estructura de servicios generales, etc. Las primeras cinco asambleas fuéron efectuadas semestralmente, pero de ahí en adelante son realizadas cada año y precisamente durante la semana santa. Dentro de los hechos sobresalientes, ocurridos durante la década de los 70's y 80's, se podría señalar la celebración de cinco convenciones nacionales con sede en la ciudad de México. La primera en 1976, con una asistencia de 3,000 AA., la segunda en 1980, reuniéndose 10,000 convencionistas. La tercera en 1985, donde hubo cerca de 19,000 asistentes; la cuarta, en 1988 con asistencia similar a la anterior. Por último, en 1992 la quinta con una asistencia aproximada de 25,000 miembros (Op,Cit).

México ha enviado representantes a todas las reuniones mundiales de servicio. En 1989, México fué la sede de la VI reunión Iberoamericana. En estos eventos internacionales, el país comparte experiencias en el campo del servicio de AA.,

con los demás países del mundo. Aunque en la agrupación no se compite en cuestión de estadísticas, sí se podría apuntar que el país cuenta con el mayor número de grupos, después de E.U. Así mismo, ocupa el segundo lugar entre los países donde existe AA, en lo relacionado con actividades de información pública, instituciones y cooperación con la comunidad profesional. La O.S.G., publica una de las listas más largas de publicaciones de AA.

Para finalizar se presenta una relación de grupos y miembros de AA., desde 1957 a 1994

1957 - 1969	200	grupos	registrados.		
1969 - 1971	381	"	"	y	5,750 miembros
1971 - 1972	661	"	"		8,611 "
1972 - 1975	928	"	"		11,332 "
1975 - 1977	1,650	"	"		30,000 "
1977 - 1979	2,500	"	"		70,000 "
1979 - 1990	9,500	"	"		200,000 "
1991 - 1992	14,000	"	"		250,000 "
1993 - 1994	19,000	"	"		400,000 "

Como se ha podido apreciar, el crecimiento de la agrupación ha sido, explosivo durante los últimos diez años. Sin duda, se ha debido a la entusiasta labor que realizan los grupos de la República Mexicana y que dan cuerpo al movimiento (Op,Cit).

C A P I T U L O V I I

COMO TRABAJA EL PROGRAMA DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

Se pretende aclarar antes de iniciar el presente capítulo, que lo que se expondrá a continuación es una apreciación personal, y en ningún momento es nuestra intención hablar por Alcohólicos Anónimos. Pedimos de antemano disculpas por los errores cometidos en el desarrollo de este importante trabajo.

Este tema trata sobre lo que se considera son los mecanismos con los que opera AA; en otras palabras la psicoterapia y los tres legados que integran el programa de AA, (Recuperación, Unidad y Servicio) ver anexo 2. Estos legados fué la herencia que dejaron los cofundadores (Bill y Bob) del movimiento a la agrupación. Esto ocurrió durante el mes de julio de 1955, AA, tuvo una convención en San Luis (E.U) para conmemorar el vigésimo aniversario de su fundación. Ahí la comunidad declaró por sí misma haber llegado a la edad de asumir la plena responsabilidad, y recibió de sus fundadores y miembros antiguos, el cuidado permanente de sus tres legados. En el proscenio del auditorio estaba reunida la conferencia de Servicios Generales de AA, incluyendo unos setenta y cinco delegados de los Estados Unidos y el Canadá, los custodios de la Junta de Servicios Generales de AA, los

directores y personal administrativo de los servicios mundiales de Nueva York, la esposa, y la madre de Bill W. En total unos 5,000 Alcohólicos.

La conferencia de Servicios Generales estaba dispuesta para asumir la custodia de las doce tradiciones de AA y el cuidado de sus servicios mundiales. Iba a ser nombrada como la sucesora permanente de los fundadores de AA.

Hablando a nombre del co-fundador Dr. Bob (finado) y de todos los miembros antiguos de AA de todas partes, Bill hizo la entrega de los tres legados a la sociedad como un todo y a su conferencia representativa. Desde aquel momento AA se manejó a sí misma para servir los propósitos "divinos" durante tanto tiempo como sea destinada, bajo su "providencia", a perdurar (ver anexo 3) (AA, Llega a la mayoría de edad, 1990).

Como se ha mencionado ya en el transcurso del trabajo, AA. se conjugó con principios extractados de disciplinas científicas. Lo que hicieron los primeros alcohólicos fue adaptar estos principios a sus propias experiencias.

Iniciaremos la explicación de los mecanismos de la psicoterapia con los doce pasos de AA, los cuales son en esencia una evolución de la experiencia del hombre a través de muchos siglos. Con el código cristiano compuesto en forma tal que pueda ser aplicado más prácticamente por aquellos que se ven virtualmente impulsados por la necesidad de escapar de una compulsión arrolladora de hacerlo. Es sólo natural que las ciencias: Medicina y Psiquiatría, traten de hacer una

disección y análisis de las razones fundamentales o subyacentes por los cuales AA, funciona allí donde la ciencia y Religión han fracasado a través de los años. Los doce pasos no son una innovación, queda establecido por el hecho de que su esencia puede encontrarse en otros lados. El más notable en el plan general para retiros establecidos por la orden de Sacerdotes Jesuitas. Pero no necesitamos ir demasiado lejos en la búsqueda de los posibles orígenes, ya que Bill mismo dijo que adquirió sus ideas del movimiento Oxford, y los principios del grupo Oxford son;

- 1.- Admitió que era impotente para resolver su propio problema. (Paso 1).
- 2.- Fué sincero consigo mismo como nunca antes lo había sido. Hizo un exámen de conciencia (pasos 4, 8, 10). Esto es análisis de personalidad.
- 3.- Hizo una rigurosa confesión de sus defectos personales. (Paso 5).
- 4.- Reajuste de relaciones interpersonales (Paso 8,9).
- 5.- Dedicarse a ayudar a quienes necesitan auxilio (Paso 12).
- 6.- A través de la meditación buscar la dirección de un poder superior o factor x para su vida, y su ayuda para practicar estos principios en todo momento (Pasos 2, 3, 6, 7, 11 y 12).

Estos principios datan de muchos años antes de AA., no son sino un medio práctico de aplicar principios que desde

hace mucho nos han sido dados por la Biblia, las Escrituras, es decir; por el propio "Dios".

Ahora bien lo que van a lograr estos pasos en primer lugar: tenemos a un individuo que padece de una "alergia física al alcohol, combinada con la obsesión de consumir justamente el veneno al que es alérgico y que es el causante de su enfermedad. Además generalmente tiene una personalidad muy distorsionada. Una personalidad enferma en las siguientes formas:

1.- Tiene una necesidad inconsciente de dominar pero es dependiente).

2.- Tiene un sentimiento de hostilidad (culpa, defensa contra la inferioridad).

3.- Tiene una sensación de soledad y aislamiento.

4.- Tiene una sensación simultánea de inferioridad y al mismo tiempo, no tiene autocritica.

5.- Tiene un anhelo de perfección (superioridad).

6.- Hay en él factores raciales o culturales (Mexicano vs. Americano).

Estas son más o menos características de la personalidad alcohólica. En términos descriptivos existe el acuerdo de describir al alcohólico como un inmaduro emocional. Tiene un ego inflado. Da muestras de dependencia; es impaciente, intolerante, da muestras de mucha neurósis, tensión, angustia, miedo y preocupaciones. A menudo aunque no necesariamente es ateo o agnóstico, o sus ideales y conceptos espirituales están

desviados o deformados.

Viene ahora el problema de qué hacer acerca de este "sujeto molesto" que con optimismo se llama a sí mismo un personaje, para que cruce el abismo de la reorganización a un sitio donde algunos de sus atributos son: madurez, objetividad, humildad, paciencia, tolerancia, confiabilidad, honestidad y espiritualidad, etc. No es tarea fácil, se dirá, ya que nadie llega a adquirir por completo esa meta. Sin embargo, es necesario algún grado de éxito, y la superación que constante y diariamente se logra es más importante que el absoluto grado de perfección logrado.

Para el propósito de simplificar y explicar los doce pasos, se abreviará cada paso sintetizándolo en una sola palabra.

1er Paso: Admitimos que eramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables. (Percepción). Discernimiento ayuda o comprensión. Esto es particularmente aplicable a la impotencia ante el alcohol y al lio en el que se han metido sus vidas deterioradas. Recapitulando, se puede agregar las siguientes interpretaciones sobre el mecanismo de los doce pasos:

1.- Admisión de la derrota. "El tocar fondo o estar ya maduro". Supresión del ego inflado, y de ahí, el esfuerzo inicial hacia el logro de la humildad.

2do. Paso: Llegamos al convencimiento de que un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio;

(capitulación). Ceder al poder de otro. Varios pasos o grados: Aceptación a medias, sumisión, capitulación tanto emocional como intelectual, comprenden un anexo necesario para la percepción.

2.- Creencia, confianza. Sobreponerse al desafío, y mayores pinchazos al ego hipersensitivo. La incorporación de una figura paterna potente, que ^{cual} implica que "ya no se esta solo", logra que empiecen a desaparecer el temor y la angustia.

3er Paso: Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios como nosotros mismos lo concebimos; (Decisión). Una determinación o terminación, como lo sería de una controversia, al dar un fallo sobre el asunto. Esta se toma generalmente después de haber hecho la prueba con todos los demás medios ¿Qué queda sino recurrir a Dios?. Ciertamente significa una determinación después de una controversia, ya que controversia es lo único que ha tenido el alcohólico durante mucho tiempo, tanto consigo mismo como con todos los demás.

3.- Disposición. Voluntad de sobrellevar los reveses y frustraciones y decepciones que "Dios" nos tiene reservados, reconociendo que existe un plan detrás de estas contrariedades aparentes "Hágase tu voluntad".

4to. Paso: Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos; (Introspección). Ver dentro o en el interior de la propia mente. ¿Cómo podemos verdaderamente

hacer un inventario a menos que examinemos dentro de nuestra propia mente? ¿Quién sino Dios puede ver dentro de ella a menos que lo hagamos nosotros mismos?. Esta introspección debe verbalizarse, sea por escrito (lo cual es preferible), o en forma oral que nos lleva al siguiente paso. Esto cristaliza nuestro pensamiento.

4.- Inventario. Aceptación de nuestras potencialidades y limitaciones, y en consecuencia, objetividad que es la base de la sinceridad.

5to. Paso: Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos. (Confesión). Aceptar reconocer, admitir, como o deuda. El psicoanálisis le dice a esto "catarsis mental". La medicina le dice "defectos de personalidad" que deben ser eliminados a través de un conocimiento preciso de uno mismo. La mejor manera de realizar esto es admitiendo abiertamente nuestras faltas, y expresándolas con palabras. La religión ha reconocido el valor de este proceso de confesión durante siglos, e indica, "El alcohólico debe hacer exámen de conciencia y una confesión o inventario moral, además de una franca discusión".

5.- Confesión. Catarsis, o como quiera llamársele. Más desinflamiento de ego, que sostiene y fortalece la humildad porque, si le decimos a alguien y a nosotros mismos cuáles son nuestras faltas y errores, desaparece el temor de que alguien más los exponga. La exposición y la vergüenza han sido el

"espectro del alcohólico" durante su época de bebedor.

6to. Paso: Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos librase de todos estos defectos de carácter. (Sumisión). El acto de someterse, especialmente la cesión de persona y poder al control de otro.

6.- Capitulación: Que ayuda a la objetividad, a la sinceridad y a la total confianza en un poder omnipotente.

7mo. Paso: Humildemente le pedimos a Dios que nos librase de nuestros defectos; (Humildad). Liberación de la soberbia y de la arrogancia. Este paso no necesariamente confiere humildad, pero es necesario encontrar la humildad antes de practicar el paso. Cuando se admite que se tienen faltas y se está dispuesto a eliminarlos, ciertamente se está haciendo un esfuerzo por lograr la humildad.

7.- Humildad. Admitir las faltas, y dependencia de Dios.

8vo. Paso: Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos; (Inventario). Un catálogo o relación, o sea, una lista detallada de cosas con su valor estimado. El alcohólico debe anotar tanto los puntos positivos como los negativos. A veces los puntos positivos que una persona deja de utilizar constituyen una falta más grave que los pecados de comisión. El Nuevo Testamento reconviene al hombre a quien se le dió un talento y que lo enterró cuidadosamente hasta en tanto llegó el momento de contabilizarlo, no habiendo recibido crédito alguno por la

mera preservación del talento. De suerte que es obligatorio utilizar, para el beneficio común, aquellos talentos de los que seamos poseedores.

8.- Restitución. El acto del individuo maduro. La personalidad inmadura no ve la necesidad de la restitución.

9no. Paso: Reparamos directamente a cuantos nos fué posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros. (Restitución). Restauración de lo que fuere a su dueño legítimo. Posiblemente "reparación" podría ser una palabra más apta, ya que muchas veces nada tenemos que restaurar a nadie salvo su paz interior, y hacer reparaciones por la pena y dolor que les hemos causado. La sobriedad continua y cambio de personalidad puede ser la oportunidad única de restitución para aquellos más cercanos y queridos, y a quien se le ha ocasionado los mayores daños. Las reparaciones materiales pueden ser insignificantes en comparación con la restitución moral, y una disculpa abyecta y la admisión de haber obrado mal, hecha aún a aquellos a quienes se debe cosas materiales, puede tener un valor mucho más alto para ellos, que lo material en sí.

9.- Perdón. Debemos aceptar perdonarnos a nosotros mismos, si esperamos que los demás hagan lo mismo con nosotros.

10mo. Paso: Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente. (Reorganización). Para volvernos nuevamente

sistematizados o constituirnos en un todo por medio de la integración de las partes interdependientes. A menos que haya continuidad en la detección de los defectos diarios (resentimientos, odios, pequeñez, envidia), no puede haber una reorganización. A través de la pronta admisión del error hay crecimiento intelectual y moral; la fachada de simulación queda eliminada, y todo el esfuerzo puede ser dedicado a pensar constructivamente, a tener logros de esa índole.

10.- Perseverancia. Superación continua.

livo. Paso: Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto conciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla. (Espiritualidad). Los sentimientos morales o estados del alma. A través de la constante oración y meditación, la humildad se vuelve común, el esfuerzo por la superación se convierte en rutina, "ni bueno aún; pero mejorado". Se elimina la angustia por medio del sentimiento o sensación de un ser personal omnipotente, cuya voluntad está por encima de la nuestra. La fé como remedio del temor.

11.- Oración y meditación. Se realizan más cosas por medio de la oración de lo que pueda soñar este mundo. Rogar por conocer la voluntad de Dios para nosotros. No hacer tratos con Dios para que nos dé lo que deseáramos tener. El lo sabe. Es bueno mencionarlo en nuestras oraciones, pero agregando: "Hágase tu voluntad".

12vo. Paso: Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos. (Caridad). El acto de amar a todos los hombres como hermanos, porque son hijos de Dios. Buena voluntad hacia los pobres y los que sufren. La alegría de vivir es el tema del paso doce de AA., y la acción es su palabra clave. Es a través del intento del alcohólico en recuperación de ayudar a otros, que con frecuencia encuentran la ayuda para su propia percepción e introspección. El escuchar sus propios pretextos siendo utilizados por otra persona, resulte un choque y revelación para él. El hecho de que esté trabajando con ganas le dá una sensación de realización y de pertenecer. Su narcisismo atraviesa por un proceso de desinflamiento conforme trata de ayudar a otros. Sus propias dificultades pequeñas lo borran cuando gráficamente ve en la situación en que se encontraría de intentar nuevamente beber un trago.

12.- Acción. Llevar el mensaje a otros, pero más importante aún, conservar estos principios en acción en todos nuestros asuntos. Estoy de acuerdo con lo dicho por San Pablo: "La fé sin buenas obras es letra muerta" Cuando hacemos buenas obras, tenemos la esencia de la caridad. Acción es la palabra mágica.

Lo que de hecho hace AA., es ayudar al alcohólico a tener percepción por medio del conocimiento y asociación con

otros alcohólicos en sus estados de sobriedad y reflexión, y ayudarlo a que use la comprensión de sí mismo para un propósito útil. El alcohólico es emocionalmente inmaduro y nunca ha aprendido a enfrentarse a las realidades de la vida o ha olvidado cómo hacerlo. En consecuencia, se inquieta y se siente derrotado cuando son difíciles las realidades, y cuando surge la adversidad.

Además, AA. es esencialmente una forma de terapia de grupo; como medio de recuperación, también proporciona la identificación con aquellos que han tenido éxito. (Si él puede hacerlo, yo también).

Sus muchos lemas: El programa de vida de 24 horas , Hay que tomarlo con calma, "Vive y deja vivir" etc., proporcionan un cese a la angustia y a los temores, y suministran un apoyo continuo en la batalla contra el resurgimiento del ego inflado. El anonimato mismo de la fraternidad es un resguardo contra el "señoronismo" que pudiera surgir. El anonimato es un medio de llegar a la humildad, no un encubrimiento. El anonimato le concede mayor importancia a los principios que a las personalidades.

Habiendo explicado lo que son los pasos, pasaremos ahora a desarrollar los legados de Unidad y Servicio (tradiciones).

Recién llegados a los grupos muchos de los nuevos miembros se dicen: "Esto de las tradiciones debe ser sólo para los funcionarios de AA., yo soy apenas un miembro del montón. Además, esas son reglas para el manejo de los grupos.

Curioso porque todos me han dicho que no existen reglas en AA". Posteriormente, cuando pudieron enterarse más profundamente, se dieron cuenta que las tradiciones ni son reglas, ni son para los funcionarios. Por el contrario, tienen un profundo significado para cada uno de los miembros. En forma similar también a los doce pasos, las tradiciones no fueron creadas para orientar contra los problemas que pudieran presentarse en el futuro. No, primero fué la acción. Los grupos iniciales de AA. no tuvieron otro método que ensayar, fracasar, volver a ensayar, etc., hasta cuando pudieron observar cuál sistema no funcionaba a medias, y cuál era el mejor de todos.

Las oficinas iniciales de AA. (que posteriormente formaron la Oficina de Servicios Generales), fueron informadas por carta acerca de los éxitos y los fracasos. Las doce tradiciones son entonces el producto de diez años de experiencias compartidas. En 1946 se publicaron en su versión original ó "extensa", en la revista Grapevine. Hacia 1950 ya habían sido condensadas a sus textos actuales, y fueron adaptadas por la Primera Convención Internacional de AA. "Las tradiciones son una guía para mejores formas de trabajo y de vida, dijo el cofundador Bill W." Y son para la supervivencia de los grupos, lo que los doce pasos son para la sobriedad y paz mental de cada uno de los miembros. La mayor parte de las personas no podrían recuperarse si no existiera el grupo. "El grupo debe subsistir, o el individuo perecerá".

Para una mejor explicación de las tradiciones, se abreviará cada tradición sintetizándola en una sola palabra.

1era. Tradición: Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A. (Cohesión). El ejemplo más simple para esta tradición lo suministra el individuo que llega bebido a las reuniones. Si él insiste en interrumpir la reunión, lo "invitan" a que salga del salón, y que regrese cuando se encuentre en un estado más propicio para escuchar el mensaje. En esta forma se le da prioridad al "bienestar común". Pero se trata de su bienestar, también. Si él va a dejar de beber, el grupo ha de continuar funcionando, para que él pueda asistir. Sin embargo este caso es sólo un raro aspecto del problema. Cuando se ha logrado alguna sobriedad dentro de AA, se sigue alimentando secretamente el Ego. Se admite que no se puede gobernar el alcohol, y que no se puede mantener alejado uno de él solamente con el propio esfuerzo. Hasta aquí, muy bien. Pero entonces encontramos que hay todavía muchos rezagos de Ego. Esto puede llevar a tomarle el inventario a otros compañeros y a murmurar acerca de sus supuestos defectos. Y puede llegar la tentación de sentirse individualmente mejor que los demás en todas las reuniones. Bueno, pero este es un programa egóista, ¿no es verdad?. Después de todas las miserias que se pasaron durante el alcoholismo, ¿por qué no permitir un poco de satisfacción personal?. Se sabe una buena razón para que no sea así, la autoindulgencia constituye un peligro personal

inmediato, y atenta contra la sobriedad. Más aún, atenta contra la misma esencia de la sobriedad individual, que es la unidad del grupo. Porque la murmuración, por bien intencionada que sea, puede destruir la confianza mutua, tan vital para cada grupo. Cuando A.A. era muy incipiente, los primeros miembros vieron claramente que la preservación de la unidad era cuestión de vida o muerte tanto para ellos mismos como para los alcohólicos que habrían de recuperarse posteriormente. La primera tradición establece este propósito que es el propósito común de las doce tradiciones. Cuando AA llegó a los 35 años de existencia, reiteró la misma concepción en el tema de la convención internacional de 1970, así: "Debemos hacer esto para el futuro de A.A., colocar en primer lugar nuestro bienestar común, para mantener nuestra asociación unida. De la unidad de A.A. dependen nuestras vidas y las vidas de todos los que vendrán".

Cada una de las otras once tradiciones expone una forma específica de proteger la unidad de los grupos y de AA como un todo. Aquellos primeros miembros de AA alcanzaron a reconocer la potencialidad de destrucción latente en los miembros guiados por ansias de poder o mando. "Los "todopoderosos" continúan entre nosotros. Son aquellos que siempre están seguros de tener la razón en todo; aquellos que siempre están listos para asumir el liderazgo, pero que no están dispuestos a compartirlo". Sin embargo los grupos necesitan gente que los haga funcionar. ¿Cómo se podrá entonces solucionar el

problema?. La segunda tradición proporciona la respuesta.

2da. Tradición: 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. (Conciencia de grupo). AA es a la vez una democracia y una "benigna anarquía", al decir Bill W. Los grupos eligen sus propios funcionarios quienes no tienen autoridad para ordenarle a nadie lo que se debe hacer. En la mayoría de los grupos, los cargos se rotan cada seis meses, y entonces se eligen personas distintas. Si un grupo desea formar parte de la estructura mundial de servicios de AA., eligen un R. S. G. (Representante de Servicios Generales), para un período de dos años. Los R. S. G. de las áreas eligen los miembros del comité de dichas áreas, y entre todos nombran un delegado para la Asamblea de Servicios Generales, que se lleva a cabo anualmente. La asamblea es lo más parecido a un Gobierno para los AA. Produce opiniones acerca de los temas más importantes, aprueba la selección de algunos candidatos a custodias para el Consejo de Servicios Generales, y elige directamente a otros. Pero ni la Asamblea ni el Consejo pueden dar órdenes de ninguna clase a los grupos o a los miembros de AA.

Entonces, ¿Quién es la autoridad aquí? AA. es un movimiento espiritual y como tal; la "autoridad suprema" es el concepto espiritual de la conciencia de grupo; su voz se escucha cuando un grupo bien informado del tema de que se

trata, se reúne para llegar a una decisión. El resultado se basa en algo más que un simple recuento de los votos "si y no" emitidos. Las ideas de la minoría merecen cuidados a consideración. ¿Qué sucede entonces con el tipo impertinente que siempre alega tener la razón? Pues... Escucharlo, porque puede ser que, por esta vez, esté en lo cierto. Si está equivocado, entonces, si recuerda la primera tradición tanto como la segunda, se plegará a la decisión de la conciencia de grupo.

3ra. Tradición: El único requisito para ser miembro de A. A. es querer dejar de beber. (Inclusiva). Todas las organizaciones tienen el derecho de dictar sus propias normas de afiliación, pero AA. decidió omitir este privilegio, siendo inclusiva, nunca exclusiva. Los primeros miembros trataron de hacer las cosas en forma exclusiva, y fracasaron rotundamente. Cuando la asociación está aproximándose a los 10 años de vida, recuerda Bill W., "se pidió a los grupos que enviarán una lista de sus requisitos para afiliación. Y agrega: si todas estas disposiciones se hubieran puesto en práctica en todas partes, hubiera sido prácticamente imposible para cualquier alcohólico el ingresar a AA. Casi el 90% de los miembros más antiguos y mejores no hubieran podido pertenecer a AA". Lógicamente las normas no se aceptaron, y se reemplazaron por la tercera tradición. Pero si la tradición es en sí una norma, ya que establece al menos un requisito de afiliación. ¿Quién entonces determina si la persona cumple o no el requisito, y

si verdaderamente desea dejar de beber?. Obviamente, nadie, salvo el mismo interesado. El problema que encara esta tradición no es únicamente de historia antigua. Se mantiene actualmente, por ejemplo, cuando un grupo discute la posibilidad de alejar miembros alcohólicos, que además usan drogas. La tradición no menciona requisitos negativos, no exige que el miembro no sea un drogadicto o exconvicto, que no sea homosexual, o que no tenga antecedentes de enfermedades mentales. Todos los alcohólicos son bienvenidos. Las tradiciones permiten una libertad sin paralelo, no sólo para los miembros individualmente, sino para los grupos.

4ta. Tradición: Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo. (Libertad). Un miembro que tenga la oportunidad de viajar, encontrará que el espíritu de AA. es muy similar en todas partes. Pero aparte de este parecido intrínseco, también encontrará enormes diferencias en los grupos. En cada vecindario de cada región del mundo, el grupo local tiene la libertad de trabajar según sus propias costumbres. Como siempre, la libertad conlleva responsabilidad. Debido al hecho mismo de la autonomía, cada grupo debe evitar cualquier acción que pueda perjudicar a los AA. como un todo. Y porque tales acciones han ocurrido, se han hecho necesarias las tradiciones. "Implicita a través de las tradiciones", escribe Bill. "Está la confesión de que nuestra asociación tiene sus fallas. Admitimos que tenemos defectos de

carácter como asociación, y tales defectos nos hostilizan continuamente". En cierto sentido, la cuarta tradición es como el cuarto paso: sugiere que el grupo de AA. debiera tomar un honesto inventario de sí mismo, sometiendo cada una de las acciones que piense emprender a la pregunta: ¿Podrá esto romper alguna de las tradiciones?. Así como el miembro individual que determina adoptar los doce pasos como guía hacia la sobriedad, el grupo prudente reconoce que las tradiciones no son meras fórmulas técnicas, sino guías seguras hacia el cumplimiento del objetivo primordial de todos los grupos de AA.

5ta. Tradición: Cada grupo tiene un solo objetivo primordial; llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo. (Metas). Todos los ingresados a AA. aprenden que el problema de permanecer sobrios tiene absoluta prioridad. Si se falla en eso, no se podrá tener éxito en nada más. La quinta tradición dice que los grupos deben recordar su objetivo primordial. A menudo, un entusiasmo irreflexivo coloca al grupo fuera de su senda. Uno de ellos por ejemplo, ofreció un programa adicional que incluía ayuda a los recién llegados a buscar trabajo. La quinta tradición no se opone a que un miembro de AA. sugiera a otro compañero alguna buena oportunidad de empleo. Pero cuando el grupo se convierte en una agencia de colocaciones, el recién llegado podría sentirse confuso acerca del objetivo primordial; la función de AA. es ayudarle a adquirir la sobriedad; después podrá él por sí

mismo buscar la forma de emplearse. Un miembro puede discretamente prestar unos pocos pesos, necesarios para una comida o una noche de hotel. Puede también si lo desea, invitar a un compañero arruinado a que viva temporalmente en su casa. Pero el grupo de AA., como tal, no es una entidad bancaria, ni departamento de bienestar, ni oficina de alojamientos, ni centro de información sobre el alcoholismo, etc.

6ta. Tradición: Un grupo de AA. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial. (Cooperación). La empresa extraña puede ser una entidad que combata el alcoholismo, o una empresa que los AA. desean iniciar. Esta última fue la que más se presentó en los albores de la asociación. Las entidades oficiales eran bastante escasas en aquella época, y algunos miembros pensaron que AA. debería cubrir todos los campos relacionados con el alcoholismo. Un grupo construyó un centro integral de tratamiento, que incluía una sección de desintoxicación. ¡Imaginémonos un grupo manejando semejante proyecto! discusiones sobre presupuestos, arquitectura, personal directivo, tarifas, cuerpo médico y reglamentos. (Mientras el recién llegado era recibido con una tajante: "espérenos un minutito, que ya lo atendemos"). Aunque aquel ambicioso centro fracasó, algunos miembros a título individual han fundado

exitosamente clubes, fincas de reposo, casa de desintoxicación, etc. Las empresas son manejadas por miembros de AA. y patrocinadas por otros miembros. Pero el dinero y la propiedad están involucrados. Por ello, se ha visto el beneficio de mantener la operación de tales actividades, en forma totalmente separada de los grupos de AA. cuidando también de que los nombres no contengan expresiones tales como paso doce, o las siglas AA. Hacia las empresas extrañas que tienen relación con el alcoholismo, la política de AA. es la de cooperación pero no afiliación. Un grupo coopera, por ejemplo, recibiendo a los pacientes enviados por las clínicas o patrocinando grupos en las instituciones. Pero en una región, se solicitó ayuda monetaria para un centro de rehabilitación dentro de una reunión de AA. implicando con esto una clara afiliación. En otra parte, se registró a AA. dentro de los benefactores de un fondo de beneficencia.

7ma. Tradición: Todo grupo de AA. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera. (Responsabilidad). Se tiene que ser práctico, un grupo no podría funcionar en una banca de un parque y un sombrero vacío no puede llenar una cafetera, tan pronto como se incorpora al grupo gente nueva, aprende que hay gastos necesarios para que el grupo pueda actuar en forma efectiva. Luego se amplían sus horizontes, y se dan cuenta que existe el intergrupo o la oficina local a donde llaman pidiendo ayuda. Las compañías telefónicas no prestan el servicio

gratuitamente. Mas adelante se enteran de la existencia de la Oficina de Servicios Generales, y de la labor que adelanta con todos los grupos. La actividad de AA. es autofinanciada en todas partes, a todos los niveles, y en cada uno de ellos la responsabilidad depende de cada miembro que se considere AA.

Quizás, especialmente cuando están muy nuevos, las contribuciones son en monedas más que en billetes. Los primeros miembros pasaron por lo mismo, y les pareció que AA. necesitaría una ayuda externa considerablemente más cuantiosa que las modestas contribuciones internas que por entonces se recogían. Sus planes originales requerían ayudar en gran escala. (Por aquel entonces no se había dado forma a la sexta tradición, Bill recuerda el proyecto de una gran cadena de hospitales). Pero John D. Rockefeller, uno de los primeros amigos de AA., dijo: "mucho me temo que el dinero puede deteriorar esto". Unos pocos miembros habían llegado a la misma conclusión. Gradualmente, esta minoría fué convirtiéndose en mayoría a medida que la experiencia demostró que los miembros de AA. podían proporcionar por sí mismos los fondos necesarios para cumplir los propósitos de AA.

8va. Tradición: A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestro centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales. (No profesionalismo). Siendo espiritual AA. también tiene los pies sobre la tierra. La octava tradición como la séptima, se enfoca hacia una palabra común y corriente que no es mencionada en ninguna de ellas: dinero. Muchos de

los AA. han tenido que explicarle a personas suspicaces: "No, soy un trabajador social. A mí no me pagan por venir a conversar con usted. Lo hago solamente porque es la mejor manera de que yo mismo pueda permanecer sobrio".

Esto no significa, claro está, que la idea de hacerse profesional no haya entrado en la mente de algunos miembros. En años pasados; Bill llegó a considerar el actuar como terapeuta y así ganar dinero aprovechando su experiencia en ayudar a los alcohólicos. Pero un fuerte codazo de la conciencia del grupo lo hizo darse cuenta de que él nunca podría colgar un aviso en su puerta: "Bill W. Terapeuta AA., \$ 100.00 la hora". Fué muy claro para los primeros miembros que ningún miembro de AA. debería pedir o aceptar por "transmitir este mensaje a otras gentes, de persona a persona y cara a cara".

Pero, a medida que el número de afiliados creció y la semilla de esperanza se fué extendiendo y miles de alcohólicos llegaron en busca de ayuda, se fueron presentando nuevos problemas. Las primeras oficinas intergrupales eran manejadas usualmente por voluntarios de AA. Ahora la mayoría de tales oficinas se mantienen tan ocupadas que se necesitan también empleados de tiempo completo. Naturalmente los AA. pueden desempeñar tales cargos más eficazmente que quienes no son miembros. Pero los alcohólicos no reciben sueldo por el trabajo del paso doce. Dentro de la oficina, ellos están únicamente colaborando para que el trabajo sea más fácil.

Ayudando a llevar al enfermo a un hospital, diciéndole a un tembloroso recién llegado dónde y a que hora es la próxima reunión, están ayudando a hacer posible que ese alcohólico escuche el mensaje "de persona a persona y cara a cara". Los empleados, tanto los alcohólicos como los no alcohólicos, reciben un sueldo a escala comparable a los de empresas de comercio general, de tal manera que el trabajo de la oficina pueda funcionar en forma segura. Y los miembros de AA. empleados, están en la misma posición que tienen los empleados de una oficina de intergrupos.

9na. Tradición: A.A. como tal, nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comites de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven. (Estructura). Las palabras de "mantengámoslo simple", fueron las últimas del Dr. Bob en 1950. Convencido de que "ello" significaba el programa de recuperación Bill escribió posteriormente: "necesitamos distinguir claramente entre la simplicidad espiritual y la simplicidad funcional. Cuando se enfrentan problemas de acción por grupos, por regiones o por AA. como un todo, se encuentra que se debe tener alguna organización para llevar el mensaje, o de lo contrario se presenta el caos. Y el caos no es simplicidad".

Cuando la novena tradición habla de AA. como un todo, va al corazón de la experiencia de AA., a la simplicidad espiritual de un alcohólico diciendo, tal vez en silencio "socorro" y otro alcohólico respondiendo "sé como te sientes.

Estoy aquí para ayudarte". Tal relación no puede organizarse ¿O sí?

Cualquier persona familiarizada con los procedimientos modernos de operación comercial, podría examinar la práctica de patrocinio en AA sentado en el escritorio de una oficina de intergrupo, diría algo así: "¿de manera que usted quiere que le ayudemos? primero debemos encontrarle su padrino más adecuado, tenemos perfiles de personalidad de todos nuestro posibles padrinos en la máquina computadora. Dénos sus características para que la máquina lo compare y pueda encontrarle su padrino. LLéne este formulario y ... ¿Diga para dónde va?... ¡No se vaya!". Así funcionaría cualquier tentativa de organización de AA. Pero en la acción por grupos se necesita tener alguna organización mínima. Si todo el mundo piensa que otro debe preparar el café, ¿qué resulta? pues no hay café. Para evitar tal desastre uno o varios miembros acceden a responsabilizarse de prepararlos. Desde quienes preparan el café en los grupos hasta los custodios del Consejo de Servicios Generales, todos los que toman parte en trabajos de servicio asumen responsabilidad sin tomar autoridad. (En esto se complementan las tradiciones segunda y novena) los funcionarios del grupo responden ante los miembros del mismo; los comités intergrupales ante los grupos de su localidad; los comités institucionales, ante los grupos de AA. de cárceles, hospitales, etc. Los comités regionales ante todos los grupos de la región respectiva; los comités y delegados de la

Asamblea, ante los grupos de toda la Nación; el Consejo y la Oficina de Servicios Generales, así como sus Comités, ante todos los grupos y miembros de todo el mundo.

En una empresa comercial, el consejo tiene el poder definitivo para determinar los planes y la política general de la compañía. El consejo de custodios de AA. sirve, como su nombre lo indica, únicamente para custodiar; sus miembros votan en la Asamblea, pero como individuos, un voto por cápita. En la industria las sucursales obedecen las disposiciones emanadas de la oficina principal. La O.S.G. sólo es una revisora de la información recibida de AA. que ofrece sugerencias basadas en las experiencias aportadas por los grupos. Sin embargo, con un grado de organización tan pequeño, AA. trabaja. Una razón puede ser que la quinta tradición se aplica a cada comité, Central Mexicana, tan directamente como a cada grupo de AA. Ateniéndose en todas sus actividades al principal objetivo la asociación mantiene su "simplicidad espiritual". Confundir ese propósito, mezclar a los AA. en cuestiones diferentes de su verdadero objetivo, podría crear peligrosas complicaciones.

10ma. Tradición: A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas. (No polémicas). Desde su fundación, AA. nunca se ha visto dividido por ninguna polémica de alguna importancia. Ni tampoco a terciado la sociedad alguna vez en controversias mundanas. Los miembros de AA. no

intervienen en asuntos ajenos a sus actividades, viven y dejan vivir al mundo que los rodea.

liva. Tradición: Nuestra política de relaciones públicas se basa mas bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine. (Anonimato). La información al público acerca de AA. se ofrece a través de todos los medios de comunicación hablados y escritos. Por radio es muy fácil guardar el anonimato personal. Pero la televisión, que no tenía mayor importancia cuando se escribieron las tradiciones, presenta problemas específicos. De acuerdo con la opinión de la conferencia, un miembro rompe su anonimato cuando se identifica mostrando su cara en la televisión como un miembro de AA. aunque no se mencione su nombre propio.

La ruptura del anonimato personal en los medios de información pública no sólo pueden desalentar a los futuros AA. de excepcional timidez, sino que pueden atentar contra la sobriedad del mismo miembro que rompe su anonimato, al violar el espíritu del programa y las tradiciones de AA. El alcohólico que se ha recuperado gracias al programa es por sí mismo la mejor forma de atracción que tiene AA. Cuando se informa a amigos, vecinos, patronos, médicos, sacerdotes y compañeros del trabajo que se esta asistiendo a AA., no se rompe el anonimato en el sentido que le dá esta tradición. Darle al público en general una imagen apropiada de AA., es la meta principal de los comités de información pública. Además,

ellos llevan el mensaje a ciertos gremios (policía, directores de personal en las empresas) cuyo trabajo incluye frecuentemente el contacto con alcohólicos activos.

12va. Tradición: El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades. (Humildad). El anonimato como se observa en AA., es en su raíz una simple expresión de humildad. La primera tradición recuerda a cada uno de los miembros que no se están recuperando por sus propios méritos, que deben controlar sus deseos personales para salvaguardar la unidad del grupo y de la asociación. No deben (segunda tradición) envanecerse por tener algún oficio dentro de AA. no importa que tan importante sea. Todos los miembros no son más que alcohólicos reunidos, y en los grupos no están capacitados, (tercera tradición) para imponer condiciones a los otros alcohólicos que buscan la misma ayuda que ellos obtuvieron. En verdad, un grupo también necesita humildad. Puede hacer público su nombre, pero según el espíritu del anonimato, debiera verificar que es parte de un gran total (cuarta tradición) y tener cuidado de considerar en cada empresa que acometa que los otros grupos que forman AA. no deben ser perjudicados. En las actividades personales y de grupo debieran recordar lo que significa el nombre de la asociación: no representa ninguna religión establecida, ni es una nueva religión. No son evangelistas o curas, que van a salvar la humanidad, son simplemente alcohólicos anónimos

tratando de ayudar a otros alcohólicos (quinta tradición).

En la creciente batalla contra el alcoholismo, los miembros no deben permitir que el orgullo de AA. los conduzca a unir la comunidad con otras instituciones para compartir con ellas el poder, las riquezas y el prestigio. Si se tiene en mente las tradiciones sexta y séptima se dirigirán en cambio los esfuerzos hacia la obtención del único propósito de AA. Cuando se atienden visitas del paso doce, no se debieran los miembros vanagloriarse de su nobleza por hacer un trabajo tan meritorio sin recompensa económica. El significado del trabajo del paso doce no puede medirse en dinero (octava tradición), ya que se recibe un pago anticipado en moneda de mucho más valor como es la propia vida. En la misma tradición se sugiere que los centros de servicio mantengan la humildad de AA. pagando a sus empleados sueldos decentes y no considerar que AA. es una entidad tan virtuosa que el trabajar ahí es sólo un honor. Cuando han sido asignadas responsabilidades especiales dentro de AA., la Novena tradición las define como oportunidades para servir, no como títulos de ostentación. La humildad de la comunidad se resguarda con la Décima tradición, rehusándose cada miembro a presentarse como autoridades generales, imponiendo su paso colectivo en los campos públicos. Los miembros no desean vender el programa con un "curalotodo" en los términos extravagantes de una campaña propagandística (Undécima tradición) ni dramatizarlo identificando los personajes que pueden ser miembros de AA.,

tratando de implicar con ello que la recuperación ha sido para cada uno de los miembros un trabajo personal. Tal como lo recuerda la Duodécima tradición, se tiene algo más fuerte para sustentarse que las propias personalidades. Los principios vienen en primer lugar, y ellos no son de invención propia. Ellos reflejan valores espirituales eternos. Con esta tradición, es forma individual y como asociación, se reconoce humildemente la dependencia de un poder superior a ellos mismos.

Dentro de las tradiciones se puede encontrar propiedades semejantes a las descritas por autores como: Malcon y Knowels (1969) para todos los grupos. En general, dicen que una colección de personas es un grupo cuando poseen las siguientes cualidades: 1) Una asociación definible, una colección de dos o más personas identificables por nombre o tipo. 2) Conciencia de grupo; los miembros se consideran como grupo, tienen una "percepción colectiva de unidad", una identificación consciente de unos con otros; 3) un sentido de participación en los mismos propósitos; los miembros tienen el mismo "objeto modelo" o metas e ideales. 4) Dependencia recíproca en la satisfacción de necesidades; los miembros necesitan ayudarse mutuamente para lograr los propósitos para cuyo cumplimiento se reunieron en grupo. 5) Acción recíproca; los miembros se comunican unos a otros. 6) Habilidad para actuar en forma unitaria; el grupo puede comportarse como un organismo unitario.



Las siguientes son las propiedades más comunmente investigadas y descritas y son propiedades que AA. posee:

1.- ANTECEDENTES: Cada grupo tiene antecedentes históricos o carece de los mismos y esto influye en su conducta: AA. cuenta con antecedentes históricos.

2.- ESQUEMA O PATRON DE PARTICIPACION. En un momento dado, todo grupo tiene un esquema de participación particular. Por ejemplo, puede ser todo en una sola dirección, con el jefe dirigiéndose a los miembros; o en dos direcciones, cuando el jefe se dirige a los miembros y éstos le responden; o puede ser multidireccional si todos los miembros se dirigen unos a los otros, y el grupo considerándolo como una unidad. En AA. el esquema de participación es unidireccional según la necesidad de la reunión, pero no existen jefes, sino que se considera al grupo como unidad. Los estudios sobre grupos muestran que, en general, mientras más amplia es la participación entre los miembros, más profundas serán el interés y el grado en que se comprometan.

3.- COMUNICACION. Esta propiedad indica hasta qué punto se entienden entre sí los miembros del grupo; con qué grado de claridad se están comunicando sus ideas, valores y sentimientos. En AA., se habla un lenguaje común el del alcoholismo o sea lo que vivió a través de padecer esta enfermedad. Además una de las tradiciones afirma: "vamos a respetar su forma de pensar, sentir y actuar. En AA; nadie le puede decir a otro habla esto o no lo hables, esto está bien

hecho, ésto no está bien. El nuevo miembro es libre de actuar como él quiera siempre y cuando no altere el bienestar común".

4.- COHESION. La cohesión de un grupo está determinada por la fuerza de los lazos que ligan a las partes individuales en un todo unificado. Esta propiedad indica la moral, el espíritu de equipo, la fuerza de atracción del grupo para sus miembros y el interés de éstos en lo que hace el grupo. Entre los síntomas de baja cohesión están las conversaciones secretas entre pares de miembros, fuera de la corriente principal de discusión del grupo, el surgimiento de fracciones y sub-agrupaciones tales como "los veteranos, los recién llegados", los "conservadores en oposición a los liberales" y así sucesivamente. En AA. la segunda tradición menciona a los "viejos sangrantes", "ancianos estadístas" y a los nuevos miembros. Y que en cada grupo de AA. al principio el fundador o cofundadores se harán cargo de las cosas, cuando lleguen nuevos miembros, querrán hacerse cargo del grupo y los cofundadores se tendrán que hacer a un lado, y así surge la revuelta la conciencia del grupo se hace cargo de los asuntos. Los miembros de tiempo que no acepten de buen agrado se convierten en viejos sangrantes y los que sí lo hagan serán los ancianos estadístas, proceso que se repetrirá cíclicamente.

5.- ATMOSFERA. Aunque la atmósfera es algo intangible, por lo general es relativamente fácil de palpase. En la producción escrita se le dá generalmente el nombre de "clima

social" del grupo con calificativos tales como: "coordial, amistosa, floja, tolerante, libre" en contraste con "fría, hostil, tensa, formal, restringida". La atmósfera afecta el modo como los miembros piensan del grupo y el grado de espontaneidad en su participación. En AA. la atmósfera es por lo regular: cordial, amistosa, tolerante, libre, informal y formal, según el tipo de reunión que se lleva a cabo en el momento.

6.- NORMAS. Todo grupo tiende a desarrollar un código ético o conjunto de normas sobre lo que debe considerarse como conducta apropiada y aceptable. Los temas que pueden discutirse, los que son tabú, hasta qué punto pueden los miembros expresar abiertamente sus sentimientos, la propiedad de ofrecer voluntariamente sus servicios, la duración y frecuencia de las declaraciones que se estiman permisibles, si se permite ó no interrumpir etc. En AA. no existen reglas o normas a seguir, se puede decir que los pasos y las tradiciones que componen el programa espiritual y moral son las "normas" a seguir, pero tomando en cuenta que el programa es sugerido, a nadie se puede obligar a que se ajuste a éstos principios espirituales.

7.- PATRON SOCIOMETRICO. En todo grupo (incluyendo AA.) los participantes tienden muy pronto a comenzar a identificarse con ciertos individuos que estiman más que a otros miembros y a otros a quien estiman menos. Estas sutiles relaciones de amistad y antipatía, patrones sociométricos,

tienen una importante influencia sobre las actividades del grupo. AA. no queda exento de este tipo de patrones de amistad y antipatía, pero cada miembro pronto se da cuenta, de que en la medida de que acepta a cada uno de los miembros aprende a aceptarse a sí mismo y ésto lo hará vivir tranquilo.

8.- ESTRUCTURA Y ORGANIZACION. Los grupos tienen una estructura orgánica visible así como una invisible. La estructura visible, que puede ser sumamente formal (funcionarios, comités, puestos de confianza), o completamente informal, hace posible que se llegue a una división del trabajo entre los miembros y la ejecución de las funciones esenciales. La estructura invisible consiste en los arreglos detrás de bastidores de los miembros, de acuerdo con su prestigio relativo, su influencia, poder, antigüedad, habilidad, poder de persuasión y similares. AA. tiene una estructura "formal", pero cada miembro o comité que la compone no es jefe ni gato, simplemente son responsables ante aquellos que los eligieron, o sea la conciencia de grupo.

9.- PROCEDIMIENTOS. Todos los grupos necesitan utilizar algunos procedimientos, modos de trabajar, para lograr que se hagan las cosas. La selección de procedimientos tiene un efecto directo sobre otros aspectos de la vida de grupo, como la atmósfera, el esquema de participación y la cohesión. La selección de procedimientos apropiados a la situación y al trabajo por hacerse requiere cierto grado de flexibilidad e intentiva por parte del grupo.

10.- METAS. Todos los grupos tienen metas, algunas de largo alcance, otras de menor alcance y otras aún más inmediatas. En AA la meta más importante es la de dejar de beber, posteriormente cambiar de juicios y actitudes y ayudar a otros a alcanzar el estado de sobriedad o abstinencia.

Para concluir, en AA. se ofrece un conjunto de ideas coherentes pero flexibles (una ideología) que puede mitigar la sensación de desesperanza del individuo y explicar la naturaleza de su problema. Esa persona padece "la enfermedad del alcoholismo" que se representa metafóricamente como una "alergia al alcohol". Su constitución es tal, que su reacción a dicha droga es diferente de la de otras personas. Nunca podrá "curarse", pero la enfermedad se "detendrá" si no vuelve a beber. Su único objetivo debe ser una abstinencia de toda la vida. No puede arriesgarse a tomar la primera copa.

AA. ofrece un programa de acción "los doce pasos y las doce tradiciones" con un esbozo de las acciones que se han de emprender. La persona debe unirse a AA. y permanecer cerca de ella. Se le sugiere que "tome las cosas con calma" y que se fije metas a corto plazo. En las historias y pláticas que escuche en las reuniones de AA. y en las sugerencias de su padrino (guía), encontrará mucha ayuda para enfrentar y solucionar sus problemas. Lo que tiene más prioridad es el tratamiento de su alcoholismo, pero el programa también le exigirá que examine sus problemas psicológicos: sus sentimientos de culpabilidad, sus "resentimientos" su

tendencia a culpar a los demás, sus "malos pensamientos". AA. es "un programa egoísta" y cada persona se esfuerza por lograr la sobriedad por su propio bien y no para agradar a otra persona y no deja las cosas a la suerte. Si recae, no se le rechaza, sino que puede regresar todas las veces que desee para hacer un nuevo intento. Finalmente, el programa incluirá "promover los doce pasos," pues para entonces un miembro debió haber aprendido que ayudando a otras personas se ayudará a sí mismo y confirmará su fuerza; sin embargo, su misión no es hacer proselitismo, "recoger personas de la calle" ni arriesgar su sobriedad.

AA. propaga la idea de que la sobriedad es provechosa y ayuda al individuo a descubrir sus beneficios. AA. le proporciona nuevos amigos, lo introduce en un nuevo ambiente social, alivia su soledad, le ayuda a organizar y aprovechar su tiempo, elimina un estigma y le da una sensación de valor personal. Si permanece sobrio durante un día, lo considera un triunfo. Finalmente, a través de AA. puede lograr la sobriedad y ésta será su estilo de vida.

La ideología de AA.; es persuasiva y es posible el intento de lograr recuperarse. Este último encabezado hace referencia a los anteriores. AA. no trabaja con un conjunto abstracto de ideas, sino con las ideas que a las personas les parecen convincentes. La definición teórica más adecuada del trastorno y los medios para lograr la recuperación serían inútiles si AA. no pudiera persuadir al nuevo miembro de que

AA. está cerca de él, que puede ayudarlo a solucionar sus problemas y que puede mostrarle el camino por seguir. AA puede transmitir ésta convicción porque sus miembros saben bien de lo que hablan, también han pasado por todo eso y todos conocen las estrategias del engaño y la incredulidad, en tanto que al mismo tiempo dan testimonio tangible de la posibilidad de éxito.

Al igual que otras formas de tratamiento, AA. no es una panacea. Sus miembros son casi exclusivamente personas que han padecido una dependencia al alcohol grave o moderada y, por tanto, se forma una cohesión de grupo en la que todos adoptan la meta de lograr la abstinencia. Para aquellas personas que no sean dependientes y que no deseen dejar de beber, hay pocas probabilidades de que AA. le parezca agradable. También es probable que se sienta incómodo el alcohólico que asista a una reunión en la que todos los asistentes son de otra clase social. Aunque este problema puede solucionarlo el individuo asistiendo a varias reuniones hasta que encuentre un grupo de personas con las que pueda identificarse.

La misma agrupación de AA. se define a sí misma como sigue:

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.

C O N C L U S I O N

Como hemos podido percatarnos en el desarrollo de este trabajo, hasta el momento no existe un acuerdo unánime sobre lo que el alcoholismo es. Los diferentes autores que han incursionado en este campo lo definen tomando en cuenta su formación profesional. Los sociólogos, por ejemplo insisten en que el alcoholismo es un medio e instrumento de la dimensión económica-política y socioideológica de las clases en el poder; para poder controlar a las clases oprimidas. Otros mencionan que se debe a factores inherentes o predisposición de los afectados, ellos afirman que existe un tipo de individuos que presentan mayores posibilidades de convertirse en alcohólicos. Estos responden a las bebidas alcohólicas de cierta manera, quizá determinada fisiológicamente, que les permite experimentar intenso alivio y relajación. Además; poseen ciertas características de personalidad que les impiden enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración y, por otra parte, pertenecen a un medio en que culturalmente se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta de beber. Estos puntos resumen el modelo de algunas perspectivas teóricas que han intentado definir el alcoholismo, cada una de ellas aporta elementos en particular para poder enfrentarnos a una problemática general.

Desde un planteamiento muy particular se puede mencionar que existen diversas circunstancias significativas en torno a la bebida y al modo de beber inmoderado. Por un lado, éste está determinado culturalmente. Por otro, hay que considerar los diversos tipos de personalidad de quienes se convierten en alcohólicos. Existen además, muchas otras razones para empezar a beber y continuar bebiendo hasta alcanzar un nivel peligroso. Por ello, no se puede hablar de teorías sobre las causas del alcoholismo, sino únicamente de los diferentes factores que contribuyen a formar una complicada copatogénia, conocida como síndrome de dependencia al alcohol. Lo que podemos concluir sobre los factores etiológicos del alcoholismo es: en primer lugar que el alcoholismo tiene causas múltiples y los estudios sobre su etiología deben ser realizados multifactorialmente. La personalidad, así como la herencia y los factores ambientales, deben ser incluidos en el diseño de la investigación, que debe expresarse cuantitativamente de manera realista. En segundo lugar, los factores específicos de cada paciente deben ser estudiados por separado, debido a que ahora sabemos lo que se suponía acerca de la existencia de diferentes factores de riesgo que producen diferentes formas de enfermedad. El alcoholismo no es una condición unitaria o única. Los pacientes que tienen un inicio temprano deberán ser estudiados aparte de aquéllos cuyo inicio es tardío. A su vez, deben ser separados de los que tienen personalidad antisocial, y al mismo tiempo separa a los

hombres de las mujeres. Y sobre todo, separar a aquéllos con una historia familiar de alcoholismo de aquellos que no la tienen. En tercer lugar, existen factores económicos y controles de carácter formal e informal que deben ser considerados al respecto. Entre estos últimos se encuentran el control económico del precio del alcohol. Existe hoy en día una amplia tendencia, a través de diferentes investigaciones al respecto, de que esto influye profundamente los hábitos de consumo de cada nación. También existen controles formales como las licencias para la venta del producto. Conforme se extiende la disponibilidad de alcohol en restaurantes, cafés y tiendas, se incrementa su consumo social. Por su parte los controles informales son las reglas y costumbres morales que en cada sociedad determinan que el individuo pueda beber, en qué circunstancias, a qué hora, día y en qué cantidad. Algunas comunidades protegen más del alcoholismo a sus miembros, disminuyendo la posibilidad de ingestión de alcohol: por ejemplo existen poblaciones donde los problemas ligados al consumo excesivo de alcohol son relativamente bajos comparados con otras comunidades, en función de sus creencias religiosas y morales. Las actitudes de una cultura hacia el consumo de las bebidas pueden clasificarse en: abstinencia, uso ritual en ceremonias religiosas, uso social en situaciones de convivencia y uso utilitario, en el que la razón para beber es de carácter individual. La actitud utilitaria es la que se considera más importante en el plano de la patogénia del

alcoholismo. En general, puede decirse que los factores sociales tienen importancia en la génesis y desarrollo del alcoholismo; su influencia es ampliamente aceptada y ningún esfuerzo preventivo o terapéutico podría dejarlo de lado en un programa integral. El alcoholismo se origina a partir no de una causa simple, sino de una interacción compleja de factores de carácter orgánico, psicológico y social.

En cuanto a las consecuencias del beber immoderado se puede reportar que: una proporción importante en la población masculina experimenta de cuatro a más problemas con sus prácticas de consumo. Los problemas más frecuentemente reportados son los de salud en general; las señales de abuso, que implican que el beber ha interferido en sus actividades o han dejado de comer por estar bebiendo, los síntomas de abstinencia, los problemas financieros. Otros problemas comunes son: los conflictos en el trabajo, la dificultad de control y la violencia. Estos dos últimos problemas son más frecuentes en la población de 18 a 29 años, mientras que el resto de ellos muestra una elevación entre los 40 y 49 años. Los problemas estudiados se asocian más con la cantidad de alcohol ingerido, que con la frecuencia de consumo y los mayores índices se observan en los altos niveles de consumo.

Por lo que toca al consumo de alcohol y la familia, se ha señalado que después de 20 años los sujetos ex-alcohólicos y los alcohólicos siguen casados, aún cuando en la literatura internacional se refiere que estas parejas terminan por

separarse. Se encuentran más casos de depresión femenina en las esposas de alcohólicos que entre los ex-alcohólicos y los abstemios. En los grupos de exalcohólicos es frecuente encontrar una elevada preocupación por la forma de beber del padre y los hermanos, tanto como entre las esposas y esposos. Esto se relaciona con lo reportado en literatura internacional respecto a que es muy común encontrar parejas casadas en la que uno de los cónyuges es alcohólico y tiene antecedentes familiares de alcoholismo.

Son bastantes y de gran alcance las consecuencias que se derivan de beber alcohol, a nivel orgánico, mental y social. Es por todas las consecuencias que afectan no sólo a los alcohólicos sino, a la sociedad en general. Se deben unir esfuerzos para remediar tal situación.

Por otra parte la medicina se ha ocupado de las enfermedades de manera comprensiva, en lo que toca al tratamiento: previene (tratamiento preventivo se dice, aunque si bien es cierto que con la prevención no se cura al enfermo, si se trata la enfermedad); cura, lo que quiere decir que mediante el uso de sustancias curativas y de métodos de terapia de todo, tipo a los que no siempre se puede calificar de "médicos", se logra la desaparición de la sintomatología; y la rehabilitación en el sentido de que contrarresta las secuelas de un padecimiento para devolver al individuo, si es posible, su estado de salud previo al periodo de enfermedad. Todo esto se logra en un gran número de enfermedades, en

particular en aquéllas de las que se saben sus causas y se conocen sus manifestaciones, (por lo que pueden ser diagnosticados con seguridad). No es éste el caso del alcoholismo, desgraciadamente. ¡Qué diéramos por tener una "vacuna antialcohólica" un medicamento que diluyera la necesidad de beber y un método para devolver a los órganos afectados su pleno funcionamiento!. Y sin embargo, es mucho lo que se puede hacer en favor del individuo alcohólico y en contra del alcoholismo como una forma de enfermedad de la sociedad:

En virtud de que el tratamiento del alcoholismo requiere simultáneamente de la resolución de diferentes elementos de conflicto que giran en torno a la concepción de éste como problema multifactorial, conviene revisar la experiencia que se ha producido en el campo técnico a través de los tratamientos tradicionales.

Por un lado, se sabe que las psicoterapias de orientación analítica, poco directivas o bien con la participación del terapeuta, por sí solas son altamente ineficaces para el paciente alcohólico. De igual forma se sabe que el empleo de una sola medida terapéutica, como sería el tratamiento psicofarmacológico, es insuficiente debido a la extensión de los problemas. La terapia conductual hace referencia a un modelo basado en la suposición de que, lo que, se ha de tratar es la conducta misma, en comparación con el enfoque psicoanalítico en el cual la conducta es un síntoma o

símbolo de un conflicto psicodinámico subyacente o de una neurosis. En este método también está implícita la creencia de que todas las conductas, por diversas que sean, están sujetas a los mismos principios de aprendizaje y "desaprendizaje". La terapia conductual presta atención a los indicios ambientales, así como a los indicios que surgen del individuo. El terapeuta de la conducta experto, sabe que al formular el plan de tratamiento de una persona, inevitablemente tiene que tomar en cuenta el significado de la conducta alcohólica para dicha persona, así como la conducta misma. El tratamiento conductual en primer lugar, hace énfasis en una evaluación precisa y detallada de los indicios y las circunstancias inmediatas que se relacionan con la bebida, es decir, un análisis conductual. Esta evaluación es la base para un programa de tratamiento individual, y la filosofía conductual en efecto indica que el tratamiento de cada paciente tiene que considerarse como un experimento en sí mismo. Esta tradición experimental hace énfasis, además, en la necesidad de una evaluación precisa del resultado, en la que se lleva un control del tratamiento y la información se retroalimenta para permitir un desarrollo flexible del plan de tratamiento.

En la práctica, es posible que la terapia conductual no cumpla con estas expectativas científicas y también podría argüirse, que dichas expectativas de ninguna manera difieren fundamentalmente, de las posturas de otras escuelas. Esto hace necesario un abordaje amplio con diversos recursos

terapéuticos integrados y simultáneamente aplicados. El programa de tratamiento integral ofrece las siguientes modalidades terapéuticas: Psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, manejo de la situación, tratamiento psicofarmacológico. Alcohólicos Anónimos, apoya el tratamiento, manejo de la situación laboral, tratamiento e información básica sobre el alcoholismo a través de conferencias, películas, folletos, etc. Tales modalidades terapéuticas pueden llevarse a cabo en servicios hospitalarios, clínicas, etc., cuya intervención intensiva requiere de un plazo aproximado de cuatro a seis semanas de internamiento, a fin de lograr un tiempo adecuado de abstinencia, tanto parcial como total. Se requiere de la adhesión a un programa de permanencia en terapia individual y de grupo, permanencia y participación en Alcohólicos Anónimos y un control extrahospitalario de por lo menos 18 meses a partir de la fecha de alta hospitalaria.

La mejoría de los problemas relacionados con el alcohol se logrará a través de un ejercicio laboral estable y sin ausentismo, de asumir la responsabilidad económica, de la mejoría en las relaciones tanto familiares como interpersonales, de la ausencia de una conducta delictiva relacionada con accidentes de tránsito y riñas, y de la recuperación de las enfermedades secundarias adquiridas por el alcoholismo. Es igualmente meta del tratamiento, el proporcionar al paciente herramientas para el manejo de sus

problemas, para mejorar su funcionamiento y mantener un determinado nivel de vida. Ahora bien, el establecimiento de los objetivos anteriores no se puede generalizar. Se reconoce una condición particular en cada caso. Estos se podrán alcanzar dependiendo de los recursos de que se disponga, del tiempo de la evaluación del síndrome de la dependencia, así como de la reversibilidad de los problemas.

En lo que respecta a la agrupación de Alcohólicos Anónimos, el objetivo principal de este trabajo, era explicar en la medida de lo posible, cómo trabaja el método de recuperación para el alcoholismo, función que ya se mencionó. No me resta más que explicar el motivo o interés profesional de la realización de esta investigación, el cual en gran medida, es tratar de que la gente que se está formando como profesionista, en cualquier rama de la salud, se entere de que la comunidad de AA. no es una invención de algún ocioso, sino que es la síntesis de principios universales mencionados por grandes médicos, psiquiatras y religiosos. Al examinar la historia de AA., nos hemos percatado que los primeros miembros fueron ayudados o influenciados grandemente por el Dr. Carl Jung, el Dr. William Silk Worth, el Rev. San Shoemaker, el Dr. William James, el Dr. Harry Trebout, el Padre Edward Dowling, la hermana María Ignacia y muchos otros. Ninguna de estas personas eran alcohólicas, tampoco lo son muchos de los familiares y amigos de los miembros, y otros que a menudo rescatan y ayudan a los alcohólicos de muchas maneras.

Obviamente, no es verdad que sólo un alcohólico pueda ayudar a otro. Los historiales individuales muestran claramente que los no alcohólicos, hacen muchas cosas por los alcohólicos que Alcohólicos Anónimos no hace.



AA. por sí mismo no está capacitado para suministrar lo siguiente:

1.- Desintoxicación, hospitalización, medicación, tratamiento y diagnóstico psiquiátrico y de otras ramas de la medicina o cuidado profesional de enfermería y convalecencia. (Algunos profesionales que son miembros de AA., a veces efectúan algunas de las prácticas anteriores como parte de su trabajo profesional, pero éstas no son realizadas en su calidad de miembros de Alcohólicos Anónimos o de las actividades de los grupos).

2.- Alojamiento, alimentos, ropas, dinero y otros servicios de bienestar e investigación, centros diurnos asesorados profesionalmente, casas de medio tratamiento, casas para retiros y de descanso. (En casos de emergencia, algunos miembros de AA., en su carácter privado de ciudadanos, ayudan temporalmente a un alcohólico con comida o casa). Pero se está consciente que esa ayuda está fuera de la incumbencia de AA., y que la efectúan mejor aquellos que cuentan con destreza profesional, experiencia y otros recursos.

Asesoramiento profesional psicológico, legal, matrimonial, vocacional y laboral, así como entrenamiento y oportunidades al respecto.

4.- Organización de la comunidad: sanciones legales y legislación relacionados con los problemas del alcohol. (Algunos miembros de Alcohólicos Anónimos participan en estas actividades como ciudadanos, pero no como sus representantes).

5.-Educación, investigación profesional y entrenamiento científico. (Los miembros de AA. también cooperan con frecuencia en éstas tareas como ciudadanos).

6.- Asesoramiento teológico y pastoral.

7.-Localización y motivación inicial para el que aún niega ser un bebedor problema. (Hoy muchos se están recuperando del alcoholismo porque algún profesional los "empujó" dentro de AA.).

La experiencia personal subjetiva del alcoholismo es por supuesto, algo que sólo un alcohólico puede compartir con otro alcohólico. Se han dado cuenta de que intentando ayudar a otro alcohólico a su manera única y a menudo efectiva, es bueno para ellos, independientemente de que el alcohólico al que se trata de ayudar acepte o no, lo que se le ofrece. Por esta razón, los grupos y oficinas de AA. intentan concentrarse primordialmente en este servicio de persona a persona, sin involucrarse en ninguna empresa extraña, por muy valiosa que ésta sea. Como resultado de esto, AA. ha tenido más de cincuenta años de experiencia de prueba y error, cara a cara literalmente con millones de alcohólicos. Este cúmulo de experiencia de primera mano con toda clase de bebedores, problema en diferentes fases, tanto de la enfermedad como de

la recuperación, no tiene paralelo hasta donde se sepa. A.A. está contenta de compartirla gratuitamente con el profesional ó el alcohólico que la quiera.

La organización estructural de Alcohólicos Anónimos es muy diferente a la de cualquier institución de salud o bienestar que conozcamos. Las prácticas de AA. también varían de un lugar a otro. Todos los servicios de AA., son llevados a cabo voluntariamente por los mismos alcohólicos y sin ninguna paga (a excepción del personal a sueldo de AA.). No hay leyes, ni reglamentos, ni siquiera procedimientos "oficiales" de AA.)

¿Es entonces AA. la única y total solución para el alcoholismo? Quizá usted oiga decir esto, pero la mayoría en AA. no piensa así. A pesar de los millones de alcohólicos que existen en el mundo, AA. declara sólo un poco más de 2'000,000 de miembros. Muchos de ellos han recibido ayuda, que les salvó la vida, de profesionales como ustedes. El cofundador Bill W. escribió: Cuando mucho, al problema total de varios millones de alcohólicos reales y potenciales en el mundo, hemos dado sólo un pellizco. Tal vez nunca seremos capaces de tocar ligeramente más que una razonable fracción del problema alcohólico.

La mejor forma de lograr la comprensión de la estructura y la dinámica de AA. es asistir a juntas de información. Inténtelo, no hay dos iguales. Como dice el Dr. Stanley Gitlow, anterior presidente de la Sociedad Médica Americana del Alcoholismo. "Ningún médico aprendió medicina de sus

libros de texto, sino más bien al lado de la cama del paciente. Para aprender sobre el alcoholismo, uno debe primero ver al alcohólico... e ir donde está. Después, verlo, escucharlo y verdaderamente convivir con él en las juntas de AA. Esto nos llevará al conocimiento y comprensión de la enfermedad".

Hace algunos años el Dr. Milton Maxwell (antiguo director ejecutivo de la Escuela de verano de Estudios del Alcohol en la Universidad de Rutgers y después presidente del Consejo de Servicios Generales) estudió extensamente a AA. y sus relaciones con los profesionales. Motivó que se continuara la comunicación en ambos sentidos a cualquier nivel, local o nacional y una constante solución de dificultades. AA. estaría agradecido de que los profesionales los incluyan en sus listas de correspondencia y se haga lo posible por mejorar esfuerzos para estar en estrecho contacto con ustedes. Estamos todos del mismo lado en el común interés de ayudar a los alcohólicos, aunque los caminos sean diferentes. Por eso, el mutuo interés debe balancear cualquier incomprensión. AA. quiere trabajar en cooperación con los profesionales y todos los demás sectores de la comunidad, haciendo los AA. su parte en el necesario círculo de ayuda, alrededor del alcohólico. Se cumple sólo un papel: suministrar el programa de AA. los AA. agradecerían las sugerencias y ayuda para hacerlo más interesante y en forma mejor.

He aquí una lista de publicaciones de AA. aprobada por la Conferencia que pueden ser de especial interés para los profesionales que tratan con alcohólicos. Para obtener cualquiera de ellos o todos escriba a la dirección abajo indicada:

Alcohólicos Anónimos en su comunidad.

Como cooperan los miembros de A.A.

Alcohólicos Anónimos y la Profesión Médica.

A.A. en Hospitales

Un Ministro Religioso pregunta acerca de A.A.

A.A. en prisiones.

A.A. y el empleado alcohólico.

Una breve guía de Alcohólicos Anónimos.

Comprendiendo el anonimato.

El miembro de A.A. y el abuso de las drogas.

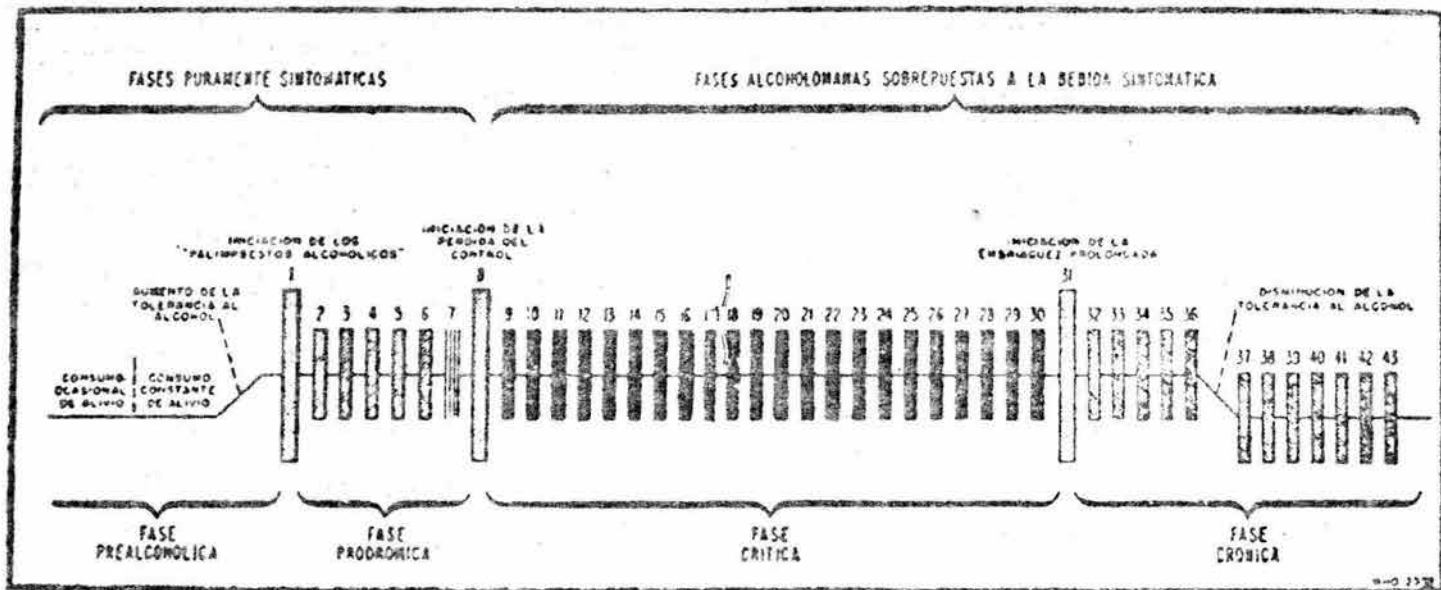
OFICINA DE SERVICIOS GENERALES DE A.A.

5 DE MAYO 39, PISOS 1 Y 2

APARTADO POSTAL 2970

MEXICO, D.F. C.P. 06000

FASES DEL ALCOHOLISMO



LOS DOCE PASOS DE A. A.

1. *Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.*
2. *Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.*
3. *Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.*
4. *Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.*
5. *Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.*
6. *Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.*
7. *Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.*
8. *Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.*
9. *Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.*
10. *Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.*
11. *Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.*
12. *Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.*

LAS DOCE TRADICIONES DE A. A.

1. *Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A. A.*

2. *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.*

3. *El único requisito para ser miembro de A. A. es querer dejar de beber.*

4. *Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerado como un todo.*

5. *Cada grupo tiene un sólo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.*

6. *Un grupo de A. A. nunca debe 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 desvien de nuestro objetivo primordial.*

7. *Todo grupo de A. A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.*

8. *A. A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.*

9. *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.*

10. *A. A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.*

11. *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.*

12. *El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.*

**ORGANIGRAMA
ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS GENERALES DE A.A. EN MEXICO**



G L O S A R I O .

ABSTINENCIA: f. Acción de abstenerse / Privación total o parcial de los goces materiales.

ABERRACION: fig. Desvío de lo tenido por justo y normal. (sinón. v Error).

ADIESTRAMIENTO ASERTIVO: Método terapéutico, por lo regular consistente en el repaso de conducta, en virtud del cual el sujeto aprende a afirmarse a sí mismo de modo adecuado.

ADIESTRAMIENTO POR BIORRETROALIMENTACION: Método que permite que algunas respuestas biológicas, entre ellas el latido cardiaco y la tensión muscular, sean dadas a conocer al sujeto para que aprenda a regularlos.

ADICCION: Es el impulso incontrolable de consumir la droga, porque en el organismo se ha producido un estado de adaptación biológica en donde se presentan los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia.

ALCOHOL: m. (del, ar, al, y cohol, cosa sutil). Líquido obtenido mediante la destilación del vino y otros licores fermentados, llamado también espíritu de vino y alcohol etílico.

ALCOHOLISMO: m. Abuso de bebidas alcohólicas: los estragos del alcoholismo. / Enfermedad causada por el abuso del alcohol.

ALCOHOLICO: CA. adj. Que tiene alcohol; licor alcohólico / M. Persona que bebe alcohol con exceso. (Sinón. V. Borracho).

ALCOHOLIZACION: f. Acción y efecto de alcoholizar / V. r. Envenenarse con alcohol.

ALCOHOLIZADO: DA. adj. y s. Que padece los efectos de la saturación del organismo por el alcohol.

ALUCINOSIS ALCOHOLICA: Persistencia de las alucinaciones después que la persona se ha recuperado de la supresión y ha dejado de ingerir bebidas embriagantes. Las alucinaciones suelen ser auditivas, sin que se aprecien los síntomas físicos ni la desorientación propia del delirium tremens. Es un trastorno poco común.

ALERGIA: f. Modificación producida en un organismo por la introducción de un virus o la absorción de ciertas sustancias.

AMNESIA: f. (del gr. a, priv., y mnésis, recuerdo, memoria). Pérdida o debilidad notable de la memoria.

ANALISIS FUNCIONAL: Expresión utilizada por los psicólogos de la escuela conductista para designar un estudio de la relación que existe entre las respuestas de un organismo y las contingencias de reforzamiento, así como los estímulos discriminativos.

ANALGESICO: CA adj. y s. Que priva del dolor.

ANARQUIA: f. (del gr. a, priv., y arché, autoridad). Ausencia de autoridad. /fig. Desorden, confusión por falta de dirección: reina la anarquía en esta administración.

ANGUSTIA: f. Aflicción, congoja, dolor moral profundo: vivir en la angustia. / (sinón. Ansiedad) ansia, zozobra, agonía.

ANSIEDAD: f. Agitación, inquietud. / Med. Angustia que acompaña algunas enfermedades. (Sinón. V. Angustia) Reacción intensa de miedo normalmente infundada o excesiva.

ANOREXIA: f. Falta de apetito anormal.

ANTABUSE: Medicamento con que se combate el alcoholismo; produce náuseas al combinarse con el alcohol. Nombre genérico, disulfiram.

APOMORFINA: f. Cuerpo blanco amargo que se saca de la morfina: la apomorfinina es purgante.

APRENDIZAJE OBSERVACIONAL: Respuestas aprendidas a partir de la observación de otros organismos que emiten (modelan) la respuesta.

APRENDIZAJE POR EVITACION: Fenómeno en que el organismo aprende a evadir una experiencia dolorosa emitiendo para ello una reacción en las circunstancias apropiadas.

CARACTER: Indole o condición de una persona o cosa: carácter generoso. (Sinón. V. Natural). / Rasgo distintivo: los caracteres dominantes de la raza humana. / Modo de ser de una persona o pueblo. Energía, elevación del ánimo. / Genio de una persona: (Sinón. V. Humor).

CARDIOPATIA: f. Enfermedad del corazón.

CATARSIS: f. Purificación de las pasiones mediante la emoción estética. / Med. Espulsión de lo nocivo. / Indica la manifestación de emociones reprimidas.

CAPITULACION: f. Convenio. / Entrega de una plaza o ejército (Sinón. V. Derrota).

CIRROSIS: P. Enfermedad del hígado caracterizada por granulaciones de color rosado.

COHESION: fig. Unión: la fuerza de unión de los miembros de un equipo o grupo.

COMPLEJO: fil. Asociación de sentimientos inconscientes: complejo de inferioridad.

COMPULSION: f. For. Apremio. / Acción que alguien ejecuta por un impulso irracional.

CONCIENCIA: f. (lat. consienta). Conocimiento, nación: tener conciencia de sus derechos. / sentimiento interior por el cual aprecia el hombre sus acciones: nuestra conciencia es nuestro juez.

CONDICIONAMIENTO: Proceso de aprendizaje. (Véase condicionamiento clásico y condicionamiento operante).

CONDICIONAMIENTO AVERSIVO: Técnica mediante la cual se aparea un estímulo doloroso o perturbador con un pensamiento o conducta a fin de impedir que se presenten en el futuro.

CONDICIONAMIENTO CLASICO: Llamado a veces condicionamiento pavloviano; se produce cuando un estímulo condicionado es apareado varias veces con un estímulo incondicionado y así llega el momento en que el estímulo condicionado propicia la respuesta condicionada.

CONDICIONAMIENTO O APRENDIZAJE OPERANTE Y / O INSTRUMENTAL:

Proceso adquisitivo en que el organismo aprende a emitir una

respuesta en determinadas situaciones debido a que ésta produce reforzamiento.

CONDUCTISMO: Enfoque en que se estudia la conducta; pone de relieve el nexo existente entre la conducta observable y los estímulos ambientales definibles.

CRONICO: CA adj. (del gr, Khronos, tiempo). Aplícase a las enfermedades muy largas o habituales. / Que dura mucho tiempo.

DELIRIUM TREMENS: m. (del lat. delirium, delirio y tremens, temblór). Delirio con agitación y temblor de miembros, frecuente en los alcohólicos.

DEMOCRACIA: f. (del gr. démos, pueblo, y Kratos, autoridad) Gobierno en el que el pueblo ejerce la soberanía.

DEPENDENCIA: f. Sujeción. Subordinación: vivir bajo la dependencia de uno.

DEPENDENCIA FISICA: Es el impulso incontrolable de consumir la droga, porque en el organismo se ha producido un estado de adaptación biológica en donde se presentan los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia (Sinón. V. Adicción).

DEPENDENCIA PSICOLOGICA O HABITUACION: Es un impulso incontrolable de consumir alcohol para obtener un estado de bienestar psicológico, en el que se experimenta placer al proporcionar alivio a la tensión y a la incomodidad emocional.

DEPRESION: Trastorno psíquico que incluye abatimiento, tristeza, apatía y actitudes de autoacusación.

DEPRESOR: RA. adj. y s. Que deprime.

DERMATITIS: f. Med. inflamación de la piel.

DIPSOMANIA: f. Manía de beber a cada momento, sed violenta: la dipsomanía es síntoma de diabetes.

DIVINO: NA adj. Perteneciente a Dios.

DROGA: Es toda sustancia química que introducida al organismo produce modificaciones físicas o mentales.

DROGADICCION: La O.M.S. la define como el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga. Tal estado se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible de consumir droga en forma continua o periódica, ya sea para experimentar sus efectos psíquicos o físicos, o para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirla.

ETAPA ANAL: En la teoría Freudiana, estadio en que las satisfacciones de la libido se centran en la expulsión o retención de las heces.

ETAPA FALICA: Aquella en que los instintos libidinales del niño empiezan a centrarse en la zona genital.

ETAPA GENITAL: En la teoría Freudiana, estadio en que los instintos libidinales encuentran desahogo en el coito heretosexual.

ETAPA ORAL: Estadio temprano en el que las satisfacciones libidinales se centran en actividades bucales como comer, succionar y masticar.

GENERALIZACION DE ESTIMULOS: Tendencia a responder a estímulos similares a los que inicialmente suscitaron la

reacción.

GASTRITIS: f. Med. Inflamación de la membrana interior del estómago: la gastritis de los alcohólicos.

GRUPO CONTROL: En comparación con los grupos experimentales de la investigación experimental. Se trata exactamente igual que el grupo experimental salvo en la manipulación que se estudia.

GRUPO EXPERIMENTAL: Aquel en el que la manipulación que se estudia en un diseño de investigación experimental.

HEPÁTICO: adj. y s. (del gr. hepar, hígado). Anat. Relativo al hígado / Cólico hepático, crisis dolorosa de los canales biliares (y no del hígado).

HERENCIA: Tendencia de la naturaleza a reproducir en los seres los caracteres de sus antepasados: la herencia patológica del alcohólico.

HETEROGENEO: A. adj. De naturaleza diferente.

HIPERSENSITIVO: Superioridad relativa a los sentidos: facultad sensitiva. / Capaz de sentir: seres sensitivos / Que excita la sensibilidad.

HIPERACTIVIDAD: Designación bastante vaga que se aplica a los niños cuya conducta suele ser extraordinariamente activa, inquieta, susceptible de distracciones y sin el límite de la amplitud normal de atención.

HOMOSEXUALIDAD: Calidad de homosexual. Que tiene una afinidad sexual por las personas de su sexo.

HORMONAL: f. Producto de secreción interna de ciertos

órganos que excitan, inhiben o regulan la actividad de otros organos.

IMPULSIVIDAD: f. Carácter de impulso: dicese del que se deja arrebatado por la violencia de sus pasiones: los impulsos suelen ser irresponsables.

INCONSCIENTE: adj. y s. Que no tiene conciencia de sus actos: muchos fenómenos importantes suelen ser inconscientes. / fig. Irreflexivo. / M. Conjunto de los procesos dinámicos que actúan sobre la conducta pero escapan a la conciencia.

INTOXICACION: f. Envenenamiento.

INTROSPECCION: f. Examen del alma por sí misma: la introspección es muy discutible dado su carácter subjetivo. (Sinón. V. reflexión).

LIBIDO: f. (del lat. libido, lascivia) Impulso inconsciente más intenso, fuerza que rige la vida de los seres animados. / Instinto sexual en el vocabulario de los psicoanalistas.

MADUREZ: fig. Juicio cordura: obrar con madurez. / Período de la vida comprendido entre la juventud y la vejez / Estado del desarrollo completo de un fenómeno.

MECANISMO DE DEFENSA: Expresión genérica tomada de la teoría psicoanalítica; designa las estrategias (entre ellas, la represión) con que se evaden las experiencias ansiógenas.

MEDITACION: f. (Meditatio) Acción de meditar, reflexión / Aplicación del espíritu en un asunto: estar sumido en la meditación. Oración mental, reflexión sobre un punto de religión.

MENTAL: adj. Que se hace por medio de la mente, cálculo mental / Restricción mental, reserva tácita / Enajenamiento mental, locura, demencia / Higiene mental, conjunto de medidas adecuadas para mantener intactas las funciones psíquicas.

MENTE: f. Inteligencia, pensamiento, memoria.

METABOLISMO: m. Cambios fisiológicos entre el organismo vivo y el medio exterior.

MIEDO: m. Sentimiento de inquietud causado por un peligro real o imaginario.

MODELO: m. Objeto que se reproduce imitándolo.

MODIFICACION DE LA CONDUCTA: Métodos basados en los principios de aprendizaje y utilizados por los psiquiatras y psicólogos clínicos de tendencia conductista para cambiar el comportamiento, suele aplicarse en el tratamiento de la conducta anormal.

MORAL: Ciencia que enseña reglas que deben seguirse para hacer el bien y evitar el mal.

MORTALIDAD: f. Cantidad proporcional de defunciones correspondientes a población o tiempo determinados. /Contra natalidad.

MORBOSO: SA adj. Enfermo, enfermizo: estado morboso / Que causa enfermedad, mórbido.

NEGACION: Mecanismo de defensa consistente en que el sujeto rechaza algún aspecto de la realidad interna o externa.

NEUROSIS: Trastorno no psicótico que consiste en varios síntomas como ansiedad, depresión, histeria, obsesiones y

compulsiones.

NORADRENALINA: (norepinefrina). Hormona o amina biogénica que desempeña un papel químico en la transmisión de los impulsos nerviosos en varias partes del cuerpo, como el cerebro.

NUTRICION: Conjunto de los fenómenos que tienen por objeto la conservación del ser viviente.

OBSESION: Ideas e impulsos (por lo regular inaceptables) que llegan a la conciencia, al sujeto le parecen intromisiones ajenas e incontrolables.

PANCREATITIS: Inflamación del páncreas.

PARANOIA: Tipo de psicosis que se caracteriza de preferencia por una idea delirante bien organizada.

PATOGENIA: Parte de la patología que estudia el modo de engendrarse un estado morboso.

PATOLOGIA: Parte de la medicina que trata el estudio de las enfermedades.

PERCEPCION: Sensación interior, impresión material hecha en nuestros sentidos por alguna cosa exterior.

PERIODICO: Que se reproduce al cabo de períodos determinados.

PERIODO DE LATENCIA: En la teoría Freudiana, etapa que sucede a la fase fálica y represión de los conflictos edípicos.

PLACEBO: Generalmente una pildora o líquido inertes, se dice al sujeto que le producirán efectos importantes.

POLINEURITIS: Inflamación simultánea de varios nervios.

PREDISPOSICION: Inclínación a una cosa.

PROYECCION: Mecanismo de defensa mediante el cual se niegan ciertos impulsos y se atribuyen a otro.

PROVIDENCIA: Suprema sabiduría de Dios, que dirige todas las cosas.

PSICOANALISIS: Forma de tratamiento de la conducta anormal; creado por Sigmund Freud.

PSICOPATA: Enfermo mental.

PSICOSIS: Nombre general de todas las enfermedades mentales. Obsesión constante y pertinaz.

PSICOSIS DE KORSAKOFF: Producida por deficiencia de vitamina B, por lo regular presente en los alcohólicos, los síntomas principales son pérdida de la memoria y confabulación (o sea llenar lagunas mentales con mentiras).

PSICOSOMATICO: Que se refiere al mismo tiempo al cuerpo y mente.

PSICOTERAPIA: Tratamiento de la psicosis por medios psicológicos.

PSIQUE: Comúnmente psiquis. El alma, la inteligencia.

REFORZADORES PRIMARIOS: Estímulos, generalmente biológicos, que suelen suministrar reforzamiento como comer cuando se tiene hambre estos reforzadores adquieren sus propiedades por el aprendizaje.

REFORZADORES SECUNDARIOS: Estímulos que no son fuentes innatas de reforzamiento pero que pueden adquirir propiedades

secundarias de refuerzo por haberse apareado con los reforzadores primarios.

REFORZAMIENTO: Consecuencia de una respuesta, que aumenta la probabilidad de que en condiciones idénticas vuelva a repetirse la reacción.

REGRESION: En la teoría Freudiana, retroceso a una etapa previa del desarrollo psicosexual frente a una frustración actual.

REPRESION: Mecanismo de defensa que impide que la memoria ansiógena llegue a la conciencia.

RESISTENCIA: En psicoanálisis, fenómeno consistente en que el paciente se resiste de modo inconsciente a conocer los motivos y conflictos latentes.

RESPUESTA CONDICIONADA: Aquella que ha sido aprendida ante un estímulo condicionado después de haberse apareado varias veces un estímulo incondicionado con un estímulo condicionado.

RESPUESTA INCONDICIONADA: La que ocurre de manera espontánea o innata frente a un estímulo incondicionado.

SENSIBILIZACION ENCUBIERTA: (latente) Forma de terapia conductual en la que se pide al paciente imaginar una escena perturbadora para producir un tipo de condicionamiento aversivo.

SENTIMIENTO: (Ver percepción).

SINDROME DE ABSTINENCIA: Consecuencia de la dependencia física de las drogas; consiste en intensa reacción física cuando se les interrumpe.

SINTOMA: Fenómeno que revela un trastorno funcional o una lesión.

SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO: Parte del sistema nervioso, que controla la actividad de varios procesos orgánicos como el ritmo cardíaco, la digestión y otros.

SISTEMA NERVIOSO PARASIMPATICO: División del sistema nervioso autónomo, que cumple una función primordial en la conservación de energía ya que, entre otras cosas, intensifica los procesos de la digestión.

SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO: División del sistema nervioso autónomo que interviene principalmente en la tensión y en las reacciones de urgencia, por ejemplo, produce mayor frecuencia cardíaca y aumento de la presión sanguínea.

SOBERBIA: Orgullo desmedido.

SUBLIMACION: Mecanismo de defensa no patológico, en el cual la energía libidinal (sexual) se reorienta hacia modos de expresión más aceptables desde el punto de vista social.

SUMISION: Acción y efecto de someter o someterse.

TOLERANCIA: Estado en que el uso prolongado de alguna droga obliga a ingerir dosis cada vez mayores para lograr el mismo efecto.

R E F E R E N C I A S

- 1.- Alcohólicos Anónimos. (1989). Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. México.
- 2.-Alcohólicos Anónimos Llega a la mayoría de Edad. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. México.
- 3.-Alcohólicos Anónimos y la Profesión Médica. (1990). Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. 1-30, México.
- 4.-Alcohólicos Anónimos por Jack Alexander. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. 1-27, México.
- 5.- Betlheims. S; Jellinek. M. y Otros. (1979). "Del Subcomite de Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud"; en: Plenitud A.A. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A; A.C. 7, 38-45; México, Julio.
- 6.- Betlheims. S; Jellinek. M. y Otros. (1979). "Extensión y Naturaleza del Problema"; en: Plenitud A.A; Central Mexicana de Servicios Generales de A.A; A.C, 8, 15-21; México, Octubre.
- 7.- Conger.J. (1980). "Los Adolescentes y las Drogas" en: Adolescencia: Generación Presionada. Harla, 76-85; México.
- 8.-Cohen.J. (1980). "Motivación de la Drogadicción" en: Psicología de los Motivos Personales. Trillas; 32-64; México.

- 9.- Dautela .R. (1970). "Treatment of Alcoholism by Covert Sensitization" en: Psychoterapy: Theory, Research and Practice. 7, No. 2, 86-90; Summer.
- 10.- Edwards. G. (1990). "Técnicas Especiales". en: Tratamiento de Alcohólicos: Guia para el Ayudante Profesional. Trillas; 250-264, México.
- 11.- Fernández. V. (1988). "Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo" en: Plenitud A.A. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A; A.C. 42, 36-38, México, Marzo.
- 12.- Fernández .V. (1988). Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo. Trillas, México.
- 13.- García. J. y Manjarrez. M. (1988). "Conocimientos Basicos Sobre el Alcoholismo". en: ¿Me Casé con un Alcohólico?. Concepto, 11-47; México.
- 14.- Hernán. San M. (1981). "El Problema Médico Social del Alcoholismo". en: Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana, 516-521; México.
- 15.- Jellinek. M. (1982). "Punto de Vista Médico Sobre el Alcoholismo". en: Plenitud A.A. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A; A.C. 20, 38-49; México, Octubre.
- 16.- Jellinek. M. (1960). The Disease Concept of Alcoholism. New Haven; Hillhouse Press.
- 17.- Las Doce Tradiciones "Destilación" de la Experiencia de A.A. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A; A.C. 1-25 México, Marzo.

- 18.- Madden. S. (1986). "Terminología, Prevalencia y Etiología". en:Alcoholismo y Farmacodependencia. Manual Moderno, 1-39; México.
- 19.- Malcon y Knowels. (1969). "Comprensión de la Conducta del Grupo". en:Introducción a la Dinámica de Grupo. Letras; 31-38, México.
- 20.- Martínez. C. Caso. A. e Iriarte. R. (1960). "Comunicación Preliminar Sobre el Empleo de Temposil (Carbomida de Calcio Citrado) en el Tratamiento de Enfermos Alcohólicos, (Técnica de Reflejos Condicionados)". Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. (2): 15-17; México, Febrero.
- 21.- Martin. B. (1987). "Toxicomanía". en:Psicología Anormal. Interamericana. 489-518; México.
- 22.- Menéndez. E. (1983). "Socioantropología del Proceso de Alcoholización en América Latina". 1970-1980. Acta Psiquiátrica, Psicol. Amér. Lat. 29; 247-256 México.
- 23.- Pelayo. R. (1980). Pequeño Larousse Ilustrado. Larousse; de la 1-1088, México.
- 24.- Pérez. C. (1961). "La Calcica en el Tratamiento del Alcoholismo". Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. 2(3): 117-121; México.
- 25.- Rodríguez. C. (1990). "50 Años de A.A. en México y sus Servicios Generales" en:Reporte final de la XXV Reunion Anual de la Asamble Mexicana de Alcohólicos Anónimos; Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. A.C; México.

- 26.- Sámano. V. (1985). "Alcoholismo". en:Plenitud A.A. Central Mexicana de Servicios generales de A.A; A.C. 31, 63-69; México, Junio.
- 27.- Souza. M. y Machorro. M. (1988).Alcoholismo Conceptos Basicos; Manual Moderno; México.
- 28.-Tres Charlas a Sociedades Médicas. (1988). Central Mexicana de Servicios Generales de A.A; A.C. 3-38, México, Noviembre.
- 29.-Un punto de Vista Sobre Alcohólicos Anónimos. (1987). Central Mexicana de Servicios Generales de A.A; A.C. 3-18; México, Junio.
- 30.- Wallale. J. (1992). "Nuevos Enfoques". en:Plenitud A.A. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A; A.C. 57, 10-11, México, Diciembre-Febrero.
- 31.- Yates. J. (1987). "Alcoholismo y Drogadicción". en:Terapia del Comportamiento. Trillas, 349-367; México, Febrero.