



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

EL TRATAMIENTO PARA LOS ALCOHOLICOS EN MEXICO.
UN ACERCAMIENTO A LOS GRUPOS DE ALCOHOLICOS
ANONIMOS (A.A.) Y AL CENTRO DE AYUDA PARA EL
ALCOHOLICO Y SUS FAMILIARES (C.A.A.F.)

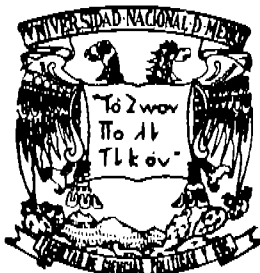
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

P R E S E N T A :

LUIS ALONSO ROBLEDO CARMONA



ASESOR: MAESTRO ARTURO CHAVEZ LOPEZ

FEBRERO DEL 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS:

A Guillermo Carmona Hernández, Porfirio Carmona Sosa y Manuel Robles Villasana porque dormidos se encuentran abrazados a ese sueño eterno llamado muerte.....

A mis queridos viejos por su amor infinito y eterno apoyo, por su sacrificio muchas veces no valorado, por no dejarnos atrás y porque a pesar de todo se siguen preocupando por cada uno de sus hijos.....

A mis hermanos Leonel y Alberto por quererme tanto y por ser como son.....

A mis niños José María, Aura Ester y José Manuel.....

A toda la familia Carmona, porque su pasado ejemplifica la dureza de la vida y es el modelo para alguno de nosotros.....

A mi asesor, el maestro Arturo Chávez, por su paciencia, dedicación y por sus comentarios con los cuales se enriqueció este trabajo.....

A mis sinodales, porque me hicieron pensar nuevamente.....

A todas aquellas personas a las que les debo mi incursión en este escabroso mundo de las adicciones.....

A la gente que de manera muy particular quiero y con la que he aprendido a ver siempre con la frente en alto y los ojos abiertos.....

A mis amigos..... ellos saben quienes son.....

A quienes creyeron que podía hacerlo.....

A quienes creyeron que no podía hacerlo.....

A todas esas personas a las que les he quitado parte de su vida, haciendo de ese tiempo una inversión improductiva.....

A quienes son y no están.....

A quienes están y no son.....

A quienes me faltaron.....

A todos ellos les agradezco el encontrarse a mi lado.....

INDICE

| | |
|--------------------|---|
| Introducción | 1 |
|--------------------|---|

Capítulo I

Sobre el Consumo de Alcohol

| | |
|---|----|
| 1.1 Un Acercamiento Sociológico | 9 |
| 1.2 El Alcohol en la Vida Cotidiana | 16 |
| 1.3 Alcohol, Imagen y Espacios de Consumo | 21 |
| 1.4 El Consumo de Alcohol Ayer y Hoy | 26 |
| 1.5 Alcohol y Leyes | 34 |
| 1.6 Creencias y Realidades del Consumo de Alcohol | 38 |
| 1.7 Los Bebedores de Alcohol | 41 |

Capítulo II

Alcohol y Tendencias de Consumo; Alcoholismo: Enfermedad y Problema Social

| | |
|--|----|
| 2.1 Sobre el Alcohol | 49 |
| 2.2 Panorama Epidemiológico Sobre el Consumo de Alcohol | 54 |
| 2.2.1 Encuesta Nacional de Adicciones 2002 | 54 |
| 2.3 Encuesta Nacional de Estudiantes 2000 | 58 |
| 2.4 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones | 59 |
| 2.5 Sobre el Alcoholismo | 62 |
| 2.6 Alcohol y Problemas Asociados | 69 |
| 2.7 Entre lo Público y lo Privado | 73 |
| 2.8 ¿Qué representa un Alcohólico? | 78 |

Autorizo a la Dirección General de Ambiente de la UNAM a que en forma electrónica publique el contenido de mi trabajo recepcional
NOMBRE: Luis Alonso Rebledo Carmona
FECHA: 11-Marzo-2004
FIRMA: [Firma]

Capítulo III

El Tratamiento Para los Alcohólicos. Antecedentes y un Acercamiento al funcionamiento de los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.) y al Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (CAAF)

| | |
|---|-----|
| 3.1 Antecedentes del Tratamiento para los Alcohólicos | 91 |
| 3.2 Alcohólicos Anónimos | 97 |
| 3.3 Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares | 105 |
| 3.4 ¿Por qué son Importantes el CAAF y A.A.? | 116 |
| Consideraciones Últimas | 127 |
| Anexo 1 | 148 |
| Ley General de Salud y Norma Oficial Mexicana 028..... | 148 |
| Anexo 2 | 157 |
| Doce Pasos y Doce Tradiciones..... | 157 |
| Notas | 160 |
| Bibliografía..... | 164 |

“...fue un grande, muy grande ciempiés que daba vuelta por las paredes. Quedó sentado con los ojos fijos en aquello y el ciempiés se desvaneció. Pero al bajar el hombre la vista, lo vio ascender arqueado por entre sus rodillas, con el vientre y las patas hormigueantes vueltas a él – subiendo, subiendo interminablemente. El médico tensó las manos delante, y sus dedos apretaron el vacío”.

Horacio Quiroga

“Los Destiladores de Naranja”

Introducción

El interés por el estudio de las adicciones no es nuevo. Desde hace muchos años había ya preocupación por el consumo de alcohol, opio, morfina, codeína, heroína, cocaína y marihuana, sobretodo por su relación con los problemas de salud mental, que se manifiesta en diferentes regulaciones de control legal y de salud y en la definición de los adictos como enfermos. Sobre esta variedad de fenómenos se ha elegido uno de vital importancia que involucra a científicos, autoridades y actores legos: **el alcoholismo**.

El alcoholismo es una enfermedad derivada del uso excesivo de alcohol y éste se encuentra ligado al sentido de pertenencia del individuo y de todas las personas que contienen en su experiencia prácticas sociales e individuales. En este caso, y para ir concibiendo la magnitud del problema, es importante señalar que en nuestra sociedad tiene más valor y orgullo el que bebe más sin resentir los síntomas inmediatos del consumo.

Los componentes que son propicios para apoyar el desarrollo de la enfermedad se encuentran respaldados por el uso de alcohol, la permisividad,

la falta de oportunidades y medios de atención, la poca claridad con la que muchos actores aún ven al fenómeno y otros que interfieren, si no en el desarrollo inmediato del padecimiento en el actor, sí en la estabilidad emocional, económica, de seguridad y más en las que se incorpora a las personas cercanas tanto del bebedor como del alcohólico que resulta ser, en muchas de las ocasiones, un problema severo no solo para la familia sino para el entorno porque este problema de salud, regularmente se convierte en un problema social.

Ahora bien, no basta centrarnos en los anteriores elementos para estudiar el problema. Debemos destacar el papel que juegan los contextos sociales, los sectores poblacionales en los que se efectúa el consumo, el significado mismo que la sustancia tiene para algunos grupos, entre otros. El objetivo del presente trabajo tiene la finalidad de hacer un recorrido en el que se contemple en un primer momento las causas por las cuales se consume alcohol. Con ello podremos determinar lo importantes que son, para atender este problema social, por su organización e inclusión, los grupos de Alcohólicos Anónimos y el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares.

Las miradas teóricas a partir de las cuales llevaremos a cabo la investigación son las definidas por Emilio Durkheim, Pierre Bordieu, Zigmunt Bauman, Anthony Giddens, Peter Berger, Thomas Luckmann y Norberto Bobbio principalmente. Las ideas de estos autores servirán para involucrarnos significativamente con aquello que permita estudiar de manera directa al alcoholismo como un problema social y el papel de las instituciones ya mencionadas como medidas de atención organizadas. De tal forma, buscaremos que los conceptos den una idea general sobre las condiciones que se entrelazan con el alcoholismo.

Esta investigación explora algunas consideraciones importantes en un contexto en el que no muchos se preocupan por lo que para ellos es algo común, e incide en un problema importante para el cual existen limitadas medidas de prevención y rehabilitación. De esta manera, lo que se pretende es centrarnos en la discusión de un fenómeno “natural”, como el consumo de alcohol, por la “normalidad” con la que se observa en la vida cotidiana y porque se tiene registro de él a lo largo de toda la historia de la humanidad, para con ello incurrir en el conocimiento práctico del alcoholismo y su tratamiento.

Aunque por lo general los actores legos no conciben al alcoholismo como una enfermedad, sí saben de aquellas consecuencias, regularmente desagradables, que ésta trae consigo. De cualquier forma, cada quien tiene sus propios motivos para consumir alcohol, a veces excesivamente, y en no pensar en incontables ocasiones en los que por cuestiones de salud, estabilidad emocional, económica y social se requiere de ayuda. Esto es un reflejo de la vida cotidiana en la que se integran estilos de vida, metas y proyectos, expectativas, capacidad de inclusión y exclusión, respuesta, atención, interés, etcétera.

Se sabe que la sustancia, al ser consumida produce placer y resulta ser un escape hacia la diversión y a la socialización; no podemos negar también que es un elemento categórico de muchos usuarios que sienten que el tomar de una u otra marca los hace diferentes. Aunque el fenómeno puede ser el mismo, cada persona lo concibe a su manera, por lo que estamos obligados, como sociólogos, a romper con aquellas prenociones que pueden limitar la capacidad reflexiva sobre el problema. Para lograrlo, y siguiendo con la perspectiva de Berger y Luckmann se exploran consideraciones importantes de la vida cotidiana por ser “elemental” y porque en ella se generan y dan por

establecidos los fenómenos, los conflictos y muy probablemente las respuestas, y porque además en ella se clarifican los sentimientos de quienes viven y se desenvuelven de manera ordinaria en la vida común y dan las cosas por establecidas.

El interés por hacer un estudio sociológico sobre el tratamiento del alcoholismo surge por los severos daños que esta enfermedad ocasiona a la salud del individuo y a la sociedad. El alcoholismo, desde el área clínica, significa un problema de salud y los esfuerzos médicos por atender la enfermedad, aunque importantes, aun son pocos frente a la enorme cantidad de alcohólicos y bebedores (adultos, hombres, mujeres, jóvenes, etcétera) que cuentan con la posibilidad de comprar y consumir la sustancia sin ningún problema.

Para atender esto, las autoridades correspondientes han desarrollado, a lo largo de la historia, una serie de estrategias significativas que les permiten acercarse al problema. Han ejecutado, entre otras, actividades que intentan regular la producción y venta de alcohol como mera maniobra de control de calidad y sanidad, además cuentan con algunos lugares especializados para dar respuesta a la demanda tanto de alcohólicos como de sus familiares.

Esto no es suficiente, porque existen a la par de problemas como el que aquí abordamos, tantas necesidades sociales por atender como el desempleo, la delincuencia, la vivienda, etc que inevitablemente nos lleva a asegurar que en este país aún no se logran establecer las medidas adecuadas de prevención y rehabilitación para el alcoholismo, aunque éste sea un problema de salud pública.

Por lo tanto, e inmersos en esta dinámica todos los profesionales que actúan en adicciones, ya sea médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc ven reducido su campo de intervención y sus logros. En el caso

de los sociólogos, a pesar de participar en muchas de las áreas de trabajo así como en investigaciones que se desarrollan en la materia, también se encuentran limitados.

En este trabajo, además de hacer una exploración en cuanto al consumo de alcohol como un socializador e iniciador del alcoholismo y el papel que juega esta sustancia en la sociedad, realizaremos un análisis directo del funcionamiento y las características con las cuales las instituciones ya mencionadas se han organizado desde su fundación, lo que las ha llevado a ser dos de las alternativas de tratamiento más significativas que existen en este país para el enfermo alcohólico.

Instituciones como Alcohólicos Anónimos y el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares cuentan con diferentes herramientas para atender al alcohólico. Los primeros trabajan con un programa conocido como el de los 12 pasos que se basa en la experiencia de cada uno de sus integrantes, es decir, en su propia historia de vida. El segundo es diferente, debido a que éste cuenta con un modelo profesional en el que se integran médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales e incorporan, para la continuidad de la abstinencia y la rehabilitación, a un grupo de Alcohólicos Anónimos.

Antes de continuar debemos dejar en claro que nuestro principal interés es presentar brevemente cómo se ha desarrollado el tratamiento para los alcohólicos en México y el funcionamiento de las instituciones ya mencionadas. No tenemos la intención de determinar cual de los dos es la mejor pero si hacer hincapié en cómo sus operaciones resultan de vital importancia para ayudar al alcohólico y su familia.

La información que se presenta a lo largo de la tesis ha sido obtenida a través de una revisión bibliográfica de autores importantes de sociología y en segundo lugar de investigadores significativos en el tema del alcoholismo, así

como de documentos oficiales emitidos por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Psiquiatría. Asimismo, se ha podido incidir en el tema a través de la experiencia personal y de las observaciones que se han realizado a través del trabajo desarrollado en el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares y en los grupos de Alcohólicos Anónimos.

Presentamos, en el primer capítulo, una breve descripción de ciertas actividades que intervienen directa o indirectamente tanto en la promoción del uso de alcohol como en la atención del mismo. Estas son de vital importancia porque en ellas se empieza a desarrollar la enfermedad, por lo que para entender el tratamiento y el funcionamiento del mismo se deben observar fenómenos como el consumo de alcohol inmerso en la vida de los actores legos. El acercamiento sociológico sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo contempla, de esta manera, diferentes perspectivas que le dan un valor a la sustancia y a los medios en los que se desarrolla la ingesta.

Este primer acercamiento versa sobre la manera en cómo es visto el alcohol por muchos de los actores sociales, sus funciones, las realidades alrededor de la sustancia y las características de los espacios de consumo. Esto con la intención de ir abriendo un panorama para ubicar aquellos elementos con los cuales las instituciones, ya mencionadas, han logrado mantenerse en funcionamiento y que deben considerarse al ejecutar el tratamiento.

Como el alcoholismo es un problema social, se señalan brevemente algunas cuestiones importantes que han abordado, desde las políticas públicas en México, al alcohol y las características mínimas que deben considerarse en las instituciones que desarrollan tratamiento no solo para alcohólicos. Para ello se hace rápidamente un recorrido muy preciso sobre algunas cuestiones que, a través de la historia de México, han pretendido regular de alguna manera la venta, la distribución y el consumo de alcohol. Además se incluye

lo existente en materia de alcohol en la Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

El segundo capítulo toca cuestiones farmacológicas en donde se presentan las características de la sustancia, sus efectos en el Sistema Nervioso Central y su ubicación, dentro de la clasificación de las drogas, como depresora, además de los efectos a mediano y largo plazo del consumo de la misma. Igualmente, se expone el punto de vista médico sobre el alcoholismo como enfermedad para entender cómo la sustancia en dosis prolongadas daña al organismo, aunque el deterioro y las características que envuelven y dan fe de una persona alcohólica pocas veces son visibles en las primeras etapas.

Además, se explica como ese fenómeno privado generado en los diferentes espacios y por diferentes motivos se empieza a transformar en un problema social o un problema público y las consecuencias en estas áreas.

Lo anterior se enlaza inmediatamente con los datos sobre el consumo de esta droga licita y las tendencias del uso en el país y más específicamente en la ciudad de México. Con la finalidad de pretender analizar las necesidades de atención a largo plazo en muchos de los consumidores, se expone a través de los resultados de tres importantes herramientas de vigilancia epidemiológica a la población que se encuentra inmersa en el consumo de alcohol. Estos instrumentos son: la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2002), la Encuesta Nacional de Estudiantes (ENE 2000) y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA).

Siendo el alcoholismo una de las principales causas de mortalidad en nuestro país, las dos alternativas que hemos mencionado ¿representan una opción viable para el tratamiento del alcohólico? ¿son importantes en los espacios sociales en los que desarrollan su trabajo a pesar de las diferentes

causas por las cuales se desarrolla la enfermedad?. Estas interrogantes nos conduce a analizar, en el tercer capítulo, el papel de los grupos de Alcohólicos Anónimos y el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares, que aunque no son las únicas instituciones dedicadas a atender alcohólicos, si son probablemente, las más significativas. Es claro que tanto en Alcohólicos Anónimos como en el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares lo que mantiene el funcionamiento, por un lado, es el integrar y compartir las experiencias de vida de los involucrados y por el otro atender a la enfermedad. Así se trabaja en A.A. como en el CAAF.

Estas instituciones cuentan con un reconocimiento significativo en la materia a nivel nacional e internacional y en nuestra sociedad son, probablemente, las dos más importantes instituciones que atienden no solo a enfermos alcohólicos sino a quienes, como familiares o amigos de los anteriores aún sienten que el alcoholismo es natural y tal vez hasta obligatorio.

Cabe mencionar que el alcoholismo como un problema de salud pública tiene importantes repercusiones en la vida comunitaria, por lo que es necesario, a partir de los diferentes acercamientos con los que se cuenta para tratar la enfermedad, determinar cómo el proceso de prevención, atención y rehabilitación debe encontrar respaldo en las actividades de autoridades como de las familias estén o no involucradas de manera directa con la enfermedad.

Finalmente, sabemos que el alcoholismo se encuentra entrelazado a elementos que integran valores asociados a los preceptos culturales de los actores. Esto sugiere una creciente responsabilidad de autoridades y actores por controlar el consumo de la sustancia. Es importante ubicar el desarrollo de la enfermedad y los elementos que intervienen en el progreso de la misma, con ello se podrá sugerir el apoyo de los modelos de atención para alcohólicos que abordaremos.

".....en estas sociedades distópicas, las drogas y los medios de comunicación cumplen con el mismo objetivo: fugarse de la realidad. Así lo establece claramente el mundo feliz de Huxley, donde el "soma" se consume en los momentos difíciles: "medio gramo equivale a medio día de descanso, un gramo a un fin de semana, dos a una escapada por el Oriente magnífico, tres a una sombría eternidad en la luna y.....luego el retorno".

Janine Rodiles Hernández
"Adicciones y Espiritualidad"

Capítulo 1

Sobre el Consumo de Alcohol

1.1 Un acercamiento Sociológico

El problema que hoy nos ocupa es clave por su afinidad con el proceso de salud-enfermedad y su relación en las esferas sociales de los usuarios de alcohol y los alcohólicos. Es una oportunidad para establecer las premisas de un diálogo con el que nos acerquemos a la realidad de las instituciones, prácticas, valores y saberes asociados al mantenimiento, pérdida o recuperación del individuo enfermo. Además, implica un reconocimiento de la necesidad de pensar este fenómeno más allá de una perspectiva médica.

La realidad de la salud y la enfermedad es una totalidad muy enredada que se involucra con cuestiones sociales muy complejas, la cual, sólo por razones de análisis conceptual e intervención profesional, se divide en partes diferenciadas.

De ese modo, el proceso del uso de alcohol y el alcoholismo se encuentra determinado por acercamientos que nos permiten conocer algunos de sus componentes y atender, muchas veces con buen éxito, problemas específicos. Sin embargo, no podemos contar con un sentido general de comprensión de la dinámica en la que se encuentra inmerso el consumidor de alcohol, el alcohólico, su familia y todos los problemas que se relacionan con el uso excesivo de la sustancia. Lo anterior no sólo tiene implicaciones epistemológicas, sino que presupone, por su variedad, las bases con las cuales se diseñan y aplican las políticas, los procedimientos y las prácticas cotidianas de atención al alcohólico.

El contar con diferentes enfoques permite la integración de otras disciplinas que buscan concebir, explicar y atender el proceso por el cual una persona se convierte en un enfermo alcohólico. En las ciencias sociales contamos con racionalidades científicas empiristas y especializantes que fragmentan la realidad e impiden una comprensión del conjunto social en su riqueza de matices. Ello acaso sea parte de condición epistemológica de la racionalidad que acompaña el desarrollo de las sociedades modernas, cuyo funcionamiento exige una razón científica que separa la realidad y la estudia con criterios propios de una metodología empirista y científicista.

Al decir esto no se desaprueba la existencia de disciplinas científicas especializadas que operan desde una lógica de investigación basada en la observación, la formulación de hipótesis falseables y la realización de experimentos cruciales o de algún tipo de prueba fundamentada en ciertas normas metodológicas capaces de garantizar un mínimo de rigor y confiabilidad en nuestros conocimientos. Sería incomprensible no reconocer la trascendencia de los hallazgos y triunfos de las modernas especialidades de la ciencia médica y las aplicaciones contemporáneas de la cirugía, por ejemplo.

Mientras, la ciencia médica se comprende mejor a sí misma metodológicamente, con mayor hincapié vuelve su espalda al estudio de los problemas ontológicos de su esfera de influencia y los elimina del ámbito en el que ha logrado cierta iluminación, es decir mientras es más científica, más se cierra formalmente a sus propias leyes. En consecuencia, el mundo que yace más allá de los confines de esa ciencia, y en particular su propia realidad subyacente, quedará lejos de su alcance. Esto limita la intervención de otras ciencias y en el caso de la sociología, para poder incidir en esos problemas, se debe “hacer un análisis de la construcción social de la realidad¹”, es decir de los sistemas de la vida cotidiana para con ello interpretar el significado cultural de los hechos de cada sociedad.

A diferencia de las ciencias sociales, la ciencia médica tiene un elevado grado de especialización y formalización que le impide plantearse los problemas acerca de la propia forma en que se constituye la realidad de la que son parte y que de algún modo condiciona cada uno de los fenómenos sociales lo que reduce, en cierta medida, la comprensión de esa vida cotidiana, dando como resultado el acotamiento de la realidad.

En medicina, la atención del alcohólico es innegable y la práctica médica se encuentra sujeta a determinaciones sociales, culturales, políticas y económicas lo que trae como consecuencia importantes implicaciones en el desarrollo del alcoholismo porque no podemos hacer a un lado a una serie de factores, visibles unos, ocultos otros, que intervienen en el desarrollo de la enfermedad y en la recuperación del sujeto y la familia.

En este sentido sería importante estudiar con el mismo rigor metodológico y científico que se encuentran en la medicina las realidades que subyacen en el ejercicio médico y que lo descubren como una práctica social más, es decir, atravesada por las mismas contradicciones, procesos de

dominación, de segregación y control social, de manipulación ideológica y de acumulación de capital. O ¿será que el mundo médico flota en el aire y no tiene que ver con la dinámica del poder político y económico de la sociedad en la que el bebedor de alcohol es un mercado importante y el alcohólico no?

Aunque existen intervenciones desde las ciencias sociales que intentan comprender el fenómeno del alcoholismo desde el estudio de las características socioculturales de los individuos con resultados importantes, es evidente que, en medicina no existe una visión que articule una perspectiva de conjunto y con ello se parcializa el fenómeno. Esta idealización es característica de la mayoría de los profesionales de la salud, y de quienes están a cargo de las políticas en la materia.

La aplicación de los patrones de pensamiento científico a la ciencia médica ha traído consigo una conceptualización de los seres humanos que los visualiza como si fuesen cosas y que, en última instancia, los reduce a su carácter de objetos mensurables y cuantificables, sujetos de aplicación de técnicas y procedimientos que suelen no tomar en cuenta sus aspectos emocionales, espirituales, morales, sociales, culturales y políticos.

Consideramos que aun falta bastante camino para contar con enfoques en verdad comprensivos de la multiplicidad de elementos que entran en juego en la dinámica del alcoholismo. Y, además, que sólo mediante una racionalidad más integral podremos ofrecer a la sociedad un modelo de atención para esta enfermedad.

De manera que el primer paso es reconocer la necesidad de comprender las totalidades, conocer los enfoques, las características, los significados y otros elementos propios que el usuario de alcohol le otorga a la sustancia; los espacios de convivencia, los discursos con los cuales se fomenta el consumo de alcohol y los esfuerzos que se hacen para limitar la ingesta excesiva de la

sustancia. De otra forma no podremos contar con un sentido de comprensión del todo.

Debemos entender que en este fenómeno llamado alcoholismo interviene la multiplicidad de los elementos propios del reino de lo humano y lo social, y que su investigación y atención no podrá ser acometida por una sola disciplina aislada del resto. En este sentido, es importante conocer cuales son los modelos de atención (desde mi punto de vista los dos más importantes) para el alcohólico y con ello adquirir algunos elementos que permitan acercarse con mayor pertinencia a la reflexión sobre el tratamiento ideal del fenómeno.

Sabemos, los sociólogos, que pisaremos en ámbitos realmente complicados porque no contamos, al igual que en medicina, con instrumentos confiables de medición. Es decir, las ciencias sociales, como muchas otras ciencias no son un terreno en el que uno se siente seguro y confiado. Este trabajo requiere una buena dosis de valor y sentido crítico para no perderse y para no contentarse con el bálsamo de la autocomplacencia del mismo.

Vale la pena estudiar este complejo problema llamado alcoholismo y su tratamiento como una forma de mirar desde una perspectiva sociológica los procesos en los que se involucran los diferentes actores sociales. Aun cuando existen evidentes problemas epistemológicos y metodológicos, estamos seguros que el valor de esta investigación debe considerarse como una aventura de la imaginación, la creatividad y la crítica. Lo que pretendemos es ofrecer una mirada particular que consista específicamente en observar la realidad sociológicamente. Probablemente no encontremos todas las respuestas, pero sí se formularan preguntas sobre la forma en como debe ser observado y entendido sociológicamente nuestro problema. Sin embargo, sabemos, como lo señala Giddens, que nos encontramos "limitados a los

oscuros esfuerzos que exigen las rupturas siempre repetidas y a las incitaciones del sentido común, ingenuo o científico: en efecto, cuando se vuelve hacia el pasado teórico de su disciplina, se enfrenta no con una teoría científica constituida sino con una tradición²”

Los sociólogos estamos obligados a realizar una observación de segundo orden, con la cual comprenderemos mucho de lo que han olvidado aquellos actores legos que intentan establecer una atención “natural” sobre el alcoholismo y con seguridad concluiremos que existe una estrecha relación entre la historia, las estructuras sociales, los componentes del orden, y las características particulares de los actores que permite el consumo de alcohol, el desarrollo de la enfermedad y la aplicación de las estrategias de atención, como en los grupos de Alcohólicos Anónimos y el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares.

Es importante conocer el lugar y el papel que desempeña el enfermo alcohólico en nuestra sociedad. Para ello, se ha optado por concebirlo desde la postura de otro importante autor como Zigmunt Bauman en la idea del “extranjero”, de aquella persona a la que se teme y se relega, con el que nuestra visión del enfermo se extiende más allá de la clínica que conceptualiza a los seres humanos como cosas y que, en última instancia, los reduce a su carácter de objetos mensurables y cuantificables, sujetos de aplicación de técnicas y procedimientos que suelen no tomar en cuenta sus aspectos particulares.

En este sentido, indagar sociológicamente la salud y la enfermedad implicará, aunque no es nuestro objetivo, tratar de establecer conexiones, por ejemplo, entre las fuerzas sociales y económicas que están detrás de la relación entre el alcoholismo y las circunstancias socioeconómicas, culturales y afectivas de la vida de los bebedores y alcohólicos. Durante el trabajo,

además, surgirán preguntas, que si bien no son motivo de la investigación si podrían ser analizadas, cómo el papel de las estructuras culturales que condicionan un modelo de práctica de atención médica en el que el paciente suele ser considerado como un simple objeto de aplicación de procedimientos.

Como se observa, las preguntas son interminables. Pretendo mostrar la naturaleza de los problemas y la atención de los mismos que se plantea una ciencia social en el caso del alcoholismo. El entenderlos, explicarlos y atenderlos requiere la aplicación de lo que Bourdieu señala como un instrumento privilegiado de vigilancia epistemológica, es decir, la sociología del conocimiento. Con ello “se podrá enriquecer y precisar el conocimiento del error en las condiciones que lo hacen posible y, a veces, inevitable”³.

Esto es, la capacidad de poner en relación lo que ocurre en el contexto del individuo con lo que sucede en su familia, su trabajo, su ciudad, su país y el mundo. Con seguridad, nos encontramos inmersos en una maraña de circunstancias que se identificará mediante un cuidadoso ejercicio de análisis que combine el pensamiento abstracto con la observación sensible y afinada.

En el caso del alcoholismo, esta enfermedad se encuentra inmersa en una totalidad de relaciones cuya comprensión implica ir más allá de la observación fragmentada de las particularidades de los casos y reconstruir la serie casi infinita de determinaciones que están condicionándola. Por ello, el analizar desde la sociología al alcoholismo y su tratamiento implica identificar el papel y el juego de cada uno de los actores: por ejemplo desde el paciente hasta el planeador de salud pública, pasando por las compañías productoras de alcohol, el significado de la sustancia, las concepciones socioculturales como las tradiciones los medios de comunicación, las familias, los políticos y más.

Partimos del supuesto de que estamos obligados a concebir a los hombres como los protagonistas y agentes de sus propias circunstancias,

prácticas e instituciones, aunque en condiciones que no siempre controlan y generando consecuencias que no siempre conocen. No hay un punto neutral, puramente racional, desde el que se pueda asumir posturas inmaculadas o puras. La propia decisión de preservar la vida está cargada de cultura y actitudes valorativas. Quien está a cargo de esa función adquiere, por ese simple hecho, una posición de privilegio, prestigio y poder. Examinar el asunto tiene sentido porque nos puede llevar a observar todo aquello que se esconde tras la inocencia aparente del uso de alcohol.

1.2 El alcohol en la vida cotidiana

¿Alguna vez hemos preguntado cuando nació en muchos de nosotros la inquietud por probar esa primera copa de vino?, ¿hemos pensado cuales fueron los motivos que nos acompañaron para hacerlo? ¿tenía en ese momento un significado? O mejor dicho, ¿sabemos por qué bebemos en muchas ocasiones alcohol? Estas interrogantes intentaran ser respondidas a lo largo de este primer capítulo ya que nos enfocaremos a reconocer algunos de los medios y motivos que propician e intervienen en el consumo de alcohol.

Es evidente que no se generalizara y se dirá que quienes beben alcohol ya son alcohólicos, lo que intentaremos es determinar cuáles son las condiciones en las que regularmente, como factor importante, el consumo de alcohol se encuentra inmerso en la vida cotidiana, para de esta manera empezar a comprender las actividades en el tratamiento.

En el siguiente apartado se definirá con precisión al alcoholismo como enfermedad en tanto estado físico, psicológico y las causas de ésta con sus complicaciones e inevitables consecuencias en el cuerpo. Asimismo, se presentaran las etapas y posibles secuelas en las que se involucra un bebedor (no alcohólico) y los diferentes tipos de alcoholismo.

Este capítulo tiene como objetivo presentar, para entender el papel que juegan las instituciones en la atención del alcoholismo, algunas cuestiones importantes sobre la forma y los medios por los cuales los individuos consumen. De esta manera incidiremos en la importancia que tienen los modelos que atienden al enfermo alcohólico a través de la acción comunitaria, el individuo y el grupo porque este fenómeno se apoya en la permisividad social, en el gusto, en la imagen y en el estilo de vida.

Sabemos que el consumo de alcohol es “un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea, delimitado por la edad y el sexo salvo por razones de principios religiosos, filosóficos o de salud, el uso de alcohol es promovido y considerado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la civilización del hombre”⁴

Este proceso tiene características similares en muchas partes del mundo, los actores empiezan a tomar casi siempre por experimentación, para sentirse adultos y muchas más. Con frecuencia, la sustancia se encuentra a las manos de quien la solicite y forma parte de las reuniones de todos los actores. La droga, aunque es legal, es capaz de alterar la armonía de los diferentes grupos sociales.

Tanto en el consumo de alcohol, como en el alcoholismo existen evidentes carencias sobre la percepción de los daños que la sustancia produce en grandes dosis (por ejemplo cuando se bebe a más de una copa de alcohol por hora). Esto determina, con seguridad, que en muchas esferas sociales no sea una causa inmediata de transgresión del orden o de desarrollo en muchos grupos sociales porque esa experiencia del uso, [a veces excesiva], tiene la finalidad de compartir una costumbre.

En nuestro país, existen ciertos elementos característicos de la población. Sabemos de juicios de valor que determinan lo que es bueno y lo

que es malo. De tal forma, aunque existen prescripciones de prohibición social, jurídica y éticas sobre el consumo de alcohol, éstas aún no son completamente claras porque el beber alcohol significa, a través de la ingestión de la sustancia, la capacidad de socializar, platicar, incluir, etcétera.

Nos referimos claramente al papel que el alcohol tiene para la vida de los actores. En este sentido, debemos entender que aquellas prescripciones que intentan controlar el consumo se encuentran inmersas en la vida cotidiana que es “la vida de todo hombre, en la que participan todos los aspectos de su individualidad y de su personalidad; en ella se ponen en obra todos sus sentidos, todas sus capacidades intelectuales, sus habilidades manipulativas, sus sentimientos, pasiones e ideologías”⁵.

El Dr. Berruecos señala que el consumo de alcohol depende de la claridad de reglas establecidas en cada comunidad y nos dice que “en aquellas sociedades donde las reglas son claras frente al consumo, éste se da de manera responsable, mientras que en donde las reglas no son claras frente al consumo, se dan situaciones de exceso, es decir estamos hablando de sociedades permisivas en donde no está claramente establecido quién puede beber, con quién, en dónde, cuándo, cómo e incluso qué”⁶.

En este sentido, la vida cotidiana permite conocer aspectos importantes como: la permisividad social para con la ingesta, el gusto por la misma, la conformación genética de los individuos, los espacios de consumo, las creencias socialmente establecidas, fiestas religiosas, familias y los medios de comunicación quienes mediante imágenes acompañan el consumo de alcohol por mencionar solo algunos. De esta manera, el fenómeno se va desarrollando con muchos de los elementos mencionados, porque cada uno aporta en mayor o menor medida algo en el establecimiento y reforzamiento del consumo de alcohol y en el desarrollo del alcoholismo.

Dado que en la vida cotidiana, en la que los actores están insertados, es en la que se genera ese problema social llamado alcoholismo, se han encontrado diferentes acciones que han pretendido evitar o por lo menos regular su consumo, a través del manejo de algunas consideraciones éticas, médicas y jurídicas principalmente en las que incluso se aplica la fuerza y la humillación* y los castigos corporales como los que se suscitaban en el México prehispánico.

En la actualidad, los diferentes estilos de vida cuentan con formaciones socioculturales reflejados a través de la vida cotidiana de los actores. Existen mecanismos en la conducta humana que se desarrollan con el marchar del tiempo, y estos componentes pasan a formar parte de la propia identidad de las personas o de los grupos. Así, conforme las sociedades avanzan inevitablemente, van integrando mecanismos de diferentes grupos que convierten al hombre en una causa debido a que son determinantes para el desempeño de éste en la sociedad.

En este sentido, cada individuo es capaz de decir si o no, de aceptar tomar o ingerir cualquier droga, cada uno de ellos cuenta con una concepción de ética que determina su actitud y comportamiento frente a los demás. Esta educación o condicionamiento encuentra aspectos y actitudes integrales que nacen inevitablemente de la concepción que se tiene sobre el alcohol, principalmente en aquellos espacios en donde el individuo empieza a desarrollarse como un ser bio-psico-social como por ejemplo la propia familia, que cuenta con códigos de ética al interior.

Este primer grupo establece, en gran medida, las características sociales que acompañaran al individuo. En el seno familiar se establecen algunos valores que se reflejan en el funcionamiento que el sujeto desempeñara en la misma sociedad. Sin embargo, en numerosas ocasiones, sus propias

consideraciones éticas no encuentran espacio en una población que se ha acostumbrado al uso del alcohol.

Lo que es importante señalar es que la familia es copartícipe en este problema social porque es común hallar alcohol en la misma; y aunque se llegan a manejar discursos como: "Las bebidas alcohólicas en exceso son dañinas"; "No debes de beber alcohol hasta que seas grande"; "Hasta que puedas comprarlo"; "Te vas a volver alcohólico como tu padre" y "Bebe de tus propias botellas", en cuantiosas ocasiones son los padres los que se encargan de comprar y llevar siempre la sustancia a casa.

Por ello, además de la distribución interna y de frases como las anteriores, los niños y los jóvenes observan ingerir alcohol en exceso a quienes en algún momento se los prohíben. Asimismo, escuchan a sus familiares hablar maravillas de una u otra bebida, mientras en un rito "dominguero" beben cerveza en abundancia y presumen las nuevas adquisiciones para su cantina.

Estos jóvenes observan cómo aquello que en momentos se encuentra vetado para ellos, llena los refrigeradores de sus casas y que en días importantes como el cumpleaños del padre o de la madre e incluso en simples reuniones, se consumen grandes cantidades de alcohol y se emborrachan, justificando su uso excesivo diciendo que "la ocasión lo amerita" y "no es de todos los días". Además, escuchan frases como "Vamos a echarnos unos alcoholes para festejar"; "No me ofenda, compadre, cómo que no quiere brindar conmigo"; "Te veo muy lento, nosotros ya llevamos tres y tú apenas vas en la primera"; "Échate una cerveza para el desempance", "¿Qué, no vas a beber? Se me hace que te regaña tu mujer"; "¿Cómo que refresco?, no sea maricón y échese un tequila"⁷.

El consumo de alcohol, es un fenómeno social expresivo que forma parte de un estilo o modo de vida y que se extiende progresivamente en amplios sectores de la población generando diversas actitudes y reacciones sociales. Además connota diferentes aspectos: orgánicos, psicológicos, culturales, políticos y económicos. Quienes consumen alcohol se encuentran propensos a involucrarse, en primer lugar, en problemas como la violencia, accidentes de tráfico, robos, etc, y en segundo, a desarrollar la enfermedad, que en términos de gasto social y económico es mucho más costosa que el cáncer.

1.3 Alcohol, Imagen y Espacios de Consumo

El alcohol es una sustancia que refiere un elemento simbólico para muchos usuarios y sirve para ser utilizada en diferentes momentos con un fin específico. Esta promoción también infiere, aunque no de manera evidente, con el impulso de la enfermedad. Concurren varios elementos que suscitan el consumo en la vida cotidiana que se encuentran ligados a cuestiones tradicionales, culturales y psicológicas.

Cabe mencionar el papel que desempeñan los medios de comunicación y las empresa productoras de alcohol como coparticipes del problema. Si bien es cierto, el negocio de las televisoras es vender imágenes estereotipadas y otras cosas, éstas compiten por un rating promoviendo programas que suelen ser no muy adecuados para los jóvenes, no por tener una concepción moralina, sino porque en cuantiosas ocasiones representan una realidad muy alejada de la mayoría de los actores, en los que el consumo de drogas y de alcohol son parte fundamental del eje temático de la vida.

En este contexto, al parecer, las actuales generaciones, muchos de ellos jóvenes ubicados entre la adolescencia y la adultez, copian y conciben aquellas imágenes de éxito como una buena propuesta para el desarrollo personal y en ocasiones posponen su incorporación a la vida tradicional del adulto, con deberes y quehaceres tanto en el mercado laboral como en la vida familiar. Estos jóvenes se encuentran inmersos en una sociedad en la que la recreación y el tiempo de ocio han cobrado un valor hegemónico (de que otra forma explican algunos reality shows) como parte del éxito o decadencia de la sociedad moderna.

La explotación de las imágenes y la proyección de las mismas invitan al consumidor a integrarse a la oferta y demanda de un mercado en el que él es importante en tanto tenga la capacidad de comprar cierta mercancía, esto es fundamental para la industria alcoholera. En este proceso de consumo, el sujeto, sin concebirlo, se hace un consumidor potencialmente redituable. El ejemplo significa un marco de aprendizaje para las siguientes generaciones repercutiendo con ello en la vida productiva no sólo de ese grupo sino de muchos otros.

Las empresas televisivas promueven y apoyan el consumo de alcohol construyendo y proyectando programas para jóvenes, como series extranjeras y algunos "reality shows" en donde el uso y abuso de drogas es normal y a veces es un estilo de vida. La realidad puede o no variar, aunque en la mayor parte de las ocasiones la intención radica en exponer éste fenómeno como algo natural.

De esta manera, el crecimiento poblacional y la integración de nuevos valores, además de la modificación de los ya establecidos son propicios para el desarrollo de este aparato de mercado. En este mecanismo de oferta y demanda se explotan las sensaciones de los actores a través de imágenes que

relacionan el uso de drogas con modos de vida decorosos y exitosos en donde se integran componentes psicológicos (imagen de triunfo personal) y sociales (fiestas) que invitan a la ingesta de sustancias como el alcohol.

De tal forma, la diferencia entre padecer clínicamente la enfermedad, observarla como un problema de salud pública y advertirla como un problema social se conjuga en un contexto en donde lo importante es vender cualquier producto, porque al ofertar la sustancia, se vende un estilo de vida, una integración y muchas otras cosas que inciden directamente en el individuo.

Se ha subrayado ya que el consumo de alcohol es un fenómeno que se expresa como parte del contexto social, el cual constituye un elemento de enlace dentro del grupo en el que se presenta por lo que el escenario de consumo juega un papel importante en este fenómeno debido a la existencia de elementos que convergen en el ámbito de la recreación.

Los diferentes ámbitos sociales en los que se desenvuelve el individuo en un tiempo y espacio determinado propician algunos cambios en los procesos de percepción y cognición que se viven a través de los sentidos. Concorre en el individuo un tiempo, un espacio y una sustancia, con lo que se ve, se escucha y se siente en un acto colectivo con un propósito determinado, este propósito refiere esa búsqueda de pertenencia a cierto grupo, de unión al mismo y de la capacidad de inclusión e identidad social asociadas a determinado conjunto en cierto espacio que se presenta en el joven cuando “acepta *rolar* la botella de *Bacardí* con sus amigos del vecindario para ser aceptado en la banda, cuando la niña le exige a su mamá que en su fiesta de quince años haya suficientes bebidas alcohólicas para sus amigos y que no vayan a estar presentes los adultos porque *¡qué oso!*”⁸.

De esta manera, componentes como la imagen, el alcohol y el valor que tiene para muchos como elemento que cuenta con el poder de inclusión y

exclusión permiten entender algunos principios básicos del desarrollo de la enfermedad, en tanto que el consumidor de alcohol, el alcohólico y el alcoholismo se presentan como “una construcción social, un mito, un idioma simbólico, un mercado e históricamente una necesidad social”⁹.

Sabemos que el ambiente social juega un papel crucial en el fenómeno del consumo de alcohol debido a que muchos usuarios refieren una experiencia de abstracción que “facilita” su relación consigo mismos y con los otros, aún cuando contemplan las consecuencias innegables de su uso, así como sus repercusiones en las diferentes esferas del actor. Por lo tanto, el consumo de alcohol se encuentra ligado a la característica farmacológica o no de la droga, al sistema familiar de origen y a la estructura psíquica; aun cuando éste consumo se de en diferentes contextos, la sustancia cuenta con un papel definido en los actores.

En este sentido, el consumo de alcohol tiene una historia interesante en nuestro país que puede concebirse a través del control, con sus características, que se logra sobre ciertos individuos. De cualquier manera, en las esferas sociales no se han podido clarificar las normas sobre el alcohol, la enfermedad y los problemas que de ella se derivan, aun cuando existe el conocimiento innegable del abuso de estos.

Lo anterior representa parte de los sentimientos que aún se tienen sobre las consecuencias del consumo de alcohol, de las contradicciones de un discurso que por un lado trata de prevenir los efectos a corto y largo plazo y por otro favorece el consumo, no solo a partir de un aparato de mercado, sino de los propios espacios de convivencia social de los grupos con los que se justifica el escaso accionar de quienes no son capaces de observar porque han aprendido a vivir constantemente con su tradición. /

Como ya se ha advertido, los dispositivos familiares y sociales que pueden en mayor o menor medida controlar las condiciones necesarias para consumir alcohol y desarrollar poco a poco la enfermedad no son del todo claros, debido a que están inmersos en “una realidad objetiva..... en un proceso social”¹⁰. Por lo tanto el desarrollo de la enfermedad se encuentra inmerso en el pensamiento comunitario como un hecho social.

De tal forma, no es extraño que los eventos, de los más sencillos hasta los más complicados, que festeja el actor (reunión con amigos, una comida con algún conocido, una fiesta de 15 años, la fiesta del santo patrono del pueblo, etcétera,) sean necesariamente dignos de acompañarse con una copa de alcohol.

Este tipo de espacios participan en el desarrollo de la enfermedad y por ello, el tratamiento adecuado para el alcohólico debe incluir la atención de las diferentes representaciones y estilos de vida. Para sustentar esto, se han desarrollado investigaciones e intervenciones desde el campo de la antropología y la sociología que intentan clarificar las condiciones de vida que intervienen directamente en el uso y abuso del alcohol y cómo éste es parte de la propia vida cultural de los hombres.

Es evidente que el fenómeno del consumo de alcohol refiere, para su comprensión y estudio análisis de tipo sociológico, lo cual nos indica por qué es importante atender este complejo problema. Existe una oposición de base en el análisis histórico sobre la importancia y peso específico de las drogas en la historia de la humanidad. “Por un lado, la perspectiva etnobotánica supone una sobredeterminación de las cualidades naturales, químicas, de los vegetales sobre la forma, contenido y dinámica de las organizaciones culturales. De otra parte, desde una perspectiva antropológica, en especial ligada al estudio de las religiones, el poder mágico de las drogas o vegetales en que ellas consisten, es

el resultado de una organización social de los significados en que se estructura el mundo cultural de los hombres”¹¹.

Es comprensible, entonces, que los actores vean, en diferentes ocasiones, en el alcohol una especie de instrumento de pseudoliberación, debido a que a muchos les cuesta trabajo integrarse al sistema social. Con esta actitud, lo único que logran es “evadirse momentáneamente de su realidad, convirtiéndose en chivos expiatorios: enemigos del orden y la convivencia social”¹².

Cualquier persona se encuentra propensa a desarrollar la enfermedad debido a que el consumo de alcohol es parte integral de su propia vida y socialización y porque frente a la falta de alternativas viables de superación, el consumo de alcohol opera como un instrumento de control que maniobra a través de la localización y marginación de quienes el sistema social desea excluir y controlar por otras causas, por su inutilidad, por su improductividad o por su inconformismo.

Por lo tanto, las imágenes que explotan la sensación y gustos de la gente, permiten darle el valor de socialización a alguien a través de la sustancia, pero además sirven como agentes capaces de integrar a alguien a un grupo, o por el contrario excluirlo por su manera de beber.

1.4 El Consumo de Alcohol Ayer y Hoy

La importancia del octli (pulque) se testifica por el papel que desempeñaron en la religión los dioses de la bebida y de la embriaguez, llamados los Centzon Totochtin (cuatrocientos o innumerables conejos), los dioses lunares y terrestres de la abundancia y de las cosechas, así como la diosa del maguey, Mayahuel.

En el México prehispánico, el consumo de alcohol (pulque) se encontraba estrechamente ligado a ocasiones especiales. Esta sustancia era concebida solo como un elemento simbólico que se involucraba con lo mágico y lo sagrado. Por ello, la bebida era venerada y respetada. En este sentido, se creía que toda aquella persona que nacía bajo el signo 2 conejo (ometochtli) se encontraba destinado a ser afecto al alcohol.

“Decían que cualquiera que nacía en ese signo sería borracho, inclinado a beber vino y que no buscaba otra cosa sino el vino, y en despertando en la mañana bebe el vino, no se acuerda de otra cosa sino del vino y así cada día anda borracho y aún lo bebe en ayunas y en amaneciendo y luego se va a casa de los taberneros, pidiéndoles por gracia el vino; y no puede sosegar sin beber vino”¹³.

Entre todos los dioses destacaba la diosa Mayahuel, a quien se representaba vestida de blanco que es el color del pulque, sentada sobre un maguey con sus hojas tiesas ligeramente curvas con espinas en sus extremos. “Era frecuente que junto a ella se pintara una olla de pulque saliendo de su boca la espumosa bebida y traspasada con un flecha que quizá expresaba la idea de castigo, ya que el beber pulque fuera de ciertas ceremonias era tenido por un crimen”¹⁴

Al contemplar la historia de nuestro país, encontramos que el alcoholismo prácticamente no existía en las comunidades antiguas, debido a que la ingesta de pulque (esencialmente) se encontraba limitada a cierto tipo de eventos y personas; además, en el contexto social se encontraban establecidos patrones de regulación y orden que permitían mantener la salud del individuo y el control de los actores a partir de reglas y normas en las que se involucraba directamente la sociedad lo que permitía que el alcoholismo no se presentara como un problema social.

Las sanciones para la transgresión de ese orden, según Velasco, variaban dependiendo la edad y la posición social o religiosa del infractor, podían incluso alcanzar la muerte, “en el caso de los adultos, el rigor de los jueces aumentaba conforme más importante era el culpable. Por ejemplo, la embriaguez pública de un plebeyo se castigaba con una severa advertencia y la vergüenza de llevar la cabeza rapada o la cárcel; pero si el ebrio era noble, lo condenaban a muerte. El mismo castigo correspondía, según la décima ordenanza de Nezahualcóyotl, al sacerdote lujurioso o ebrio”¹⁵.

Sin embargo, a partir de la conquista, las condiciones empiezan a cambiar cuando se promueve la liberación para el consumo del vino (ingrediente de la dieta de los conquistadores).

Los patrones de uso de alcohol ya no pertenecen más al ámbito mágico y ritual; se crea un proceso de desvalorización de las cosas en donde el control sobre el consumo se nulifica y aquello que era sagrado deja de serlo para convertir el uso de alcohol en una forma de control social pero en otro sentido, ya no en aquel que mantenía el orden y el progreso de la sociedad mexicana sino en el que se mantenía la dominación de la raza vencedora y “abolieron los castigos inhumanos; poco tiempo después se verificó un aumento considerable del alcoholismo entre los aborígenes, problemas que las nuevas medidas de control no pudieron frenar”¹⁶.

De tal forma, se principia el olvido del significado propio de la sustancia y se modifican las actitudes frente a la misma. Este cambio en el pensar de la comunidad se desarrolla, de tal manera que en la actualidad el consumo de alcohol no es mal visto como el de otras sustancias, al contrario, es reforzado y aceptado debido a la estrecha relación que tiene con la idiosincrasia cultural del mexicano.

Hoy y en nuestro país, se consume por todas las razones y por ninguna: necesidad, placer, diversión, para “tener mejor sexo”, ligar, divertirse y más, la mayoría de las ocasiones respaldado por el grupo en el que se interactúa. Sin embargo, nos atrevemos a asegurar que la disponibilidad de la sustancia tiene matices más complicados, que si bien es cierto no son la base de este trabajo, es preciso hacer mención porque con ellos se comprenden muchas cosas en relación al alcoholismo.

La disposición del alcohol y las pocas posibilidades de atención para los alcohólicos refieren la inmediata creencia de que las autoridades tienen un interés particular por poner al alcance de todos una sustancia que, siendo parte de la “canasta básica” (irónicamente dicho) de los mexicanos tiene la función de relegar y controlar en toda la extensión de la palabra a las personas que la consumen. Nos atrevemos a asegurar, que esta disposición de alcohol posee la finalidad de ofrecer la sustancia como un lenitivo o como un instrumento para tener distraídos en la embriaguez a muchos actores.

Es claro que muchos experimentadores de drogas ilícitas solamente consumen, marihuana por ejemplo, una sola vez. Es parte de la experimentación y con seguridad no la volverán a usar aún cuando es muy fácil conseguir esta sustancia. Sin embargo, el caso del alcohol es diferente y es que quién consume esta droga no siente la presión social que se puede generar a partir del consumo de otras drogas. Por el contrario, es hasta alentado a hacerlo y no una sino muchas veces después. Con regularidad esa experimentación se vuelve un uso habitual.

En el consumo de alcohol encontramos valores establecidos culturalmente, que son parte de una actitud natural, cualidades que se encuentran expuestas a pocas críticas y muchas alabanzas y a la “idea de que la vida cotidiana esta dominada por el motivo pragmático, el conocimiento de

receta, o sea, el conocimiento que se limita a la competencia pragmática en quehaceres rutinarios ocupa un lugar prominente en el cúmulo social del conocimiento”¹⁷, lo que implica una severa dificultad para intentar dar atención a este problema.

Para entender la actitud que muchos tienen frente al consumo y la permisividad que se tiene sobre éste, es necesario clarificar el contenido del fenómeno mismo, lo que implicaría romper con muchas creencias como la que versa sobre la potencia sexual que se adquiere con el alcohol. Es decir, sabemos que esta droga tenía una finalidad en la época prehispánica y por eso se usaba, también que en la Colonia ejercían un control sobre los conquistados, en la actualidad la finalidad del consumo, indiscutiblemente se encuentra determinada por la socialización, la diversión, la exclusión, etc.

Por eso es evidente que tampoco muchos saben que el alcoholismo necesita un tratamiento, lo cual nos obliga a conocer las prenociones que tenemos para ofrecer mejores alternativas de atención y reinserción porque como sociólogos “estamos un tanto limitados en cuanto a la realidad del sentido común, de aquello que opera como una tradición o como una realidad que se construye socialmente”¹⁸.

En este país, el fenómeno del consumo de alcohol, a través de la historia ha poseído una finalidad explícita que ha asumido consideraciones bien establecidas, donde lo mágico y el control social se han apreciado como diferentes objetivos. Aun así, el alcoholismo como una enfermedad no ha encontrado una respuesta integral probablemente porque no se ha considerado como tal por muchos actores.

Por ello, sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo se comprenden las acciones que el gobierno ha desarrollado sobre el tratamiento y la prevención. Sin embargo, también se entiende que no es fácil integrar un

modelo único para el alcoholismo porque existen establecidas formas de pensar en la comunidad que involucran aquellas tradiciones que no pueden ser cuestionadas y modificadas aun siendo visibles. Estamos hablando de tradiciones en las que no existe un error determinado sino una forma de sentir, pensar y actuar.

En este sentido, existe una evidente contraposición a la manera en como era visto y contemplado el consumo de alcohol. En la actualidad, se vislumbra el alcohol como algo que pertenece a la vida cotidiana, en donde el conocimiento sobre los fenómenos depende de “una forma peculiar de relacionarse con el mundo, con el que se limita a la competencia pragmática en quehaceres rutinarios”¹⁹.

De tal forma, para entender bajo qué condiciones se vislumbra el consumo de alcohol es necesario concebirlo como parte de un proceso de relaciones que se encuentran organizadas en diferentes condiciones. Así, se logra concebir que existen ciertas incitaciones que incluyen a los diferentes fenómenos acaecidos en la sociedad y que para entenderlos se exige la comprensión no de “una disciplina, ni una teoría científica constituida sino una tradición”²⁰.

Por lo tanto, el consumo de alcohol, en la actualidad, se involucra con diferentes costumbres y los medios que han resultado tener mayor efectividad para la restricción del mismo, todavía, son aquellos en los que se tiene una concepción religiosa, en virtud de que el pensamiento sagrado es parte de la vida cotidiana de los actores. Este pensamiento, al igual que en la época prehispanica ha logrado, con sus propias dificultades, incidir en los consumidores de alcohol e incluso en alcohólicos.

Para intervenir sociológicamente en el problema debe considerarse el espacio público y el espacio privado. Para proponer una atención integral se

debe entender que el consumo de alcohol en lo público involucra una forma de pensar en base a costumbres, tradiciones, gustos y ritos; y en lo privado estilos de vida, sentimientos y sensaciones. De esta manera se podrán desarrollar debates completos, que permitan la búsqueda de elementos con los cuales se pueda estudiar el uso, el abuso de alcohol y el alcoholismo.

De tal forma y para comprender mejor la función del tratamiento del alcohólico es necesario proponer un discurso sociológico que involucre muchos aspectos integrados a la vida común de la gente para determinar aquello que no ha sido bien abordado y que es base del razonamiento científico. En definitiva, una alternativa clara de atención para el alcoholismo debe incorporarse a los elementos naturales que existen en las personas, elementos que permitan concebir una forma más completa del desarrollo de la enfermedad, en la cual se aborde a la misma y a los medios en los que se promueve y desarrolla.

Al lograr esto, se estaría más cerca de generar las condiciones apropiadas para analizar las condiciones que le dan vida al consumo de alcohol en dos niveles. En el primero nos encontramos con inconvenientes esenciales que parten de la visión general del problema, que surge y se sustenta en la capacidad reflexiva del actor lego. Es decir debemos de entender esos espacios esenciales de su vida cotidiana como parte del sentido común y del uso de alcohol como mediador de un proceso de socialización. En el segundo nivel apunta a la responsabilidad de la observación de estos fenómenos de vida integrados en los actores legos a través de una observación meramente sociológica.

En ambos casos es evidente el divorcio entre la ciencia y el sentido común debido a que cada uno de los actores concibe de diferente manera su propio desempeño en la sociedad. En ocasiones esta actitud, hace que el actor

lego no contemple como un problema el uso excesivo de alcohol, a pesar de la desaprobación de los que interactúan con él. En el caso de la ciencia existe una evidente obligación por repensar los problemas y dar explicaciones a los mismos. Sin embargo estas explicaciones pueden distar de la realidad del sentido común.

En este momento el consumo de alcohol varía de una persona a otra y en la mayor parte de las ocasiones se identifica a través del exceso. Ha dejado de tener, para muchos, alguna concepción mágica y lo que se ha logrado es encontrar un punto intermedio en el que estamos aprendiendo a vivir con el alcohólico y el alcohol.

De esta manera, el divorcio entre la ciencia y el sentido común se caracteriza, en ocasiones, por una enajenación. Con regularidad, cuando alguien consume alcohol y se pone "impertinente" se establece una distracción que permite no involucrarse y la alternativa es distraernos de él, por lo que "la distracción cortés consiste en simular que uno no ve ni oye; o por lo menos en asumir una postura que indique que uno no ve ni oye y, por sobre todo, que a uno no le importa lo que los demás hacen"²¹.

Esta distracción existe no solo frente al alcoholismo, porque también se presenta con quienes consumen otro tipo de drogas. A pesar de que el uso del alcohol depende de la forma y estilo de vida de cada individuo; la postura que se toma frente a ellos varía de un lugar a otro, de una persona a otra o de un grupo a otro. Es evidente que en ambos tipos de usuarios de drogas legales e ilegales lo que el actor lego proyecta, en muchas ocasiones, es una estigmatización a quien en determinado momento, ve no como un enfermo sino como una amenaza.

No obstante, la figura del alcohólico es parte de la vida cotidiana, del entorno, por lo tanto, más que un problema social, es visto como el resultado

de una sociedad en la que “los hombres producen juntos un ambiente social con la totalidad de sus formaciones socio-culturales y psicológicas”²².

1.5 Alcohol y Leyes

Después de la conquista de Tenochtitlán, el pulque deja de tener un valor sagrado, lo que hace común su consumo entre los naturales. Además los españoles lo utilizan a forma de trueque con los indígenas para que estos trabajen más a cambio de la sustancia. El consumir alcohol en grandes cantidades significa, probablemente, parte de un proceso de evasión de su realidad de invadidos y conquistados.

Las consecuencias son inmediatas y se vuelven cotidianas las imágenes de los indígenas alcoholizados, lo que provoca que el Emperador Carlos I de España expida, el 24 de agosto de 1529 la Ley XXXVII que aparece en la Hoja 192, Título I del Libro VI de la Recopilación de las Indias, denominada “Sobre la Bebida del pulque, usada por Indios de la Nueva España”²³.

En 1594 el rey Felipe II de España y Portugal ordenó que en los pueblos Indios no entrara el vino ni se les vendiera, por el grave daño que resultaba en contra de la salud.

“En 1751 las disposiciones de los antiguos mexicanos impuestas para combatir el alcoholismo, con excepción de la pena de muerte, volvieron a tener vigencia casi igual, durante le virreinato, según el testimonio que dejó Don Diego Téllez Xiron, escribano de su Majestad y Notario del Santo oficio de la Inquisición”²⁴.

El 5 de junio de 1810, tres meses antes de que se iniciara la lucha de independencia en nuestro país, la Real Audiencia de la Nueva España, expide el último de sus bandos que se conoce, y éste versa acerca de los ebrios, las vinaterías, cervecerías, pulquerías, etc.

Con la Independencia, se inició una gran proliferación de la fabricación del pulque, a tal grado llegó esta Industria a ser tan importante, que muchas de las familias que formaron parte de la gran aristocracia mexicana, debían sus fortunas a la fabricación de esta bebida.

En el período comprendido desde el Gobierno de Valentín Gómez Farias hasta el Gobierno de Juárez, no se expidieron leyes antialcohólicas, solo se encuentran algunos reglamentos de carácter administrativo que fijan las condiciones de cantinas y pulquerías, así como licencias para venta de licores.

En 1915, durante el movimiento revolucionario, el General Gildardo Magaña, Gobernador del Distrito Federal, dictó una "Ley Seca" que se encuentra vigente hasta la fecha.

"Después de esta Ley, por un largo período, no hubo en nuestro país otras medidas que reglamentaran el consumo de alcohol, fue hasta 1932, cuando el Presidente Pascual Ortiz Rubio, con intervención del Consejo de Salubridad General, emprendió una campaña antialcohólica"²⁵.

Posteriormente, el General Ávila Camacho, en 1934 expidió un decreto presidencial, convocando a la Ciudad de México a una Asamblea contra el vicio.

En 1960 el Presidente Adolfo López Mateos, dispuso que en los siguientes cinco años, se negarían permisos para abrir expendios de bebidas embriagantes.

El presidente Luis Echeverría Álvarez, dispuso dar un ejemplo a la Nación, no consumiendo en las reuniones de Palacio Nacional, Bebidas Alcohólicas.

El presidente José López Portillo, creó el 31 de marzo de 1981 el Consejo Nacional Antialcohólico, como un órgano colegiado, que a través de

la Secretaría de Salubridad y Asistencia, sirviera para coordinar esfuerzos, examinar propuestas y reunir la iniciativa de dependencias gubernamentales y organismos descentralizados.

Miguel de la Madrid Hurtado, preparo y envió al Congreso de la Unión, la Iniciativa de Ley General de Salud, que previene a la creación del Consejo Nacional Antialcohólico.

Esta Ley, “destaca la importancia de educar acerca de los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigidas a la población que es más vulnerable”²⁶. La Ley General de Salud está facultada para imponer una sanción que va de 1 a 9 años de prisión, así como una multa equivalente a entre 100 y 1000 días de salario mínimo vigente, a quien adultere bebidas alcohólicas con inminente peligro para la salud.

El 21 de junio de 1999, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Consejo Nacional Contra las Adicciones presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana, la cual, con fecha 12 de abril de 2000 y en cumplimiento de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación.

Esta Norma tiene como principal objetivo establecer los procedimientos y criterios para la prevención, el tratamiento y control de las adicciones. La Norma es muy relevante, un autentico avance en la legislación; es un instrumento con el que se pueden definir las reglas de carácter técnico y científico.

Como se ha podido observar, en México las adicciones y los problemas de salud mental han representado una preocupación fundamental del gobierno,

por lo que desde hace muchos años se emprendieron esfuerzos tendientes a reducir la demanda de sustancias adictivas, mediante la definición de políticas de salud, con base a los convenios y tratados internacionales, y a las necesidades y recursos.

En nuestro país las leyes casi siempre se han encaminado al control de la producción, venta y distribución de las diferentes sustancias, sean lícitas e ilícitas. Estas leyes, son un claro reflejo de la respuesta a las peticiones de los grupos sociales. Aunque existen diferentes tipos de leyes, unas religiosas, otras morales y otras judiciales es evidente que su papel en la sociedad, además de incidir directamente en la vida social, también posibilitan el accionar, para bien o para mal, de los diferentes actores sociales.

La ley o las leyes se encuentran ligadas al mundo de lo privado y lo público. En estos dos aspectos, el individuo es beneficiado o por el contrario, sancionado por quebrantar el orden y los lineamientos que contempla cada ley; mismos que fueron realizados por un “común acuerdo” entre autoridades y actores legos. La ley entonces, responde a sentimientos colectivos, a una forma de pensar y actuar por el bien común, sin esta idea, las leyes no serían asequibles ni concebidas.

Por último, todas las leyes han tenido a través de la historia sobre el alcohol y el alcoholismo un papel importante. Lo anterior hace hincapié en la necesidad de controlar, atender y prevenir un problema de salud pública. Esta historia nos indica, que el alcoholismo ha sido visto como un gran problema de salud pública, lo que demuestra que los gobiernos se han preocupado por él.

1.6 Creencias y Realidades del Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol en México varía de un lugar a otro y de una persona a otra. Son cuantiosos también las creencias que se manejan alrededor de la sustancia. Estos evidentes dogmas, se encuentran insertados en muchas comunidades. Es cierto que el alcohol es parte de la tradición, de la cultura y del sentir de la comunidad. En los ritos religiosos de muchos pueblos es necesaria la presencia del alcohol para ser entendidos como parte importante de los mismos. Por ejemplo, en el caso de los católicos, su rito religioso más importante la misa, se acompaña de vino, sin éste la esencia de rito sería diferente.

A pesar de estar insertados en el sentir de la gente, existen otras creencias que, si bien no son compartidas, si pueden ser incluso determinantes en el desarrollo del alcoholismo, con las cuales se determina la importancia que el consumo de alcohol condiciona la imagen de usuarios, abusadores y alcohólicos. En los primeros no existe una dificultad de salud, en los segundos se haya un problema de abuso reflejado en lo social y el tercero determina la fase final de todo aquello que se ha conjugado.

Hay quienes, cuando beben alcohol, “admiran” a quien ha desarrollado en cierta medida un “aguante” al consumo y lo ascienden a una conducta de resistencia ante el alcohol, a un “saber tomar” y “resistir”. El bebedor pocas veces se percata y nunca analiza ciertamente lo que le esta sucediendo a su organismo. En realidad su organismo no hace otra cosa más que acostumbrándose a la sustancia, lo que en términos médico - adictivos significa desarrollar **tolerancia**.

El caso de las mujeres es más complicado, de ahí que el tratamiento también sea escaso para este grupo en particular, y es que, en una sociedad como esta, suele creerse que ellas no pueden ser alcohólicas por su condición

de madre, hija o esposa. Sin embargo, incluso por la misma configuración física, éstas son mucho más susceptibles a desarrollar la enfermedad. La primera concepción de la imagen de la mujer produce mucho daño en esta población puesto que la mujer tiene un papel especial en nuestra sociedad, además por esta carga social existe un veto hacia la imagen de la mujer alcohólica lo cual da por resultado, que ellas acudan en menor proporción a consulta que los varones, todo esto se determina por la representación cultural que se tiene de este sector.

Algo que es muy cierto es que el alcoholismo no se “quita” solo, en el momento en el que el individuo lo decida o mediante “juramentos”, (aunque este remedio para evitar el alcohol funciona para trabajar la abstinencia alcohólica) remedios herbarios o soluciones mágicas. Nada más falso. El alcoholismo, como ya se ha mencionado, es una enfermedad que al desarrollarse no se cura con absolutamente nada. Es decir, un alcohólico puede dejar de tomar, pero siempre será un alcohólico porque al volver a beber no podrá contenerse y seguirá tomando otra vez y muy probablemente corriendo más riesgos que antes.

En ocasiones, se cree que el alcohólico es aquel que solo toma bebidas “fuertes” como los destilados (ron, tequila, mezcal, etc) y se olvida que bebidas como la cerveza, el pulque, el rompopo y los famosos *coolers*, aunque tienen poco concentrado de alcohol pueden ser más peligrosos que los destilados puesto que se ingieren con mayor facilidad.

Pocas veces, al consumir alcohol, por las causas que se produzca, se determina la poca peligrosidad que crea al organismo de manera inmediata la sustancia; por lo que es una realidad que no se puede determinar la línea entre el uso y el abuso y creencias en torno a la bebida y al consumidor como: “yo soy muy hombre y por eso aguanto más”; “No soy alcohólico, alcohólico es el

que esta tirado en las calles”; “Mi hija no puede ser alcohólica porque es mujer” interfieren en la atención y los estudios de los grupos poblacionales porque reducen la posibilidad de buscar alternativas de tratamiento adecuadas para los actores ya sea por desconocimiento o por vergüenza o simplemente porque “el hombre de la calle no suele preocuparse de lo que para él es real y de lo que conoce a no ser que algún problema le salga al paso. Su realidad y conocimiento los da por establecidos”²⁷.

Todavía se escuchan frases como “poco veneno no mata” cuando se esta bebiendo alcohol. Esto es equivocado debido a que, si bien es cierto, el consumidor de alcohol no desarrolla, como con otras drogas, casi inmediatamente una adicción, si se puede involucrar con otras actividades que pongan en riesgo su vida

Otra de las creencias o comentarios que se escuchan con facilidad es aquella que versa así: “cuando estoy borracho manejo mejor”. Por desgracia, para estos bebedores, se ha comprobado a través de numerosas investigaciones, que el simple hecho de consumir una copa de alcohol reduce la capacidad motora de los individuos.

Por último, aunque se que quedan de lado muchas más, existe una creencia explícita con la que se cree que al consumir alcohol se aumenta la potencia sexual. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central y al consumir alcohol, pierde sus inhibiciones y se muestra más “accesible” para realizar el acto sexual; pero las capacidades sexuales no se intensifican sino por el contrario disminuyen. Lo que sucede es que se da un aumento importante en la desinhibición. Cuando se toma mucho alcohol es muy difícil tener, por ejemplo, una buena erección.

El papel que juegan las creencias en cuanto al consumo son fundamentales para fijar el campo de intervención sociológica en el que se

puede trabajar. Es muy arriesgado proponer medidas exactas de solución cuando, como ya hemos visto, el consumo de alcohol involucra muchos aspectos decretados por la imagen del bebedor, la religión y la socialización, por mencionar solo algunos.

“Recordamos que el poder del sentido común sobre la manera en como entendemos el mundo y como nos entendemos a nosotros mismos (la inmunidad del sentido común frente al cuestionamiento, su capacidad para autoconfirmación) depende de la índole aparentemente autoevidente de sus preceptos”²⁸.

Aquellas cuestiones en las que los sociólogos pueden trabajar deben enfocarse a considerar el conocimiento de quienes no entienden el problema y lo interpretan como algo natural debido a la construcción de sus propios esquemas de vida en los que la explicación de los esbozos coherentes se ven limitados porque la realidad del sentido común es mucho más compleja.

1.7 Los Bebedores de Alcohol

Es común escuchar frases como “eres un alcohólico” cuando alguien se encuentra ingiriendo una copa, aunque el alcoholismo es una enfermedad claramente definida (se abordará en el siguiente capítulo). Sin embargo, estamos por iniciar una parte complementaria para la investigación y esta es la que conlleva el análisis sobre los diferentes tipos de bebedores existentes en nuestra sociedad.

Existen diferentes tipos de bebedores y no todos necesitan de un tratamiento a pesar de la cantidad de alcohol que puedan ingerir en una o varias ocasiones, debido a que muchos de ellos solamente consumen bajo ciertas condiciones. Los diferentes tipos de bebedores son los siguientes²⁹:

- ❖ **Abstemios:** Nunca bebe o lo hace de vez en cuando, sin llegar a la embriaguez.
- ❖ **Bebedores moderados o Sociales:** Beben poco y casi siempre en situaciones sociales, casi nunca se emborrachan y no tienen problemas provocados por su manera de beber.
- ❖ **Bebedores Excesivos:** Beben mucho, con frecuencia tiene problemas con las demás personas por la manera en que ingiere alcohol, principalmente con su familia y amistades.
- ❖ **Alcohólicos:** Beben mucho, permanece alcoholizado casi todo el tiempo, ha perdido el control sobre la bebida y esto le origina problemas cada vez más serios con su familia, amigas, amigos en el trabajo o la escuela. Estas personas prácticamente beben para vivir pues si dejan de hacerlo se sienten muy mal.

Es necesario mencionar que el primer grupo de personas, aún cuando no consumen alcohol, con regularidad se encuentran involucrados en su vida con algunas que si lo hacen. Existen muchos casos de personas abstemias (por ejemplo esposas e hijos) que nunca han bebido alcohol pero que participan en grupos de autoayuda en los que encuentran estrategias de afrontamiento para auxiliar a quien bebe cerca de ellos.

Además, cualquier persona puede consumidor alcohol y enfrentarse a las consecuencias de su consumo. Cabe mencionar que muchos de los bebedores de alcohol cuentan con un nivel económico más o menos estable lo que le permite ingerir en diferentes momentos cierta cantidad y calidad de alcohol. Muchos jóvenes son el claro ejemplo del segundo grupo de bebedores. Con seguridad decimos que la bebida más comúnmente usada y preferida es la cerveza y que, pasa en diferentes ocasiones, el día y lugar más

idóneo para comer, beber y divertirse son los fines de semana ya sea en “antros”, cantinas, bares o en la casa de algún amigo.

El caso de los bebedores excesivos es más complejo y es que este tipo de personas suelen con frecuencia tomar alcohol en cualquier momento, no importa el día ni la hora de la semana, lo importante es tener con que comprar alcohol y beber a pesar de los problemas que el consumo de esta sustancia le ocasione con familiares o amigos, en el trabajo o la escuela. La mayoría de estos bebedores, a pesar de sus problemas sienten cierta seguridad sobre la bebida y creen que pueden dejarla cuando ellos quieran.

El alcohólico es aquel que ya ha desarrollado dependencia tanto psíquica como física a la sustancia. Este personaje, en ocasiones, ya no cuenta con un trabajo, ni con una familia que lo apoye (el caso de las mujeres es más complicado y el abandono de los familiares es mucho más frecuente), además muchos de ellos han perdido toda participación social y muchos actores legos los conocen con el nombre de vagabundos o indigentes.

Aun así, todos estos consumidores de alcohol se enfrentan o se han enfrentado a las consecuencias inmediatas de una ingesta excesiva como las crudas o resacas, cuando menos y con accidentes mucho más severos. Por esta razón es importante entender cuáles son las consideraciones y los momentos en los que el bebedor debe ser intervenido.

Lo que queda claro es que el consumidor de alcohol que llega a un estado etílico importante es una especie de figura representativa de nuestra sociedad, puede ser el chivo expiatorio, la excusa perfecta para lograr un presupuesto, la cruz de la familia, el pobre borrachito de la esquina o simplemente el “loquito de la calle”. Pero también es la falta de educación, de orientación, de límites, de oportunidades; es el reflejo de las familias

desintegradas, de la violencia en la familia o parte de la corrupción de las autoridades.

Esta es la imagen de muchos consumidores de alcohol, sin embargo para estudiar y comprender el accionar del sentido común, en este caso a través de la consideración y creación de la figura del alcohólico y del bebedor se debe conocer el “segundo principio de la teoría del conocimiento de lo social que no es otra cosa que la forma positiva del principio de la no – conciencia”³⁰ lo que indica que para considerar la intervención sobre el alcoholismo debemos entender las relaciones sociales existentes, mismas que no pueden ser reducidas a relaciones entre subjetividad animadas de intenciones o “motivaciones” porque ellas se establecen condiciones y posiciones sociales.

El bebedor pertenece a una esfera de interacción en donde no necesariamente quien consume es un alcohólico, aunque en muchas ocasiones este personaje es el resultado de la falta de expectativas y alternativas que son capaces de fomentar la baja autoestima. Es también, el resultado de un proceso simbólico en el que se integran las sensaciones de la sociedad, la familia, las instituciones, el orden y las necesidades inmediatas de los individuos.

La mayor parte de los bebedores son jóvenes, hombres y mujeres, padres y madres de familia, etcétera y en algunos años no necesitarán ayuda profesional porque ya no beberán, habrán desarrollado cierta tolerancia o porque su consumo será más que normal para su grupo de pares. Aun así, su forma de beber y los lugares en los que se empieza a desarrollar y fomentar el alcoholismo son indicadores claros para entender como se bebe en este país.

Esto, debido a que las características particulares de los bebedores determinan, que la atención para el alcohólico y el alcoholismo, debe incluir varios aspectos. Es decir, el modelo adecuado debe considerar connotaciones

médicas, religiosas, tradicionales, culturales, de malestar que se genera a partir de la falta de oportunidades y placer, porque en el caso del alcohol, muchos consumidores beben por el simple hecho de saber qué se siente estar ebrio.

Al reconocer los diferentes tipos de bebedores y la población que se encuentra inmersa en estos; la creación de infraestructura, que incluiría investigaciones permanentes sobre el consumo de alcohol y las tendencias del alcoholismo con su prevalencia, ubicadas en espacio tiempo acordes al desarrollo de cada población, la capacitación y la formación de recursos humanos que aborden la problemática desde diferentes puntos, las medidas de prevención que se dirijan a la creación de estilos de vida saludables, las leyes existentes para el alcohol y el tratamiento que atienda las necesidades de los alcohólicos serán mucho más apropiadas.

De cualquier forma no debemos perdernos porque probablemente esta infraestructura, a pesar de responder a las exigencias de una enfermedad, no encontraría impacto en muchas esferas sociales; ya que la comunidad es una unidad natural, una unidad que por sus orígenes no puede contener errores, lo que probablemente interferiría en la prevención y el tratamiento del alcoholismo.

Lo que estamos insinuando es que a partir de los ejemplos aprendidos a través de la vida en comunidad, se concibe una realidad de hechos y actitudes que se aceptan culturalmente y en tanto pertenecientes al grupo y como parte de su identidad son difíciles de cambiar o se presentan como una realidad difícil de reflexionar, por lo que debemos pretender estudiar y comprender los elementos que nos indiquen el momento adecuado para intervenir y con ello hacer más que una “simple lectura de lo real, aun del más desconcertante, puesto que supone siempre la ruptura con lo real y las configuraciones que éste propone a la percepción”³¹.

Como ya hemos podido observar, existe una diferencia entre un bebedor y un alcohólico, con lo cual no podemos hacer juicios de valor y determinar lo bueno y lo malo que existe alrededor del consumo de alcohol. Lo que podemos hacer es pensar sobre la conveniencia de tomar alcohol y con ello señalar que el alcohólico no es un vicioso, mañoso o irresponsable (aunque éste sea un discurso popular).

Se trata de tomar a profundidad el problema del consumo de alcohol que desarrolla alcoholismo, porque como ya lo hemos planteado, el alcohol es parte importante de un proceso de socialización en el que encontramos medios de comunicación, imágenes y el placer de muchos individuos. Con ello se razonara el papel que juegan las autoridades, los ciudadanos y el alcohólico como una figura, tal vez hasta representativa de la cultura en México.

Al amalgamar las características existentes en los bebedores a través de los espacios de consumo, los motivos del mismo, el significado y su finalidad se podrá considerar una reflexión sobre lo importante que es conocer a profundidad el desarrollo del alcoholismo en nuestro país, lo cual se reflejará si no en una amplia inversión de recursos económicos si en el estudio y la promoción de la atención de este problema de salud como un problema social. No es pues un problema que parta del principio de atención y respuesta de las instituciones, sino del papel que juega esta droga legal como parte de nuestros estilos de vida.

Para tener mayor claridad sobre los usuarios de alcohol, es necesario conocer aquellos instrumentos que dan fe de la magnitud de dicho fenómeno. Estos instrumentos de vigilancia epidemiológica hablan no de un problema de alcoholismo enorme, pero si de un severo problema de consumo de alcohol que es la puerta de entrada al uso de drogas de mayor impacto como la

cocaína, la mariguana y otras de nueva creación con importantes repercusiones en la salud.

A partir del conocimiento de las diferentes estrategias que se han implementado para atender el uso de esa droga llamada alcohol es posible obtener elementos, aunque sea escasos, sobre la conformación paulatina de esa construcción histórica del alcoholismo, así como de la preocupación de la que ha sido objeto en diferentes momentos y que involucra conceptos religiosos, éticos y sociales, con sus restricciones y castigos.

En la actualidad el consumo de alcohol sigue teniendo, en algunos casos significados religiosos. Aun así, los motivos por los cuales las personas ingieren esta sustancia han cambiado a través de la historia. Sin embargo, aunque su abordaje ha sido clínicamente satisfactorio, es más entendible como una enfermedad que se genera en el contexto social porque se ubica en un contexto sociocultural determinado.

Para plantear bien el análisis y la presentación de los modelos mencionados, así como el funcionamiento de los mismos y la importancia que estos tienen en su organización, la recuperación de enfermo y la atención de la familia debemos no hacer juicios de valor absurdos que posibiliten el no llegar a ningún lado, para lo cual intentamos romper con las prenociones con las que contamos sobre el problema que nos aqueja porque “las opiniones primeras sobre los hechos sociales se presentan como una colección falsamente sistematizada de juicios de uso alternativo”³².

Esta perspectiva es importante pues delimita el ámbito en el que, de acuerdo con este trabajo, la concepción del alcoholismo encuentra resguardo y aceptación. Por lo tanto, este trabajo lograra plantear las bases sobre lo importante que resulta para la atención del alcoholismo en las diferentes instituciones. Para lograrlo debemos establecer en el análisis una observación

de segundo orden, de lo contrario “las reglas establecidas fijan el límite de la investigación, y mientras que la conducta de los actores es retratada de modo determinado y convincente, los orígenes o convenciones se dejan ocultos en el misterio, y tal vez incluso como necesariamente inexplicables”³³.

Debemos ir más allá de la primera observación y establecer responsabilidades en donde se entienda en niveles a: la sustancia, al consumo, a los actores, a la existencia del tratamiento y a la necesidad de empezar a aprender a vivir con el alcohol. Aunque esto a veces escapa de la visión del lego y dificulta la acción del investigador sobre los fenómenos sociales es necesario entender que probablemente las acciones que permitan fortalecer y dar atención a los problemas sociales parten del análisis del sentido común.

Así, proponemos pensar la construcción social de la realidad del consumo de alcohol, del alcoholismo y de su tratamiento de manera diferente. Con estos postulados se puede pensar en la limitación que este problema tiene como resultado de una conducta permitida, establecida y apoyada socioculturalmente.

“.....Inventaron el modo de hacer el vino de la tierra; era mujer la que comenzó y supo primero agujerar los magueyes, para sacar la miel de que se hace el vino y llamábase Mayahuel, y el que halló primero las raíces que echan en la miel se llamaba Pantecatl”

Rafael Velasco

“Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo”

CAPÍTULO II

Alcohol y Tendencias de Consumo; Alcoholismo: Enfermedad y Problema Social

2.1 Sobre el Alcohol

El alcoholismo es un problema social que parte de uno de salud, por lo que de ahora en adelante, el estudio se encontrará dirigido a presentar de manera muy precisa que es el alcohol como una sustancia tóxica, el alcoholismo como una enfermedad y las tendencias del consumo de las bebidas alcohólicas (es decir, el panorama epidemiológico).

Se debe hacer una pausa para exponer de forma integral cuestiones para muchos desconocidas; con ello se podrá redirigir el camino que nos llevará inevitablemente a pensar y entender por qué la necesidad de darle un peso más importante al consumo de alcohol y al alcoholismo y a las instituciones que ya se han mencionado. A partir de este momento, como primer punto, se explora el mundo de la sustancia y sus efectos en el organismo, las secuelas inmediatas y a largo plazo de la ingesta y los problemas derivados de su uso en alcohólicos y bebedores.

Se incluye una aproximación al panorama epidemiológico, es decir la presentación estadística del consumo para interpretar la magnitud del problema con la finalidad de sustentar la necesidad de dar más apoyo a instituciones como las que presentaremos más adelante. Por último se analizarán los resultados de la ingesta en el ámbito social, es decir, las repercusiones que de manera directa se enlazan con el consumo de alcohol, lo que permitirá reforzar el estudio del tema.

La palabra alcohol proviene del árabe “alkuhl”³⁴, que se refiere a algo sutil, al espíritu del vino. Este “espíritu” es justamente una droga depresora del Sistema Nervioso Central. El alcohol, ingrediente químico de todas las bebidas como el ron, el brandy, el coñac, el whisky, el mezcal, el vino, el pulque, la cerveza, etcétera, es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Aunque existen muchos alcoholes, el que puede ingerirse en las llamadas bebidas alcohólicas es el alcohol etílico.

Se trata de una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico por su acción germicida. En otro contexto, se le puede clasificar como alimento, ya que contiene calorías, pero no tiene ningún valor nutritivo.

Las bebidas alcohólicas se obtienen de diversas fuentes de azúcar mediante el proceso de fermentación. La cerveza, por ejemplo, proviene de la malta o cebada germinada, el vino de las uvas, el whisky de ciertos granos como la cebada, el centeno, la avena y la malta y el ron de la melaza de la caña de azúcar.

Los licores fuertes sufren un proceso ulterior, el de la destilación, que produce una mayor concentración de alcohol por lo que las bebidas como el vodka, la ginebra, el whisky, el brandy, el tequila y otras muchas se llaman

bebidas destiladas. Estas últimas prácticamente carecen por completo de valor alimenticio. Las que provienen exclusivamente de la fermentación, en cambio, poseen el valor nutritivo que les dan sus otros ingredientes.

La cerveza contiene carbohidratos y proteínas que son dos de las tres principales categorías de alimentos; también ciertos minerales indispensables para el cuerpo humano como el fósforo, calcio, hierro, potasio y manganeso, e igualmente algunas vitaminas como las que integran el complejo B, principalmente la riboflavina (B2) y la niacina³⁵. Puede concluirse que la cerveza, bebida que además proporciona unas 470 calorías por litro, tiene un considerable valor nutritivo.

El vino es también un alimento líquido que proporciona entre 600 y 1000 calorías por litro, dependiendo de su contenido de azúcar. Aporta algunas vitaminas, como la C, la C2 o vitamina P, la B2 y la PP, y también ciertas sales minerales en su forma asimilable como es el caso de la cerveza, pero prácticamente carece de proteínas comparado con esta última³⁶. En conclusión, cabe decir que las bebidas obtenidas por fermentación (principalmente la cerveza, el vino y el pulque) son verdaderos alimentos nutritivos y las destiladas no.

El consumo de alcohol induce tolerancia (lo que comúnmente se conoce como “aguante” o “saber tomar”) como los barbitúricos y otras drogas. Esta tolerancia o acostumbramiento se debe al aumento de la cantidad y actividad de la deshidrogenasa alcohólica (enzima que metaboliza al alcohol).

Los efectos agudos del alcohol, además de manifestarse de manera privilegiada en el sistema nervioso, también se expresan en el resto del organismo. En cantidades moderadas aumenta la frecuencia cardíaca, dilata los vasos sanguíneos en brazos, piernas y cara, lo que produce cierta sensación de calor y por lo cual, quienes consumen alcohol, se ponen “colorados”.

Otro de los efectos conocidos del alcohol es la estimulación de la producción de orina (diuresis). Parte de esta reacción se debe a las grandes cantidades de agua que usualmente se ingieren con el alcohol, y por otra parte, a la depresión de la producción de hormona diurética liberada por el hipotálamo que regula la eliminación de agua por el riñón³⁷.

Estos son los efectos de dosis moderadas de alcohol; en este caso, el daño es limitado, excepto en mujeres embarazadas, en las que el alcohol puede afectar al feto y producir retraso mental irreversible que se conoce como Síndrome Alcohólico - Fetal. Además, el consumo de grandes cantidades de alcohol daña al corazón (trastornos del ritmo cardíaco e incluso insuficiencia cardíaca) y al hígado, cuya consecuencia es la cirrosis, a causa de las células hepáticas (lo que significa menor producción de bilis), que conlleva una mala digestión de los alimentos (indigestión), pérdida de peso, constipación, etc.

El alcohol es una droga depresora (a diferencia de lo que muchos creen) que actúa directamente sobre la célula nerviosa. Aun así, una gran cantidad de personas le atribuyen a la sustancia una especie de acción que los estimula porque durante el consumo de las primeras copas se excitan, haciéndolos generalmente más sociables. Es decir, en casi todos los espacios de convivencia social funciona como un elemento "socializador".

A pesar de este efecto en el consumidor de alcohol, es evidente el desconocimiento de las reacciones del alcohol en dosis moderadas. 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, alegre, desinhibido, en pocas palabras se vuelve más sociable. Sin embargo, lo que en realidad sucede es que el alcohol, deprime los centros nerviosos que controlan la conducta mediante la inhibición de los impulsos y la adecuación de las respuestas ante los estímulos del medio. Es decir, en términos médicos libera

los mecanismos desinhibidores del sujeto impulsándolo a hacer cosas que sin la sustancia no se atrevería.

Cuando una persona ingiere una bebida embriagante, el 20% del alcohol es absorbido inmediatamente a través de las paredes del estomago. El otro 80% es procesado un poco más lentamente y también se absorbe, desde el intestino delgado, para circular en la sangre, pero es necesario notar que las cantidades asimiladas no necesitan prácticamente de una verdadera digestión.

Cuando la velocidad de ingestión es demasiado apresurada y se toma a un ritmo acelerado con el cual el hígado no digiere todo el alcohol, las consecuencias inmediatas se presentan de tal forma que “se dificulta la coordinación muscular y el equilibrio, se obstaculizan las funciones cerebrales superiores (el juicio, la memoria y la inteligencia) y se puede llegar a un estado de intoxicación que ponen en peligro la vida”³⁸ Es decir, el sujeto empieza a tener problemas de coordinación motora y de habla con lo que tiene dificultades para sostener un vaso, sostenerse en pie y al hablar se le dificulta la coordinación de las ideas y arrastra las palabras.

La ingestión prolongada de grandes dosis de alcohol, causa en muchas ocasiones del alcoholismo, puede producir daño estructural en órganos como el corazón, el cerebro y el hígado, entre otros. El alcohol produce toxicidad directa en el músculo cardíaco, produciendo alteraciones del ritmo y hasta insuficiencia cardíaca congestiva. Los efectos en el hígado se aprecian en varias fases que conducen a la cirrosis. Al principio, la acumulación intracelular de grasa, después una fase inflamatoria, seguida de muerte celular que provoca cicatrices. El tejido fibroso de estas cicatrices interfiere aun más con la función de las células hepáticas que quedan.

Como una primera etapa de los resultados de consumo de alcohol se muestran las consecuencias antes señaladas. Sin embargo, es claro que no

todos los bebedores son alcohólicos, aunque en el diario vivir se manejen frases como “eres un borracho o alcohólico”, cuando alguna persona se encuentra en estado de ebriedad. Por ello, los pasos reconocidos, según Velasco, “por los que cursa un bebedor (no un alcohólico) son los siguientes”³⁹:

- **Primera Etapa:** *El sujeto se ve relegado, comunicativo, sociable y desinhibido. Parece Excitado.*
- **Segunda Etapa:** *Conducta esencialmente emocional, errática. Pobreza del juicio y el pensamiento. Problemas sensorio motrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y el equilibrio).*
- **Tercera Etapa:** *Confusión mental, tambaleo importante al caminar, visión doble, reacciones variables del comportamiento: miedo grave, agresividad, llanto, etc. Serías dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se dice.*
- **Cuarta Etapa:** *Incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia en la orina, estupor, aproximación a la total inconsistencia.*
- **Quinta Etapa:** *Inconsistencia, ausencia de reflejos. Verdadero estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.*

2.2 Panorama Epidemiológico Sobre el Consumo de Alcohol

2.2.1 Encuesta Nacional de Adicciones 2002

La Encuesta Nacional de Adicciones 2002, es un proyecto conjunto del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y la Secretaría de Salud, cuya finalidad es generar información epidemiológica a

nivel nacional acerca del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, entre la población de 12 a 65 años. Adicionalmente busca identificar los patrones de consumo de las sustancias referidas entre las personas entrevistadas, relacionando este fenómeno con los factores que eventualmente las pueden condicionar, como el sexo, la edad, el nivel de escolaridad y de ingresos entre otros.

Dentro de la temática que cubre la ENA-2002 destaca:

1. La historia de Migración de las Personas
2. Consumo de tabaco, alcohol, opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos, anfetaminas, marihuana, cocaína, inhalables y otras drogas.
3. Situaciones por las que ha pasado la población a raíz de su consumo y la opinión acerca del tema.

Objetivo General del Estudio:

1. Contar con una base de información epidemiológica sobre las características del uso de diversas sustancias entre la población de 12 a 65 años a nivel nacional, así como lo concerniente a los patrones de consumo predominantes entre la población entrevistada, relacionando esas condiciones con los factores sociodemográficos y económicos de las personas.

Los objetivos específicos fueron:

1. Establecer la historia migratoria del entrevistado y el lugar de nacimiento de sus padres.
2. Investigar el consumo de tabaco y alcohol, así como el patrón observado al respecto y su uso en los últimos doce meses, haciendo énfasis en el mayor consumo observado y la frecuencia.

3. Conocer que experiencias se han padecido debido al uso de alcohol.
4. Obtener información acerca de la ayuda solicitada con relación a problemas surgidos por el consumo de tabaco, drogas y bebidas alcohólicas.
5. Conocer la opinión de las personas entrevistadas respecto a la gravedad del uso de tabaco, alcohol y otras drogas.
6. Investigar la asistencia a cursos preventivos sobre el consumo de alcohol.

Según el informe ejecutivo de la Encuesta Nacional de Adicciones, existen⁴⁰ en el país 32, 315, 760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12, 938, 679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones.

En la población rural adulta, el consumo per cápita se estimó en 2.728 litros. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre 30 y 39 años (8.339 litros) en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades el mayor consumo fue reportado por el grupo entre 40 y 49 años, en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad.

Más de tres millones (3, 522, 427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población de este grupo. El consumo en la población urbana alcanza 35% (1, 726, 518) de la población

masculina y 25% (1, 252, 712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer; en la población rural el índice de consumo es menor 14.4% (543, 197), 18% (357, 775) en los varones y 9.9% (185, 422) en las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres.

La cantidad modal de consumo por ocasión es de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales, en segundo lugar aparece el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas.

El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza a este grupo de población, sin embargo, 10.5% de los hombres urbanos y 4.7% de los rurales reportaron consumir con patrones que incluyen altas cantidades de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo) esta conducta se observó en 3.4% de las mujeres urbanas y 0.9% de las mujeres rurales.

En la población urbana existen 13, 581, 107 hombres (72.2% de la población urbana masculina) y 10, 314, 325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio; en la población rural hay 543, 197 bebedores más, 357, 775 (18.9%) varones y 185, 422 (9.9%) mujeres.

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9%) de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de 5 copas o más al menos una vez por semana(12.4%), en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con cinco copas por ocasión (4.8%). Cabe hacer mención que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo este patrón.

2.3 Encuesta Nacional de Estudiantes 2000⁴¹

Desde 1976, el **Instituto Nacional de Psiquiatría** y la **Secretaría de Educación Pública** han venido realizando mediciones epidemiológicas sobre el uso de sustancias adictivas en la **población estudiantil y media superior**, lo que corresponde a las escuelas secundarias, preparatorias y técnicas a las que asisten jóvenes, principalmente de **12 a 19 años** de edad. El objetivo es conocer las cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectados por el consumo de drogas, así como proporcionar las bases para el desarrollo y evaluación de los programas de prevención del **Sector Educativo**.

Se ha llevado a cabo **tres encuestas nacionales**, en **1976, 1986 y 1991**; además, fueron realizados estudios específicos de los escolares de la **ciudad de México** en el periodo de **1976 a 2000**, mediante encuestas cada dos o tres años. La última se realizó en 2000 en estudiantes de 16 delegaciones políticas.

Para el Distrito Federal se encontró que el 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 31.9% lo ha consumido en el último mes. Al analizar este consumo por género, la población masculina (34.0%), resulta más afectada que la femenina (29.9%), aunque la diferencia porcentual es pequeña. En cuanto al nivel educativo, en secundaria el 22.6% de los adolescentes ha consumido alcohol en el último mes. Para las escuelas de educación media superior, este porcentaje se duplica, de manera que en las escuelas técnicas el 50.1% de los adolescentes han bebido alcohol en el último mes, y en los bachilleratos el 43.4%.

En cuanto a la edad de los adolescentes, al igual que con el tabaco, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menor a la mitad de los que tienen 18 años o más. Asimismo, la mitad de los adolescentes de 17 años han bebido alcohol en el último mes, aún cuando son menores de

edad. Se presenta un consumo ligeramente mayor de alcohol (4.2% más en el consumo actual) en los adolescentes donde el jefe de familia tiene una escolaridad de secundaria o mayor, con relación a los adolescentes cuyo jefe de familia tiene una escolaridad de primaria o menor.

Las delegaciones políticas más afectadas por el abuso de bebidas alcohólicas son; Álvaro Obregón (23.1%), Benito Juárez (25.7%), Cuauhtémoc (24.6), Gustavo A. Madero (26.1%) e Iztapalapa (25.7%). Estas delegaciones muestran un porcentaje superior al promedio del Distrito Federal. Los resultados indican que 21.4% de los estudiantes consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes. Porcentaje similar al reportado en la encuesta pasada.

2.4 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones⁴²

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), al igual que otros sistemas de vigilancia genera datos para el estudio y prevención para el fenómeno de las adicciones. Su objetivo es: mantener un diagnóstico actualizado y periódico de los indicadores de salud relacionados directa e indirectamente con el uso del alcohol, tabaco, y otras drogas ilícitas y médicas que permite informar a los tomadores de decisiones en el país, así como establecer estimadores nacionales, capaces de ser comparados internacionalmente.

Establecido desde 1990, en la Dirección General de Epidemiología (DGE), el SISVEA se instaló en ese momento en ocho ciudades de la frontera del norte de nuestro país y desde entonces ha permitido identificar cambios en los patrones de consumo, grupos de riesgo, nuevas drogas y factores asociados con el uso y el abuso del tabaco, alcohol, drogas ilícitas y médicas bajo tres

estrategias, en donde se recaba información de indicadores directos e indirectos.

La primera estrategia denominada información continúa es proporcionada por instituciones que abordan el problema de las adicciones desde diferentes aspectos como son el médico, social y jurídico. Entre éstos se encuentran: centros de tratamiento gubernamentales y no gubernamentales; Consejo Tutelar de Menores; Clínicas de Tabaco; Servicio Médico Forense y Procuraduría General de la República. Los datos son recolectados a través de cédulas específicas diseñadas de acuerdo con los registros habituales de cada institución u organismo, lo cual la hace factibles en operación, se minimizan las actividades y tiempos. La frecuencia del reporte es mensual.

La segunda estrategia, denominada puesto centinela en el que se obtiene información de las consecuencias individuales y sociales del abuso de drogas a través de los servicios de urgencias.

Por su complejidad, la frecuencia de reporte establecida es de una semana cada semestre en la denominada semana típica en la cual se recaban datos de siete días, las 24 horas, de todo paciente que demande este servicio, de tal forma que se puede asociar la morbilidad y principalmente las lesiones por causa externa asociada al uso de drogas. Este periodo de levantamiento de información corresponde a una semana que no sea de temporada vacacional o días festivos. Las fuentes de obtención son: los servicios de urgencia de hospitales de instituciones como Cruz Roja, IMSS, ISSSTE, entre otros.

En cuanto a la tercera estrategia, denominada encuestas continuas, se refiere a la realización de encuestas probabilísticas y no probabilísticas con las que es posible evaluar la prevalencia del tabaco, alcohol y otras drogas, conocimiento sobre actitudes y prácticas en población general, hogares,

lugares de trabajo, escuelas y otras que por su nivel de riesgo son seleccionadas.

Hasta estos momentos, el SISVEA está operando en 25 ciudades distribuidas en 18 estados del país y ha buscado consolidar un sistema local, regional y nacional, para cumplir con sus objetivos y funciones primordiales.

A diez años de haber iniciado, se ha evaluado su desempeño permitiendo conocer, de manera objetiva, fortalezas y logros obtenidos así como las debilidades que obstaculizan un funcionamiento más eficiente.

El Sistema contempla un componente de autoevaluación que permite adaptarlo a las circunstancias del país y su mejoramiento, manteniéndose constantes indicadores básicos que permiten evaluar las tendencias.

En los centros gubernamentales se observa que el consumo de alcohol como droga de inicio durante el periodo del año 1991 (17.4%) al año de 1995 (17.8%) se mantiene con pocas variantes, y es a partir del año 1996 al 2000 que casi se duplica. Cabe señalar que mientras en 1991 ocupaba el tercer sitio como droga de inicio, de 1999 a 2000 ocupaba la primera posición. Como droga de uso actual se observa que de 1991 a 1995 se mantiene en pocas variantes y del año de 1996 al año 2000 disminuyó de 8 a 7.2%.

En los centros no gubernamentales el comportamiento en el consumo de alcohol como droga de inicio se observa que del año de 1994 a 1997 desciende en forma considerable, de 36.4 a 22.8% para incrementarse nuevamente de 1998 (26.7%) al año 2000 (30.4%) manteniéndose en primer lugar de droga de inicio desde 1994.

Para el 2000 en los centros gubernamentales fue la droga más comúnmente reportada como droga de inicio (32.1%), pero como droga de uso actual ocupó el cuarto lugar (7.2%). En centros no gubernamentales ocupó el

primer lugar como droga de inicio (30.4%) y el segundo lugar como droga de impacto (15.6%).

2.5 Sobre el Alcoholismo

La Secretaría de Salud⁴³ menciona que el alcoholismo se asocia con por lo menos 5 de las 7 principales causas de mortalidad en nuestro país, con la muerte de mas de 20 mil mexicanos por cirrosis hepática de origen alcohólico al año y con la dependencia de tres millones de mexicanos a la sustancia y con otros tres millones que beben con un patrón de abuso.

Como sostuvimos en el apartado anterior, no todas las personas que consumen alcohol y llegan al estado de ebriedad son alcohólicas ya que “el alcoholismo es una alteración conductual crónica, manifestada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en exceso de los usos dietéticos y sociales de la comunidad y hasta el punto de interferir con la salud del bebedor o con su vida económica y social”⁴⁴.

Otra definición señala que el alcoholismo es “un estado psíquico y usualmente físico, resultado del consumo de alcohol, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen la compulsión para consumir alcohol en forma continua o periódica con objeto de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar las molestias de su ausencia; la tolerancia puede o no estar presente”⁴⁵.

Aunque el Doctor Macnus Huss en Suecia⁴⁶ ya la consideraba como una enfermedad desde 1849, el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1953 le dio esta categoría, pues reúne los requisitos de un padecimiento humano que puede ser identificado, diferenciado de otros, diagnosticado, pronosticado, tratado, rehabilitado y prevenido dentro de los principios fundamentales del modelo médico.

La Organización Mundial de la Salud⁴⁷ considera al alcoholismo una enfermedad porque el conjunto de fenómenos derivados de la pérdida de control llena todos los requisitos que la medicina exige para considerar como enfermedad a determinado conjunto de signos y síntomas: “1. tiene una historia natural; 2. hay un cuadro clínico perfectamente identificado y similar para todos los individuos que lo padecen; 3. hay una etiología (causas); 4. una fisiopatogenia (el desarrollo de los factores fisiológicos y patológicos subyacentes a la enfermedad); 5. un pronóstico; 6. un esquema terapéutico integral y 7. una serie de estrategias para su prevención”⁴⁸.

Por otra parte, “las fases avanzadas del alcoholismo se relacionan con alteraciones mortales serias y daño cerebral irreversible, menor resistencia ante las infecciones, anemia, mayor tendencia al sangrado y gastritis crónica, el alcohólico grave es más propenso al cáncer, y más aun si fuma (hasta 15 veces más)”⁴⁹.

Otro signo particular del alcoholismo son los periodos de amnesia con alteración profunda de la memoria y de la conciencia que puede durar desde algunos momentos hasta varios días. El sujeto puede estar con alguien toda una noche y al otro día no recordar nada. Esto es lo que popularmente se conoce como lagunas mentales.

Esta pérdida de control es consecuencia de una dependencia psíquica y física al alcohol que el individuo ha desarrollado por consumirlo en forma frecuente y excesiva durante cierto tiempo y por una predisposición, genéticamente determinada, para la adicción a sustancias.

La dependencia física es otra singularidad del alcoholismo. Aparece como consecuencia del consumo crónico de cantidades importantes de bebidas o al otro día de una gran borrachera. El síndrome de abstinencia es similar al que ocurre con otros agentes depresores, aunque con algunas diferencias. El

síndrome aparece entre 12 y 72 horas posteriores a la última copa (cruda). Este síndrome solo se puede controlar de manera inmediata al ingerir nuevamente alcohol, lo cual permitirá que el individuo no sienta tanto el malestar, por lo que con frecuencia al sentir los primeros síntomas la gente se toma un “levantamuertos” o un “revividor”.

En el caso de dependencia leve, el síndrome de supresión consiste en: alteraciones del sueño, debilidad, náusea y temblores finos que duran algunas horas. Cuando la dependencia es más severa, estos signos también aparecen, pero anunciando los más graves: un cuadro de temblor generalizado, crisis convulsivas y el llamado *delirium tremens*, síndrome que incluye alucinaciones (la gente habla de cosas que no existen) y temblores. Este síndrome de abstinencia es más grave que el producido por narcóticos, pues el riesgo de muerte es mayor.

Brailowsky señala que este síndrome se ha dividido en varias etapas⁵⁰:

1. Se inicia algunas horas después del último trago y se identifica por la aparición de temblor de intensidad variable: desde ligero hasta severo como para impedir que el sujeto sostenga un vaso. El temblor suele acompañarse de náusea, vómito, ansiedad, taquicardia, hipertensión, exageración de los reflejos, pérdida de apetito y alteraciones del sueño.
2. Puede aparecer a las 24 horas de la supresión alcohólica, con alucinaciones (visuales, auditivas, táctiles, o una combinación de ellas), al principio solo con los ojos cerrados y después hasta con los ojos abiertos. Hasta ese punto el sujeto no ha perdido la orientación y la introspección y las alucinaciones pueden ser reversibles. Si estas persisten se considera que se alcanzó la *alucinosis alcohólica*.

3. Aparece desorientación, delirio, alucinaciones persistentes que pueden adquirir un carácter persecutorio y aterrador. El sujeto se muestra febril y extremadamente cansado. Este cuadro aparece cerca del tercer día de abstinencia y es el que se considera como el delirio de la abstinencia alcohólica o *delirium tremens*.
4. Hay crisis convulsivas generalizadas. Si el paciente no muere se puede recuperar entre 5 y 7 días, sin tratamiento. Sin embargo, estudios electroencefalográficos y neuropsicológicos han demostrado que los déficits pueden perdurar varios meses. Se piensa que crisis repetidas de abstinencia, aunadas al envenenamiento pueden producir daños irreversibles.

Es difícil determinar el momento preciso en el que una persona ya ha empezado a desarrollar la enfermedad, más aun cuando no se tiene conocimiento de las características de la misma. Sin embargo, en occidente se puede observar ciertas particularidades comunes a este proceso tanto individuales como sociales, por lo que los síntomas son visibles cuando las personas que consumen alcohol experimentan sensaciones de alivio o relajación al ingerir licor.

Asimismo pueden mostrar rasgos de inseguridad, de dificultad para resolver estados de depresión, angustia o frustración. Esta es solo una parte, que involucra lo individual, pero es también importante contemplar los rasgos que de la cultura influyen porque en muchos casos existe una presión social para beber y sentimientos de culpa por esta conducta. El momento exacto para determinar que una persona médicamente ya es alcohólica es delicado. Sin embargo, es más reconocible cuando existe por lo menos la incapacidad de detener su consumo, a pesar de la opinión de terceras personas, cuando ya se ha probado la primera copa.

Cabe decir que, como una enfermedad crónica degenerativa no se puede hablar de alcoholismo si no se ha llegado a ciertas etapas en las que ya se ven los síntomas característicos de la dependencia como cuando se da la ingesta excesiva pese a la desaprobación general. En este sentido ya existe un verdadero estado de farmacodependencia (alcohol – Dependencia).

Además, existen importantes factores sociales que pueden facilitar la inducción del alcoholismo o disminuir su incidencia. La actitud de la sociedad ante la bebida influye claramente sobre la incidencia del alcoholismo, pero también es evidente que ésta enfermedad no es una característica de la población que menos recursos económicos tiene. La enfermedad se encuentra en diferentes esferas económicas. Es cierto que muchos actores sociales beben alcohol barato y de baja calidad, pero también la gente que esta en un nivel económico más alto bebe alcohol. En conclusión, al final lo que se esta bebiendo es alcohol y este es el principio clínico de la enfermedad entre ricos, pobres y miserables.

De esta manera el alcoholismo puede ser estudiado desde diferentes ángulos. 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, el retorno a la vida normal y la prevención que intenta evitar la aparición de nuevos casos son sólo algunos de ellos.

Finalmente Velasco⁵¹ señala los diferentes tipos de alcoholismo que se han podido clasificar:

- **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 aun de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica de consumo de alcohol. Afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

- **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).
- **Alcoholismo Gama:** en este tipo de alcoholismo, de mayor gravedad, sí hay dependencia física y psicológica con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida. El bebedor puede dejar el alcohol durante semanas y aun meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control. Según Jellinek, esta 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.
- **Alcoholismo Delta:** aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo gama, el sujeto no puede abstenerse de beber ni aun por unos días. Se presenta el síndrome de abstinencia. Esta forma de alcoholismo es más común en los países cuya fuente principal de alcohol ingerible es el vino.
- **Alcoholismo Epsilon:** es el alcoholismo periódico, también llamado dipsomanía. No debe confundirse con el tipo gama que tiene también periodos de abstinencia.

Definitivamente y debido a que el alcoholismo no es una adicción que se desarrolle tan rápidamente como con otras sustancias, podemos identificar a una persona cuando ya presenta problemas por su SÍNDROME DE DEPENDENCIA, el cual puede ser reconocido, recuperando mucho de lo que ya se dijo, de la siguiente manera:

Cambios Conductuales⁵²

1. El patrón de ingestión de alcohol no coincide con las costumbres de su medio.
2. La cantidad de alcohol que la persona ingiere le asegura mantener cierto nivel sanguíneo.
3. La ingestión de alcohol se incrementa a pesar de sus consecuencias perjudiciales (reforzamiento negativo).

Cambios Subjetivos

4. Pérdida de control, es decir, incapacidad para detenerse una vez que se inicia la ingestión de alcohol.
5. Apetencia intensa por el alcohol.
6. Atención centrada en la bebida.

Cambios Psicobiológicos

7. Presencia de signos y síntomas de abstinencia.
8. Mejoría de los síntomas al beber nuevamente.
9. Tolerancia al alcohol.
10. Desarrollo del síndrome de dependencia después de un periodo de abstinencia.

2.6 Alcohol y Problemas Asociados

El resultado de las investigaciones que se han desarrollado desde el punto de vista médico presentan detalles desconocidos para la mayoría. Esta interacción de la sustancia con el SNC[†] implica un conocimiento interno de algo que no se ve, pero se siente y que difícilmente se cuestiona. Sin embargo, las consecuencias de la ingesta en términos de lo social implica problemas mucho más severos.

Los sistemas de vigilancia demuestran la preocupación que se tiene sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo debido a que este fenómeno ocurre con mayor frecuencia en las etapas productivas de la vida lo que con evidencia repercute en la vida laboral y la estabilidad económica del sujeto y la familia; aunque también existe la posibilidad de que, aunque no se trabaje se consuma alcohol, por ejemplo muchos jóvenes dependientes económicamente de los padres. La mayoría de los bebedores fuertes y de los dependientes están integrados a la fuerza de trabajo. Cabe mencionar que, quienes provocan más problemas en el ámbito laboral no son los alcohólicos sino aquellos que sin serlo, bebieron en exceso o en circunstancias de riesgo en las que se suponía no debían hacerlo.

Algunos estudios transculturales⁵³ realizados en México y en E.U. reportan que México presenta tasas mas altas de consumo poco frecuente en grandes cantidades que E.U. (24 y 6% respectivamente), así como tasas menores de consumo frecuente en bajas cantidades (3 y 12% respectivamente). Igualmente, en nuestro país también se observan tasas más altas de ingreso a salas de urgencia con pruebas positivas de alcohol en la sangre (21 y 11% respectivamente). Lo anterior sugiere que en México una proporción importante de los problemas derivados del abuso de alcohol son

resultado de practicas inadecuadas de consumo por parte de individuos no dependientes, pero que abusan de las bebidas alcohólicas.

Los estudios⁵⁴ efectuados en poblaciones que acuden a establecimientos especializados de tratamiento como el CAAF del Instituto Nacional de Psiquiatría muestran que, en su mayoría, quienes acuden son subempleados y casi todos han recibido tratamientos con anterioridad. Asimismo, estos estudios reflejan no sólo una mayor prevalencia del problema entre los hombres, sino una menor afluencia de las mujeres alcohólicas hacia los servicios especializados. Ocho de cada diez pacientes han recibido tratamientos previos, lo que resalta la importancia de proponer opciones terapéuticas diferentes y más efectivas.

Los estudios indican también que la inclusión de la familia en el proceso terapéutico potencia los efectos de éste. A pesar del grave problema de salud pública que representa el alcoholismo y el abuso del alcohol, en nuestro país son pocos los alcohólicos que solicitan ayuda.

Las investigaciones señalan⁵⁵ que sólo una de cada tres personas que presenta dependencia del alcohol opta por solicitar ayuda para tratar de solucionar su problema. Otras investigaciones han documentado la forma en que las familias tienden a ocultar el problema por un tiempo significativamente mayor que en otros países, con un costo elevado para la salud y el bienestar tanto del enfermo como de su familia.

La información⁵⁶ de los grupos de ayuda mutua reportada por el SISVEA, proporcionada por 63 centros de A.A. que incluyo a 1729 personas, la mayoría de ellos varones (93.3%) mostró que 25% acudió por decisión personal, mientras que 63.8% fue llevado por amigos o familiares. El 93.8% de la muestra reunía los criterios de dependencia del alcohol habiéndose

iniciado en el consumo en edades tempranas(entre los 15 y los 19 años) en el 43% de los encuestados.

Entre éstos, las bebidas de preferencia fueron los destilados (42.8%) y el alcohol de 96° (29.3%). El género juega un papel importante en el uso de servicios de tratamiento. Así, las mujeres con problemas relacionados con el consumo de alcohol, a diferencia de los hombres, prefieren acudir a las unidades de medicina familiar o a dispensarios localizados en su comunidad, mientras que los varones asisten más frecuentemente a grupos de autoayuda.

Por su parte⁵⁷, la asociación entre la violencia doméstica y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas es frecuente; 29% de las mujeres adultas que habita en las zonas urbanas del país, y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta, relacionada con el consumo de alcohol en 60% de los casos.

La vulnerabilidad de los bebedores a morir bajo los efectos del alcohol se han evidenciado a través de diversos reportes, uno de ellos, proporcionado por el SISVEA, a partir de los datos del SEMEFO⁵⁸ (Servicio Médico Forense). En él se evidenció que la sustancia asociada con mayor frecuencia a las muertes por lesiones externas fue el alcohol. Las causas de defunción se asociaron principalmente con heridas por armas de fuego e intoxicación (26.6 y 16.6% respectivamente), y sucedieron en la vía pública en 60% de los casos. Asimismo, según el SISVEA, podemos esperar que uno de cada cuatro homicidios y uno de cada tres suicidios se relacionan con la ingestión del alcohol.

Los estudios clínicos y las encuestas⁵⁹ entre la población muestran que el consumo excesivo de alcohol se asocia con frecuencia a los padecimientos mentales, especialmente la depresión y algunos trastornos de la personalidad. Investigaciones llevadas a cabo en México indicaron que 9% de las personas

que consumía bebidas alcohólicas en exceso padecía un orden afectivo, y que la cifra aumentaba a 18% al considerarse los casos de dependencia. Las proporciones para los trastornos de ansiedad fueron de 15 y 35%, respectivamente.

La cirrosis alcohólica⁶⁰ manifiesta la consecuencia final de los daños producidos por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, y constituye motivo de especial atención como un indicador epidemiológico del problema y de sus enormes y graves efectos en la salud de la población. Dentro del conjunto de causas de defunción, tradicionalmente se ha considerado a la mortalidad por cirrosis hepática como uno de los principales indicadores del consumo excesivo de alcohol.

Si bien la sobremortalidad⁶¹ en México puede estar relacionada con infecciones hepáticas o con deficiencias nutricionales, es un hecho que la mortalidad por cirrosis asociada con el abuso de alcohol se encuentra en ascenso. Esta última aumentó en 72% en la población masculina y en 13% en las mujeres, entre 1970 y 1995. Durante el mismo periodo la mortalidad por cirrosis hepática asociada a otras causas disminuyó en 33% entre los hombres y en 20% en las mujeres.

Para 1998⁶² la cirrosis hepática representa 2.9% del total de años saludables perdidos por enfermedades en el país. El consumo de alcohol, a su vez, significó 1.6.% del total de años de vida saludables perdidos, mientras que para 1999 las enfermedades del hígado representaron la quinta causa de muerte en la población general, con 27, 040, de las cuales 13, 417 ocurrieron como consecuencia de enfermedad alcohólica del hígado, con una tasa de 11.5 casos por cada 100, 000 habitantes. La zona central del país presenta una elevada tasa de mortalidad con relación a otras áreas, específicamente los

estados productores de pulque, algunos de los cuales presentan bajas condiciones de desarrollo, con escasos niveles de saneamiento ambiental.

Cabe hacer notar que, entre todas las causas de cirrosis, el abuso de alcohol se asocia en 75% de los casos, y que las personas con daños hepáticos previos, problemas infecciosos o nutricionales, tienen mayor probabilidad de sufrir de este padecimiento.

2.7 Entre lo Público y lo Privado

El alcoholismo es un problema público y privado en el que se involucran un importante número de personas, muchos de ellos enfermos, otros codependientes y muchos otros que integran el grupo social. Frente a esta gama de personas, se debe indicar cuál es la importancia de las instituciones que ya hemos mencionado, por ser éstas fundamentales en el tratamiento del alcohólico.

A continuación intentaremos determinar como las prácticas de consumo y el alcoholismo es capaz de convertirse en un problema social complejo en el que se involucra no solo el individuo sino todo la sociedad. Es decir, nos adentraremos a cuestiones que expongan la necesidad que se tiene por comprender más ese problema de salud que se convierte en un problema social.

En el consumo de alcohol se contemplan aquellas actividades que el individuo realiza en dos niveles: el espacio público y el privado. Dado que el consumo de alcohol y el alcoholismo se generan en estos ámbitos se puede decir que cada uno refiere una actitud o actividad sobre algo que se desea o se necesita. Es decir, encontramos un rol de actividades en las que la satisfacción sobre las necesidades inmediatas determinan las actitudes.

De esta manera, el sujeto involucra en su accionar una gama importante de relaciones que de una u otra manera infieren en la vida de los demás. Es aquí en donde el individuo ejecuta una serie de actividades enfocadas, a cubrir sus propias necesidades concibiendo las reacciones que sus actividades puedan desencadenar, debido a que su espacio de vida se encuentra inmerso en el espacio de vida de los otros. Esto es indiscutible, aún cuando las actividades se den en el plano de lo privado.

Siendo el sujeto necesariamente un ser social, su vida cotidiana es parte de las sociedades en las que se involucran diferentes formas de sentir y de pensar y en ellas se desarrollan paralelamente unos y otros, por lo tanto se necesita encontrar el equilibrio que permita conservar la existencia social, para ello se debe entender que cada persona tiene la obligación de saber que su vida es parte de la vida del otro; porque se requiere de una armonía en los grupos sociales para sobrellevar el respeto de la vida pública y la vida privada.

Estos espacios de vida refieren características diferentes que se entrelazan en algún momento, cada uno cuenta con partes propias en donde el individuo es capaz de hacer y ser de diferente manera en los dos medios. En el espacio privado se vive como se quiere con sus propias normas y sanciones; en el otro espacio se vive, también con normas y sanciones. Estos espacios cuentan con límites entre uno y otro; lo privado deja de serlo cuando aborda lo público, lo público deriva e incide en la acción de lo privado. Sin esta relación la vida no sería asequible porque "dentro del espacio que los dos términos delimitan, desde el momento en que este espacio es ocupado totalmente a su vez, ellos se delimitan mutuamente, en el sentido de que la esfera pública llega hasta donde empieza la esfera privada y viceversa"⁶³.

Cuando los grupos sociales se dan a la tarea de hacer más llevadera la vida en comunidad se dan cuenta de la importancia del orden en la vida

pública, por lo que empiezan a acotar la labor de los individuos como seres particulares. En el caso del consumo de alcohol y el alcoholismo existe una evidente conducta sobre los involucrados. El bebedor de alcohol se justifica a través de un gusto, de un espacio o de un ritual, el sujeto en sí es capaz de consumir alcohol en lo "clandestino", solo en casa sin afectar a "nadie".

El alcohólico refiere un problema más complejo; si bien es cierto, este personaje tampoco "le hace mal a nadie", sí forma parte de un desequilibrio familiar porque arrastra un pasado inmediato que ha sido representado por severos problemas en cuanto cuestiones sanitarias y medidas de atención.

Tanto con el bebedor como con el alcohólico, aquello que es ciertamente privado se convierte en un problema; en ambos, existen ciertas acotaciones ya que "aumentando la esfera pública, disminuye la privada y aumentando la esfera privada disminuye la pública: una constatación que generalmente es acompañada y complicada por juicios de valor contrapuestos"⁶⁴.

Es claro que los esfuerzos de los diferentes gobiernos contemplan la aplicación de las acciones a la razón de la importancia del interés público por el interés privado. Los diferentes fenómenos sociales deben, para su estudio, contemplarse desde esta visión. Las actitudes particulares deben estar regidas por el derecho que todos tienen a la tranquilidad y a la vida en orden. Incluso, parece necesario contemplar la necesidad de anteponer, desde lo privado, el sentir de la comunidad.

Esto significaría la supresión de muchos beneficios privados que tendrá que encontrar eco en la comunidad probando la necesidad de la restricción del placer de lo privado. Entonces, se justifican las diferentes acciones ejecutadas desde los gobiernos por una razón: el orden social. El alcohol y el alcoholismo como un problema público sería, de esta manera, la no transgresión del orden

comunitario a partir de la intervención directa en la vida privada (probablemente desde aquí se sustente la aplicación del alcoholímetro en el Distrito Federal).

Esta idea es una necesidad explícita y, al parecer, hasta obligatoria, ya que es difícil no saber de alguien que no haya consumido en alguna ocasión alcohol, de quien en una noche de farra le salió lo valiente y se lidio a golpes con otro, o conocer de algunos casos en los que la familia “harta” y cansada de las penas que pasa por el comportamiento de uno de sus integrantes ebrio o alcohólico decide alejarse de él.

Cuando esto ocurre, las consecuencias se reflejan de inmediato en el sistema de salud, de justicia, en gasto social, etcétera. Se encamina hacia una etapa en la que las instituciones públicas deben “dar respuesta a las demandas que provienen del ambiente social o, de acuerdo con una terminología común, de convertir las demandas en respuestas”⁶⁵.

Es un caso bastante complicado porque para limitar los daños que produce el alcohol en el organismo y el alcohólico en la sociedad se tendría que contemplar una intervención de limitación y si se quiere de prohibición en la esfera privada. Esto quiere decir que, el sujeto se encuentra restringido por su propio derecho a la salud en su vida y a la salud en su entorno. De hecho, cada individuo tiene tantas obligaciones como derechos, solo que los derechos incluyen ciertas obligaciones aunque estas no estén escritas.

En la actualidad, el alcoholismo es una enfermedad que se intenta conservar en lo privado. Las familias difícilmente aceptan que el padre, la madre o cualquiera de los hijos están enfermos. Las relaciones entre ellos y los daños suelen ser escondidas por pena o por obligación. Sin embargo, el alcoholismo (aunque se pretenda que ese secreto no salga de la familia) rebasa

la esfera de lo privado al interrumpir el orden de una comunidad a través de la vida social de los integrantes de la familia del alcohólico.

Cuando la enfermedad traspasa esa efímera esfera privada, las consecuencias son más severas, ya que el tratamiento profesional para el enfermo implica un gran costo emocional y económico, que de ser residencial costaría aproximadamente ciento treinta mil pesos por seis meses.

Siendo esta una investigación sobre algunas instituciones para el tratamiento de los alcohólicos, es evidente que estas cantidades económicas pueden limitar el accionar de los gobiernos.

Esta es sólo una de muchas cuestiones que permitirán entender cómo el tratamiento para el alcohólico se encuentra con muchas carencias. Es extraño, pero ahora que se concibe mejor este problema se entiende que el consumo de alcohol y el alcoholismo son fenómenos que se registran en lo privado y que siempre se reflejan de manera importante en la vida pública.

En este sentido, es bueno entender que los gobiernos están obligados a proponer y establecer leyes encaminadas a mejorar el funcionamiento social por lo que antes de presentar los modelos de tratamiento para alcohólicos es necesario presentar algunas leyes que se han desarrollado a través de la historia en nuestro país con las cuales se ha tratado de atender al problemática. Estas leyes, en esta idea del orden público, deben ser elementales para responder a las necesidades de la sociedad. No se pueden concebir de otra manera.

El gobierno cumple con diferentes encomiendas para la preservación del orden en la comunidad. Las funciones de éste no se encuentran limitadas exclusivamente a atender los problemas que se ven y que ponen en riesgo la estabilidad del sistema social. Por ello, es claro que todas las acciones en cuanto a la regulación de las cosas deben estar justificadas por la idea del

orden y la preservación de los derechos de los individuos. Por ello, el individuo deja de tener, en cierta medida, importancia en el estilo privado. El individuo es concebido como un todo por la importancia que tiene en la vida.

2.8 ¿Qué Representa un Alcohólico?

El alcohólico es el proceso final de la ingesta excesiva de alcohol. También es el representante natural de una sociedad permisiva del propio consumo debido a que todos los individuos se encuentran desde muy tempranas edades con la posibilidad de consumir aquello que es prohibido y promovido en diferentes contextos, variados motivos y que no puede faltar en toda ocasión por lo que el ciclo de alcoholización de los actores se genera rápidamente.

Claro que no todos los consumidores de alcohol se vuelven alcohólicos, aunque muchos de ellos no salen ilesos del encuentro con la sustancia. Es indiscutible la relación que existe entre los accidentes, actos de violencia, muerte y el uso de esta droga. Las consecuencias sociales, económicas y médicas son muy conocidas, sin embargo es imposible medir el dolor de la gente enferma y de las familias por los sufrimientos desencadenados.

Aun cuando la gente padece los efectos del alcohol y sabe de la reacción violenta, depresiva, alegre y sucia de quien bebe exageradamente, es indiscutible que la droga de moda entre los adolescentes, los mayores, padres o madres, no es ni la *mota*, ni la *coca*, ni el *chemo* o las pastas y los sistemas de vigilancia epidemiológica lo exponen con gran claridad, por lo que ya conocemos las tendencias del consumo de alcohol en la población de este país.

A pesar de ello, lo que sigue inquietando, aunque la mayoría de ellos aun no se encuentran inmersos en la vida laboral,(por los datos de la ENE*) y porque dentro de algunos años muchos de ellos necesitaran tratamiento, es el

gran consumo en población joven que se caracteriza por la búsqueda de un sentido de pertenencia e identidad haciendo de ésta la principal droga de inicio.

Sin embargo, para entender el papel de los consumidores de alcohol, sean jóvenes, niños o viejos, debemos hacer una lectura a fondo de la información y los resultados que se han presentado con anterioridad. Esto servirá como un referente para entender la estructura e importancia del tratamiento y su organización. Para mucha gente, el alcohólico no es más que un bebedor irremediable que consume alcohol por mero placer. Es un hombre que se encuentra inmerso en una eterna borrachera por “loco”, por “necio” o porque “ya no tiene remedio”, es —entre los jóvenes— la viva imagen de algo “que nunca serán”.

En este momento retomaremos algunas consideraciones que le darán sustento a la exposición y conocimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, mismos que servirán como un previo acercamiento para considerar aún mas la importancia de las instituciones que son motivo de esta investigación.

Como se ha podido observar el consumo de alcohol es algo normal, mucha gente ha padecido sus consecuencias y probablemente le restan importancia en cuanto a los daños que ocasiona en su salud y entorno porque esta droga es legal y porque el proceso de adicción puede variar de un sujeto a otro en tiempo y espacio y porque además la adicción al alcohol no se desarrolla tan rápidamente como en el caso de la cocaína o la heroína.

El aumento de su uso es importante y se refleja por ejemplo en la gran cantidad de mujeres que ahora consumen alcohol, en un patrón de abuso. En este sentido, con seguridad, esta población (sobretudo en poblaciones urbanas) liga su consumo a su concepto de liberación e igualdad de oportunidades,

validos por cierto. En la mayor parte de las ciudades industrializadas en las que la mujer ha adquirido importantes espacios laborales, los patrones de consumo no son del todo tan estrictos y severos como en las poblaciones rurales en las cuales el consumo de alcohol es más escaso en mujeres porque en la mayor parte de las ocasiones este consumo es una característica casi propia del hombre.

Sin embargo, en ocasiones es probable que esta igualdad se malentienda y las mujeres, al compartir los mismos patrones de conducta, se encuentran propensas a desarrollar la enfermedad más rápido, ello porque existen condiciones físicas, psicológicas y morales que interfieren de manera directa. Sabemos que la mujer, corporalmente tiene más grasa y por lo tanto es más difícil metabolizar y eliminar el alcohol de manera rápida, de ahí que el ritmo de consumo para la mujer sea de una copa cada dos horas, a diferencia del hombre en el que, sin problema alguno, puede beber una por hora sin alcoholizarse.

Este factor interviene directamente en los problemas a los cuales se enfrentan las mujeres cuando solicitan (en el caso de hacerlo) ayuda en diferentes lugares porque las diferencias psicológicas, fisiológicas y socioculturales de género con regularidad no se encuentran contempladas en las alternativas de tratamiento ya que estas se encuentran pensadas para los varones.

En todo caso, la mujer alcohólica representa una población diferente que figura una parte importante para el funcionamiento de la sociedad por lo que se debe considerar la posibilidad de integrar un tratamiento exclusivo para mujeres alcohólicas porque a pesar de las diferencias de género, la investigación social y la atención de la salud tradicionalmente se ha enfocado

en los hábitos de consumo de los varones por lo que es necesario considerar las condiciones y necesidades especiales de las mujeres las cuales incluirían:

- Salud Reproductiva, incluyendo la posibilidad de atender a los bebés adictos
- Aquellas cuestiones que condicionan la idea de la mujer alcohólica debido a que hay quienes creen que “una mujer decente no bebe”
- Atención de sus muy particulares problemas psicológicos
- Cuidado de sus pequeños hijos⁶⁶

Esto pensando en la infraestructura con la que se puede contar en algunas de las ciudades más importantes del país. El caso de las comunidades rurales es más complejo tanto para las mujeres que beben alcohol o son alcohólicas como para las que son esposas de una persona alcohólica, debido a que la atención es más escasa y regularmente se encuentran inmersas en actos de violencia psicológica y física por parte de su pareja que suelen ser vistos con normalidad. Al respecto Miranda señala que “La violencia física conyugal es aceptable cuando se utiliza en su contra para corregirlas, pero no es aceptable cuando no existe una justificación, cuando la agresión física es excesiva (que cause heridas que sangren y hagan perder el conocimiento) o cuando la pareja golpeadora se encuentra bajo los efectos del alcohol”⁶⁷.

Otro de los elementos que se debe considerar a partir de los resultados de los diferentes sistemas de vigilancia tiene que ver con la posibilidad de atención médica para el alcohólico. En la Ciudad de México existe una gran infraestructura para la atención de la salud de la población. Sin embargo existe, en este momento, una escasez explícita para prestar servicios a alcohólicos salvo algunas excepciones entre privadas y públicas.

De tal forma, que si en algunos años las tendencias tanto en hombres como en mujeres se mantienen en esta directriz de crecimiento, es probable que en un futuro no muy lejano, las pocas instituciones que ayudan a alcohólicos se vean rebasadas en su capacidad, además para las mujeres, a saber que en este momento no existen muchas alternativas exclusivas para su tratamiento, en años venideros tendrá más dificultad esta población. En el caso de las zonas rurales, el alcoholismo se desarrolla casi exclusivamente en los hombres y en muchas ocasiones los centros de salud son limitados, por lo que es necesario apoyar e impulsar la creación de grupos de ayuda mutua en las diferentes localidades.

El consumidor de alcohol y el alcohólico también representan un desgaste de las esferas sociales en las que se desenvuelve tanto por lo complicado de su enfermedad como por los cuadros de violencia, abandono e irresponsabilidad que se entrelazan con este personaje.

Aunque cada sujeto cuenta con una concepción diferente de la imagen de quien en algún momento fue el tipo gracioso, peleonero y simpático de una borrachera; este personaje se llega a concebir y criticar no por su forma de beber sino por lo indecente que resulta la exhibición de su fisiología y esta exhibición muestra “una desnaturalización por el tóxico, un desenmascaramiento de la animalidad tan cuidadosamente envuelta en el ropaje de la humanidad”⁶⁸. Probablemente esta es la idea del extranjero de Bauman. Es decir, la persona que bebe alcohol no es un problema hasta que se sale de control su manera de beber y por ello se relega o se mantiene alejado de cierto grupo. Esta es una percepción análoga de ver al alcohólico en muchos actores, es decir el alcohólico no es un enfermo, ni un padre o una madre, es simplemente un ente al que hay que relegar.

El alcohólico es más que una cifra o una imagen simbólica de quien se recarga en una esquina. Es una persona que económicamente resulta muy complicada atender porque necesita atención profesional y de otro tipo acorde a sus necesidades y a las de su familia que deben considerar elementos de acción que permitan dar un giro a su vida y a la de las personas más cercanas. Para lograrlo se deben entender tres partes indispensables que surgen a partir del primer acercamiento con la sustancia: la primera, es el daño que el alcohol le produce al organismo, al sujeto en sí; la segunda, el daño que el alcohol produce al sujeto y que a la vez desemboca en el grupo social en el que éste se desenvuelva y la tercera, la necesidad de encontrar un mejor estilo de vida.

El enfermo alcohólico suele figurar en una familia como padre o madre, es el hermano, el tío, el abuelo, etc, suele ser también el proveedor del sustento económico, el trabajador, el joven con problemas personales, etcétera: es el responsable directo de la desintegración de muchas familias, el resultado de una familia desintegrada, el generador de la violencia familiar, el responsable de muertes y accidentes, es la falta de oportunidades, el resultado de una mala educación, de la falta de límites, de una pésima orientación, es el inicio y el fin de muchos problemas, en fin, es mucha gente.

En la actualidad, el alcohólico está bien aprisionado entre varios discursos especializados, mientras que hace varios decenios se le percibía dentro de la perspectiva solemne y globalizadora del azote social. Existe el médico que habla de sus enfermedades, el juez que sanciona su delincuencia y sus excesos de velocidad, el patrón que deplora la mala calidad de sus servicios profesionales, el cónyuge que acusa en nombre de la familia.

El alcohólico también personifica el fin de la búsqueda de identidad de algunos jóvenes porque en su momento fueron coparticipes de la vida representativa de su grupo de amigos. Esto podría explicar aún más por qué de

la edad de inicio del consumo de esta sustancia es cada vez más baja (entre 11 y 13 años) y los índices de consumo per cápita además de aumentar ponen en entredicho los valores heredados a las nuevas generaciones⁶⁹. Así, mientras hace tiempo, el consumo de alcohol y el alcohólico eran parte de una cultura diferente, ahora esto es parte de una desatención, de una liberación o es una consecuencia innata de nuestro desarrollo.

Además, como ya se ha mencionado, de manera errónea mucha gente cree que sólo la gente pobre se vuelve alcohólica. Hemos mencionado que esta enfermedad se produce en todas las esferas sociales, aunque mucha de ésta sustancia sea consumida por una población económicamente activa que se encuentra inmersa en las clases trabajadoras y asalariadas del país. En todo caso, el alcoholismo infiere directamente en los problemas familiares, escolares y sociales.

Cabe mencionar que los resultados de los sistemas de vigilancia epidemiológica pueden leerse más allá de las causas biológicas y psicológicas que propician el desarrollo de la enfermedad. Un factor determinante para la adicción tiene que ver con el punto de vista sociocultural, en el que se conjugan hábitos inadecuados en el patrón de uso de alcohol.

Aun cuando existe una relación entre los valores y los estilos de vida es evidente que todo alcohólico empezó a consumir alcohol, cómo todos, por curiosidad, para sentirse más adulto y maduro y ser reconocido en su grupo de amigos, para vivir nuevas experiencias, para evadir las crisis existenciales y para muchas otras cosas que confluyen parcialmente como factores influyentes. Por ello, el poder de sociabilidad que se le atribuye al alcohol solo se encuentra presente en quien es capaz de beber bajo control, en el consumidor excesivo o alcohólico no funciona así.

Las personas que se envuelven de manera directa o indirecta con las consecuencias del uso de alcohol cuentan con un empleo, una familia, un proyecto de vida. Son hombres o mujeres, madres y padres de familia, son el ejemplo a seguir. Sin embargo, el sufrimiento que se vive no es cuantificable porque no existe un “sufrimiometro” que explique lo que sienten y queda en todos los involucrados.

A pesar de que el alcoholismo es una enfermedad declarada por la OMS, ésta no cuenta con la capacidad de atención que tienen otras enfermedades. Aquí se encuentra una pequeña contradicción y si se quiere una conclusión anticipada que queda a modo de pregunta, ¿un alcohólico puede solicitar incapacidad en su trabajo por causa de su enfermedad? O mejor dicho ¿un alcohólico puede ser incapacitado por su sufrimiento?. Aunque en esta lógica de salud sería una obligación, evidentemente la respuesta es no.

Esta contradicción nos ubica más allá de los resultados inmediatos del alcohol en el SNC; nos encontramos inmersos en una problemática en la que se desarrolla una tríada incluyente llamada alcohol – sujeto – medio; los problemas, como ya se han presentado, son evidentes. Existe una estrecha relación entre la persona alcoholizada o el alcohólico y quienes le rodean, y en esta relación se involucran muchas y muy variadas dificultades o consecuencias que van desde la necesidad de contar con el apoyo familiar hasta la violencia, la escasez de recursos económicos y la misma desintegración familiar.

La ingesta de alcohol se relaciona más con problemas sociales y son más impactantes que los problemas que se derivan de la ingesta de otras drogas. Puesto que el alcohol es una droga permitida y con funciones sociales establecidas, los índices de consumo siempre se encontraran muy por encima de las drogas ilegales, aunque éstas tengan un mayor impacto en el organismo

importante concebir e imaginar el sufrimiento de una persona tanto físico como psíquico. El daño también es evidente en los familiares de los mismos. Probablemente esto no diga nada, pero muestra la necesidad de contar con modelos de tratamiento y rehabilitación adecuados y con programas preventivos del uso de alcohol por lo que es imprescindible compartir la experiencia, profesional o de vida, de quienes han estado inmersos en el problema del alcoholismo.

La enfermedad al interrumpir muchas de las funciones productivas del sujeto y en términos de costo social y económico produce un importante impacto en la economía de las familias y de este país. Así, las repercusiones se presentan más severas al entender y observar al alcohólico no exclusivamente como un enfermo sino como ya lo hemos mencionado, un padre de familia, un hermano, una madre, una hija, un abuelo, etcétera.

Los efectos en el individuo que utiliza excesivamente alcohol son importantes y los medicamentos no tienen la capacidad de aliviar los males del alma, aquellos que se producen cuando un padre golpea a su esposa e hijos, cuando una madre se olvida de su bebé, cuando un ebrio choca su auto con el de una familia, cuando se forza una relación sexual, cuando al otro día lo único que queda es decir “juro que no vuelvo a tomar”, cuando las esperanzas se pierden y el rencor se fortalece.

Por otra parte, el poder adquisitivo de quienes toman grandes cantidades de alcohol, ¿les alcanzará para en determinado momento pagar un tratamiento en instituciones como Oceánica o Monte Fénix? en las que la rehabilitación cuesta entre 150 y 190 mil pesos. Aunque muchos puedan hacerlo, la mayoría de nosotros no podría. Por ello, estamos obligados a buscar otro tipo de alternativas para el alcohólico, lo cual nos lleva a asegurar que, a muchos

alcohólicos si les alcanza para recurrir a centros como los grupos de A.A. y a instituciones como el CAAF.

Si el alcoholismo pudiera atenderse exclusivamente con medicamentos, el consumo de alcohol no tendría que ser trascendental y no significarían mucho las prácticas inadecuadas del consumo, ni existiría la necesidad de contar con tratamientos adecuados para la rehabilitación del enfermo; tampoco importarían todos aquellos que niegan su enfermedad y le dan vuelta a los problemas que tienen, ni la familia codependiente que cree que el alcohólico es su cruz y que ya no tiene remedio, ni la mujer que es abandonada por su esposo e hijos cuando es alcohólica, porque estaríamos abordando un problema particular, es decir sujeto – sustancia en el cual exclusivamente el daño se reflejaría en el individuo.

El fenómeno del alcoholismo se puede leer más que como un simple problema de salud y las tendencias del consumo se pueden leer más que como simples números que muestran el grado de ingesta de la población mexicana, lo que no quiere decir que no sean importantes, al contrario, son el sustento para entender aquello que resulta de vital importancia y cuestionar otras cosas que obligaran a replantear el trabajo que se ha desarrollado en prevención y tratamiento.

Por todo lo anterior, se puede concluir lo siguiente: los servicios sanitarios, especialmente en Atención Primaria, prestan asistencia a las intoxicaciones agudas por alcohol, enfermedades orgánicas y psíquicas en las que interviene el alcohol, accidentes y traumatismos relacionados con él, así como múltiples problemas psiquiátricos, familiares y sociales.

El alcohólico personifica la mayor parte de accidentes de tráfico, laborales, domésticos, en ellos se encuentra presente en la ideación suicida y en varios trastornos de comportamiento, así como en lesionados de riñas,

malos tratos y agresiones familiares, en cuadros convulsivos, dolores abdominales, cefaleas, agotamiento de familiares "que no pueden más", demandas de ingreso en instituciones cerradas por falta de soporte social, avisos de auxilio por las fuerzas de seguridad, interacciones con medicamentos, en fin, se involucra con casi todo lo relacionado con el vivir cotidiano.

Se han dado pasos importantes para este trabajo. El primero ha consistido en identificar al alcohol como sustancia, con todas sus propiedades físicas y como algo que ha existido siempre; el segundo, ha resultado en la obligación de conocer al alcoholismo como una enfermedad y no cómo una desviación con causas morales y finalmente, el tercero a través de los sistemas de vigilancia epidemiológica ha radicado en observar el comportamiento del consumo de alcohol en nuestro país y su estrecha relación con los problemas de tipo social, además de presentar una lectura que se encuentra más allá de los números que estos sistemas de vigilancia arrojan.

En este sentido y amalgamando los diferentes datos se cuenta con bastante información para identificar características propias del alcohol que permiten emparejar los efectos inmediatos que pueden presentarse en la persona usuaria. Asimismo, se ha hecho la aclaración sobre el tipo de droga que es: el alcohol es un depresor del sistema nervioso central y no un estimulante. Por otra parte, se han determinado las diferentes fases o etapas que se presentan en la conducta de un bebedor cuando consume alcohol de manera irresponsable.

En el presente trabajo, se entiende al alcohólico como una persona que ha desarrollado la dependencia física y psicológica al alcohol, que repercute en lo individual y social y que cuenta con la necesidad de un tratamiento integrado.

Ahora, la principal preocupación, es determinar las expectativas y la importancia, por inferir en diferentes espacios, del tratamiento para los alcohólicos. Sin embargo, queda decir que aun existiendo tratamientos, no todos se adecuan a las necesidades de los individuos como entes particulares ya que como hemos visto, las mujeres alcohólicas (por el simple hecho de ser mujeres y por tener características naturales diferentes a las de los hombres) deberían de contar con uno específico y especializado. Sin embargo en la mayor parte de las ocasiones el tratamiento es el mismo.

A continuación nos dedicaremos a presentar por separado la forma de operar de los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.) y el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Este último con servicios de atención no residencial profesionales que pertenece al Instituto Nacional de Psiquiatría. No se trata de determinar si uno u otro es mejor por el simple hecho de prescribir medicamentos. De hecho la intención radica en mostrar las estructuras de los modelos. Presentaremos entonces, las dos alternativas más importantes de atención, su organización, sus carencias y lo importante que resultan para nuestra sociedad estas dos organizaciones por ser únicas en su rama.

".....usted es joven y me parece que es una vida que debe de gustarle. Dije que sí, pero que en el fondo me era indiferente. Me preguntó entonces si no me interesaba un cambio de vida. Respondí que nunca se cambia de vida, que en todo caso todas valían igual y que la mía aquí no me disgustaba en lo absoluto"

Albert Camus
"El Extranjero"

Capítulo III

El Tratamiento para los Alcohólicos. Antecedentes y un Acercamiento al funcionamiento de los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.) y al Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (CAAF)

3.1 Antecedentes del Tratamiento Para los Alcohólicos

El alcohol ha acompañado al hombre y a las civilizaciones desde siempre. Se ha intentado poner fin a la problemática que deriva de su consumo excesivo a partir de diferentes tipos de intervención tanto médica como social. Sin embargo, ninguna de las estrategias ha podido controlar acertadamente el problema del alcohol y su consumo.

Los primeros intentos de tratamiento para los alcohólicos se remontan a la antigua Grecia y médicos como Plinio y Séneca llevaron a cabo intervenciones en tres niveles: "la primera o las intervenciones preventivas (especias, miel, jengibre, queso, agua de mar, resinas o vinagre) fueron añadidos al vino con la idea de prevenir que los espíritus llegaran a la mente causando la intoxicación; el segundo tipo de tratamiento estaba diseñado para los efectos después de beber: col, algunas hierbas laxantes y diuréticas,

bebidas amargas y más alcohol y finalmente las medidas legales o punitivas que iban desde la cárcel a las penas de muerte”⁷¹.

En Europa, a finales de la Edad Media, los alemanes eran conocidos por su excesivo consumo de alcohol; sobre todo en las universidades y en las cortes principescas y ya existían algunas acciones de intervención para quienes bebían alcohol en exceso, “en algunas ciudades del sur, como Nürenberg, tenían en ese entonces un carro especial para transportar por las mañanas a su casa a los intoxicados que se habían quedado dormidos en la calle”⁷².

En la época prehispánica, en donde el uso del pulque sólo era tolerado en los miembros de la población mayor a los cuarenta años, las disposiciones contra la embriaguez entre los jóvenes eran rígidas y llegaban incluso a la pena de muerte para los reincidentes. “Si aparecía un mancebo borracho públicamente o si le topaban con el vino, o le veían caído en la calle o iba cantando, o estaba acompañado de los otros borrachos, a este tal, castigabanle dándole de palos hasta matarlo o le daban garrote delante de todos los mancebos juntados, para que tomasen miedo y ejemplo de no emborracharse”⁷³.

Sin embargo, en nuestro país, la medicalización del alcoholismo se inició en el siglo antepasado. “Desde 1840, en el Hospital de San Andrés de México se diagnosticaba y se trataba el conocido delirio nervioso o “Delirium Tremens” producido por la suspensión brusca de la ingesta de alcohol”⁷⁴.

En 1887 “el Hospital de San Hipólito registro 72 alcohólicos de los 192 asilados, en 1878 de 290 asilados 98 habían sido internados por alcoholismo. En el hospital Juárez, en el periodo comprendido entre 1888 y 1895 fueron internados 64 mil 76 sujetos, de los cuales 711 tenían congestión cerebral alcohólica; de estos murieron 184”⁷⁵.

En 1889 en una reunión llevada a cabo en París, fueron propuestas las primeras medidas de orden judicial, que fueron adoptadas inmediatamente en México, evidentemente por la gran influencia que tenían los europeos y porque en nuestro país el consumo de alcohol y al alcoholismo han tenido siempre un papel específico en el ámbito social, político y religioso.

Estas indicaban que la embriaguez patológica y el alcoholismo crónico, “autorizaban el internamiento de oficio del paciente en establecimientos especiales en donde pudiera ser atendido. No se permitiría su salida entre tanto se sospechara que pudiera recaer y hasta que el médico hubiera emitido su opinión sobre el tratamiento”⁷⁶.

No tardaron en aplicarse estas medidas en el Hospital de San Hipólito, asimismo, a los sujetos que por un alcoholismo crónico hubieran perdido el libre albedrío se les podría privar de sus derechos civiles por completo o parcialmente, o ser internados en un establecimiento especial.

En el siglo XIX, el alcoholismo estaba clasificado en tres grados de acuerdo a su cronicidad y la repercusión de la intoxicación en el organismo. “El tratamiento médico e individual se dirigía a la desintoxicación o al alivio de los síntomas provocados por el uso consuetudinario del alcohol, mientras que las medidas para combatir el “vicio” estaban a cargo del sociólogo y del moralista”⁷⁷ por lo menos en Europa.

Las tres medidas para tratar la intoxicación alcohólica son las siguientes:

1. Tratamiento para la embriaguez, o alcoholismo de primer grado

La embriaguez de primer grado no era considerada como enfermedad peligrosa ni molesta. Pero para evitar que el cuerpo continuara intoxicándose,

“se proponía, como objetivo principal, la expulsión del alcohol que no hubiera sido absorbido, y la eliminación del que hubiera pasado al torrente sanguíneo. Se provocaba el vómito, se prescribía el amoniaco en forma de acetato, y el café como diurético. Se recomendaba el reposo y el sueño, la tranquilidad y la temperancia, tomando las medidas de la época, que siempre curaban con facilidad, aunque algunos de los pacientes despertaran con el cuerpo quebrantado”⁷⁸.

2. Tratamiento para el alcoholismo de segundo grado

El tratamiento del alcoholismo de segundo grado “trataba de impedir una mayor intoxicación alcohólica y su consecuencia inmediata, que era la congestión cerebral o pulmonar. Se le daban fricciones secas, aspersiones frías, lavativas de cafeína, inhalaciones de amoniaco, ventosas secas, electricidad inducida y flagelación”⁷⁹.

3. Tratamiento del alcoholismo de tercer grado

Los medicamentos más populares eran el cloral, el cloroformo, el opio, la belladona con estramonio, el acónito, la digital, la valeriana, la esencia de trementina y los tónicos neurosténicos. Las bebidas antiespasmódicas con valerianato de amoniaco, almizcle, éter sulfúrico y tintura de castóreo. Todos ellos “tenían la finalidad de revertir los efectos tóxicos del alcohol, evitando que se acumulara en los tejidos y “entonar las funciones fisiológicas que se habían degenerado por el toxico”. El uso de las sangrías locales o generales era muy controvertido; algunos médicos sostenían que agravaba los síntomas del alcoholismo crónico, mientras que otros decían que ayudaba a combatir la congestión”⁸⁰.

Estos son algunos de los antecedentes del abordaje y del tratamiento médico del alcoholismo en nuestro país. Es de destacar que las medidas terapéuticas que se emplearon siempre estuvieron relacionadas directa y oportunamente con las innovaciones introducidas en el extranjero.

Como ya lo hemos mencionado, el tratamiento para los alcohólicos ha tenido diferentes vertientes y las líneas sobre las que se ha actuado han sido morales y jurídicas principalmente. Sin embargo, no es sino hasta el siglo XX, cuando el alcoholismo es clasificado como una enfermedad y se le empieza a atender como tal.

En la actualidad, existen diferentes modelos para tratar al alcohólico, todos ellos muy viables por cierto. Los más comúnmente usados son: “Modelos Morales como el juramento; Modelos biológicos como el tratamiento aversivo, tratamiento de destierro fisiológico, tratamiento de sustitución con sustancias agonistas, tratamiento de sustitución con sustancias antagonistas, tratamiento de sustitución con la misma sustancia, pero en la modalidad de liberación prolongada; Modelo de Ayuda Mutua; Modelo Minnessota; Modelo de Comunidad Terapéutica; Modelo Psicológico; Modelo Sociocultural; Modelo Psiquiátrico y Modelo Integrativo”⁸¹.

En nuestro país, como parte fundamental de las alternativas para que las personas atiendan su consumo de alcohol se ha practicado una experiencia religiosa llamada “jura” originalmente pensada para hacer que una persona deje de beber. Con el tiempo la “jura” se ha extendido a otros ámbitos. Este medio de abstinencia llegó a nuestro país a finales de los cincuenta, cuando se estableció la costumbre en el Santuario de Chalma y en la Basílica de Guadalupe, en 1959 y 1960, respectivamente.

La iglesia católica, en este sentido tiene, relativamente, un largo camino recorrido en el tratamiento de pacientes alcohólicos y su propio entendimiento

sobre el problema de las adicciones. A través de instituciones como “Hogares Providencia” y Cáritas, la organización altruista más importante de la Iglesia católica, una red de 15 organizaciones cristianas y laicas está haciendo frente al problema de las adicciones en México.

En el año 2000, se llevó a cabo un estudio que profundiza sobre esta forma de tratar el alcoholismo de manera muy elemental pero en muchos de los casos muy eficiente. Sabemos que en el caso de los juramentos se hace una especie de contrato en la que el o la persona prometen no consumir bebidas embriagantes o alguna otra droga por cierto tiempo.

Esta práctica es una costumbre alterna a la ciencia para lograr la abstinencia de los sujetos bebedores. Los individuos, las familias, las comunidades y los entornos sociales, en general, han optado por trabajar maniobras no médicas para lograr la sobriedad. Estas son estrategias emanadas de los contextos idiosincrásicos, religiosos y culturales en los que estos individuos se han desarrollado.

Se han creado líneas novedosas de tratamiento, producto de la síntesis de filosofías y experiencias personales, han aparecido Anexos, comunidades terapéuticas, internados, casas de medio camino y otros espacios de atención innovadores “que han echado mano de la acupuntura, la homeopatía, la meditación trascendental y el zen; de la logoterapia y de muchos otros, en los que el énfasis normalmente se coloca en los fenómenos culturales, etnográficos, sociales y antropológicos”⁸²

Algunas de las conclusiones a las que llegaron en la investigación del Dr. Solís son las siguientes:

- Conforme se pudo observar y de acuerdo con los relatos, aparte de la atención de tipo espiritual, el sacerdote hace un llamado a los grupos de autoayuda, específicamente a A.A., a los médicos y

a los psicólogos y pide acercar a las familias para que puedan ayudar a los enfermos.

- Los pacientes hacen converger de manera natural los temas religiosos propios, con los escuchados en la tribuna de A.A. y los que intervienen en esta estrategia.
- Algunos pacientes hablaron del juramento como de una invitación a beber, ya que en algunas ocasiones, posteriormente al periodo de abstinencia, se presenta una fuerte compulsión de alcoholizarse por sentir los sujetos que ya han cumplido.
- Reiteradamente se mencionan la limosna o el diezmo, por lo que en el juramento intervienen, incluso, aspectos económicos y de costo beneficio según lo percibe el enfermo.
- Los pacientes reconocen que en los casos severos, tanto por la cronicidad como por la severidad de la intoxicación, o por la supresión de la bebida, el juramento carece de efecto si no se complementa con los servicios de salud⁸³.

Junto a éste tipo de prácticas, han surgido diferentes organismos que, preocupados por el alto índice de alcohólicos empiezan a actuar con un modelo espiritual. De ello hablaremos a continuación.

3.2 Alcohólicos Anónimos

La historia de los grupos de autoayuda no es nueva, se tienen registros de grupos que han venido funcionando desde hace tiempo respaldados en su formación, en muchas de las ocasiones, por alguna organización religiosa. Se han creado líneas novedosas de tratamiento, producto de la síntesis de filosofías y experiencias personales de enfermos aglutinados en grupos de

autoayuda, conocidos también como programas de “12 pasos”, que representan la plataforma de Alcohólicos Anónimos.

Este sistema de tratamiento se estableció como una respuesta social de los propios enfermos alcohólicos a su problema. Es evidente que, dadas las características de la enfermedad, el enfermo alcohólico se siente respaldado en un grupo que cuenta con integrantes hermanos del mismo dolor.

Los primeros grupos de autoayuda, o por lo menos del que se tiene registro en Alemania es el denominado Blaues Krez (Cruz Azul), fundado en Ginebra, en 1887. Las actividades de este grupo se remontan, en Alemania, a 1885, y están financiadas por la Iglesia Protestante⁸⁴. De formación relativamente más creciente es el grupo Kreuzbund (Liga de la Cruz), fundado en Aachen, Alemania, en 1896 y cuyas actividades están financiadas por la Iglesia Católica⁸⁵.

La historia de los Alcohólicos Anónimos se remonta a la primera mitad del siglo XX, nacen el 10 de junio de 1935, en la ciudad de Akron, Ohio. Sus fundadores Bill W. Y el Dr. Bob, después de diferentes intentos terapéuticos encaminados a remediar su “mal” llegaron a la conclusión de que la única esperanza que tenían para mantener su presente y difícilmente lograda sobriedad, era comunicarse y ayudar a otro alcohólico.

En 1945 llega a México la Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., misma que se registra como una A.C. el 10 de marzo de 1970. En el Distrito Federal existen aproximadamente mil de estos grupos. Estos grupos son autónomos, no cuentan ni promueven una religión o aceptan financiamiento; aunque no por ello el trabajo de estos grupos ha sido limitado porque su programa se sustenta en su propio altruismo. Cabe decir que el funcionamiento de A.A. se basa en la “buena voluntad” de sus integrantes, de quienes han padecido la enfermedad y sienten la responsabilidad de apoyar a

otros debido a que han sufrido lo mismo y entienden el problema por el que el otro esta pasando. Esta es una forma muy peculiar de mantener la abstinencia alcohólica y a mucha gente le ha dado resultado.

Alcohólicos Anónimos, es “una institución no lucrativa que se integra con individuos alcohólicos que tienen el propósito común de ayudarse a sí mismos y a toda persona que sufra de alcoholismo. Aunque también se dice que es una comunidad que ayuda a sus miembros a encontrar “un camino de regreso a la vida”⁸⁶, es decir, a su propia integración.

Cuando los primeros grupos de A.A. empezaron a actuar, se basaron en algunas premisas que con el tiempo han variado un poco. Eran básicos estos puntos: a) cada grupo debe mantenerse autónomo; b) no se acepta ninguna clase de contribución ajena al grupo; c) A.A. no opina como organismo sobre cuestiones diferentes a su única finalidad; d) el anonimato es el fundamento espiritual de toda tradición de A.A.; e) “sólo un alcohólico puede comprender a otro alcohólico”⁸⁷.

Como consecuencia de esto fue muy escasa la colaboración que podían prestar a los grupos de A.A. los médicos, los sacerdotes y los trabajadores sociales. Actualmente A.A. es una institución mucho más abierta e incluso el anonimato no es ya un asunto esencial, sobre todo en los grupos que operan en poblados pequeños.

Para A.A., el alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal, un problema espiritual de quien lo padece y el alcohol, un veneno para el alcohólico (aunque no los sea para las demás personas). A.A. es un recurso idóneo para rehabilitar a todos los alcohólicos que desean dejar de beber. Se considera que el alcohólico es así porque tiene problemas emocionales, bebe para “compensarlos” y se establece una necesidad corporal de ingestión. Afirman que el mejor tratamiento para el alcohólico es la afiliación

permanente y el seguimiento de los principios del programa de A.A.[®]. para llegar a controlar la bebida, aunque no logre curarse; sin esta ayuda, el tratamiento usualmente es estéril y desesperanzado.

Todas las actividades, tanto de A.A. como de sus filiales (Alanón y Alateen)[®] se centran en el manejo del paciente alcohólico. La meta consiste en la abstinencia total y en la reparación de los daños ocasionados a los demás por el alcoholismo. Su modelo se basa principalmente en el cumplimiento de sus doce pasos y sus doce tradiciones.

Los Grupos de A.A. tradicionales es el lugar donde se llevan a cabo, durante hora y media, las juntas para la rehabilitación, podemos decir que son el centro y el corazón de la Fraternidad. En muchos aspectos es un tipo único de reunión y es probable que al recién llegado le parezca extraña.

Para ser parte de uno de los grupos, pertenecientes a la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C., no es necesario llenar ninguna solicitud, de hecho, muchos grupos ni siquiera llevan registros de los miembros, no hay derechos de inscripción, ni cuotas, ningún pago de la clase que sea. El único requisito para ser miembro de A.A. es tener el deseo de dejar de beber.

Los grupos sesionan en juntas abiertas y cerradas. Una junta abierta en A.A. es una junta del grupo a la que puede asistir cualquier miembro de la comunidad, alcohólico o no. Los temas que aquí se tratan se refieren a información referente a qué es Alcohólicos Anónimos, con la finalidad de que los asistentes conozcan un poco más sobre el grupo. La única recomendación es la de no divulgar fuera de la junta los nombres de los miembros de A.A.

Una junta cerrada en A.A. está limitada a los miembros del grupo o a los visitantes de otros grupos. El propósito de esta junta es dar a los miembros

la oportunidad de exponer fases particulares de su problema alcohólico que sólo otros alcohólicos pueden comprender mejor.

Las reuniones en estos grupos se llevan a cabo de la siguiente manera: el presidente las inicia diciendo: “mi nombre es.....(usando su nombre de pila exclusivamente) y soy alcohólico. Acto seguido el presidente lee el enunciado de A.A.:

“Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayuda a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. En A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliado a ninguna secta religiosa, 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”⁸⁸.

Una vez hecha esta introducción, se llama al primer orador de la tarde. Su presentación es exactamente la misma y durante 20 o 30 minutos relata sus antecedentes personales y describe el desarrollo de su problema de alcoholismo, los sufrimientos que ha soportado o causado a los demás, las decepciones y los embustes cometidos bajo los efectos del alcohol y, con frecuencia, una crisis final o una experiencia en la que cayó demasiado bajo. Después pasa a describir la forma en como llegó a A.A. y su recuperación en el programa de dicha agrupación y su comprensión cada vez mayor de la importancia de A.A. como un estilo de vida.

Rafael Velasco Fernández en su libro “Alcoholismo”⁸⁹ menciona que el programa de A.A. puede dividirse en dos partes con un total de diez puntos.

Los primeros cinco se refieren a lo que A.A. hace por el alcohólico y los otros cinco, a lo que A.A. enseña al alcohólico a hacer por sí mismo.

1. A.A. ofrece al alcohólico una esperanza y una prueba. Esto se hace patente en la persona de un miembro sobrio que busca a un presunto miembro, al ver una reunión de personas alegres, aparentemente prosperas y definitivamente sobrias.
2. El paciente recibe información acerca del alcoholismo y lo que constituye un alcohólico (algunas veces, por primera vez). Cuando el alcohólico reconoce lo que hay de malo en él y que padece una enfermedad, a menudo deja de sentir culpa y vergüenza, lo cual hace posible que piense en la recuperación y tome acción con tal fin. La importancia de este punto es inestimable.
3. Se establece una identificación, primero con el patrocinador y después con el grupo de personas que asisten a las reuniones. El alcohólico percibe nuevamente (o por primera vez) que no está solo y que no es diferente del resto del mundo. Saber que hay otros, muchos otros como él, es sumamente importante para el alcohólico quien, por lo común, está aislado. También es fundamental sentirse una parte de algo, porque durante largo tiempo se ha sentido apartado y excluido del mundo y de la humanidad.
4. Se le da injerencia social al aceptarlo inmediatamente igual que a los demás miembros al hacerlo participar en todas las actividades. El alcohólico no puede sentirse excluido y tampoco puede avergonzarse, pues su conducta mientras bebe se considera parte de su enfermedad, no un indicador de su verdadero carácter. Mediante esta aceptación de

- él mismo como un ser humano común, el paciente recupera el respeto y la confianza en sí mismo.
5. Los doce pasos (que son los principios fundamentales de A.A.) brindan al paciente un programa concreto de acción, “algo con lo que empezar a trabajar de inmediato”. Lo más importante es el hecho de que no tiene que hacerlo solo: “hagámoslo juntos” es una de la consignas de A.A.
 6. Lo que A.A. enseña al alcohólico principia con un plan “veinticuatro horas”. El paciente encuentra inmediatamente un sentido diario de cumplimiento, algo que, en muchos casos, no ha sentido durante mucho tiempo. Hay también un gran relajamiento en el esfuerzo que tiene que hacer para tratar de controlar su manera de beber.
 7. En las reuniones cerradas de A.A. se practica la terapia de grupo, aunque sin un dirigente psiquiátricamente preparado. Las personas que dirigen estas reuniones de discusión han obtenido su experiencia a través de su alcoholismo y sus vivencias en A.A.
 8. “El trabajo del duodécimo paso” es uno de los más importantes en el proceso de recuperación. Ofrece lo que muchos médicos recomiendan para los pacientes alcohólicos: un entrenamiento, un nuevo interés; porque nada es tan fascinante para los alcohólicos como los otros alcohólicos, en especial cuando sienten que pueden ayudarlos.
 9. Al trabajar con un grupo así, el alcohólico retorna al seno de la familia humana. A medida que se involucra más en A.A. se reintegra (a menudo por primera vez en años o por primera vez en su vida) a un patrón social. Tiene que aprender a dar y recibir con otras personas igual de difíciles que él y aprender al mismo tiempo que ellos.
 10. La base espiritual de A.A. involucra realmente los pasos anteriores, aun para el alcohólico que no cree que la ha aceptado, porque los cambios

de actitud implícitos en lo anterior son de naturaleza espiritual, mental y emocional. A medida que el tiempo transcurre, el alcohólico recobra la fe, primero en su patrocinador y en su grupo, posteriormente en la humanidad y más tarde, en el creador de esa humanidad.

Para Griffith⁹⁰, los procedimientos con los cuales se lleva a cabo el tratamiento en A.A. se engloban en los siguientes puntos:

Ideas coherentes y flexibles: 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 presenta 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.

Programa de acción: A.A. ofrece un programa de acción, y “Los doce pasos” son un esbozo de las acciones que han de emprenderse. La persona debe unirse a A.A. y permanecer cerca de ella. Se le recomienda que “tome las cosas con calma” y que se fije metas a corto plazo. 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. A.A. es un programa egoísta y cada persona se esfuerza por dejar de beber 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. Asimismo debe promover los doce pasos.

Beneficios de la Sobriedad: A.A. propaga la idea de que la sobriedad es provechosa y ayuda al individuo a descubrir sus beneficios. A.A. 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 A.A. puede lograr la sobriedad y la sobriedad será su estilo de vida.

Posibilidad de recuperación: La ideología de A.A. es persuasiva y parece posible el intento de lograr recuperarse. A.A. no trabaja con un conjunto abstracto de ideas, sino con las ideas que a las personas les parecen convincentes. La definición teórica mas adecuada del trastorno y los medios para lograr la recuperación serían inútiles, si A.A. no pudiera persuadir al nuevo miembro de que A.A. está cerca de él, que puede solucionar sus problemas y que puede mostrarle el camino por seguir.

3.3 Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (CAAF)

Como se ha podido observar, el tratamiento para los alcohólicos, desde hace mucho tiempo ha sido responsabilidad de médicos y religiosos principalmente y en éstos últimos se logra la abstinencia, en muchas de las ocasiones de forma exitosa. Como ya hemos señalado, los acercamientos clínicos, aunque importantes, tenían un tinte salvaje y eran poco eficaces; sin embargo eran los primeros acercamientos en la materia. En este sentido cabe destacar el papel tan importante que adquirieron los grupos de Alcohólicos Anónimos.

El consumo de alcohol y el alcoholismo, aunque significativos, se mantuvieron un poco en el anonimato durante mucho tiempo, sobretodo en aquellos años de “rebeldía” juvenil y social en los que por las características del país y de los movimientos sociales como el del 68 y 71 se les daba más

importancia a drogas que expresaban libertad como la marihuana y los alucinógenos (hongos y peyote principalmente).

Cuando se funda el CAFF existen una serie de condiciones locales que permiten elaborar un plan de trabajo con alcohólicos en la Zona Centro. En ese lugar se reunían muchas personas que trabajaban como cargadores y estibadores en los mercados locales. Muchos de ellos tenían que llegar desde muy temprano para iniciar sus actividades y otros ni siquiera iban a sus casas. El consumo de alcohol era parte fundamental de su vida porque ello les permite desarrollar sus actividades, soportar las noches y ahorrarse un poco de dinero en comida.

Además, en esta zona se conforman varios grupos que se autodenominan “el escuadrón de la muerte”, porque saben que están juntos para morir. Se definen como los desahuciados, los que sólo dan problemas a la sociedad, los que ya no tienen esperanza de nada ni sirven para nada, sólo para tomar.

“El centro histórico ha sufrido transformaciones a través del tiempo. Fue un lugar folclórico con una identidad bien definida, que posteriormente se convirtió en un centro de abastecimiento y, últimamente, en una aglomeración de vendedores ambulantes tanto de menudeo como de mayoreo”⁹¹.

Este espacio urbano es una de las zonas más importantes del Distrito Federal. Por muchos años fue el principal enclave de abastecimiento alimentario nacional porque ahí llegaban todos los productos agrícolas que se distribuían al resto del país. En 1900, “la Merced produjo más ingresos que todos los mercados juntos y con los años se crearon otros mercados como el de Sonora (dedicado a la venta de aves, hierbas medicinales y cosas para la brujería); el de Jamaica (dedicado a la venta de legumbres y flores) y el de Ampudia (que era para la venta de dulces y adornos para fiestas)”⁹².

A partir de los años setenta, el centro de la ciudad sufrió un deterioro con la aparición de los centros de autoservicio, ya que esto trajo como consecuencia el desempleo de esta población, incremento la pobreza y apareció el ambulante, que la han convertido en zona de alto riesgo por la delincuencia.

La zona centro de la Ciudad de México se caracteriza por el equipamiento de un sinnúmero de instalaciones que brindan servicios para la atención de las necesidades básicas de la población que ahí reside: de salud, de educación, de recreación, etc. El comercio y las actividades administrativas – tanto públicas como privadas- atraen a los habitantes no sólo de las áreas cercanas, sino también de otras regiones urbanas, incluso rurales e indígenas, para su uso eventual o cotidiano, lo que hace que este lugar tenga más vida colectiva que otros dentro de la ciudad.

Bajo este panorama, en 1977, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (hoy Instituto Nacional de Psiquiatría) decidió establecer en el centro de la ciudad de México un “Centro de Ayuda Para el Alcohólico y sus Familiares”. Dentro de sus objetivos se encontraba el poder establecer los perfiles de aquellos grupos de la comunidad que presentaran problemas de relación a la ingestión excesiva de alcohol.

El Centro se estableció en el primer piso de un mercado (Abelardo Rodríguez) ubicado en una zona altamente concurrida y de fácil acceso. Se inició con un turno diurno (de 8:00 a 16:00), de lunes a viernes, pero dos años mas tarde y con base a los resultados obtenidos, se decidió abrir un turno vespertino con el objeto de poder atender a la población de alcohólicos que trabajaran por la mañana. Las actividades se iniciaron con la participación de un equipo multidisciplinario constituido por un psiquiatra, un enfermero y tres trabajadoras sociales, además de una secretaria y un mozo. Al abrirse el turno

vespertino se incluyó a un médico general, a un psicólogo y a una trabajadora social.

La elección del espacio urbano para establecer un centro con estas características llamado Tepito, se debe a que para esa época estaba aun vigente el “plan Tepito”, al que se complementaría en sus aspectos sociales y el cual, a la vez, serviría de contexto para que las acciones del CAAF se vieran reforzadas por las modificaciones del medio social que dicho plan se proponía realizar. Previamente se había estimado, mediante observación de la zona a través de informantes de la comunidad, la existencia de altos niveles de consumo de alcohol en esa población lo cual, aunado a las condiciones sociales del barrio (alta densidad demográfica, hacinamiento, etc.), suponía la presencia de una población que presentaba un alto riesgo que fundamentaba el funcionamiento de un servicio especializado.

Entre otras actividades, el plan Tepito tenía la intención de modelar la imagen del “tepiteño” y, con ayuda de los medios de difusión, presentaron a las personas habitantes del área como seres marginados y desviados socialmente. Además destruyó importantes espacios de socialización y vecindades para, de esta manera modificar, la cara del Centro Histórico y en particular de este lugar.

Estas condiciones sociales se involucraban directamente con la venta y consumo de alcohol que se refleja, todavía, en la gran cantidad de lugares en los que se venden bebidas alcohólicas. En 1995 se registraron 607 expendios de bebidas alcohólicas, de los cuales 364 correspondían a restaurantes-bar, 103 cantinas, 100 vinaterías, 25 centros nocturnos, 12 pulquerías y 3 “piqueras” y “toreos”.

“Las piqueras y toleos son lugares generalmente clandestinos; se ubican en vecindades y unidades habitacionales, por lo que no están registrados,

aunque se sabe que hay muchos en la zona del centro. En las piqueras se consumen principalmente tés de canela con alcohol del 96° (coloquialmente se les llama canelazos), pero en algunas se consume también un mineral llamado alumbres, que se consigue en las farmacias. Este potencializa el efecto del alcohol, pero es muy tóxico, por lo que los usuarios pueden morir en poco tiempo⁹³.

El nombre popular de “piqueras” les viene de que, una vez alcoholizados, los actores “se van de pique”. Los “toreos” se denominan así porque era común que estos establecimientos se abrieran sólo los días de “corrida de toros”, es decir, los domingos.

Las bebidas populares para alcohólicos y no alcohólicos más importantes de consumo que se han detectado en el Centro Histórico son las siguientes:

- Veladoras de santa: café con leche y alcohol del 96° (si se le pone un cerillo se prenden).
- Vaso tepachero: jerez con aguardiente.
- Toritos: aguardiente con jugo de limón.
- Cacharpas: refresco de cola con aguardiente en una “bacinica” (recipiente de barro con esa forma).
- Cubetas: alcohol con refresco de limón y unas gotas de éter, o bien, con pulque.
- Sangre de toreras. Jugo de granada con alcohol del 96°.
- Simulacro: medio vaso con brandy o coñac y un poco de thiner.
- Huarache: alcohol del 96° con refresco de naranja o uva.
- Teporocha. Té con alcohol o aguardiente (lo venden principalmente en las piqueras por las madrugadas).

- Alcohol del 96°: se vende suelto en vinaterías, piqueras, canelas, puestos de jugo de naranja y farmacias.
- Mezcal: lo consumen principalmente en las piqueras o lo compran en algunas farmacias.
- Pulque: se consume principalmente en las pulquerías o pulcatas.
- Pollas: jerez con alcohol del 96°.
- Canelas: té con alcohol de 96°.
- Bombas: jarra de pulque con un cuarto de alcohol de 96° y cerveza.

En estas condiciones, es evidente la necesidad de iniciar un acercamiento clínico responsable para las personas que, sujetas a condiciones de vida difíciles, son susceptibles a desarrollar la enfermedad con importantes repercusiones en su salud y en su vida familiar. Además, en materia de tratamiento y por la gran cantidad de grupos que funcionan sin ninguna norma se piensa en la necesidad de profesionalizar los servicios para alcohólicos.

Por lo anterior, el establecimiento de este Centro (CAAF) se consideró como el mecanismo adecuado de inserción en la comunidad, ya que el contar con un Centro de asistencia para el alcohólico y sus familiares permitiría obtener información confiable tanto sociodemográfica como de otra índole.

Objetivos del CAAF⁹⁴:

- Otorgar atención eficiente y de bajo costo a alcohólicos y sus familias.
- Diseñar modelos de intervención para mejorar la calidad de vida de los alcohólicos y sus familiares, poniendo énfasis en la prevención de las recaídas.
- Apoyar y asesorar a instituciones y a la comunidad en la detección y el tratamiento del alcoholismo.

- Generar investigación clínica, epidemiológica y social en materia de alcoholismo.
- Desarrollar alternativas de corta estancia para el tratamiento de los estados de intoxicación y abstinencia.
- Constituir un centro formador de recursos humanos capacitados en el manejo del alcoholismo.

El modelo de tratamiento del CAAF funciona de la siguiente manera:

1. Admisión, Diagnóstico y Canalización⁹⁵.

El diagnóstico se basa en recoger sistemáticamente la información relacionada con problemas, necesidades, fortalezas y vulnerabilidades de cada paciente. El diagnóstico se efectúa desde el momento en que la persona o familiares asisten al centro y se enfoca a diversos aspectos de la demanda de tratamiento y en la información clínica sobre el individuo o el grupo familiar. El diagnóstico consta de dos partes secuenciadas:

- **Consulta inicial⁹⁶:** La primer parte de la evaluación clínica consiste en una consulta inicial de una hora de duración en la que el entrevistador establece las bases para un tratamiento planificado e informado de con las especificidades de cada sujeto. En la primera consulta se explora el origen de la solicitud de tratamiento, la historia de consumo, los tratamientos recibidos con anterioridad, la severidad de la adicción, la historia de recaídas y la comorbilidad existente.

En la consulta inicial es atendido por un profesional del equipo quien toma bajo su responsabilidad el tratamiento del paciente, la secuencia y continuidad del mismo durante su paso por el programa. De acuerdo

con la información obtenida, el responsable del caso envía al paciente o la familia con las instancias diagnosticas correspondientes del centro a fin de tener un claro panorama del trastorno en la perspectiva médica, psicológica y social.

- **Diagnóstico⁹⁷**: El resto de proceso diagnóstico tiene lugar en las siguientes cuatro sesiones, de una hora cada una, en las cuales se indaga sobre los aspectos médicos, psicológicos y psiquiátricos del paciente, con la finalidad de dilucidar la naturaleza de su adicción y la comorbilidad asociada. En esta etapa se ahonda acerca de la severidad de la adicción y su efecto en las diversas áreas del funcionamiento.

2. Terapéutica⁹⁸

La terapéutica incluye el espectro mas alto de posibilidades para cubrir en la mayoría de las necesidades de los pacientes y sus familiares. Consta de dos componentes:

- **Prescripción Terapéutica⁹⁹**: Cuando se ha reunido la información diagnostico, la responsable del caso, y el equipo de profesionales que participo en el proceso diagnostico se reúnen en una sesión de trabajo grupal con el fin de decidir sobre las alternativas de tratamiento mas adecuadas al estado y circunstancia del alcohólico y su familia. En esta fase se definen los objetivos terapéuticos y la frecuencia con la que tienen que asistir a tratamiento, vinculando diferentes modalidades de manera simultanea en le proceso del tratamiento.

La prescripción tiene un carácter eminentemente técnico, el cual es definido por el equipo de trabajo con el fin e disminuir las posibilidades de que el abordaje sea insuficiente, erróneo o excesivo. Con el fin de guardar la intensidad de la intervención es importante considerar la

percepción del equipo y la del mismo paciente, y el de la familia. La intensidad de las prescripciones varían y están sujetas al entorno social, familiar y psicopatológico del individuo.

- **Contrato y Determinación de Metas Terapéuticas¹⁰⁰**: En esta fase el responsable del caso, junto con el paciente y los datos obtenidos durante el proceso diagnóstico, determinan las metas que se esperan del tratamiento a corto plazo. Las metas deben enfocarse a la abstinencia o el control de la cantidad de alcohol que se ingiere. El primer caso se plantea cuando el individuo no presenta una dependencia severa o cuando la historia de consumo de alcohol es reciente. Si por el contrario, la persona es fuertemente dependiente, la abstinencia total se indica inequívocamente. Las metas deben comprender los aspectos familiares, laborales y sociales y fijarse en concordancia con las difusiones observadas en cada una de estas áreas durante el diagnóstico de la severidad de la adicción.

En esta fase también se aclaran los aspectos relativos a la participación, involucración y responsabilidad tanto del equipo terapéutico como del paciente alcohólico o la familia.

- **Modalidades Terapéuticas¹⁰¹**: La diversidad de las modalidades de atención responden, como ya se ha comentado, a las necesidades de los usuarios de los servicios. Lo anterior fue definido inicialmente con base en el perfil de las personas que acuden al centro, a saber:

- I. Los pacientes con dependencia severa que han interrumpido recientemente su ingestión de alcohol, o que continúan consumiendo. En ambos casos puede acudir a solicitar

tratamiento para su problema de dependencia para manejar las complicaciones medicas y psiquiátricas.

- II. Los pacientes que están concientes de su adicción pero cuya dependencia y complicaciones no pueden ser consideradas severas.
- III. Los pacientes que independientemente de la severidad de su adicción acuden por presión familiar o laboral pero que no reconocen la necesidad de someterse a tratamiento.

Por su parte, las familias que asisten a este centro se ubican en alguno de los siguientes grupos¹⁰²:

- Familias en las que alguno de los miembros tiene serios problemas por su manera de beber, en la que tanto el alcohólico como la familia acuden a solicitar servicios.
- Familias en las que uno de sus integrantes es alcohólico y que acuden a solicitar tratamiento sin la presencia del alcohólico.
- Familias con un alcohólico que ha dejado de beber pero en la que un o de sus miembros tiene un problema medico o psicosocial.

Las modalidades terapéuticas que se plantean como los fundamentos de la atención en el CAAF son¹⁰³:

- Orientación para la adquisición de formas de enfrentamiento(uso de técnicas de relajación y asertividad).
- Orientación a codependientes.
- Psicoterapia individualizada.
- Psicoterapia a la familia.
- Psicoterapia a grupos de alcohólicos.
- Farmacoterapia.

- Apoyo en la autoayuda(AA).
- Grupos de encuentro.
- Sistema de automonitoreo.

En cada caso se promueven los cambios conductuales para lograr la abstinencia o modificar el patrón de beber, creando las condiciones apropiadas para manejar los conflictos y las problemáticas que inciden en el mantenimiento de la conducta adictiva.

3. Progresión¹⁰⁴.

Registro de la Evaluación

El registro de la evolución es la información más clara sobre la mejoría o estancamiento del paciente durante el tratamiento, y permite evaluar las modificaciones promovidas en el sujeto y la familia en diversos periodos. Por lo menos una vez a la semana analiza la evolución el responsable del caso, lo cual facilita el seguimiento de la continuidad terapéutica.

4. Conclusión y reanudación¹⁰⁵.

La conclusión se refiere a la terminación ya sea por haberlo dado de alta o porque el paciente interrumpió el tratamiento. Para darlo de alta se requiere hacer el balance entre las metas programadas y las logradas con base en la percepción del paciente, el terapeuta y la familia, considerando los indicadores de mejoría clínica. En este caso la severidad de la adicción deberá considerarse como un parámetro de utilidad para evaluar la conclusión del tratamiento.

El rescate es una estrategia que comprende las acciones necesarias para reintegrar al paciente al tratamiento, siempre y cuando haya una indicación para ello. Cuando el paciente reingresa se integran los datos relacionados con

la situación en la que acude de nueva cuenta al centro, investigando las circunstancias en las que ocurrió la recaída.

5. Evaluación del Tratamiento¹⁰⁶.

La evaluación del curso del postratamiento y del ajuste social logrado es un aspecto importante para el establecimiento de indicadores de mejoría y recaídas. Esto último lo retroalimenta como el resultado final de su propio desempeño.

3.4 ¿Por qué son importantes el CAAF y A.A.?

Finalmente y para recapitular todo lo anterior debemos preguntarnos ¿por qué son importantes estos modelos? ¿Por su organización y porque se encuentran, económicamente hablando, al alcance de cualquier persona? o ¿existen otros elementos que resaltan la efectividad y el trabajo de estas instituciones?. Hemos integrado una serie de elementos que se visualizan en la conformación gradual del alcohólico. Lo que quiere decir, que aun retomando el planteamiento médico, es innegable la influencia que ejerce sobre el individuo su propio contexto sociocultural,. Por lo que nos atrevemos a decir que el alcohólico es el resultado no tanto del uso excesivo de la sustancia sino del fuerte papel que esta juega en su vida.

Aun así, en la búsqueda de una explicación encontramos diferentes vertientes que tratan, a su manera de explicar, investigar y atender el problema, y hemos observado que la incursión de los sociólogos se ha visto un tanto limitada frente a la capacidad de investigación y acercamiento de la ciencia médica no solo con este problema. Sin embargo, ese modelo médico hegemónico que ha venido avanzando a pasos agigantados, desde un

particular punto de vista, no es capaz de explicar con detalle, a pesar de su orden metodológico las causas exactas del alcoholismo.

Por lo tanto, en este punto es importante exponer la importancia de los modelos ya presentados. En primer lugar, empezaremos diciendo que los grupos de Alcohólicos Anónimos responden a las necesidades de los alcohólicos que no han encontrado solución a su problema en otro lado. Son la alternativa a las diferentes experiencias clínico - terapéuticas que atienden al alcoholismo como problema de uno y no de varios. A.A. es la movilización social que tiene la necesidad de respuestas y se integra como un ente solidario que basa su trabajo en el acompañamiento, en la comprensión y en el desarrollo de una propia moral en la que "la institución de esa disciplina solo es una de las numerosas maneras de manifestarse de toda la colectividad. Un grupo no es únicamente una autoridad moral que regenta la vida de sus miembros, es también una fuente de vida *sui generis*¹⁰⁷. Es la identidad propia que le da cuerpo a los grupos de A.A.

Además, los grupos de autoayuda permiten el reconocimiento del valor de la persona, pese a todo, a partir de la afirmación frente al grupo. La persona misma, el paciente no es el alcohólico que la gente que no esta enferma ve, percibe y concibe, aquí él es solamente alguien que ha sufrido y que ha hecho sufrir a alguien más; es alguien que tiene la necesidad de sentirse apoyado y que es capaz de acercarse nuevamente a su grupo social.

Este es un elemento importante de estos grupos y lo que observamos es que lo predominante en su funcionamiento para el mantenimiento de la abstinencia alcohólica es la existencia de un sentido de moral y pertenencia con aquellas personas que son participes del mismo problema. Los individuos al estar fuera de ellos, con regularidad no son capaces de vencer las

tentaciones de la vida, por lo que para lograrlo el apoyo del mismo es necesario.

Además, a través de sus propias experiencias de vida, se conciben elementos comunes que los llevaron a asistir a las sesiones. Existe una estrecha forma de vivir en la que los integrantes se encuentran identificados con los problemas de los otros porque los han vivido, esto los hace solidarios. Es común encontrar a personas que la mitad de su vida se la dedican al grupo porque en ese lugar encuentran lo que no han encontrado fuera.

Fundar un grupo de este tipo es relativamente fácil, sólo se necesita de dos personas que tengan las ganas de ayudar a alguien más. Estas personas regularmente son alcohólicos rehabilitados (no curados). Podríamos entenderlo como una solidaridad mecánica en la que la personalidad “colectiva es la única que existe, la propiedad misma no puede dejar de ser colectiva. No devendrá individual sino cuando el individuo, desligándose de la masa, devenga él también un ser personal y distinto, no solo en tanto organismo, sino también en cuanto factor de la vida social”¹⁰⁸. Es una reacción natural que fortalece a los grupos al interior. Todos en A.A. comparten la misma experiencia y eso los fortalece.

Por lo tanto decimos que el programa de A.A es realmente efectivo, y que no existe otro tan eficaz para la rehabilitación del enfermo alcohólico. En el programa es evidente la implementación de las tareas y obligaciones de cada persona. Su abstinencia deviene de la acción y del empuje colectivo que ha vivido la misma situación frente al alcohol. Cada alcohólico de A.A. es la conciencia inmediata del otro. En este esfuerzo radica la efectividad del programa ya que existe un lazo social fuerte que retiene a los hombres y los encamina a una vida de provecho.

Los miembros de los grupos de A.A, forman una sociedad en la que cada uno depende del otro. El individuo se encuentra respaldado por la fuerza del grupo, por lo que con certeza esa fuerza o poder superior del que hablan en su modelo no es otra cosa sino la presencia del grupo mismo. Esta es la razón por la cual los grupos de A.A. tienen efectividad en el tratamiento y mantenimiento de la abstinencia. Es evidente la existencia de lazos afectivos en todos los grupos de A.A. porque existen creencias comunes y sentimientos comunes; así funciona el modelo.

Es cierto que este modelo tiene un importante impacto por sus características no solo en la población mexicana y muchas otras organizaciones lo han adaptado para ofrecer alternativas diferentes sustentadas en los doce pasos para atender a alcohólicos y adictos a otras drogas. En nuestro país, a la par de este modelo, existen otras alternativas, también viables para ayudar a los alcohólicos y adictos.

En el caso de los grupos de Alcohólicos Anónimos, es necesario señalar que pese a contar con una perspectiva espiritual, ésta al parecer toma forma cuando se cuenta con el apoyo del grupo. Es decir y como lo señala el 2º paso y se llega “al convencimiento de que un Poder Superior podrá devolvernos el sano juicio” esto se traslada inmediatamente al poder del mismo grupo, a la fuerza y sostén que le permiten al individuo encontrar la fortaleza suficiente y con ello evitar las famosas recaídas.

El concepto de solidaridad mecánica es la parte sustancial que les permite a estos grupos funcionar en un mundo en el que la despersonalización es evidente y la necesidad de sentirse perteneciente a algo hacen que el individuo encuentre apoyo en quienes padecen la misma enfermedad.

Por último es necesario aclarar que hay una clara diferencia entre los grupos de Alcohólicos Anónimos tradicionales y los grupos de Terapia

Intensiva de Alcohólicos Anónimos. Aunque estos no son motivo de nuestra investigación es necesario hacer la precisión por la confusión que pueden generar. Los grupos de 24 horas, aunque utilizan el programa de los 12 pasos se caracterizan por contar con un “Anexo” que es “un lugar de internamiento en donde se realizan actividades tendientes a la recuperación y abstinencia del consumo. Se clasifican en dos modalidades: de puertas abiertas y de puertas cerradas, en los últimos no existe la posibilidad de salir hasta cumplir el proceso de internamiento reglamentado por tres meses”¹⁰⁹.

Este lugar brinda un recinto al enfermo alcohólico que necesita de más horas de recuperación sin perturbaciones sociales y familiares, es decir, de una terapia más intensa. También sirve de techo a los enfermos alcohólicos en recuperación que, debido a su enfermedad, han tenido la necesidad de separarse de los lugares donde desarrollaban sus actividades.

En segundo lugar y como parte de una respuesta gubernamental, la importancia del CAAF radica en el establecimiento en todo el país de un centro que atiende exclusivamente a alcohólicos con un modelo establecido. Con anterioridad vimos que, hace años, los médicos atendían a la “buena de Dios” a estos enfermos y que los tratamientos que ejecutaban eran realmente salvajes y poco favorables para el enfermo.

En el caso del Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares, existen, por un lado, una serie de condiciones establecidas en la comunidad que facilitan y exigen la integración de un cuerpo de profesionales en un Centro como el ya mencionado y por otro, al completarse esta integración se trabaja en un fin común, pero con responsabilidades y enfoques diferentes.

A diferencia de los grupos de Alcohólicos Anónimos, en este centro se desarrolla un tipo de solidaridad orgánica caracterizada por el funcionamiento de un grupo de expertos a través del conjunto de acciones morales y de apoyo

entre sí, en el CAAF se desarrolla una solidaridad con la que a cada integrante del centro se le asigna una tarea específica para un bien común: la desintoxicación y rehabilitación del sujeto con variantes integrales de atención determinada. Además, el centro es parte integral del medio. Se sabe de experiencias de algunos pacientes que al intentar ser asaltados dicen que van al CAAF y les dejan ir sin ningún problema. Esto quiere decir que las raíces del CAAF y su importancia radican en dos sentidos: primero el del tratamiento profesional y segundo el de la importancia que tiene para muchos este centro en su medio social.

El Modelo planea la intervención terapéutica a partir de componentes como tiempo de consumo, tratamientos previos, estudios socioeconómicos, problemas de salud asociados a la enfermedad, etc, lo que implica metódicamente el establecimiento de acciones planeadas y circunscriptas a una esfera especializada, que se apoya en casi todos los casos con el reforzamiento moral de un grupo de A.A. como una manera de mantener la abstinencia. Sin embargo, al final lo importante es el desarrollo completo del tratamiento desarrollado en sus diferentes áreas por el equipo que en este centro labora. Sus acciones tienen un fin: la organización de su trabajo y la atención al alcohólico y no puede ser de otra manera ya que, “la verdadera función de la división del trabajo social es crear entre dos o más personas un sentimiento de solidaridad”¹¹⁰

Es innegable que la creación del CAAF es una estrategia de política pública y es una respuesta institucional a una demanda social. Junto a la instalación de este centro se encuentran otras actividades que integran elementos (como la modificación de la imagen) de los actores que habitan la zona y de quienes por alguna razón tienen la necesidad de acudir cerca del CAAF.

Por lo tanto este centro no integra, como en A.A: elementos morales comunes, sino instrumentos que componen una solidaridad orgánica que se demuestra a partir de la integración de un grupo profesional multidisciplinario que atienden al sujeto en diferentes campos. Existe un psiquiatra, un médico, una enfermera, una trabajadora social, etcétera y cada uno tiene una función especial frente al mismo problema dentro del centro. Sin embargo el mismo centro representa parte del medio social y de la personalidad de los habitantes.

En el CAAF cada individuo cuenta con responsabilidades específicas en las que el desarrollo de su trabajo es fundamental para establecer la eficacia en la atención. Por lo tanto cada paso establecido en el modelo debe estar sujeto a la precisión, con la falla de uno, el tratamiento puede venirse abajo debido a que no se contempla la integración moral del paciente sino la práctica ordenada de los profesionales del centro. De lo contrario, la intervención del personal del CAAF no tendrá los efectos y resultados que se producen con los pacientes desde lo médico.

Por lo tanto, aunque importante por ser el único centro de este tipo en el país, el CAAF tiene más importancia porque ha sido adoptado por una esfera poblacional que ha sido duramente estigmatizada, (en el caso de los tepiteños) desde muchos ángulos, porque representa una división del trabajo social que se integra en un grupo de profesionales y porque representa parte del desarrollo de una zona conflictiva.

Como se encuentra estructurado el modelo de atención del CAAF es explícita la fuerza a la que se enfrenta un paciente. Es una fuerza colectiva que se integra con familias, grupos de Ayuda Mutua y profesionales de la materia, lo que hace que el individuo se encuentre sometido a un impulso agrupado con características muy particulares que determinan lo mejor para él.

De esta manera se puede entender el modelo del CAAF. Es decir, el centro es el resultado de la manifestación de los intereses colectivos que se establecen por gobiernos y autoridades y que, probablemente han encontrado eco no solo por los procesos de investigación y atención sino porque además este centro representa algo en la comunidad. Lo que quiere decir que su enfoque se establece a partir de lo que engloba al centro y la zona en la que se encuentra. Son sentimientos colectivos que representan a la sociedad.

En el caso del CAAF, los beneficiarios particularmente responden a características similares. Institucionalmente los usuarios están determinados por un modelo específico. El modelo establecido, a pesar de tener algunas diferencias de atención, se enfoca a las necesidades particulares y responde a una exigencia socialmente establecida, en “esas condiciones, en efecto, no sólo todos los miembros del grupo se encuentran individualmente atraídos los unos hacia los otros porque se parecen, sino que se hallan también ligados a lo que constituye la condición de existencia de ese tipo colectivo, es decir, a la sociedad que forman por su reunión”¹¹¹.

La solidaridad que se integra al interior del centro surge de diferentes personajes que trabajan en la rehabilitación del alcohólico; por un lado encontramos al enfermo, como ente individual, que se ve presionado, en la mayoría de las ocasiones, por sus familiares que determinan la conveniencia para todos de tratar su enfermedad y por otro lado de diferentes profesionales que comparten el malestar colectivo. La atención entonces se enfoca a “mantener intacta la cohesión social, conservando en toda su vitalidad la conciencia común”¹¹².

Esto enlaza la integración de valores colectivos para la mejora de la calidad de vida del sujeto, el entorno y la disminución de los problemas que se reflejan de forma clara en cifras y acontecimientos. La conciencia colectiva

permite, de esta manera, regular las actividades de los actores en el medio en el que han desarrollado la enfermedad. Para lograrlo, se basan en la unión de concepciones diferentes de atención a la enfermedad, lo que implica el desarrollo de medidas de cuidado específicas y variables de una persona a otra. No se enfoca a la atención del sentir, sino del hacer para el funcionamiento más o menos estable de la sociedad.

Cabe mencionar la diferencia existente entre los dos modelos presentados. En el caso del modelo de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos encontramos una solidaridad que nace del sentir y compartir de los actores que se ven involucrados en los grupos. El grupo aquí, es la esencia del tratamiento en cuanto los integrantes saben lo que vive una persona alcohólica. Por ello, la solidaridad es mucho más fuerte.

La solidaridad que se genera en el modelo de tratamiento del CAAF puede ser más débil porque se encuentra representada por un grupo que no necesariamente ha tenido problemas de alcoholismo y que desde su perspectiva trata de conciliar la mejor opción para atender a un paciente alcohólico y su familia. Esto puede limitar su accionar y su alcance porque no se contempla del todo las causas sociales de la enfermedad debido a que, de manera profesional, el alcoholismo es el resultado de una ingesta excesiva de alcohol, aun cuando interfieran otros factores.

Los modelos ya exhibidos atienden desde sus propias expectativas la construcción social de la imagen del alcohólico. En el primer caso (A.A), se presenta la conjugación de sentimientos particulares identificados específicamente por los integrantes de cada grupo. Aquí, el alcohólico, más que un enfermo, es una persona que ha sufrido lo indecible y que en este sentido necesita ayuda, misma que encuentra a través de los integrantes del grupo.

En el caso del CAAF, existe una solidaridad que se plantea a partir de la clasificación del alcohólico como una persona clínicamente enferma. Las expectativas de rehabilitación para quien solicita ayuda son importantes a pesar del escaso número de personas que en este centro se atienden. En este lugar, el éxito del tratamiento depende de la coherencia y articulación de las actividades de los integrantes del equipo. Lo que quiere decir que si uno de ellos falla, con seguridad no se atenderá correctamente al individuo.

Finalmente es necesario señalar que estos modelos, aunque importantes y únicos en su rama, aun tienen una escasa demanda en cuanto a la solicitud del tratamiento en comparación a la cantidad de alcohólicos del país. Se habla entonces de diferentes vertientes en las que se desarrolla y promueve la enfermedad; “puesto que esos sentimientos son colectivos, no es a nosotros lo que en nosotros representan, sino a la sociedad. Es algo superior al individuo”¹¹³.

La solidaridad que existe en el CAAF deviene de la conjunción de diferentes necesidades sociales que determinan la necesidad de contar con un lugar de atención para la droga de mayor consumo en el país. Para fortuna nuestra, el CAAF se crea por un problema social y ahora tiene importantes repercusiones en el medio, lo que permite ubicar a este centro y sus actividades como un sistema determinado que tiene su vida propia, o sea una “conciencia colectiva común”.

Por último, Si bien es cierto, estos modelos son importantes en la rehabilitación del alcohólico cuentan con algunas carencias que se pueden identificar a través de su funcionamiento. Alcohólicos Anónimos, es una agrupación que aun ahora es un poco resistente al trabajo con equipos interdisciplinarios. Aunque ya se han abierto un poco en este sentido, su

concepción del alcoholismo y la manera en cómo tratarlo siguen sustentándose en los 12 pasos y las 12 tradiciones lo que limita el campo de intervención.

El CAAF es un centro que cuenta con componentes importantes en la atención del alcohólico. Sin embargo también tiene ciertas limitaciones que se encuentran por encima de la inconveniencia de no ser tratamiento residencial. Aquí se puede encontrar, en ocasiones, un interés común por atender y remediar la enfermedad, sin embargo el modelo médico no es flexible frente a la manera en cómo debe clínicamente atenderse a un enfermo. En todo caso, cada cual ya sabe lo que tiene que hacer. Todo funciona en completa armonía, no hay lugar a las equivocaciones. El modelo sería perfecto si encontrara la forma de comprender más al individuo y el medio y no al individuo y la sustancia.

“.....sintió como si su cuerpo - o la sombra de su cuerpo- se elevara sobre la ciudad y recorriera años, décadas, siglos. Por primera vez en su vida comprendió con nitidez, con claridad absoluta, que su cuerpo hacía parte del flujo interminable de los años y que la vejez y el olvido de los siglos haría de su voz el eco perdido de su ancestro, el eco condenado, inútil, anónimo, de una amarga extinción”

Eduardo García

“Bulevar de los Héroes”

Consideraciones Últimas

Este recorrido ha terminado, o probablemente es el inicio de otros diferentes que intenten manifestar no solo las carencias en las estrategias de atención para el enfermo alcohólico. Quizá a posterioridad se realicen estudios más completos sobre las causas socioculturales con las cuales se desarrolla el alcoholismo, sobre los espacios específicos de socialización y el papel que desempeña la sustancia como un elemento de identidad social, con los cuales se propongan acciones eficientes y redituables de bajo costo para las instituciones y de gran impacto para las personas y sus familias.

Hemos afirmado que con hechos establecidos socialmente, prácticas de búsqueda de sentido de pertenencia, costumbres, poco conocimiento de la enfermedad clínicamente establecida, mitos, sentimientos colectivos, imágenes proyectadas para favorecer la venta y consumo de alcohol por parte de los industriales alcohólicos, etc. se enfrenta no sólo quien lleva a cabo tratamiento para alcohólicos sino quienes se dedican a intentar disminuir el

consumo a través de actividades de prevención por el impacto que ésta tiene en todas las esferas sociales. Aunque el alcohol y su consumo no representan un problema jurídico necesariamente como las drogas ilegales, si se involucra con muchos espacios en los que por causa del alcohol y la desinhibición de los sentimientos se provocan verdaderas escenas de dolor. Por lo tanto nuestra primera conclusión se refiere a:

1. Los enormes costos económicos y sociales derivados del consumo de alcohol y el alcoholismo se manifiestan por medio de mortalidad, daño y uso de servicios. En el primer caso el número de muertos relacionados en forma directa o indirecta con el consumo de alcohol, representa una proporción significativa de fallecimientos potencialmente evitables. En segundo lugar, la incapacidad generada por los daños a la salud es una causa sustancial de invalidez en los alcohólicos de los países desarrollados y de aquellos que no lo son. Mientras tanto, los costos derivados de la utilización de los servicios de salud son considerablemente elevados, tomando en cuenta que el alcohólico es probablemente uno de los usuarios más asiduos de los servicios.

En el caso de las familias, la violencia física y verbal son solo algunas de las consecuencias inmediatas que propician en gran medida la disolución de la misma y el abandono de las diferentes responsabilidades. El panorama en las calles no es mejor; y es que la estrecha relación existente entre accidentes de tránsito, riñas callejeras, suicidios y accidentes de otro tipo se relacionan directamente con el uso excesivo de la sustancia. En los sistemas de salud las cosas no son diferentes porque la enfermedad no cuenta aún con un respaldo médico importante en cuestión de infraestructura que permita la inversión tanto en prevención como en tratamiento para el alcoholismo, seguramente por los costos económicos que esto representa.

2. Los resultados del consumo de esta sustancia se han manifestado en diferentes etapas, por lo que durante mucho tiempo se han implementado medidas de prevención y control a través de disposiciones legales o restrictivas, mismas que no han logrado controlar el consumo de esta droga, por lo que los costos reflejados, por ejemplo, en años de vida laborable perdidos serán más evidentes debido a que esta droga, socialmente aceptada, implica en su consumo un riesgo importante de inhabilidad sobretodo en población económicamente activa.

Debido a que se acostumbra a estigmatizar y señalar de manera inquisitoria a quienes son adictos a cualquier tipo de drogas y se les ve como una amenaza, en muchas de las ocasiones los actores no le ponen la suficiente atención a los bebedores de alcohol y a los alcohólicos. Por lo que con seguridad seguiremos escuchando frases como “mientras sea borracho y no mariguano” debido a la existencia de toda una carga valorativa con la cual los actores definen la personalidad de los otros. Esto quiere decir que el alcohólico siempre será mejor “visto” que el “mariguano”.

En este sentido, la reproducción de los fenómenos se encuentran determinados por juicios de valor y tradiciones. Parece ser que quienes, por ejemplo, consumen alguna droga ilícita, son unos desviados socialmente, (si no son personas celebres) aunque en pocas ocasiones se les conozca. Por el contrario, el consumo de alcohol no esta mal visto porque el bebedor ocasional o el social solo pretende divertirse y con ello se justifica el abuso de la sustancia. Estas cuestiones de moral están integradas a la fuerza de la conciencia colectiva que se ve amenazada. Por lo que los bebedores, ya mencionados, no son un problema aun siendo potencialmente candidatos a desarrollar la enfermedad, sino por las conductas antisociales llámese accidentes, muertes, asesinatos, etcétera, en los que se ven involucrados.

Es innegable que los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad por los cuales pasa una persona desde que consume alcohol hasta convertirse en alcohólica tienen con frecuencia connotaciones culturales, políticas y económicas severamente marcadas. Para lograr una disminución de alcohólicos potenciales en años venideros se tendrían estudiar a fondo aquellos espacios en los que se permite y promueve el consumo.

3. Como problema cultural el alcoholismo se liga directamente con las costumbres; como problema político integra a muchos ciudadanos y estructuras sociales poderosas, cuyo status depende de la venta y el consumo de alcohol; y es un problema económico, porque de su producción y consumo depende la economía de muchas zonas y regiones de este país, por lo que el Estado recauda gran cantidad de impuestos y porque cualquier medida decidida necesita un soporte económico importante para su acometida y resolución.

A los ojos de la mayoría de los actores sociales, las consideraciones políticas y económicas por las cuales no se aborda el problema del uso excesivo del alcohol y el desarrollo del alcoholismo no son importantes y ni siquiera conocidas en tanto la sustancia es parte de su vida.

Por lo tanto, nos preguntamos ¿vale la pena, por lo menos intentar regular la producción del alcohol?, o ¿se necesitan establecer medidas de prohibición sobre la sustancia y su consumo? claro que no. Probablemente si se establecieran medidas de control sobre la venta, producción y distribución del alcohol más severas se daría la pauta para crear otro tipo de problemas como los que se suscitaron durante el establecimiento y ejecución de la ley Harrison en los Estados Unidos; lo único que se logró fue crear importantes bandas de mafiosos, enjuiciar a más de 40 000 profesionales en la salud por

recetar opio, morfina o cocaína y la comercialización a través del contrabando de alcohol de una pésima calidad.

Controles de este tipo no funcionarían porque más allá de las connotaciones culturales con las cuales se propicia la ingesta del alcohol, la producción y comercialización de éste es importante por la forma en que se expresa en empleos, desarrollo industrial, económico y social. En consecuencia, es manifiesto su carácter lucrativo, incluso para el Estado, encargado de velar por sus consecuencias indeseables.

Este trabajo ha intentado no solo ser constituido como un análisis de los medios y las formas por las cuales se consume alcohol y de las carencias que existen en la materia, sino exponer a un fenómeno “natural” de nuestra sociedad y la importancia que debe de dársele por estar estrechamente relacionado con conductas que debilitan las esferas comunitarias en tanto que el alcoholismo es parte de una construcción explícita de usos y costumbres, pero, ¿qué ha pasado con estos factores en los estudios? En realidad muy poco, ya que han sido normalmente olvidados por la medicina clásica, además de estar ausentes en muchos de los proyectos de investigación.

Por ello, a través de cada uno de los capítulos surgen preguntas que pueden ser respondidas de diferente manera. Estas obligan a pensar en la responsabilidad que cada persona involucrada socialmente tiene en relación a la sustancia y su ingesta. Por ello, ha sido necesario conocer los principios fundamentales del alcohol, su historia natural, su función en las diferentes sociedades, sus resultados inmediatos, a corto, largo plazo y las alternativas de atención para el enfermo alcohólico.

4. Todo ello nos obliga a preguntarnos ¿por qué se da el consumo de tal o cual forma?, ¿son una buena alternativa para la dinámica de vida los modelos de tratamiento? ¿se adecuan a la variedad de estilos de vida de los actores

enfermos o no?. Por lo anterior se puede concluir sobre lo siguiente: en nuestro país, como en muchos otros, la ingesta de alcohol no se relaciona en lo absoluto con fines terapéuticos (“aunque digan que la gripe se quita con un tequila”) o nutricionales y existe una gran carencia para la atención de la enfermedad, debido entre otras cosas, a las diferentes características de la población.

Además, aunque no es una característica propia, la ingesta en nuestro país sobretodo en población joven, se da los fines de semana de manera explosiva. Es decir, en una sola noche se toman los que en otras latitudes en una semana, lo que los hace más propensos a sufrir percances. Con seguridad, la mayoría de las personas que consumen alcohol no tienen ninguna idea de cómo la sustancia actúa en su cuerpo, aunque saben que con ella es más fácil “agarrar valor” y “ligarse a alguien” porque les ayuda a diluir sus miedos y valores. Frente a esto, los sistemas de tratamiento continuarán con dificultades para enfrentar a la enfermedad y el alcohol se seguirá viendo como una buena alternativa de socialización y recreación para las próximas generaciones.

Aún conociendo la acción de la sustancia en el organismo ¿se cambiarían los niveles de ingesta? Me parece que no. Y es que más allá de las cuestiones farmacológicas o de salud, existen medios y espacios que no se pueden concebir sin la sustancia como una fiesta de 15 años, una boda o un domingo futbolero. Ante esto, una propuesta de atención y prevención debe darse a la tarea de conocer los espacios de consumo a fondo, con ello, se podrá entender las sensaciones que proponen y promueven el uso y el abuso de alcohol. Sin duda esta es una tarea difícil y no se ha valorado en muchos medios, pero puede dar resultados importantes en la atención y prevención de la enfermedad.

El consumo de alcohol ya no es como antes, ni siquiera de una colonia a otra es igual; esa es la vida cotidiana, eso es lo que se debe entender. La idea entonces, será retomar en algunos aspectos el orden en el que el consumo de la sustancia era limitado. No se trata de tomar alternativas bárbaras sino analizar a profundidad el movimiento de la realidad y el imaginario colectivo, con ello estoy seguro se mejorarán las actividades de prevención y rehabilitación en nuestro país.

Inevitablemente, al proponer una serie de actividades encaminadas a desarrollar alternativas de prevención y tratamiento eficientes se choca con intereses económicos importantes que se encuentran respaldando la producción y distribución de las bebidas alcohólicas, por lo que es explícito que los grandes productores de alcohol no tienen el menor interés por regular su producción y su consumo aunque promuevan campañas como las de “el conductor designado” (de la cual yo tengo mis propias dudas) que traducida no es otra cosa más que la evidente invitación al consumo excesivo de alcohol de muchos y a la abstinencia de uno.

Estas campañas se encuentran pensadas como parte de la obligación que tienen las empresas ante las exigencias del gobierno y la Ley General de Salud. Aun cuando estas campañas puedan limitar el uso de alcohol y con ello prevenir los accidentes no interfieren directamente en el desarrollo de la enfermedad.

Junto a estas medidas obligadas de las industrias alcohólicas encontramos, del lado de algunos gobiernos, acciones tan cuestionables como las de la aplicación del alcoholímetro. Su presencia es justificada a partir de la disminución de accidentes sobretodo de tránsito en la Ciudad. Se pretende de esta forma castigar prevenir las consecuencias de manejar ebrio.

Aunque esta acción ha encontrado eco en muchas esferas sociales, me parece que no es la adecuada para prevenir la enfermedad aunque si es adecuada para disminuir el consumo de alcohol en algunos actores. Aun así, ésta actividad se suma al enorme número de leyes y lineamientos que se han establecido a través de la historia con los cuales se ha querido regular el consumo de alcohol. Y hasta el momento los resultados no han sido los más adecuados y más de 6 millones de alcohólicos clínicamente enfermos lo confirman. Por lo anterior, ¿puede una ley o un elemento tan efímero como el alcoholímetro interferir en las prácticas de consumo de alcohol?. Me parece que no.

5. Esto nos lleva a otra conclusión que incide en la efectividad de las leyes que se dictan en materia de alcohol. Como se ha mostrado, las leyes que se han establecido desde hace muchos años en rededor del alcohol han intentado regular el consumo de éste para evitar actitudes que ponen en riesgo el funcionamiento de una sociedad. Ese es su papel, para eso se formaron.

La Ley General de Salud (LGS) es muy clara frente al alcohol, su venta, su producción y distribución, pero creo que es una ley que no integra consideraciones importantes que permitan disminuir los costos derivados del uso del alcohol a través de medidas educativas en los actores. Por lo tanto un paso importante en la prevención de la enfermedad y todo lo que conlleva será, por lo menos, decirle a la gente cual es la manera de tomar alcohol sin emborracharse.

Con ello, podríamos poner al alcance de muchos la información mínima necesaria. Sin embargo, como ya se ha mencionado existen ciertos intereses que giran alrededor del alcohol. Los más importantes tienen que ver con la distribución y la producción. La LGS, en este sentido es muy clara, pero es muy escasa porque no establece la responsabilidad del consumidor. Todo lo

que dicta la LGS tienen que ver con la calidad de la producción y la responsabilidad de las productoras del mismo.

Por lo tanto, mensajes como “la calidad es responsabilidad de..... la cantidad es responsabilidad de usted” no son capaces de alterar las conductas de diversión, desinhibición y socialización que la misma sustancia propone. Por ello, se necesita modificar crear parte de esta enseñanza para lograr una mejor cultura del alcohol.

Esta enseñanza incidirá en quien vive de diferente manera los fenómenos que se le presentan y que al integrarse en un grupo diferente, en muchas ocasiones, adopta las conductas de las personas con quienes en ese momento se encuentra interactuando lo que propicia una despersonalización y sometimiento a los intereses colectivos. Queda claro que aun cuando las leyes fuesen más duras alrededor de la producción del alcohol, los actores legos, aquellos que le dan vida a las fiestas y que reflejan a través de sus conductas las consecuencias inmediatas del uso de alcohol seguirán teniendo una escasa participación.

A pesar del gran problema que representa el consumo de alcohol y el alcoholismo, las medidas sanitarias para controlar el problema no han sido suficientes, lo cual se refleja en una LGS que muy escuetamente aborda lo referente a bebidas alcohólicas, y por otra parte en una Norma Oficial Mexicana que dicta los lineamientos mínimos con los que deben de contar las instituciones que atienden problemas de farmacodependencia y que ha sido creada hasta hace tres años.

Cuando se lee la LGS podemos observar la enorme carencia que existe en materia de alcoholismo. Esta dificultad no permite realizar trabajos de prevención y regulación sobre el consumo de alcohol. Pero he aquí otra pregunta, ¿es necesario dar a conocer a todos los actores de la sociedad esta

ley?. Claro que no. Lo que se debe hacer es interpretar parte de esos sentimientos populares para determinar de donde parte el gusto por el alcohol, como se compra, como se ve, para que se necesita, etcétera y con ello proponer un replanteamiento de la misma que contemple la incorporación de compromisos en los actores y con ello mejorar la salud de la población.

Sin una ofensiva moralista pero responsable, se puede plantear un trabajo que aborde cuestiones mínimas del sentido común como aquellas en las que se visualiza al alcohol como un elemento importante en las tradiciones lo que podría la organización en los grupos sociales. Estas medidas no tendrán nada que ver con las que por ejemplo se ejecutan en Medio Oriente o las que se realizaban en el México Prehispánico. Pero si indicaran cuales son los caminos a seguir en una intervención a corto, mediano y largo plazo, lo que provocara estar atentos a los diferentes movimientos, tal vez los más importantes o estandarizados, que involucran a la sustancia y su consumo. Es decir, no podemos atacar a la sustancia ni enfocarnos a decir “el alcohol produce.....”. No, lo que se necesita es conocer los espacios y las reacciones que se desarrollan en rededor del fenómeno, sin hacer juicios de valor sobre el consumidor de alcohol y el alcohólico.

Así, se debe reflexionar en torno a este complejo fenómeno que incluye al individuo, al alcohol y al alcoholismo. Primero, se debe entender que la génesis del alcoholismo se encuentra más allá de la simple acción de la sustancia con el organismo. Se obliga a pensar en las muchas particularidades que se involucran en el desarrollo de la enfermedad. Esto es que, para atender el problema desde la prevención y hasta el tratamiento conviene proponer acciones en las que se atiendan los sentimientos, los espacios, los grupos de pares, las condiciones de vida desfavorables como la pobreza, la violencia, la falta de oportunidades laborales, recreativas, educacionales, y todas aquellas

que de una u otra forma inciden directa o indirectamente en el uso del alcohol y el desarrollo de la enfermedad.

Como parte de la atención primaria, lo adecuado, más allá de dar talleres de prevención y sensibilización con personal poco profesionalizado y estimulado, será desarrollar programas de Prevención que se contemplen como una inversión en la salud y con ello evitar a largo plazo el gasto en la enfermedad. Así, se salvaría, en cierta medida, la inversión en infraestructura adecuada para el alcohólico. Los programas tendrían que ser acordes a las necesidades de la población y conocidos por los mismos actores legos con la supervisión de los profesionales en la materia.

6. Los costos sociales y económicos de la atención de personas adictas a las conocidas drogas duras no son en absoluto comparables a los costos económicos y sociales de quienes son afectados por el alcohol y ello nos lleva a reflexionar sobre otra cosa. El panorama epidemiológico no se presentó por simple gusto o mera necesidad. Se debe poner atención a las tendencias del consumo para los siguientes años ya que debido a la carencia de actividades y programas de trabajo, de límites sociales, al gran aparato de mercado que vende alcohol; al paso del tiempo el consumo de alcohol va a estar marcado por una tendencia, si no de ascenso si de estabilidad en la población. Por ello, el consumo seguirá presentándose en edades más tempranas y los patrones de ingesta continuaran siendo estables.

Se ha tenido la intención de mostrar y si quieren promocionar a organizaciones que con diferentes herramientas, algunas profesionales y otras no, se encargan ya sea por cuestiones de trabajo o investigación o por simple buena voluntad de prestar servicios de rehabilitación a quienes han caído en el alcoholismo. Cabe mencionar que no son en exclusiva las únicas y para muchos por supuesto tampoco son las mejores, pero son de las pocas que se

encuentran, económicamente hablando, al alcance de la gran mayoría de las personas que sufren de esta enfermedad.

Aunque existen otras instituciones que atienden este problema, los más de tres millones de alcohólicos no cuentan con los 190 mil pesos que se requieren para iniciar un tratamiento en OCEÁNICA, o los 150 mil pesos que se requieren para atenderse en MONTE FÉNIX. Por ello es importante en primer lugar que la gente con problemas de alcoholismo sepa de la existencia de Alcohólicos Anónimos y del CAAF; y en segundo lugar que se le de más apoyo a este tipo de instituciones.

La presente investigación constituye la posibilidad de darle la importancia a estas dos instituciones y con ello demostrar el por qué de la reclamación de contar no solo con medidas adecuadas de prevención sino con alternativas claras para prestar ayuda a los alcohólicos. En este sentido es claro que la bibliografía sobre este tema es aún escasa si tomamos como referencia la que existe sobre otras drogas, a pesar de que esta enfermedad es uno de los principales problemas de salud pública.

A pesar de las propiedades mismas de las bebidas, el impacto en la salud de los individuos y las sociedades no justifican el poco o mucho interés que se tiene en la materia. En este sentido, es muy interesante destacar que la naturaleza de sus propiedades no explica en lo absoluto la manera en cómo se bebe en este país, ello porque la ingesta no es a partir de la visión integral del contenido vitamínico o proteínico sino por el simple hecho de beber para divertirse, desinhibirse, y en el peor de los casos perder la conciencia. Entonces, si el alcohol y su consumo representan un problema, ¿por qué aun no queda claro cual es el papel del alcohólico como enfermo?, ¿qué pasa con la obligación de las autoridades?

No mucho, porque el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares es el único, en todo el país, en su clase. Lo que quiere decir que aún no se responde cabalmente, desde el gobierno, a éste problema social, aun cuando las autoridades saben que hay un problema público (si no es así para que existen las leyes) importante que debe ser prevenido y atendido para evitar gastos económicos más fuertes a futuro.

Con seguridad existe una gran brecha que limita los beneficios que pueden ofrecerse a través de la admisión del consumo de alcohol y del alcoholismo como un problema público. Sin embargo, esta admisión aunque contemplada aun no es atendida en las esferas de gobierno y de los actores sociales debido a la limitación de recursos (de cualquier tipo) existentes para atender las demandas sociales. Por lo anterior, entonces se entiende que el excesivo consumo de alcohol en nuestro país no se encuentra del todo contemplado como un problema público institucional aunque los problemas sociales derivados del consumo muestren lo contrario.

Parece pues, que la respuesta a muchas preguntas escapan de la interpretación de los actores sociales. Ello porque seguramente un gran número de personas en este país aun no se percatan de que el alcoholismo es una enfermedad y porque a pesar de los costos sociales explícitos existen, más allá de las acciones farmacológicas, situaciones que se encuentran estrechamente ligadas con realidades económicas y políticas que involucran intereses propios y que no permiten llevar a cabo medidas de atención adecuadas.

7. El fenómeno del consumo de drogas licitas e ilícitas es preocupante y las medidas de acción en la materia no han sido las adecuadas para su atención. Por ello, el panorama para los siguientes años es alarmante ya que el consumo de alcohol continuará en incremento e instrumentos epidemiológicos

como la Encuesta Nacional de Adicciones, la Encuesta Nacional de Estudiantes y el SISVEA nos permitirán seguir observando los cambios en la prevalencia del uso, abuso y dependencia de las personas que consumen alcohol.

Estos sistemas cobran importancia por la información estadística que ya se ha presentado en el segundo capítulo, combinada con los problemas sociales que ahí se muestran. De esta manera llama la atención la información que se refiere a las edades de consumo y como éste se suscita en muchos menores edad aunque estos no tengan edad legal para comprar alcohol. Lo que evidencia actos de corrupción de quienes venden alcohol y de promoción de consumo en el seno familiar. Es indudable que el personaje clásico llamado “borracho” o “alcohólico” se encuentra estrechamente vinculado a cuestiones socio – culturales.

8. No se ha tenido ninguna otra intención más que la de mostrar la grave problemática que se suscita alrededor de un consumidor de alcohol ya sea moderado, ocasional o excesivo. Lo que se ha exhibido presenta dos sencillas observaciones: la primera significa el consumo de alcohol, el panorama epidemiológico y la estrecha relación que se suscita entre violencia, muertes y trasgresiones al orden por parte de bebedores.

La segunda observación radica en las modalidades y alternativas de tratamiento que se ofrecen para este tipo de personas, además de las acciones en cuanto a políticas que se han llevado a cabo para proporcionar un buen tratamiento y para controlar la producción, la venta y el consumo. Tanto A.A. como el CAAF son espacios propicios para atender al alcohólico, aun cuando los dos modelos funcionan de diferente manera. El primero integra a un grupo de personas que han padecido la misma enfermedad y que se ayudan entre sí resaltando su espiritualidad; el otro integra a dos grupos de personas:

profesionales y enfermos que, a partir de una serie de pasos establecidos oferta un modelo profesional y eficiente de atención y rehabilitación.

Estos modelos son relativamente nuevos y no son los únicos, además pueden contar con algunas fallas que no les permitan conciliar una adherencia al tratamiento adecuada. El caso del modelo del CAFF es integrado y muy interesante, pero desde mi punto de vista, tiene carencias. La primera, no es un modelo de tratamiento residencial, aunque ya se ha analizado el por qué; y la segunda, no cuenta con un programa de intervención preventivo que, haga justamente esto, prevenir de manera primaria, al menos en el espacio en que se encuentra situado.

Cada una de las instituciones que mencionamos tiene sus problemas y carencias. El CAAF, por ejemplo, empezó a trabajar en 1977, y hasta cerca de 20 años después se estableció la NOM 028. lo que quiere decir que la atención, aunque profesional, con seguridad no tenía todos los requerimientos que se necesitaban. Asimismo fue cerrado durante dos años por el terremoto de 1985. Sin embargo, este fue el comienzo de uno, de los no más de 10 centros parecidos que existen en el mundo, que se dedica en nuestro país a atender exclusivamente a alcohólicos. Aún así, sus alcances son muy cortos, ya que en promedio desintoxican a 200 o 300 personas al año aunque dan consulta a cerca de 10 000 personas entre hombres y mujeres al año que no necesariamente tienen problemas de alcoholismo.

Inicialmente se priorizó la atención a usuarios con problemas de abstinencia y en consecuencia se desarrollaron programas de desintoxicación. A partir de necesidades cambiantes, que se asociaron con la población que habita en la zona de influencia, se desarrollaron programas de tipo conductual dirigidos a la atención de problemas de abuso y dependencia alcohólica. Aunque a razón de ser sinceros, al parecer en este país lo que menos importa

es el alcohólico y es que el CAAF no cuenta con la promoción suficiente para que la gente lo conozca. Es decir, nunca en mi vida he visto un cartel, como los de A.A. promocionando la ayuda que pueda prestar este centro.

Si bien es cierto, ahora existen diferentes instituciones con profesionales en salud que se dedican a atender a personas con esta enfermedad. Sin embargo, Alcohólicos Anónimos sigue siendo, seguramente, la alternativa más conocida para proporcionar atención tanto con los grupos tradicionales como con los conocidos anexos. A.A. atiende al 70% de las personas con problemas de consumo de alcohol que buscan ayuda. Esto significa que posiblemente la mentalidad y visión de las personas comunes no visualicen aun al alcoholismo como una enfermedad o que, por otro lado, por cuestiones de moral y valores no busquen ayuda ya sea propia o para alguien en instituciones especializadas como el CAAF.

Cabe mencionar que la inclusión de la familia en el desarrollo del tratamiento permite no solo llevar a cabo una desintoxicación con buenos resultados, sino además conviene a quienes han sido afectados de manera indirecta por el alcoholismo. Por esta razón, se debe fortalecer al interior tanto de los grupos de A.A. como en el CAAF, la participación de los familiares de los alcohólicos.

Sin embargo, la atención profesional desde el punto de vista farmacológico no es en realidad una opción alcanzable para muchos bolsillos, ello porque medicamentos como el Clorhidrato de Naltrexona son de costos muy altos lo cual limita el enfoque profesional. Además, no existe, en muchos casos, la facilidad de un medio controlado de bajo costo como ya lo habíamos mencionado; y en donde si se puede controlar el medio el tratamiento es muy caro o poco recomendable.

Por otra parte es necesario admitir que el paciente con dependencia al alcohol absorbe una gran cantidad de recursos, lo que sugiere la planificación de los mismos. Porque es un hecho que es más caro atender a un paciente alcohólico que a un paciente con cáncer. Por otra parte existe una explícita carencia de redes de apoyo que permitan garantizar la atención de la comorbilidad física, psiquiátrica, psicológica y social.

9. Por su parte, el programa de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos es muy importante. Los integrantes de los grupos se encuentran respaldados por un programa de vida, un programa que los invita a apoyarse en otros para mantenerse sobrios “sólo por hoy”, es un programa de 24 horas y que a diferencia de modelos más profesionales (en donde se establecen planes y metas terapéuticas a largo plazo) este modelo de los 12 pasos es el que más alcohólicos en abstinencia ha logrado mantener. En el se trabaja la abstinencia por medio de catarsis en una tribuna todos los días durante hora y media. En definitiva, el poder superior o el Factor X, en quien confían en A.A. es una estrategia importante para la abstinencia de la persona, pero ¿en donde queda la rehabilitación, el trabajo de los médicos y otros profesionales de la salud?. Hay que decir, que A.A. no es el mismo de hace 50 años porque ahora ya hay más apertura para este tipo de profesionales, pero, ¿esto realmente basta?, es decir, ¿podemos dejar toda la responsabilidad a estos grupos? Claro que no.

Se mencionaron rápidamente a los grupos de Terapia Intensiva. Estos anexos han sido incorporados, gradualmente, a una red de centros de rehabilitación en adicciones en donde el Estado ha emitido normas de funcionamiento para preservar el respeto a los derechos humanos y exigir lineamientos médicos básicos (hoja clínica de ingreso, diagnóstico, estudios de laboratorio básicos, etcétera) No reciben ayuda gubernamental directa, pero algunos pueden funcionar solicitando cuotas de recuperación variables.

Estos albergues denominados anexos han sido incorporados hasta conseguir un producto híbrido entre células de rehabilitación independientes y comunidades autosuficientes generadoras de fuentes de trabajo y estilos de desarrollo humano, que acabaron como pseudoclínicas que reproducen los modelos autoritarios en relaciones asimétricas entre “curadores” y enfermos, subrayan la estigmatización desde el prejuicio moral e inactivan movimientos grupales de autoayuda para transformar la ayuda en una mercancía restringida

Estos grupos también realizan un proceso de desintoxicación poco ortodoxo en sus centros y no son del todo recomendables. Aquí hago un paréntesis para comentar algo de mi experiencia. Hace apenas tres años, participe de manera activa en la evaluación y verificación del cumplimiento de la NOM 028 en este tipo de grupos. Se aplicaron 66 Cédulas con reactivos acordes a los artículos de la misma Norma. De estas Cédulas 60 eran analizables.

Quiero decir que ninguno de estos centros contaba con los requisitos mínimos que garantizaran un buen trato y una buena estancia para el paciente (que regularmente no son alcohólicos puros, sino poliusuarios). Es más, al verificar telefónicamente los requisitos mínimos de ingreso decían, “no importa, si él no quiere venir, póngalo en la calle y nosotros nos lo llevamos y le aseguro que no lo ve en tres meses”. Por desgracia, aun se esta muy lejos de evaluar este tipo de instituciones para garantizar un proceso de rehabilitación acorde a las necesidades de los pacientes.

Seguramente muchos de los problemas que se suscitan alrededor del alcohol se podrían prevenir. Sin embargo esto no es así. Existen, pues, una serie de compromisos que involucran directamente a la sociedad en su conjunto debido a la permisividad que se tiene alrededor del alcohol.

Finalmente existe un atraso en las medidas de atención para los alcohólicos, por lo que resulta necesario trabajar mucho más ya no en la idea de crear nuevos y más eficientes, sino en reforzar los que ya existen. Con ello la posibilidad de trabajo estará más estrechamente ligada a los lineamientos oficiales y se evitara hechos innecesarios como los que se han presentado en algunos grupos de Terapia Intensiva (Anexos) que brindan servicio de tipo residencial. Existe así, una responsabilidad marcada no solo para el sistema de salud sino para todos aquellos centros que trabajan con este tipo de enfermos.

Aun cuando estas dos instituciones cuentan con carencias explícitas son importantes para atender al alcohólico. Su organización se ha estructurado a partir de las necesidades propias de los espacios urbanos y de la gente enferma. Por lo tanto, creemos que se daría un paso importante para atender la enfermedad el simple hecho de apoyar la creación de nuevos grupos de Alcohólicos Anónimos en los que trabajaran directamente profesionales del a salud respetando las bases de los mismos grupos y en segundo lugar apoyar la creación a nivel nacional de un centro, por Estado, como el Centro de Ayuda Para el Alcohólico y sus Familiares.

10. Por último es claro que el gran reto a futuro radica en considerar la integración de las mejores posibilidades de recuperación basadas en intervenciones científicamente fundamentadas, de bajo costo y eficaces. Los modelos antes mencionados deben considerar las características de los usuarios y las diversas modalidades disponibles, e integrar a la familia en un proceso de atención sistemático que cubra la mayoría de sus necesidades.

Estos modelos deben tener capacidad para evaluar el curso del tratamiento y el control de los factores asociados con las recaídas, a fin de favorecer el mayor tiempo posible la abstinencia o la modificación de los

patrones de consumo para disminuir los daños a la salud del individuo y el conjunto social.

Lo ideal sería la creación de centros avanzados de investigación, capacitación y tratamiento de problemas de alcoholismo. El primer apartado implicaría el desarrollo de proyectos de investigación en sistemas de atención, identificación de factores genéticos y de vulnerabilidad, en el conocimiento de las influencias psicológicas y sociales de la conducta de beber, así como de estudios acerca de las causas y expresiones de los diversos tipos de alcoholismo; de las mejores alternativas de atención; de los factores que influyen en el curso del tratamiento y en la búsqueda de modelos de prevención de recaídas.

En segundo lugar, la posibilidad de apoyar a la red de servicios de atención primaria en salud por medio de la capacitación selectiva, generaría un modelo prototípico de gran alcance.

Sin embargo, aun nos encontramos muy lejos de posibilitar medidas de atención de este tamaño, por lo que debemos seguir apostando, en primer lugar, a desarrollar campañas de educación – prevención que se adecuen a los contextos socioculturales de los individuos y en segundo a apoyar más la formación de grupos de Alcohólicos Anónimos e instituciones como el Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares.

Ello nos ayudara en el fututo ya que, para los próximos años, como consecuencia de la estructura demográfica y de los perfiles epidemiológicos de la población; así como de los procesos de urbanización y cambio, se espera que el consumo de sustancias se incremente, por lo que es necesario el mejoramiento y perfeccionamiento de las leyes en la materia que contemplen la reducción de la demanda a partir de una respuesta social organizada.

Sin lugar a dudas se pueden diseñar muchas preguntas para abordar este complejo problema y las más importantes se encuentran ligadas a la falta de atención y de servicios que aborden exclusivamente y con diferentes visiones al paciente alcohólico. Necesitamos así, replantear el problema del alcoholismo para dejar de lado la concepción moralista de las cosas, con ello seguramente se abrirán nuevos escenarios que permitan la prevención del alcoholismo, la rehabilitación del alcohólico y la reinserción de éste al conjunto social.

ANEXO 1
LEY GENERAL DE SALUD

REFORMA PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION
15 DE MAYO DE 2003

TRANSITORIOS

Artículo Primero

El presente Decreto entrará en vigor el 1o. de enero del año dos mil cuatro

TEXTO VIGENTE

CAPITULO II

Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas.

Artículo 185

La Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas que comprenderá, entre otras, las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos;
- II. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva, y
- III. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.

Artículo 186

Para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, se realizarán actividades de investigación en los siguientes aspectos:

- I. Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas.
- II. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas;
- III. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población y
- IV. Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo.

Artículo 187

En el marco del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud coordinará las acciones que se desarrollen contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. La coordinación en la adopción de medidas, en los ámbitos federal y local, se llevará a cabo a través de los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las entidades federativas.

Para este efecto, se crea el Consejo Nacional Antialcohólico, que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, así como la evaluación del programa al que se refiere el Artículo 185 de esta ley. Dicho consejo estará integrado por el Secretario de Salud quien lo coordinará por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto mencionado, y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud.

El Secretario de Salud podrá invitar cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo.

La organización y funcionamiento del Consejo se regirá por su reglamento interior.

CAPITULO III

Bebidas alcohólicas

Artículo 217

Para los efectos de esta Ley, se consideran bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. Cualquiera otra que contenga una proporción mayor no podrá comercializarse como bebida.

Artículo 218

Toda bebida alcohólica, deberá ostentar en los envases, la leyenda: "el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud", escrito con letra fácilmente legible, en colores contrastantes y sin que se invoque o se haga referencia a alguna disposición legal.

La Secretaría de Salud, en su caso, publicará en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo mediante el cual podrán establecerse otras leyendas precautorias, así como las disposiciones para su aplicación y utilización.

Artículo 219

(Se deroga).

Artículo 220

En ningún caso y de ninguna forma se podrán expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES

El 21 de junio de 1999¹, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Consejo Nacional contra las Adicciones presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la Norma Oficial Mexicana, la cual, con fecha 12 de abril de 2000 y en cumplimiento de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de dicha Norma a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades. Las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

En esta Norma el Tratamiento se entiende como el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Según esta Norma, todas las instituciones que brinden tratamiento para personas que sufren problemas de adicción deben sujetarse a los siguientes lineamientos estipulados en el capítulo 9 de la misma Norma:

9.1 Consideraciones generales:

9.1.1 La atención debe brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, a través del modelo profesional, el de ayuda mutua, el mixto o modelos alternativos.

9.1.1.1 El modelo profesional ofrece diferentes servicios de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y está manejado por profesionales de la salud.

9.1.1.2 El modelo de ayuda mutua es ofrecido por agrupaciones de adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto en la resolución de su problema. Los programas de ayuda mutua más comúnmente utilizados tienen su fundamento en los llamados "Doce Pasos de A. A.", que utilizan diferentes agrupaciones. Con este modelo se trata de incidir, tanto en la conducta como en los problemas existenciales y emocionales del adicto. Subyace la idea de pertenecer a un grupo y practicar los "Doce Pasos", se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención.

9.1.2 Los servicios de tratamiento deben brindarse en establecimientos especializados en la atención de las adicciones, y en establecimientos que ofrecen servicios generales de salud.

9.1.3 Los establecimientos especializados en la atención de las adicciones deben:

9.1.3.1 Ofrecer los servicios ambulatorios o de internamiento, de acuerdo con la capacidad resolutive de los mismos.

9.1.3.2 Iniciar el proceso del tratamiento y la rehabilitación de la o el usuario, incluyendo programas de prevención de recaídas, además de sensibilizar e involucrar a la familia.

9.3 Para el tratamiento de las personas que abusan o son adictas a las bebidas alcohólicas, abusan o son adictas a otras sustancias psicoactivas que no sea el tabaco, los establecimientos especializados que operan bajo el modelo profesional o mixto deben apegarse a los siguientes lineamientos:

9.3.1 Los servicios de consulta externa, deben llevarse a cabo de acuerdo a los siguientes procedimientos:

9.3.1.1 Abrir expediente clínico.

9.3.1.2 Elaborar historia clínica.

9.3.1.3 Hacer valoración clínica del caso y elaborar la nota competente.

9.3.1.4 Solicitar auxiliares de diagnóstico y tratamiento, según sea el caso.

9.3.1.5 Elaborar diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

9.3.1.6 Promover y guiar la participación de la familia en el proceso.

9.3.1.7 Elaborar nota de evolución y realizar seguimiento.

9.3.1.8 De ser necesario, enviar a interconsulta, o a internamiento.

9.3.1.9 Si no se cuenta con la capacidad resolutive suficiente, referir el caso a otro establecimiento, para el tratamiento de su adicción o de las complicaciones asociadas.

9.3.1.10 Elaborar hoja de referencia.

9.3.2 El servicio de internamiento se brindará a las o los usuarios que así lo requieran, cuando presenten trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con las características clínicas del caso y a través de las siguientes acciones:

9.3.2.1 Al ingreso se deberá:

9.3.2.1.1 Practicar examen clínico.

9.3.2.1.2 Llenar el formato de ingreso, firmado por la o el usuario y, por su familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, de acuerdo con los requisitos establecidos.

9.3.2.1.3 Elaborar historia clínica.

9.3.2.1.4 Solicitar los auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

9.3.2.2 En la estancia se deberá:

9.3.2.2.1 Interpretar los resultados de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

9.3.2.2.2 Solicitar las interconsultas necesarias.

9.3.2.2.3 Establecer diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, antes de las 48 horas posteriores al ingreso de la o el usuario.

9.3.2.2.4 Elaborar la nota de evolución correspondiente.

9.3.2.3 Al egreso se deberá:

9.3.2.3.1 Valorar el estado clínico.

9.3.2.3.2 Ratificar o rectificar el diagnóstico.

9.3.2.3.3 Elaborar pronóstico.

9.3.2.3.4 Referir, de ser necesario, a otro establecimiento especializado para el tratamiento de las adicciones.

9.3.2.3.5 Elaborar la nota clínica de egreso, informando a la o el usuario, familiar más cercano en vínculo, o en su caso, representante legal, el plan de egreso.

9.3.2.3.6 Si la o el usuario abandonase el tratamiento sin autorización médica, esto deberá ser notificado en forma inmediata por el personal del establecimiento al familiar más cercano en vínculo, al representante legal o, en su caso, a la instancia legal o autoridad competente.

9.3.3 Los establecimientos especializados que operan bajo el modelo de ayuda mutua para la atención de las personas que usan o abusan de sustancias

psicoactivas, brindan servicios en dos modalidades: la no residencial, y la residencial.

9.3.3.1 La modalidad no residencial consiste en llevar a cabo reuniones en las que se transmite el mensaje de recuperación y se realizan actividades de rehabilitación. Los grupos de ayuda mutua que ofrezcan servicios bajo esta modalidad deberán:

9.3.3.1.1 Contar con un encargado del establecimiento.

9.3.3.1.2 En caso de que alguna persona acuda al establecimiento en estado de intoxicación o en síndrome de abstinencia o de supresión, referirla inmediatamente a un establecimiento que preste servicios de atención profesional.

9.3.3.1.3 Referir a la o el usuario a servicios profesionales, cuando se presente co-morbilidad médica que requiera tal atención.

9.3.3.1.4 Llevar un registro individualizado de las actividades realizadas.

9.3.5 El seguimiento de usuarios en los establecimientos especializados en adicciones, tiene por objeto vigilar el proceso subsecuente de tratamiento y rehabilitación, a través de las diferentes alternativas identificadas para lograr su reinserción social, sea con profesionales de la salud, grupos de ayuda mutua o ambos, para evitar o reducir el fenómeno de recaída y debe realizarse mediante las actividades señaladas a continuación:

9.3.5.1 Manejo subsecuente, en otros establecimientos para tratamiento de adicciones.

9.3.5.2 Visita domiciliaria o llamada telefónica, si el establecimiento cuenta con este servicio.

9.3.5.3 Rescate de usuarios que han abandonado su tratamiento o recaído en su adicción, si el establecimiento cuenta con recursos.

9.3.5.4 Cuando la o el usuario sea referido a otro establecimiento, debe elaborarse una hoja de referencia, que detalle el caso.

9.3.6 Se debe promover en los establecimientos que ofrecen servicios generales de salud:

9.3.6.1 Que la dependencia a las bebidas alcohólicas y a otras sustancias psicoactivas son problemas de salud en sí mismos y factores importantes de riesgo, que son considerados como patologías.

9.3.6.2 Que los padecimientos adictivos están asociados a otros trastornos médicos y psicológicos, que también requieren atención.

9.3.6.3 Que el personal de salud explore el patrón de consumo y su vinculación con el motivo de consulta, ya que el usuario no siempre acude porque quiere abandonar el consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas.

9.3.6.4 Que la o el usuario, a través del consejo médico o de otro profesional de la salud, tome conciencia sobre la importancia de abandonar el consumo de sustancias psicoactivas.

ANEXO 2

LOS DOCE PASOS:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podrá 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 practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

LAS DOCE TRADICIONES:

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 solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo la enfermedad del alcoholismo.
6. Un Grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar su nombre a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen 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.

NOTAS

- ¹ BERGER, Peter L y LUCKMANN Thomas, "La Construcción Social de la Realidad" Ed. Amorrurto. Buenos Aires 2001. Pág. 15
- ² GIDDENS Anthony. "Las nuevas reglas del método sociológico", Buenos Aires, Amorrurto, 1993. p. 45
- ³ BORDIEU Pierre. "El Oficio del Sociólogo", 23ª Edición, Argentina, Siglo XXI, 2002. p. 14
- ⁴ TAPIA Roberto. "Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas". Manual Moderno, México, 1995, p. 127
- ⁵ HÉLLER Agner. "Historia y Vida Cotidiana". Grijalbo, México, 1985, p. 166
- ⁶ BERRUECOS, Luis., "El punto de Vista Sociocultural", en *Addictus*, año 1, núm. 5, México, marzo-abril 1995, p. 11.
- ⁶ Debemos recordar que en Medio Oriente se prohíbe tomar bajo pena de muerte. Además, en Europa, hace muchos años, el castigo para los alcohólicos, en varias ocasiones, consistía en ir enfundado en un gran barril de madera lleno de agua con heces fecales.
- ⁷ ELIZONDO, José A., "Los ritos de iniciación del alcohol en los adolescentes", en *Addictus*, año 1, núm. 5, México, marzo-abril 1995, p. 13-14.
- ⁸ ELIZONDO José, *op cit.*, p. 13.
- ⁹ MILANESE Efreem. "Prevención, reducción del daño y cura de las farmacodependencias". México, Cáritas Arquidiócesis de México, 1999. p. 58.
- ¹⁰ BERGER Peter y Luckmann Thomas, *op cit.*, p 84.
- ¹¹ ARAUJO, Rogelio, "Barrios terapéuticos: identidades sociales y cura comunitaria". México, Fondo Nacional Para la Cultura y las Artes, 2000, p. 71.
- ¹² GONZÁLEZ, Enrique. "El mito de las Drogas. Consumo de drogas en España". España, Villamar, 1999, p. 10.
- ¹³ VELASCO Rafael, "Alcoholismo, Visión Integral". México, Trillas, 2000, p. 50.
- ¹⁴ VELASCO Rafael. "Esa Enfermedad llamada Alcoholismo". México, Trillas 199, p. 13
- ¹⁵ VELASCO Rafael, *op cit.*, p. 57.
- ¹⁶ *Ibidem*, p. 57.
- ¹⁷ BERGER, Peter L y LUCKMANN Thomas, *op cit.*, p. 61
- ¹⁸ *Ibidem*. p. 13.
- ¹⁹ *Ibidem*, Pág. 61
- ²⁰ BORDIEU Pierre, *op cit.*, p.45.
- ²¹ BAUMAN Zigmunt, "Pensando Sociológicamente" Argentina, Nueva Visión, 1994. p. 69.
- ²² BERGER, Peter y LUCKMANN Thomas, *op. cit.*, p. 72
- ²³ ROMAN Celis, Carlos. "Aspectos Históricos". *El Alcoholismo en México*. Tercer Seminario de Análisis. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. 1983, P.15
- ²⁴ ARGÜELLES Guasquet, Alicia. "El Alcoholismo en el Distrito Federal". Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Tesis de Licenciatura. 1993. p. 37
- ²⁵ ARGÜELLES Guasquet, Alicia. *Op cit.*, p. 41
- ²⁶ MOCTEZUMA Barragán, Gonzalo. "Marco Legal de las Bebidas Alcohólicas" Primer Seminario de la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. 2002. p. 14
- ²⁷ BERGER, Peter y LUCKMANN Thomas, *op cit.*, p. 14.
- ²⁸ BAUMAN Zigmunt, *op cit.*, p. 20.
- ²⁹ MEDINA Mora Ma. Elena. "El consumo de alcohol en México y sus problemas asociados" *Revista Salud Mental*. Vol. 10 No. 4, Diciembre, 1987. p. 86
- ³⁰ BORDIEU, Pierre. *op cit.*, p. 33.

- ³¹ *Ibidem*, p. 29.
- ³² *Ibidem*, p. 28.
- ³³ GIDDENS Anthony. *op cit.* p. 51.
- ³⁴ BRAILOWSKY Simón. "Las Sustancias de los Sueños". 2ª Ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 145.
- ³⁵ VELASCO Rafael. *Op cit.*, p. 34
- ³⁶ *Idem*.
- ³⁷ BRAILOWSKY Simón, *op cit.*, p. 145.
- ³⁸ VELASCO Rafael, *op cit.*, p. 36.
- ³⁹ *Idem*.
- ⁴⁰ Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. **Encuesta Nacional de Adicciones. 20002. Resumen Ejecutivo.**
- ⁴¹ Secretaría de Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Secretaría de Educación Pública. *Encuesta Nacional de Estudiantes 2000.*
- ⁴² Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2000.*
- ⁴³ Secretaría de Salud. Observatorio Epidemiológico en Drogas. "El Fenómeno de las Adicciones en México". 2001. SSA – CONADIC. p. 56
- ⁴⁴ BRAILOWSKY Simón, *op cit.*, p. 256.
- ⁴⁵ *Idem*
- ⁴⁶ RAMOS Blanca y col. "El Tratamiento del Alcoholismo en México en el siglo XIX". Revista Salud Mental. Volumen 22. No. 1. Febrero de 1999. p. 12.
- ⁴⁷ Organización Mundial de la Salud. "Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, IV Edición" (DSMIV) p. 210- 213.
- ⁴⁸ ELIZONDO José, "Qué es el Alcoholismo". Revista Addictus. No. 1. Marzo – Abril, México, 1994, p. 7.
- ⁴⁹ BRAILOWSKY Simón, *op cit.*, p. 258.
- ⁵⁰ *Ibidem*, p. 259.
- ⁵¹ VELASCO Rafael, *op cit.*, p. 29-30
- ⁵² VELASCO Rafael, *op cit.*, p. 391-392.
- ⁵³ Sistema Nervioso Central.
- ⁵³ SSA – CONADIC. "Programa de Acción Adicciones, Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas"
Pág. 30.
- ⁵⁴ PUENTE SF. TENORIO HR. "Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares: Aspectos Sociodemográficos y perfiles de la población consultante". Salud Mental. No. 5 1982. Pág. 61 -62.
- ⁵⁵ SSA – CONADIC. *Op. Cit.*, p. 32.
- ⁵⁶ *Idem*.
- ⁵⁷ *Idem*.
- ⁵⁸ *Ibidem*, p. 33.
- ⁵⁹ *Idem*.
- ⁶⁰ *Idem*.
- ⁶¹ *Idem*.
- ⁶² *Ibidem*, p. 34.
- ⁶³ BOBBIO Norberto. "Estado, Gobierno y Sociedad", Fondo de Cultura Económica, México 1989, p. 13.

⁶⁴ BOBBIO Norberto., Op cit., p. 35

⁶⁵ *Ibidem.*, p. 78.

⁶⁶ Encuesta Nacional de Estudiantes 2000.

⁶⁶ MEDINA Mora, Maria Elena. "Women and Alcohol in Developing Countries", Revista salud Mental, Vol. 24, No. 2, abril 2001. p. 4

⁶⁷ MIRANDA Laura y cols. "Características de la violencia doméstica y las respuestas de las mujeres en una comunidad rural del municipio de Las Margaritas, Chiapas" Revista Salud Mental. Vol. 21 No. 6, Diciembre, 1998. p. 23

⁶⁸ PELICIER, Yves. "Los Alcohólicos Hoy". Revista Salud Mental, Vol. 14, No. 2. Junio de 1991.

⁶⁹ Véase, Gálvez Xóchitl, en Cuarto Seminario de la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. 2002. "Alcohol y Comunidades Indígenas" Febrero, 2002 Año 3. Vol. 1 No. 12. La venta de bebidas alcohólicas se ha incrementado de manera importante entre 1970 y 1997. en términos de litros vendidos, la cerveza tiene el primer lugar, seguida de los destilados, los vinos y otras bebidas como los licores, cremas y vermouths. En efecto, mientras que en 1970 se consumían un millón 433 mil 697 litros, en 1997 la cifra fue de 4 millones 337 mil litros; esto es un incremento del 202.5%.

⁷⁰ INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. *De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda de 2000, el 21.2% de sus habitantes, tenía entre 10 y 19 años de edad.*

⁷¹ ESPRESATE Sinto "El alcoholismo a Través de la Historia". Revista Addictus. p. 6. No. 1 marzo - abril 1994.

⁷² VICTORIO Amparo. "El Tratamiento del Alcoholismo en la Republica Federal Alemana", Revista Salud Mental, Vol. 17, No. 4, Diciembre de 1994, p.39.

⁷³ VELASCO Rafael. *op cit.*, p. 56.

⁷⁴ RAMOS Blanca y col. *Op cit.*, p. 12.

⁷⁵ *Ídem.*

⁷⁶ *Ídem.*

⁷⁷ *Ídem.*

⁷⁸ *Ibidem.*, p.13.

⁷⁹ *Ídem.*

⁸⁰ *Ídem.*

⁸¹ Para profundizar más en ellos véase SOUZA y Machorro, Mario. "Diagnostico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos". Gobierno del Distrito Federal, Fideicomiso de los Institutos de los Niños de la Calle y las Adicciones. Programa de Prevención y Control de las Adicciones. México, 1999, p.32-38

⁸² SOLIS, Rojas y cols. "El Juramento: maniobra no médica, coadyubante en el manejo de los sujetos con consumo patológico de etanol en México. Aproximación inicial", Revista Salud Mental, Vo. 23, No. 4. Agosto del 2000. p. 23

⁸³ SOLIS, Luis y cols. *op cit.* p. 25

⁸⁴ VICTORIO Amparo. *op cit.*, p.40.

⁸⁵ *Ídem.*

⁸⁶ VELASCO Fernández Rafael. *op cit.*, p. 86.

⁸⁷ *Ídem.*

* Ver Anexo 2. "Doce Pasos Y Doce Tradiciones". El modelo de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos se puede resumir de la siguiente manera: aceptar que se es alcohólico y que no se puede gobernar la propia vida; ningún poder humano puede remediar el alcoholismo y que Dios o un poder superior es capaz de hacerlo.

* * Son Grupos de Autoayuda que funcionan con el mismo modelo de los 12 pasos, pero que se encuentran dirigidos a los familiares de los alcohólicos. El primero es para esposas y el segundo para hijos.

⁸⁸ El libro grande de Alcohólicos Anónimos, Central Mexicana de Servicios Generales, México, 1989. p. 10

⁸⁹ VELASCO Rafael, *op cit.*, p. 400 - 401.

⁹⁰ GRIFFITH, Edwards. "Tratamiento de alcohólicos" Trillas, 2da reimpresión, México 2001, p. GRIFFITH Edwards. *op cit.*, p. 245 - 246.

⁹¹ NATERA, Guillermina y cols. "Espacio Urbano, la Vida Cotidiana y las Adicciones: Un Estudio Etnográfico Sobre Alcoholismo en el Centro Histórico de la Ciudad de México". Revista Salud Mental, Vol. 25, No. 4, Agosto de 2002.

⁹² ENCICLOPEDIA DE MÉXICO: "Imagen de la Gran Capital". Almacenes para los Trabajadores del Departamento, México, 1985

⁹³ NATERA Guillermina y cols. *op cit.*, p. 24.

⁹⁴ MEDINA Mora Maria, Natera Guillermina y Solís Rojas Luis. Instituto Mexicano de Psiquiatría: "Experiencias en Atención Extrahospitalaria. Centro de Ayuda Para el Alcohólico y sus Familiares". Trabajo Presentado en la reunión conjunta Academia Nacional de Medicina, Coordinación de Institutos Nacionales de Salud.

⁹⁵ SOLIS Rojas, Luis y Cols. "Modelo de Intervención del Centro de Ayuda Para el Alcohólico y sus Familiares". Revista Salud Mental, Vol. 19, suplemento Abril de 1996. p. 41.

⁹⁶ *Ídem*

⁹⁷ *Ídem.*

⁹⁸ *Ídem.*

⁹⁹ *Ídem.*

¹⁰⁰ *Ídem.*

¹⁰¹ SOLIS Rojas, Luis y cols, *op cit.*, p. 42.

¹⁰² *Ídem.*

¹⁰³ *Ídem.*

¹⁰⁴ *Ídem.*

¹⁰⁵ *Ídem.*

¹⁰⁶ *Ídem.*

¹⁰⁷ DURKHEIM Emilio, "La división del trabajo Social", Buenos Aires, Planeta de Agostine, 1993. p. 41 .

¹⁰⁸ DURKEHIM Emilio. *op cit.*, p.223.

¹⁰⁹ Guerrero Ochoa Alberto. "Adicciones: "Medicalización y Negligencia Institucional" Revista Liberaddictus. No. 70. Mayo de 2003. p. 13.

¹¹⁰ DURKEHIM Emilio. *op cit.*, p .75.

¹¹¹ *Ibidem.*, p.133.

¹¹² *Ibidem.*, p. 104.

¹¹³ *Ibidem.*, p. 129.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARAUJO Rogelio, *"Barrios terapéuticos: identidades sociales y cura comunitaria"*. México, Fondo Nacional Para la Cultura y las Artes, 2000.
2. ARGÜELLES Guasquet, Alicia. *"El Alcoholismo en el Distrito Federal"*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Tesis de Licenciatura. 1993
3. BAUMAN Zigmunt, *"Pensando Sociológicamente"* Argentina, Nueva Visión, 1994.
4. BERGER Peter y LUCKMANN Thomas, *"La Construcción Social de la Realidad"*, Buenos Aires, Amorrurto, 2001.
5. BOBBIO Norberto. *"Estado, Gobierno y Sociedad"*, Fondo de Cultura Económica, México 1989.
6. BORDIEU Pierre. *"El Oficio del Sociólogo"*, 23ª Edición, Argentina, Siglo XXI, 2002.
7. BRAILOWSKY Simón. *"Las Sustancias de los Sueños"*. 2ª Ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1999.
8. DURKHEIM Emilio, *"La división del trabajo Social"*, Buenos Aires, Planeta de Agostine, 1993.
9. El libro grande de Alcohólicos Anónimos, Central Mexicana de Servicios Generales, México, 1989.
10. ESCOHOTADO Antonio, *"Historia Elemental de las Drogas"* Barcelona, Ed. Anagrama, 1996.
11. FREUD Sigmund, *"El Malestar en la Cultura"*. Madrid, Biblioteca Nueva, 2001.
12. GIDDENS Anthony. *"Las nuevas reglas del método sociológico"*, Buenos Aires, Amorrurto, 1993.
13. GONZÁLEZ Enrique. *"El mito de las Drogas. Consumo de drogas en España"*. España, Villamar.
14. GRIFFITH Edwards. *"Tratamiento de alcohólicos"* Trillas, 2da reimpresión, México 2001.
15. HÉLLER Agner. *"Historia y Vida Cotidiana"*. Grijalbo, México, 1985.
16. MILANESE Efrem. *"Prevención, reducción del daño y cura de las farmacodependencias"*. México, Cáritas Arquidiócesis de México, 1999.
17. RODILES Hernández Janine. *"Adicciones y Espiritualidad"*, Trillas, México, 2002

-
18. SOUZA y Machorro, Mario. "Diagnostico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos".
 19. TAPIA Roberto. "Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas". Manual Moderno, México, 1995.
 20. VELASCO Rafael, "Alcoholismo, Visión Integral". México, Trillas, 2000.
 21. VELASCO Rafael. "Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo", México, Trillas., 1999.

HEMEROGRAFÍA

1. CASCO Flores, Margarita y Natera R., Guillermina. "El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan" Revista Salud Mental, Vol. 16 No. 1, Marzo, 1993.
2. Cuarto Seminario de la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. 2002. "Alcohol y Comunidades Indígenas" Febrero, 2002 Año 3. Vol. 1 No. 12
3. ELIZONDO José, "Qué es el Alcoholismo". Revista Addictus. No. 1. Marzo - Abril, México, 1994.
4. ELIZONDO José, "Los ritos de iniciación del alcohol en los adolescentes", en Addictus, año 1, núm. 5, México, marzo-abril 1995.
5. ENCICLOPEDIA DE MÉXICO: Imagen de la Gran Capital. Almacenes para los Trabajadores del Departamento, México, 1985.
6. ESPRESATE Sinto "El alcoholismo a Través de la Historia". Revista Addictus. p. 6. No. 1 marzo - abril 1994.
7. GRANADOS Cosme José Arturo y Ortiz Hernández, Luis. "Patrones de daños a la salud mental: sicopatología y diferencias de género". Revista Salud Mental. Vol. 26, No. 1, Febrero, 2003.
8. GUERRERO Ochoa Alberto. "Adicciones: "Medicalización y Negligencia Institucional" Revista Liberaddictus. No. 70. Mayo de 2003.
9. MEDINA Mora Ma. Elena y cols. "El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México" Revista Salud Mental, Vol. 18 No. 3, Septiembre, 1995
10. MEDINA Mora Ma. Elena. "El consumo de alcohol en México y sus problemas asociados" Revista Salud Mental. Vol. 10 No. 4, Diciembre, 1987
11. MEDINA Mora Ma., Natera Guillermina y Solís Rojas Luis. Instituto Mexicano de Psiquiatría: "Experiencias en Atención Extrahospitalaria. Centro de Ayuda Para el Alcohólico y sus Familiares". Trabajo

-
- Presentado en la reunión conjunta Academia Nacional de Medicina, Coordinación de Institutos Nacionales de Salud.
12. MEDINA Mora, Ma. Elena y cols. "*Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las Adiciones y la Salud Pública: Drogas, Alcohol y Sociedad*", Revista Salud Mental, Vol. 24, No. 4. Agosto de 2001.
 13. MEDINA Mora, Ma. Elena. "*Women and Alcohol in Developing Countries*", Revista salud Mental, Vol. 24, No. 2, abril 200.
 14. MIRANDA Laura y cols. "*Características de la violencia doméstica y las respuestas de las mujeres en una comunidad rural del municipio de Las Margaritas, Chiapas*" Revista Salud Mental. Vol. 21 No. 6, Diciembre, 1998.
 15. NATERA Guillermina y cols. "*Espacio Urbano, la Vida Cotidiana y las Adicciones: Un Estudio Etnográfico Sobre Alcoholismo en el Centro Histórico de la Ciudad de México*". Revista Salud Mental, Vol. 25, No. 4, Agosto de 2002.
 16. PELICIER, Yves. "*Los Alcohólicos Hoy*". Revista Salud Mental, Vol. 14, No. 2. Junio de 1991.
 17. Primer Seminario de la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. 2002 "*Marco Legal de las Bebidas Alcohólicas*". Mayo, 2002 Año 3 Vol. 1 No. 13
 18. PUENTE SF. TENORIO HR. "*Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares: Aspectos Sociodemográficos y perfiles de la población consultante*". Salud Mental. No. 5 1982.
 19. RAMOS Blanca y cols. "*El Tratamiento del Alcoholismo en México en el siglo XIX*". Revista Salud Mental. Volumen 22. No. 1. Febrero de 1999.
 20. RAMOS de Viesca María Blanca "*La mujer y el alcoholismo en México en el Siglo XIX*". Revista Salud Mental. Vol. 24, No. 3, Junio 2001.
 21. SOLIS Rojas, Luis y cols. "*Modelo de Intervención del Centro de Ayuda Para el Alcohólico y sus Familiares*". Revista Salud Mental, Vol. 19, suplemento Abril de 1996.
 22. SOLIS, Rojas Luis y cols. "*El Juramento: maniobra no médica, coadyubante en el manejo de los sujetos con consumo patológico de etanol en México. Aproximación inicial*", Revista Salud Mental, Vol. 23, No. 4. Agosto del 2000.
 23. Tercer Seminario de Análisis de la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. "Aspectos Históricos". "*El Alcoholismo en México*" Noviembre, 1983.

-
24. Tercer Seminario de la Fundación de Investigaciones Sociales A.C. 2001. *"Estándares y Equivalencias de las Bebidas de Alcohol"* Noviembre, 2001 Año 2 Vol. 1 No. 11
 25. VICTORIO Amparo. *"El Tratamiento del Alcoholismo en la República Federal Alemana"*, Revista Salud Mental, Vol. 17, No. 4, Diciembre de 1994.
 26. WASHINGTON A. *"Psychotherapy and substance abuse. A Practitioners Handbook. De Rawson R(ed). Is Psychotherapy Effective for Substance Abusers?."* The Guilford Press, Nueva York, 55 – 75, 1995.

DOCUMENTOS OFICIALES

1. INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. "Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, IV Edición" (DSMIV).
3. Secretaría de Salud, LEY GENERAL DE SALUD.
4. Secretaría de Salud, NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.
5. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Adicciones. 20002. Resumen Ejecutivo.
6. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 2000.
7. Secretaría de Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Secretaría de Educación Pública. Encuesta Nacional de Estudiantes 2000.
8. Secretaría de Salud. Observatorio Epidemiológico en Drogas. El Fenómeno de las Adicciones en México. 2001. SSA – CONADIC.
9. Secretaría de Salud. "Programa de Acción Adicciones, Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas". 2002. SSA - CONADIC

FOLLETOS Y PUBLICACIONES

1. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C. "Si Usted es un profesional Alcohólicos Anónimos Quiere trabajar con Usted". Enero de 2003
2. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C. "Tres Charlas a Sociedades Médicas". Febrero de 2003.
3. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C. "Un Punto de Vista Sobre Alcohólicos Anónimos" Agosto 2002

4. Doce pasos y Doce tradiciones. Central Mexicana de los Servicios
Generales de A.A.; A.C., México 1984