



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGÍA Y SALUD

“LLEVAR EL MENSAJE”: ANÁLISIS SOCIOCULTURAL DE LAS PRÁCTICAS DE
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS EN UN CONTEXTO HOSPITALARIO

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
ALEJANDRO SÁNCHEZ SOLIS

TUTORA PRINCIPAL
DRA. CLAUDIA LUCY SAUCEDO RAMOS,
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

COMITÉ TUTORIAL
DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO,
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

DRA. SARA GARCÍA SILBERMAN,
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. BERTHA ELVIA TARACENA RUÍZ,
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2013



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

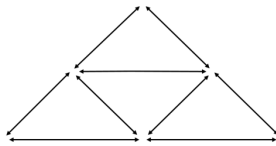
A Claudia, mi tutora, por su paciencia y respeto al haberme dado el espacio para reflexionar y decidir.

A mi Mamá por todo el apoyo de siempre. A mi Papá por la fe que tuvo en mí; a Mauricio por su respaldo incondicional; a Juan por sus palabras de aliento.

A la comunidad de Alcohólicos Anónimos por permitirme conocerlos y compartirme sus experiencias.

Al comité tutorial: a Sara por su disposición a escucharme; a Luz Lourdes por sus consejos; a Emily por su compromiso académico; y a Elvia por sus cuestionamientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.



RESUMEN

El programa de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA) representa el principal modelo de ayuda-mutua en México. Específicamente el 12º Paso o *llevar el mensaje* promueve la difusión del programa a través del relato de experiencias personales de recuperación, además de ayudar al mantenimiento de la sobriedad. El contexto hospitalario representa un lugar ideal para el encuentro con alcohólicos internados como consecuencia del consumo crónico del alcohol.

Con base en la teoría de la actividad de Alexei Leontiev y en el modelo del sistema de actividad de Yrjö Engeström analicé la actividad de *llevar el mensaje* en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Realicé una etnografía (notas de campo, entrevistas semi-estructuradas y análisis de textos) para identificar los significados de AA entorno a la recuperación del alcoholismo y para comprender el sentido personal que para los miembros tiene el *llevar el mensaje* en su recuperación.

La *estructura de servicio* es la organización de AA que garantiza el acceso al hospital e introducción a los nuevos miembros en la actividad. En los relatos personales se comunican significados como *regresar la dádiva*, *despertar espiritual* y *punto de comprensión*. Esta red de significados y las acciones de servicio establece las condiciones para la transformación de la persona alcohólica. Estos significados son instrumentos que orientan las acciones frente al alcohólico hospitalizado, no obstante, son interpretados de manera individual, estableciendo un sentido personal sobre la actividad. *Llevar el mensaje* representa una estrategia para aproximarse a pacientes con dependencia al alcohol.

Palabras Clave: Alcohólicos Anónimos, Contexto Hospitalario; Teoría de la Actividad.

ABSTRACT

Alcoholics Anonymous' (AA) twelve-step program represents the main mutual-help model in Mexico. The 12th Step or *carrying the message* specifically promotes the AA program diffusion through the stories of personal recovering experiences, as well as to help the sobriety maintenance. The hospital context depicts an optimal place for the encounter with inpatients alcoholics due to chronic alcohol consumption.

Based on Alexei Leontiev activity theory and Yrjö Engeström activity system model, I analyzed *carrying the message* activity in a third level hospital at México City. I did an ethnographic study (field notes, semi-structured interviews and texts analysis) in order to identify AA's meanings around alcoholism recovery they show and to understand the personal sense that the AA members draw up from *carrying the message* activity.

The *structure of the service* is the organization in which AA warrants access to the hospital and the introduction of newcomers to the activity. The AA's meanings of *giving away*, *spiritual awake*, and *understanding bridge* are communicated through personal stories, and they also are orientation-tools for actions addressed to inpatient alcoholic. This network of meanings, and the service actions set the conditions to the transformation of the alcoholic person. These meanings are individually interpreted and they set a personal sense of carrying the message on their own recovery process. *Carrying the message* represents a strategy to approach patients with alcohol dependence.

Keywords: Alcoholics Anonymous, Hospital Context, Activity Theory.

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	
SECTOR SALUD MEXICANO ANTE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA	5
<i>Sector salud y dependencia alcohólica: 1950-2008</i>	8
<i>Articulación de políticas públicas</i>	16
<i>Estado actual de la atención al consumo crónico de alcohol por el sector salud</i>	17
CAPITULO 2	
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS	21
<i>Línea de tiempo de AA: inicios, expansión y llegada a México</i>	22
<i>Reflexiones sobre el proyecto ICSAA</i>	26
<i>Antecedentes de “llevar el mensaje” (1916-1939)</i>	34
<i>Llevar el mensaje y los tres legados de AA</i>	39
CAPITULO 3	
APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD DE “LLEVAR EL MENSAJE”	45
<i>Estudios que asocian la conducta de ayudar con la abstinencia</i>	48
<i>Estudios que exploran los significados en AA</i>	51
CAPITULO 4	
LA TEORÍA DE LA ACTIVIDAD HISTÓRICO CULTURAL	63
<i>La psicología histórico-cultural y la teoría de la actividad</i>	66
<i>Teoría de la actividad histórico cultural (TAHC)</i>	70
<i>Modelo del sistema de actividad</i>	76
CAPITULO 5	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	83
<i>Objetivos y justificación</i>	84
CAPITULO 6	
MÉTODO	87
<i>Selección del hospital</i>	88
<i>Selección de los participantes</i>	89
<i>Procedimiento</i>	92

<i>Acceso a la actividad de llevar el mensaje</i>	92
<i>Trabajo de campo</i>	95
<i>Recolección de datos</i>	98
<i>Consideraciones éticas</i>	100
<i>Análisis</i>	101
CAPITULO 7	
LLEVAR EL MENSAJE: UNA ACTIVIDAD DE ORGANIZACIÓN COMPLEJA.....	105
<i>La estructura de servicio</i>	108
<i>Comités de servicio y su división de tareas en el hospital</i>	116
<i>Comité de cooperación con la comunidad profesional</i>	118
<i>Comité de información al público</i>	119
<i>Comité de instituciones hospitalarias y grupo institucional en los pabellones</i>	125
CAPITULO 8	
MEDIACIÓN EN LA ACTIVIDAD DE LLEVAR EL MENSAJE	133
<i>Los objetivos del comité de instituciones hospitalarias</i>	134
<i>Motivar a otros compañeros a participar en llevar el mensaje.</i>	137
<i>Capacitar para llevar el mensaje</i>	142
<i>El uso de instrumentos y reglas para la construcción de una actividad compleja mediada</i>	151
<i>Instrumentos que median el significado de llevar el mensaje</i>	152
<i>Reglas que al ser practicada median el significado de llevar el mensaje</i>	165
CAPITULO 9	
LLEVAR EL MENSAJE AL PACIENTE HOSPITALIZADO	175
<i>Preparación para llevar el mensaje</i>	175
<i>Acciones concretas frente a los pacientes hospitalizados.</i>	183
<i>Presentación</i>	185
<i>Hablar del alcoholismo como enfermedad.</i>	187
<i>Los Doce Pasos como una solución.</i>	199
<i>Obsequiar el tríptico</i>	206
<i>Preguntar sobre el consumo.</i>	209
<i>Invitación a una junta de información sobre AA.</i>	218
<i>Ficha de contactación.</i>	220
<i>Asistencia al grupo institucional en los pabellones</i>	222
CAPITULO 10	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	227
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	253
APÉNDICES	263

INTRODUCCIÓN

Si tuviera que elegir una de las preguntas que me motivaron a desarrollar esta investigación, escogería la siguiente: ¿Por qué hay grupos de Alcohólicos Anónimos dentro de los hospitales del sector salud mexicano? Esta pregunta apuntó primero a la necesidad de comprender el tipo de relación que establecieron algunos médicos del sector público con algunos miembros de AA. A pesar de que esta pregunta aún no la puedo responder del todo, el intento por responderla dirigió mi interés hacia el razonamiento que los miembros de AA ofrecen para explicar su presencia en los contextos hospitalarios.

En este trabajo de investigación presento cual es la lógica interna de la comunidad de AA para mantener una relación de cooperación con varias instituciones de salud. Si retomo la pregunta con la que inicié esta introducción, diría que solo la responderé desde la perspectiva de los sujetos que conforman a AA. Esto último me llevó a reformular algunas preguntas como: ¿Cuáles son los motivos de la comunidad de AA para tener presencia en los hospitales? o ¿Qué actividades lleva a cabo AA al interior de estos contextos? Para dar respuestas a estas preguntas, primero fue necesario realizar una revisión de investigaciones anteriores y un proceso de reflexión teórica para el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación.

En el primer capítulo describo el panorama de la respuesta del sector de salud pública ante el consumo crónico y dependiente del alcohol, el cual ha sido definido desde hace varias décadas, como un problema de salud pública en México. A lo largo de este capítulo hago mención de algunos casos concretos de hospitales que han abordado el consumo crónico de alcohol mediante programas de atención, así como los principales resultados. La mayor parte de estos ejemplos transcurrieron en la década de 1970, mismo periodo de gran crecimiento de la comunidad de AA en nuestro país. Algunas de las instituciones de salud pública establecieron relaciones de colaboración con AA, tal como sucedió con el Hospital General de México. Hacia el final del primer capítulo hago mención del actual plan estratégico del sector salud nacional para la prevención y tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas.

En el segundo capítulo me centré en comprender a AA como un movimiento social e internacional, a partir de investigaciones realizadas durante la década de 1990. A lo largo de este capítulo me interesó señalar el rápido crecimiento de AA en el mundo y en México, particularmente a partir de 1970. A través del cruzamiento de datos de distintas fuentes, menciono algunas de las estrategias seguidas por AA para garantizar la continuidad como movimiento social. A partir de las interpretaciones de Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998), retomo su planteamiento de entender a AA como una comunidad con una necesidad permanente por atraer nuevos miembros. Estos autores propusieron que un mecanismo para satisfacer parte de esta urgencia es el 12° Paso de AA: llevar el mensaje de recuperación a otros alcohólicos que no han podido dejar de beber. *Llevar el mensaje* se refiere al momento en el cual un alcohólico en recuperación se presenta ante un alcohólico activo, para compartirle sus experiencias de recuperación a través de los Doce Pasos de AA, como una manera de mostrar que sí existe una solución para dejar de consumir alcohol y así evitar todos los problemas de salud, sociales y económicos que le son propios.

Una forma que la comunidad de AA en México ha desarrollado para promover estos encuentros con alcohólicos no recuperados, ha sido a través de establecer relaciones con las instituciones del sector salud, en las cuales se atienden pacientes alcohólicos. En el mismo capítulo presento algunas características de esta relación de cooperación, así como algunos aspectos centrales de llevar el mensaje y su relación con los orígenes de AA en los EE.UU. Al final del capítulo enfatizo el gran valor que tiene hoy en día esta actividad basándome en la revisión de los principios fundamentales de AA contenidos en lo que ellos llaman los Tres Legados.

Por otro lado, a pesar de que existe una vasta producción científica sobre AA desde distintas disciplinas y diversas perspectivas teóricas, encontré pocas investigaciones que hicieran referencia directa a la actividad de llevar el mensaje como tema principal de estudio. En el tercer capítulo me he enfocado especialmente a revisar investigaciones de corte sociocultural, puesto que me ofrecieron mayor riqueza en cuanto a datos empíricos, conceptos teóricos y propuestas metodológicas. Estos datos sirvieron para desarrollar el planteamiento del problema y formular las preguntas de investigación.

El cuarto capítulo corresponde al planteamiento del problema, además de tener una función de enlace entre los capítulos precedentes y los dos siguientes. En él expongo algunas conclusiones de las investigaciones previas, así como los razonamientos que justifican el desarrollo de esta investigación. En este capítulo señalo la ausencia de estrategias públicas para atender a la población dependiente al alcohol, resaltando la fuerte presencia de AA en los contextos hospitalarios, la cual se ha ido estableciendo a través de sus mecanismos de colaboración. Para comprender mejor la presencia de AA me llevó a indagar en qué consiste su participación en los contextos hospitalarios y cuáles son sus motivos para mantenerse en ellos. Las preguntas de investigación formuladas para este trabajo de tesis, así como los objetivos generales y específicos son presentados hacia el final del capítulo.

En el capítulo cinco desarrollo la propuesta teórica para el estudio de las actividades de AA en un hospital. Esta investigación se ubica en el marco general de la teoría de la actividad, la cual ha derivado del pensamiento de la psicología histórico-cultural. A lo largo del capítulo describo los principios teóricos fundamentales para el estudio de las actividades socioculturales en las cuales las personas participan de manera histórica y colectiva, haciendo uso de herramientas y signos. Además, en este capítulo propongo y describo la unidad de análisis al sistema de actividad, tal como lo ha venido desarrollando Yrjö Engeström (1987, 1999, 2008) a lo largo de dos décadas.

En el capítulo seis desarrollo el método que seguí para la aproximación de la actividad de llevar el mensaje. En él describo el proceso de inserción en el contexto de investigación, y las implicaciones de mi presencia como psicólogo e investigador. También describo los procedimientos y técnicas que seguí para la observación de la actividad y el registro de los datos. Hacia el final describo la población observada y los aspectos éticos que guiaron la recopilación de los datos.

Los tres capítulos siguientes representan el proceso analítico de la investigación. En el séptimo capítulo analizo cómo está organizada la comunidad de AA para cumplir con su propósito de alcanzar al alcohólico que aún no ha dejado de beber. La descripción que realizó está acotada al contexto hospitalario, en donde los miembros de AA llevan a cabo actividades estructuradas dirigidas a objetivos bien definidos. Para comprender mejor esta organización, fue necesario examinar lo que en AA se conoce como la *estructura de*

servicio. Esta estructura representa una organización derivada de la experiencia acumulada, en la cual se desarrollan múltiples actividades que comparten un objetivo en común: llegar al alcohólico activo. El propósito específico de este capítulo es mostrar el panorama contextual en el cual se halla inserta la actividad de llevar el mensaje, además de señalar las interrelaciones entre las distintas actividades en el hospital.

Posteriormente, en el octavo capítulo me aproximó a la estructura de servicio para enfocarme especialmente en una sola parte de la estructura de servicio: el Comité de Instituciones Hospitalarias. Las observaciones etnográficas realizadas en estos comités, me permitieron registrar la cotidianeidad que viven los miembros de AA con relación al aprendizaje y preparación necesaria para enfrentarse al alcohólico hospitalizado. Al observar participativamente las reuniones de trabajo de este comité, tuve acceso a los significados que construyen y orientan a los AA durante el desarrollo de la actividad de llevar el mensaje. Algunos de estos son: *regresar la dádiva*, *punte de comprensión* y *sembrar la semilla*. La intención de este capítulo es mostrar que llevar el mensaje no solo se trata de convencer a un paciente alcohólico de que asista a un grupo de AA, sino que implica un trabajo personal de quien lleva el mensaje, en el cual se sigue jugando su propia sobriedad.

En el noveno capítulo presento una descripción analítica de la actividad de llevar el mensaje cuando los AA se presentaban frente a los pacientes hospitalizados. Al hacer esta descripción me interesó señalar las acciones concretas que los servidores desarrollaban en las salas de hospital, así como realizar una integración con los significados revisados en los capítulos previos. A pesar de que la actividad de llevar el mensaje tiene una duración corta, es una actividad que condensa una gran cantidad de significados básicos del mundo sociocultural de AA.

Por último, en el décimo capítulo presento la discusión de los resultados de la investigación, estableciendo relaciones y enlaces entre los diferentes contextos analizados y los diferentes niveles de actividad observados. También desarrollo algunas consideraciones teórico-metodológicas con base al trabajo de campo y planteo algunos puntos a considerar en el campo de investigación del alcoholismo.

CAPITULO 1

EL SECTOR SALUD MEXICANO ANTE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Desde la década de 1950 se ha venido considerando al problema del alcoholismo bajo el modelo de salud pública. En diferentes momentos de los años 60's, 70's y 80's, surgieron de manera reiterada en publicaciones de salud pública, señalamientos hacia la problemática del consumo excesivo de alcohol¹. Posteriormente, en la publicación *Diez problemas relevantes de salud pública en México* en el año de 1999, se dedicó un capítulo al problema de las adicciones, identificando al abuso de bebidas alcohólicas como un problema primario de salud tanto por sus consecuencias directas en el individuo, como por las asociadas en el área familiar, social y/o laboral, además de tener un alto costo económico para el Estado Mexicano (Medina-Mora, *et al.*, 1999).

El abuso y la dependencia al alcohol ocasionan pérdidas de años de vida saludable y la sobreutilización de servicios de salud. La Secretaría de Salud (2008a) ha estimado que el abuso del alcohol representa el 9% del peso total de la enfermedad en nuestro país. En un panorama muy general, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que en los países en desarrollo, el consumo de alcohol figura como el primer factor de mortalidad prematura (OMS, 2002). En sus reportes sobre alcohol, la OMS ubicó a México en 1999 entre los diez primeros países con mayor índice de síndrome de dependencia al alcohol y entre los primeros cinco con mayor tasa de enfermedades crónicas de hígado y/o cirrosis (WHO, 1999). Cinco años después, México encabezó la lista como el país con la tasa más alta de cirrosis hepática entre los países latinoamericanos analizados (WHO, 2004).

En la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 se calculó que el 4.7% (2'841,303) de los mexicanos, entre 12 y 65 años, cumplieron con el criterio de dependencia alcohólica (ENA, 2002) y aproximadamente más de 14 millones presentan patrones de consumo riesgoso para la salud. En la encuesta más reciente se estimó que el 5.5% (4'168,063) cumplían con los criterios de abuso o dependencia (ENA, 2008).

¹ Bustamante (1974; 1980); Cabildo, Silva y Juárez (1969); Cabildo (1970); Calderón (1973); Guerra (1977); Molina, Berruecos y Sánchez (1983); y Santamaría (1974).

En estudios epidemiológicos en salas de urgencias, se ha estimado que el 40% de los pacientes que manifestaron haber consumido alcohol al ingreso del servicio médico, fueron diagnosticados con síndrome de dependencia al alcohol (Borges *et al.*, 2003). Dentro de las instituciones médicas, se ha calculado que entre un 25 y 40 por ciento de los enfermos hospitalizados presentan algún problema de alcohol, además de utilizar las instalaciones hospitalarias hasta cuatro veces más, incrementando los gastos médicos en comparación con el resto de la población (Campillo, Díaz y Romero, 2001).

Siguiendo en esta línea epidemiológica, se reportó que entre las principales causas de mortalidad en hombres mexicanos para el año 2003, el “*uso de alcohol*” es la decimoctava causa de muerte (Secretaría de Salud, 2005). Sin embargo, se señala que si se toma en cuenta la relación entre abuso de alcohol y otras complicaciones médicas, entonces debemos considerar las siguientes causas de mortalidad: *cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado; agresiones-homicidios; accidentes de vehículo de motor*, las cuales representan la tercera, séptima y novena causa de muerte respectivamente. Para redondear el tema de las consecuencias de consumo crónico, menciono las principales complicaciones médicas asociadas: daño hepático (cirrosis, hígado graso), trastornos gastrointestinales (tubo digestivo, gastritis), alteraciones del aparato cardiovascular, daño neurológico, trastornos en la memoria, demencia, convulsiones, alucinaciones y neuropatía periférica (Kershenobich y Vargas, 2001; Narro, Lee y Gutiérrez, 2001).

A pesar de que en México han existido organismos públicos, estatales y federales, que coordinan acciones antialcohólicas y programas preventivos desde la década de 1980 (Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, 2003) no han sido suficientes para disminuir la prevalencia del consumo crónico de alcohol. Investigadores como Campillo y Romero (1999) y Menéndez (2009), han señalado la presencia de diversos obstáculos que han impedido el fortalecimiento del sector salud en esta materia, principalmente por las limitaciones presupuestales, la escasez e ineficacia de los tratamientos, y la falta de unificación y seguimiento de las políticas públicas.

Menéndez y Di Pardo (2006) creen que el problema del consumo crónico de alcohol ha sido relegado a un segundo plano, dando como resultado la poca inversión de recursos en los procesos de atención y prevención. Todo lo anterior ha tenido consecuencias

reconocidas por la misma Secretaría de Salud (2008a) al señalar la carencia histórica de infraestructura para ofrecer atención a dicha problemática. Este retraso en los servicios de atención se ha visto reflejado en el aumento de la tasa de mortalidad por cirrosis hepática alcohólica en los primeros años de este siglo.

Sin embargo, esta situación no es exclusiva de México sino un problema que involucra tanto a países desarrollados como subdesarrollados. Cuando se reflexiona sobre la historia del desarrollo de las estrategias y tratamientos para el control del consumo de alcohol, se observa que han existido múltiples perspectivas desde donde abordarlo. Esta situación refleja la diversidad de definiciones del problema y de propuestas de solución. A este respecto, Campillo Díaz y Romero (2001) señalaron que:

“En pocos campos de la terapéutica médica ha habido tal cantidad de posturas encontradas y de tan diferentes orígenes. De hecho, hay teorías e ideologías originadas en la religión y la moral que se mezclan con conceptos de ciencias sociales, psicología y biología” (Pág. 187).

Esta variedad de posturas generó que cada institución de salud o contextos particulares, llámese hospital o centro de salud, generara su propia manera de entender y enfrentar el consumo crónico de alcohol. El objetivo de este primer capítulo es presentar algunos casos específicos y representativos de las formas en las que se ha venido abordando el consumo crónico de alcohol y dependencia alcohólica en centros de salud en la Ciudad de México en la segunda mitad del siglo pasado. También comento que a partir de los años 80's se inició una coordinación federal que intentó orientar sobre las estrategias antialcohólicas a seguir con base a estudios epidemiológicos sobre adicciones. Para finalizar el capítulo, presento los objetivos generales que, desde el sector salud, se han establecido para enfrentar el problema general de las adicciones, en las que, cabe resaltar, existe un prioridad superior por implementar estrategias preventivas, más que estrategias de tratamiento.

Este bosquejo histórico no pretende ser una revisión exhaustiva de todas las estrategias utilizadas para atender la dependencia alcohólica. Algunos de los datos que presento hacen referencia a la comunidad de Alcohólicos Anónimos (AA), razón por la cual fueron seleccionados e incluidos. Por lo tanto, el recuento histórico que presento tiene como

propósito mostrar la relación de cooperación entre el sector salud y AA, relación que se ha venido consolidando a partir de la década de 1970.

Sector salud y dependencia alcohólica: 1950-2008

Según Menéndez (1990) la psiquiatría mexicana se encontraba poco desarrollada para atender el problema del alcoholismo hacia 1950. Además de que en muchos escenarios médicos aún permanecía la noción del alcoholismo como un padecimiento ligado a las condiciones propias de los niveles bajos socioeconómicos, por ejemplo, la desnutrición. Lo anterior puede entenderse porque gran parte de los médicos trabajaban en instituciones públicas donde la mayoría de los pacientes tenían pocos recursos y presentaban cuadros severos de cirrosis.

En la misma década, la OMS (1951, 1954) definió al alcoholismo como una enfermedad, marcando una nueva dirección en políticas de salud pública. En 1959, la Dirección de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creó el Centro de Prevención y Rehabilitación de Alcohólicos (CEPRA) como una unidad de servicios que daría respuesta al problema del alcoholismo (Menéndez, 1990).

En la década de los sesenta, la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP, 1960; 1966) convocó a los países latinoamericanos a asistir a seminarios para debatir sobre el alcoholismo. En esa ocasión se le definió como “un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales: a) la incapacidad de detener la ingestión del alcohol una vez iniciada, y b) la incapacidad de abstenerse de beberlo” (Calderón, 1973). Aunque existen datos de estudios epidemiológicos desde comienzos del siglo XX, es a partir de la década de los sesenta cuando estos se realizan con un mayor cuidado metodológico en México.

En 1967 se creó el Hospital de Enfermedades Mentales Agudas Fray Bernardino Álvarez. Fue construido como el eje de un proyecto alternativo terapéutico para dejar atrás la imagen de los tradicionales “manicomios”. En 1972 se creó la unidad de urgencia para pacientes adictos al alcohol y a otras drogas en fase de intoxicación aguda. Sin embargo, la institución no desarrolló un programa de tratamiento específico para el consumo crónico, solamente

prestaba el servicio de desintoxicación, sesiones de psicoterapia y la canalización a los grupos de Alcohólicos Anónimos (Menéndez, 1990).

Para 1971 se creó el Consejo Nacional de Farmacodependencia para impulsar acciones en contra del consumo de sustancias adictivas. En un primero momento, este consejo no incluyó la sustancia del alcohol en su agenda, a pesar de que se generaban mayores problemas por su consumo. Posteriormente, el tema del alcoholismo se integró en los programas, pero nunca fue un tema prioritario. Dos años más tarde, en 1973 se constituyeron los Centros de Integración Juvenil (CIJ) dedicados a la prevención y tratamiento de adicciones, dejando al alcohol fuera de sus servicios. Mientras que el número de centros de CIJ creció significativamente, 25 centros en 1975 y 35 en 1980, los centros antialcohólicos en el DF eran dos, el Fray Bernardino y el CEPRÁ, siendo este último el único especializado para el tratamiento del alcoholismo (Menéndez, 1990).

También en los inicios de los setenta se coordinaron la Dirección General de Salud Mental, a cargo del Dr. Guillermo Calderón, y la Dirección General de Salubridad del DF para la creación de un centro piloto que tuviera como responsabilidad el desarrollo de estrategias comunitarias que incorporaran las dimensiones sociales, ideológicas, económico-políticas particulares de cada comunidad para la atención de la salud mental. También en ese mismo año se estableció el centro de salud mental comunitario San Rafael. Para 1974 existían 16 centros comunitarios en el Distrito Federal. Se realizaron acciones preventivas que permitieron la detección e intervención oportuna, sin embargo, estos programas no produjeron resultados favorables debido a una infraestructura insuficiente. A principios de los años ochenta se consideraba todavía que el número de pacientes alcohólicos atendidos era bajo (Calderón, 1983).

Otro intento por institucionalizar acciones contra el alcoholismo ocurrió entre los años 1973 y 1979 cuando se estableció el Programa de Rehabilitación de Alcohólicos (PRA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este programa fue dirigido por el Dr. José Antonio Elizondo y se estableció en el Sanatorio Lavista que era subrogado por la dirección psiquiátrica del IMSS. El programa era derivado del modelo de prevención terciaria y fue diseñado para atender a un total de 15 pacientes internos. Pero en el último año de actividad se alcanzó un promedio mensual de 65 pacientes atendidos, reflejando la aceptación tanto

del personal médico del IMSS como de la población derechohabiente (Elizondo, 1977, 1983).

En la década de 1970 se creó el Consejo Nacional de Salud Mental (de la SSA) para dar inicio a la creación de políticas públicas referentes al consumo de alcohol. Se inició con proyectos de asesoramiento sobre programas de promoción en salud mental y de formación de personal e investigación científica. Se creó también el Centro Mexicano en Farmacodependencia (CEMEF) como parte del plan para coordinar las acciones de los Instituciones Nacionales y de la comunidad en general para de respuesta al problema de la farmacodependencia. El CEMEF² tenía como objetivos desarrollar programas de investigación, de capacitación e información, de asistencia técnica y de promoción de acciones preventivas primarias, secundarias y terciarias (Lara y Rogel, 2000). Entre las actividades del CEMEF estuvo la creación el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) en el barrio de Tepito en el año de 1977. El objetivo fue crear un centro piloto que asistiera al bebedor problema y a sus familiares dentro de la misma comunidad, contando con una planeación desde una perspectiva sociológica-médica para responder de mejor manera a los problemas particulares de la zona (Turull, 1982, 1983).

A mediados de los sesenta, el Director del Consejo Nacional de Salud Mental, Dr. Rafael Velasco, presentó un primer anteproyecto para el programa nacional contra el abuso de alcohol que, basándose en el código sanitario, reconocía al alcoholismo como una verdadera enfermedad (Velasco, 1975). La propuesta contemplaba diferentes líneas de acción: valoración epidemiológica, prevención del alcoholismo, formación especializada, identificación y tratamiento oportuno de casos de alcoholismo en etapas tempranas, y rehabilitación con inválidos crónicos (Velasco, 1977). Aunque el anteproyecto fue recomendado por el Consejo nunca fue instaurado; sin embargo, es considerado como el antecedente directo del “Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas” elaborado por el Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, en 1986.

² Posteriormente el CEMEF en 1977 cedió su lugar al Centro Mexicano de Estudios de Salud Mental (CEMESAM). En 1979 cambia al nombre de Instituto Mexicano de Psiquiatría. A partir del 2000 lleva el nombre de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF).

A finales de los sesenta surgió otra propuesta por parte de la Secretaría de Salud: incorporar las acciones de Salud Mental al sistema de salud en sus tres niveles de atención. Se buscó aprovechar la infraestructura y los servicios escalonados ya existentes en los centros de salud y hospitales, para detectar oportunamente los casos de abuso del alcohol, así como canalizar a los casos más severos a hospitales psiquiátricos. Pero, por cuestiones económicas no prosperaron tales acciones (Rico, 1983).

Durante los años setenta se incrementó el interés por comprender el fenómeno del consumo/abuso del alcohol por parte del sector salud. Se instauraron diversas acciones preventivas y de asistencia para el alcohólico, aunque estas se ejecutaron de manera aislada y poca coordinada (Elizondo, 1983). Además, los resultados obtenidos hasta esa fecha no podían ser comparados con datos anteriores porque no se tenían los instrumentos de evaluación adecuados para concluir sobre los logros.

Por el contrario, sí se encontraron deficiencias en estas primeras experiencias. Al respecto, Rico (1983) señaló que hacia finales de los setenta y después de 18 años de servicio, se concluía que no existían criterios asistenciales para el alcoholismo, no se habían desarrollado protocolos idóneos de tratamiento; y no existía una *normatividad* para realizar actividades terapéuticas. Sobre el personal médico indicó: pocas veces se registran los signos y síntomas para el diagnóstico, y existe una alta rotación y deserción de personal. Rico propuso que gran parte de los obstáculos de la época se debieron a la coexistencia de diferentes marcos de referencia y a que el alcoholismo era percibido más como un problema moral o un vicio que no podía ser atendido, que como un problema de salud mental.

En 1979, el Programa de Rehabilitación de Alcohólicos del IMSS dejó de operar por razones económicas, además de que el sanatorio corría el riesgo de convertirse en una unidad de atención solo para alcohólicos por tener una fuerte demanda. De esta experiencia surgieron nuevas ideas para la creación de un verdadero programa de prevención, tratamiento y rehabilitación en todas las clínicas y hospitales del IMSS, pero la nueva propuesta no tuvo éxito pues el costo de la inversión era alto (Elizondo, 1977, 1983). De lo anterior, Elizondo concluyó que existía un verdadero desequilibrio entre la demanda de los derechohabientes y la infraestructura incompleta de la institución para dar solución a la problemática.

Otra experiencia poco afortunada se presentó en el CAAF a los pocos años de haberse creado. Turull (1983) señaló que uno de los obstáculos para la implementación de las nuevas estrategias preventivas y de tratamiento para el alcoholismo, fue la ideología que la comunidad de Alcohólicos Anónimos (AA) había difundido en la comunidad vecina. Turull interpretó que la presencia de AA contribuyó a que la comunidad rechazara las nuevas propuestas del CAAF. Así que cualquier innovación proveniente de los servicios del sector salud difícilmente serían escuchados. Turull concluyó que para que el CAAF fuera aceptado e integrado al barrio de Tepito, hubo que modificar los objetivos y acercarse más a los grupos de AA, quienes ya habían asumido la responsabilidad de dar respuesta al problema del alcoholismo.

Para el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) no se realizaron actividades de promoción, prevención o detección oportuna para el alcoholismo. La única labor promocional que se realizó durante esos años, fue el trabajo hecho por los grupos de AA que organizaban visitas a los hospitales de este Instituto. Cuando se detectaba algún caso de alcoholismo, la pauta recomendada era la hospitalización psiquiátrica en instituciones subrogadas (Menéndez, 1990).

Elizondo (1983) señaló que prácticamente en México solo se habían desarrollado acciones *asistenciales*, dejando a un lado las acciones preventivas y de rehabilitación. Los tratamientos asistenciales se dirigían a las personas que habían desarrollado alguna complicación por el consumo agudo de alcohol (gastritis, cirrosis, etc.). Estos tratamientos se inclinaban más al tratamiento de los síntomas y no a la rehabilitación sostenida del paciente, solo se le desintoxicaba del estado alcohólico agudo y se le estabilizaba durante el síndrome de abstinencia. Sin embargo, estas acciones no se veían como eficaces a largo plazo porque no reducían la morbilidad derivada. Elizondo concluyó que esto resultó en una alta incidencia y reincidencia de problemas y pacientes, generando hostilidad y rechazo por parte del cuerpo médico y paramédico quienes atendían a los pacientes con dependencia alcohólica.

Un dato distinto a los que he venido presentando, es el que ofreció Berruecos (1983) en relación a los recursos humanos para atender el alcoholismo. Este investigador señaló que tanto la infraestructura como el personal capacitado merecen la atención, ya que si

consideramos que han sido los psiquiatras quienes tradicionalmente se han ocupado de esta problemática, tendríamos que considerar que en el año 1977 solo existían 553 especialistas psiquiatras, un número insuficiente para todo el país.

A manera de síntesis sobre estas primeras experiencias del sector salud, presento las conclusiones que han apuntado algunos autores e investigadores sobre este periodo (Berruecos, 1983; Elizondo, 1983; García, 1983; Menéndez, 1990):

- Existía poco interés por parte de los médicos, como de los mismos enfermos, en la aplicación de tratamientos antialcohólicos.
- Los criterios para proporcionar servicio benefician solo a un sector reducido.
- Poca oferta y demanda de los servicios psiquiátricos para el alcoholismo. Además, la infraestructura era insuficiente y el personal de salud tenía poca capacitación.
- No existían políticas unificadas para los programas nacionales de prevención, tratamiento y rehabilitación. También era frecuente la interrupción de políticas públicas en programas de salud. Por lo que los programas y los planes de acción se encontraban aislados y sin coordinación.
- Las acciones asistenciales dominantes se reducían a la desintoxicación de cuadros agudos. El uso de la consulta externa tenía poco control del seguimiento.
- Era una práctica común canalizar a los pacientes con problemas de alcohol a los grupos de autoayuda, principalmente a AA.
- Muchas iniciativas se detuvieron por la necesidad de invertir en capacitación de recursos humanos y en infraestructura hospitalaria. Además, se temía que se produjeran “cuellos de botellas” en la hora de ofrecer atención primaria en los centros de salud.
- Había una necesidad de producir investigación interdisciplinaria para entender el problema de manera global. La investigación social o cultural era escasa en comparación con la investigación biomédica.

Es difícil pensar que en este periodo todo haya sido igual, por ejemplo en el caso del Hospital General de México se dieron las cosas de una manera diferente. A finales de los setentas, el Dr. Jorge Escotto, de la unidad de gastroenterología de este hospital, y un grupo de médicos de la unidad de alergia e inmunología, comenzaron a realizar investigación sobre las diferencias existentes en la respuesta inmune entre población alcohólica y no alcohólica. Posteriormente otros médicos especialistas en diferentes áreas (neumología, embriología, anatomía, bioquímica) fueron sumándose al grupo original. Todo esto llevó a que en 1979 se iniciara formalmente el servicio de la Clínica de Alcoholismo y que posteriormente, en 1982, cambiara su nombre por el de Clínica para la Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA). En 1986 el Consejo Técnico del Hospital General reconoció a la clínica CAPRA como un servicio especializado en la atención de enfermos alcohólicos, lo que permitió ser la primera institución en México en extender reconocimientos de especialidad médica en la atención de enfermos alcohólicos. Para 1999 se tenían contabilizados 12,860 expedientes de pacientes alcohólicos (Escotto, 1999).

El interés del Dr. Escotto por el estudio del alcoholismo tiene un antecedente que nos lleva a 1968, tal como él mismo lo relató en su libro *El Alcohol y sus Enfermedades*:

“Una mañana del año de 1968 un grupo de personas me buscaron en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México, SSA, para pedirme les ayudara a construir la Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, que hasta el momento no existía en México. [...] me interesó el programa y acepté a colaborar para formar la mencionada oficina...” (1999; pág. 19).

Durante las década de los setenta, el Dr. Escotto colaboró fuertemente con AA, siendo el presidente del consejo administrativo de esta organización por ocho años. De esta experiencia comentó:

“En este lapso aprendí mucho sobre el sujeto alcohólico y la extraordinaria posibilidad de transformar a una persona vencida por el alcoholismo... [...] El Programa de Rehabilitación de Alcohólicos Anónimos no contempla el tratamiento médico; por ello mis amigos me pedían con insistencia la creación de un lugar

donde pudieran evaluar su estado de salud física y, en su caso, ser atendidos médicamente” (1999, pág. 19)

Dicho de esta manera, se puede entender que la clínica CAPRA surgió como un servicio de apoyo a los miembros de AA para ser examinados médicamente. Sin embargo, esta población también fue considerada por los investigadores del hospital para el desarrollo de proyectos de investigación en los que participaron distintas especialidades médicas (Escotto, 1999).

Actualmente la clínica CAPRA proporciona atención médica a pacientes con enfermedades relacionadas al consumo crónico de alcohol, principalmente las especialidades de gastroenterología y nutrición. Cuando los pacientes requieren ser atendidos por otras especialidades, son canalizados a otras áreas de especialidad dentro del mismo hospital. También, si el médico lo considera necesario, el paciente es valorado por el servicio de psicología o psiquiatría para su diagnóstico. Gran parte de la población atendida por la clínica CAPRA, pertenece a los sectores socioeconómicos no afiliados a una institución de seguridad social (Mariño, Medina-Mora, De la Fuente, 1999).

Esta relación de colaboración entre el sector salud y la comunidad de AA no es el único caso, existen otras vinculaciones incluso anteriores a la mencionada. En 1956 el Dr. González Varela, neuropsiquiatra, ayudó a fundar el primer grupo de AA en el Hospital Central Militar. Dos años antes la Dirección General de Neuropsiquiatría, Salud Mental y Rehabilitación (SSA) colaboró con la Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación. Aunque esta última asociación no se considera propiamente AA, sí ayudó a su crecimiento en México (Ramírez, 2002).

Algunos médicos mexicanos han hecho referencia al papel que ha jugado AA en la concepción de los tratamientos para el alcoholismo. Por ejemplo, Vasconcelos (1974) afirmó que no se pueden entender algunos aspectos socioculturales de la rehabilitación sin considerar lo que los Grupos de AA realizan en su programa de recuperación. Años más tarde Elizondo (1983) señaló que ningún programa de rehabilitación tendría éxito sin la ayuda de AA. Este médico se sumó a la idea de que el proceso de rehabilitación del alcohólico era de por vida. Por lo tanto, creyó que la asistencia a un Grupo de AA y prestar

servicio dentro de su organización, es decir ayudar a otros alcohólicos, era fundamental para la recuperación.

También el CAAF, según Turull (1983), se vio relacionado con la comunidad de AA cuando se tuvo que replantear los procedimientos del centro para ser aceptados por la comunidad, incluyendo la *psicoterapia* de los Doce Pasos y aceptando el rol predominante de los no profesionales en el campo del alcoholismo. Este mismo autor señaló, en 1983, que la gran mayoría de las instituciones de salud dependían total o parcialmente de los grupos AA para los programas de rehabilitación o post-hospitalarios. Por último, el Dr. Velasco (1977) al desarrollar su proyecto de programa nacional contra el alcohol en los setenta, incluyó a la comunidad de AA en el conjunto de acciones terapéuticas dirigidas a modificar la conducta del alcohólico crónico.

Articulación de Políticas Públicas

Hasta aquí he tratado de presentar una parte de la situación del sector salud mexicano sobre el abordaje del alcoholismo en los años setenta. No busco generalizar, ni reducir todas las acciones terapéuticas en lo dicho hasta aquí. Probablemente existieron programas de tratamiento eficientes desde otras perspectivas, pero no fueron difundidas o publicadas por los medios científicos. Me he inclinado por considerar solo lo publicado por autores, en su mayoría médicos, que estaban vinculados a las instituciones del sector salud, principalmente a las de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA). Este ejercicio de reconstrucción ofrece un panorama general sobre la manera en que se conceptualizaba el problema y sobre las acciones que se ejercían para prevenir y tratar el alcoholismo. Acciones que, aunque si aumentaron en cantidad en el transcurso de los años, se caracterizaban por no estar guiadas por una programa institucional de salud pública.

Fue hasta 1981 cuando se formalizó y reglamentó el primer Consejo Nacional Antialcohólico. Este Consejo se creó como un órgano colegiado para que, a través de la infraestructura de la SSA, coordinara los esfuerzos, examinara las propuestas y agrupara las iniciativas de las dependencias gubernamentales y organismos descentralizados (Román, 1983). Cinco años más tarde se agruparon los Consejos contra la

Farmacodependencia, contra el Tabaquismo y el Antialcohólico para crear el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).

El objetivo que se estableció para el CONADIC fue la promoción y el apoyo a las acciones de los sectores público, social y privado dirigidas a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones (Secretaría de Salud, 2001). El CONADIC ha sido el organismo encargado de normalizar y asegurar el nivel de calidad adecuado en la prestación de servicios dirigidos a reducir la incidencia y prevalencia de adicciones. En septiembre del 2000 publicó la Norma 028-SSA2-1999 la cual tiene el objetivo de asegurar el nivel adecuado de calidad en la prestación de servicios orientados a la reducción del consumo de sustancias adictivas. Esta Norma establece los lineamientos oficiales para las actividades de prevención y de tratamiento en adicciones. Además, en materia de investigación, el CONADIC impulsó el desarrollo y ejecución de la primera Encuesta Nacional sobre Adicciones en 1988. Esta misma encuesta se ha conducido en cuatro ocasiones más (1993, 1998, 2002 y 2008).

En el año de 1988 se publicó el primer *Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas*. Este programa ha sido reelaborado en diferentes ocasiones (1992, 2000, 2001 y 2008) de acuerdo a las necesidades de la administración del sector salud de cada periodo de gobierno. El programa del 2001 contempló un conjunto de estrategias divididas en diez áreas: tratamiento y rehabilitación, formación de recursos humanos, normatividad, prevención y promoción de la salud, investigación, participación de la comunidad, coordinación interinstitucional, equidad en la implementación del programa, evaluación e información y orientación (Secretaría de Salud, 2001).

Estado actual de la atención al consumo crónico de alcohol por el sector salud

La versión del programa de 2008 ha presentado varias modificaciones, empezando por su nombre, ahora se denomina *Programa de Acción Específico 2007-12. Prevención y Tratamiento de las Adicciones*. A diferencia de los programas nacionales anteriores, en este programa se han agrupado las estrategias dirigidas al alcohol, tabaco y drogas, cuando en años anteriores existía un programa específico para uno de estos tres grupos de

sustancias adictivas. Segundo, es el primer programa que ha propuesto establecer una red nacional de atención a través de la construcción de 300 centros conocidos como Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA)³. Y tercero, es el único programa que ha establecido abiertamente una meta por alcanzar: “la disminución del 10% en la prevalencia de consumo por primera vez de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad en el período 2007-2012” (Secretaría de Salud, 2008a, p.34).

Lo que me interesa señalar es que el Programa de Acción Específico está fuertemente orientado hacia el desarrollo e implementación de acciones preventivas para el consumo experimental de drogas ilegales y para el consumo perjudicial del alcohol. Dos de las principales estrategias preventivas son la Detección Oportuna y la Intervención Breve, las cuales han sido señaladas como estrategias costo-efectivas en la identificación de personas que sin ser dependientes, sí presentan un patrón de consumo perjudicial para la salud.

Los programas en México que siguen la línea de la Detección Oportuna y la Intervención Breve han sido adaptados y desarrollados por investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) entre otros (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001). De manera paralela, también en la Facultad de Psicología de la UNAM, se desarrollaron modelos de intervención psicológica dirigidos a una población con un nivel más alto de dependencia (Barragán; 2005; Quiroga, 2008). Sin embargo, estos últimos modelos de intervención no han sido incluidos en el repertorio terapéutico de los Centros CAPA.

A pesar de que en los últimos tres años se ha invertido esfuerzo y dinero en las estrategias de Detección Oportuna e Intervención Breve, continúa la poca atención que se ofrece a la población con dependencia alcohólica en las instituciones de salud pública. Es frecuente que la atención al consumidor crónico se limite a la canalización del paciente hacia otras organizaciones, como a Centros de Integración Juvenil o a AA; incluso esto sucede en los Centros CAPA (Secretaría de Salud, 2008a, 2008b). La práctica de canalizar pacientes hacia los grupos de AA por parte de los médicos no es nueva. En su estudio antropológico a principios de los ochenta, Menéndez y Di Pardo (1996) señalaron a AA como la principal alternativa de derivación. En otro estudio etnográfico en salas de urgencias, Mondragón,

³ También se les conoce como Centros Nueva Vida.

Romero y Borges (2008), observaron que en los casos más severos de consumo de alcohol, los médicos referían a los pacientes al servicio psiquiátrico o a los grupos de AA.

Algunos investigadores sociales han señalado el peso específico de las agrupaciones de ayuda-mutua en el sector salud. Por ejemplo, Mäkelä *et al.* (1996) en un estudio internacional sobre AA, observaron que en los países en donde el tratamiento oficial era escaso, los grupos de AA se habían constituido como la alternativa más viable para buscar atención. También otros investigadores han detectado una preferencia por asistir a los grupos de AA, en lugar de acudir a los servicios de salud pública entre la población dependiente al alcohol (Rosovsky, 1998a; Secretaría de Salud, 2001; Solís y Medina-Mora, 1994). Algunos autores han llegado incluso a señalar que los grupos de AA son el recurso terapéutico más difundido para la dependencia alcohólica en México, sin afirmar que sea el más efectivo (Elizondo, 1998; Menéndez y Di Pardo, 2006; Rosovsky, 1998a).

Por otro lado, Campillo, Díaz y Romero (2001) consideran que una de las razones para entender la proliferación de AA en México, podría ser que esta agrupación está llenando un hueco y una necesidad que el sector salud no cubrió. De esta manera, el “tratamiento” para la dependencia alcohólica ha sido relegado en parte a la sociedad civil, a los grupos de ayuda mutua o asociaciones religiosas a lo largo de los estratos sociales, incluso influyendo en los programas de tratamiento de clínicas privadas en las que el programa de los Doce Pasos de AA es parte fundamental de la oferta terapéutica.

Con lo presentado hasta aquí, se percibe que la atención del sector salud hacia los dependientes al alcohol no ha sido suficiente y que las razones de esto son diversas. El objetivo de este capítulo no fue analizar las posibles causas de ello, sino presentar cómo la comunidad de AA fue estableciendo vínculos con las instituciones de salud durante la segunda mitad del siglo pasado, logrando mantener su presencia hasta nuestros días. Independientemente de si el sector salud no ha cubierto la demanda de atención o si se ha relegado el tratamiento a otras organizaciones, lo que me interesó investigar son las actividades que AA despliega en las instituciones de salud, aceptando implícitamente la responsabilidad relegada. En el siguiente capítulo presento datos sobre la comunidad de AA, su historia y su crecimiento en México, los cuales me permitieron reflexionar sobre la relación de AA con el sector salud.

CAPITULO 2.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

La comunidad de AA ha sido conceptualizada como parte del movimiento de ayuda-mutua para los problemas relacionados al consumo de alcohol. También se le ha considerado como una comunidad que ha venido creciendo al margen de la profesionalización y del mundo de la ciencia, principalmente del saber médico y sus instituciones. Sin embargo, Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998) advirtieron que esta apreciación puede resultar engañosa. Estos autores analizaron las formas en las que AA se ha vinculado con instituciones sociales o de salud en diferentes países, observando una diversidad de formas de relacionarse, entre ellas la marginalidad de AA.

El propósito de este capítulo es presentar datos de investigaciones que dan cuenta de la vinculación de AA con las instituciones de salud en México, comparándola con otros países. Además planteo que desde los orígenes históricos existe una tendencia en AA por la vinculación con instituciones como una parte fundamental de su agenda. La primera parte de este capítulo está basado en los resultados del proyecto *International Collaborative Study of Alcoholics Anonymous* (ICSAA) realizado en la década de 1990. El proyecto tuvo como objetivo analizar la comunidad de AA como un movimiento internacional de ayuda-mutua e identificar los procesos de adaptación en los distintos contextos culturales, uno de ellos fue México. Con base en los resultados del proyecto ICSAA, he realizado un ejercicio reflexivo para ir caracterizar la relación que AA ha establecido con diferentes instituciones, principalmente con las del sector salud mexicano.

Posteriormente, en la segunda parte del capítulo presento un breve recuento histórico sobre el origen de la actividad de *llevar el mensaje* de AA. Este recuento tiene el propósito de mostrar algunos antecedentes de esta actividad y cómo fue evolucionando hasta convertirse en parte del programa de los Doce Pasos de AA. En la última parte del capítulo, describo cuáles son los principios básicos en AA que están relacionados directamente con la actividad de llevar el mensaje.

Pero antes de iniciar con la revisión de los datos propiamente dicha, presento de manera breve una línea de tiempo de AA desde su fundación. En esta cronología he enfatizado

aspectos relacionados al rápido desarrollo de AA en EE.UU. y su rápida expansión hacia la internacionalización. También he incluido aquellos momentos significativos de AA en México: llegada, crecimiento y fragmentación.

Línea de tiempo de AA: inicios, expansión y llegada a México.

La historia de AA es larga y compleja de contar, por lo tanto he preferido elaborar una cronología (Tabla 2.1) retomando datos concretos y episodios relevantes para la presente investigación. Para esta cronología me he apoyado en los datos que los mismos AA publican y en investigadores que han trabajado la dimensión histórica de AA⁴.

Tabla 2.1 Línea de Tiempo de AA

1934	Bill Wilson, o Bill W., se internó por cuarta y última vez en el Hospital Towns en la ciudad de Nueva York estableciendo una relación de amistad con el Dr. Silkworth quién atendía el pabellón de alcohólicos. Posteriormente, Bill W. ya sin volver a beber alcohol, regresó frecuentemente al Hospital Towns en busca de otros alcohólicos para ayudar.
1935	En Ohio Bill W. conoce al Dr. Bob, otro alcohólico, a través del movimiento de los grupos Oxford. A partir de ese encuentro se gestó la formación de AA, teniendo como día de su fundación el 10 de junio. El Dr. Bob creó el pabellón para alcohólicos en el Hospital Santo Tomás, en Akron, Ohio.
1939	100 miembros de AA. Se publicó el libro <i>Alcohólicos Anónimos</i> para difundir el movimiento. Del libro se tomó el título para nombrar a la comunidad. En el libro se publicaron las experiencias de los primeros alcohólicos recuperados y el programa de

⁴ Para una revisión detallada de la historia de AA en EE.UU. ver Kurtz (1991); para una revisión del contexto histórico de los inicios de AA, ver Edwards (2004); sobre la internacionalización de AA ver Mäkelä (1991, 1996). Para la historia oficial de AA en México ver Central Mexicana (AA, 2007); para un relato no oficial de AA en México ver Ramírez (2002), Rosovsky (1998b) y Rosovsky y Leyva (1990).

los Doce Pasos. A esto último se le conoce como el Primer Legado de AA: la *Recuperación*.

- 1940** La comunidad incrementó a 2,000 miembros en EE.UU. y Canadá.
El crecimiento acelerado implicó nuevos problemas de comunicación entre los nuevos integrantes y los grupos recién formados de alcohólicos en recuperación.
Se estableció la primer Oficina de Servicios Generales.
- 1942** 8,000 miembros. Crecimiento acelerado en dos años.
Mayor difusión en medios de comunicación: prensa y radio.
Nueva York se constituyó como la ciudad sede de AA.
- 1944** Se creó la revista *Grapevine* para mantener comunicación con la comunidad.
Para estos años existían fuertes relaciones de colaboración con dos hospitales: Hospital Santo Tomás en Akron, Ohio; y el Hospital Knickerbocker en Nueva York.
- 1945** Primeros intentos de grupos en Monterrey, México. No prosperaron.
- 1946** Primer grupo de AA en México. El grupo se llamó *México City Group* y fue creado por dos estadounidenses radicados en el DF.
Se ofreció la primera junta de Información Pública en el Teatro del Pueblo (Mercado Abelardo L. Rodríguez).
- 1950** Primera Convención de AA en EE.UU. Se presentaron formalmente las Doce Tradiciones: principios que sugieren a los grupos la manera de conducirse. El segundo Legado de AA: la *Unidad*.
- 1951** Se estableció la Conferencia de Servicios Generales: una junta asesora compuesta por representantes de los grupos AA, para orientar y vigilar el bienestar de AA.
- 1952** La Oficina de Servicios Generales aumentó su tamaño, contratando más personal no alcohólico para dar respuesta a las necesidades de los nuevos grupos.
- 1953** 5 mil grupos; 111 mil miembros en EE.UU. y Canadá.
- 1956** Se creó el primer grupo mexicano de AA en el pabellón de psiquiatría del Hospital Central Militar a través de la gestión del psiquiatra José González Valera.
- 1957** Primer Junta de Servicios Generales en un país diferente a EE.UU. en Inglaterra.
- 1960** 7,800 grupos; 137 mil miembros en el mundo.

- 1961** 9 grupos en México.
- 1962** Se publicaron los Doce Conceptos para el Servicio: principios que ofrecen la interpretación de la Estructura del Servicio Mundial. El tercer Legado de AA: el *Servicio*.
- 1964** 31 grupos en México.
Primer Congreso Nacional de AA en México.
- 1965** El 5.7% de los grupos AA en el mundo se localizaban en Latinoamérica.
- 1969** Primer Junta de ‘Servicios Mundiales’ en Nueva York.
- 1969** Primera Asamblea Mexicana con representantes de 21 Estados de la Republica.
Se creó la Oficina de Servicios Generales Mexicana que luego cambiará su nombre por Central Mexicana de AA.
Se invitó a participar al Dr. Jorge Escotto del Hospital General de México.
- 1970** Se comenzó a distribuir los textos y la revista *Plenitud* en México.
14,800 grupos en el mundo; 260,000 miembros en el mundo.
- 1971** 381 grupos en México.
- 1974** El libro de Alcohólicos Anónimos ya estaba traducido a los idiomas: alemán; español; francés, finés, portugués y sueco.
- 1975** 1,000 grupos en México.
Primera separación de miembros de la Central Mexicana de AA, lo que dio origen a la organización: Movimiento 24 horas de AA. Tres años después esta última organización se dividió nuevamente creándose: 24 horas de AA y Terapia Intensiva⁵.
- 1979** Primera Junta de Servicios en Iberoamericana.
Creación de la Clínica CAPRA en el Hospital General de México por el Dr. Escotto, la cual, además de ofrecer servicios médicos, colaboró con los grupos de AA.
- 1980** 39,800 grupos; 839,000 miembros en el mundo.
3,405 grupos en México.

⁵ Para un análisis detallado de la fragmentación de AA en México ver Rosovsky (1998b; 2009). Esta autora centró su estudio en describir y en entender la diversidad de AA, y no en hablar de las desviaciones de un “verdadero” AA. Planteó la división de AA como una adaptación a las necesidades socioeconómicas de la población alcohólica en México.

En la década 1971-80 la membrecía se multiplicó nueve veces.

- 1983** Primer Grupo Institucional de AA en el Hospital General de México.
- 1985** Segunda separación de Central Mexicana. Se creó la Sección México de AA con 1,200 grupos.
- 1988** El 26.8% de los grupos AA en el mundo estaban en Latinoamérica.
- 1990** 11ª Junta de Servicio Mundiales en Munich, Alemania.
- 1990** 92,300 grupos; 1'994,000 miembros en el mundo.
12,811 grupos en México (sumando Central Mexicana y Sección México).
Segundo Grupo Institucional de AA en el Hospital General de México
- 1991** Nuevas traducciones del libro AA: islandés, japonés, noruego, italiano, afrikáans flamenco, holandés, coreano, tagalog, polaco, hebreo, ruso, checo, húngaro, árabe, marathi, lituano y turco.
- 2008** 14,000 grupos en Central Mexicana.
2,200 grupos en Sección México.
221 grupos y 7 granjas del Movimiento 24 horas.
- 2010** 115, 773 grupos en el mundo; 2'103,033 miembros⁶.
14,000 Central Mexicana.
2,200 Sección México.
México es considerado como el segundo país con mayor número de grupos en todo el mundo, después de EE.UU. y Canadá que se consideran como una sola región.
-

⁶ Para la estimación de la membrecía mundial, ver AA (2010); para Central Mexicana, ver CMAA (2010); y para Sección México (Oficina de Servicios de AA, comunicación personal, 19 marzo, 2010).

Reflexiones sobre el Proyecto ICSAA

El proyecto ICSAA fue desarrollado en ocho países (Austria, Estados Unidos, Finlandia, Islandia, México, Polonia, Suecia y Suiza) y apoyado por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Para el caso de México, el estudio se desarrolló en el Instituto Mexicano de Psiquiatría⁷, siendo la Dra. Haydée Rosovsky la coordinadora principal del mismo. Los objetivos del ICSAA fueron la descripción de AA “como una red social, como un sistema de creencias y como un sistema de interacciones, con el propósito de emprender una comparación internacional de estos aspectos utilizando una metodología común” (Rosovsky, 2009; p.19).

De este proyecto surgieron dos publicaciones principales. En la primera de ellas, Mäkelä *et al.*, (1996) ofrecen una descripción concreta de los grupos AA y de su funcionamiento. También describen la estructura del movimiento, sus principios organizacionales, el sistema de creencias contenido en los Doce Pasos, su crecimiento y difusión internacional. En el segundo libro, editado por Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998), se hace una presentación por capítulo de cada uno de los países participantes, poniendo mayor atención a las características particulares que marcan diferentes formas en las que AA se ha ido adaptando a los contextos culturales. En su capítulo de introducción, Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998) presentan un análisis comparativo por países a través de tres categorías acerca de la relación entre AA y mundo exterior: 1) AA y los otros tratamientos profesionales; 2) las características estructurales y organizacionales de AA y los contextos socio-culturales; y 3) los mensajes y significados que AA lleva a los diferentes países.

Con respecto a la primera categoría señalaron que en países como Austria, Polonia o Suiza, el movimiento de AA ha tenido que competir con otras organizaciones locales de ayuda mutua o con los sistemas de tratamiento profesional ya existentes. Por otro lado, en los países nórdicos la historia inicial de AA está marcada por una interacción compleja entre la misma comunidad de AA y los sistemas para el control del alcohol propios del movimiento de temperancia⁸.

⁷ Actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, INPRFM.

⁸ El Movimiento por la Temperancia o Templanza es un movimiento social contra el consumo de bebidas alcohólicas. El movimiento critica el consumo excesivo, promueve la abstinencia y/o cabildea a favor de

Para el caso de México, el movimiento de AA se encontró ante una situación muy diferente puesto que no existían programas formales de tratamiento para el alcoholismo, ni estaba presente el movimiento de temperancia. Con base a los datos obtenidos por la Dra. Rosovsky, se interpretó que el crecimiento de AA en México fue propiciado por un contexto carente de atención profesional para el alcoholismo. Sin embargo, en esta investigación poco se indagó si hubo o no un impacto de AA sobre los sistema de salud, o si se establecieron relaciones entre ellos. Al parecer, el equipo mexicano del proyecto ICSAA dirigió su investigación hacia el análisis de las fragmentaciones organizacionales en AA, un fenómeno que diferenció a México de los otros países del estudio.

Por su parte, el movimiento de AA en EE.UU. ha tenido un fuerte impacto en el sistema de salud pública. Un ejemplo de ello fue la aparición del modelo Minnesota durante la década de 1940, el cual es una adaptación del programa de los Doce Pasos de AA para ser integrado a los contextos de tratamiento profesional (Mäkelä *et al.*, 1996). Para 1970 se inició la expansión del modelo Minnesota⁹ por el territorio norteamericano, y para 1990 era uno de los modelos dominantes e institucionalizados del sistema profesional de tratamiento. Posteriormente fue integrado por otros sistemas de salud europeos.

Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998) creen que esta forma de vinculación entre AA y los tratamientos profesionales (por ejemplo, el modelo Minnesota) en algunos países, es el resultado de una necesidad por mantener en crecimiento la membresía de AA. Esto lo entendieron así porque en AA se observa una tasa de deserción alta¹⁰, debido a su carácter voluntario y a la inexistencia de una regulación formal de pertenencia. Estas circunstancias, señalaron estos autores, han generado una necesidad permanente por la atracción de nuevos miembros.

En las clínicas de rehabilitación que siguen el modelo Minnesota, se invita a los pacientes a integrarse a los grupos de AA una vez que ha terminado el periodo de internamiento. Esta

leyes contra el alcohol. Tuvo gran difusión en países anglosajones, tales como Inglaterra, Estados Unidos, Australia, Canadá, Irlanda y Nueva Zelanda (Wikipedia, 2010).

⁹ El *Modelo Minnesota* es un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia; creado en la década de 1950. El elemento central es la combinación de profesionales y personas en recuperación (no profesionales) en un equipo terapéutico basado en los principios de Alcohólicos Anónimos. El plan de tratamiento consistía en 28 días de internamiento y de la participación activa de la familia (Anderson *et al.*, 1999).

¹⁰ Estos autores no presentaron datos sobre esta afirmación; en México no se registra la deserción en AA.

estrategia es justificada por la noción de que un alcohólico jamás dejará de ser alcohólico, y por lo tanto necesita continuar con su proceso de recuperación. En este sentido, los grupos de AA brindan el contexto ideal para continuar con su recuperación permanente. De esta manera, la adopción del modelo Minnesota por parte de los sistemas profesionales en salud, ha servido para cubrir en parte la necesidad de nuevos miembros en AA. Mäkelä *et al.* (1996) señalaron que al modelo Minnesota, frecuentemente, se le considera como una manera de introducirse a los grupos de AA, dentro de los cuales, la *verdadera* recuperación tiene lugar.

Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998) creen que la incorporación del modelo Minnesota por el sistema profesional y su posterior proceso de derivación ha influido significativamente en el crecimiento de AA en algunos países. Para ilustrar lo anterior he retomado y simplificado algunos datos proporcionados por Mäkelä *et al.* (1996) con relación a los medios principales por los cuales se llega a AA (Tabla 2.2).

Tabla 2.2 Comparación porcentual de medios por los cuales se llega a AA en diferentes países (Mäkelä *et al.*, 1996).

PAÍS	El alcohólico es referido a AA por:	
	Tratamiento Profesional	Otro miembro de AA
EE.UU.	40%	34%
Suecia	50%	19%
Islandia*	77%	25%
Polonia	33%	42%
México	5%	55%
México[♦]	8% ¹¹	61%
México⁺	4%	64%

* Se permitió 2 respuestas, por lo que la suma sobrepasa el 100%

♦ Datos actualizados al 2003 (AA, 2003).

+ Datos actualizados al 2009 (AA, 2009).

¹¹ Este porcentaje, relativamente bajo, contrasta con la idea expresada en el capítulo uno, en dónde señalé que la canalización por parte de los médicos es una práctica común. Sin existir datos confiables que puedan dar explicación aproximada, una suposición tentativa es pensar que a pesar de la recomendación de los médicos por asistir a AA, los pacientes no llegan a los grupos.

Tal como se observa en la tabla anterior no en todos los países la derivación profesional es el principal medio por el cual se llega a AA. En México y Polonia es más frecuente llegar por medio de otro miembro de AA que por un profesional del sector salud. Esta diferencia, pudiera ser entendida en parte porque en nuestro país ha existido la institucionalización de los Doce Pasos (modelo Minnesota) en los sistemas de tratamiento del sector salud.

Con lo revisado hasta aquí, propongo dos preguntas: ¿Cómo fue el proceso de crecimiento de AA en México, en dónde no existió la institucionalización de los Doce Pasos por el sector salud? y ¿Qué otra forma de vinculación entre AA y el sector salud pudieron haber existido para el caso de México?

La primera pregunta la considero más difícil de contestar puesto que implica un análisis de diversas condiciones del contexto histórico. Supongo que una línea de indagación sería desarrollar la hipótesis formulada por Campillo *et al.* (2001) en la que propusieron a AA como la alternativa de atención que ha llenado el “hueco” desatendido por el gremio médico. Una pregunta específica podría ser: ¿Qué ofreció AA al alcohólico que la medicina o la psicología no ofrecieron en su momento?

Sobre la segunda pregunta, y para plantear posibles respuestas, he retomado otros resultados del proyecto ICSAA. Mäkelä, *et al.* (1996) propusieron tres tipos de relación entre AA y los tratamientos profesionales para los países del estudio. El primer tipo lo denominaron como de *aislamiento*, caracterizado por una gran distancia entre AA y el sistema profesional, como fue el caso de Austria. El segundo tipo lo llamaron de *autonomía*, en donde el movimiento finés de AA se distinguió por su independencia. El tercer tipo lo denominaron *hegemónico*, en el cual AA ha ejercido una gran influencia sobre el sistema profesional. Los países de EE.UU. e Islandia son los casos ejemplo.

Para el resto de los países, Mäkelä *et al.* (1996) señalaron que existen diferentes tipos de interconexiones entre AA y el sector salud, pero no mencionaron nada sobre estos tipos o particularidades de cada país. Sin embargo, lo que sí presentaron fue una tabla en la que describieron diferentes prácticas que comúnmente los miembros de AA desarrollan en los contextos públicos. Estas actividades, enlistadas a continuación, sirvieron como criterios para el grado de vinculación entre el movimiento de AA y los sistemas públicos:

- 1) AA tiene permitido realizar juntas en las instituciones de tratamiento;
- 2) Realiza activamente juntas en las instituciones de tratamiento;
- 3) Tiene permitido realizar juntas en prisiones;
- 4) Realiza activamente juntas en prisiones;
- 5) El personal profesional refiere pacientes a AA de manera frecuente;
- 6) La canalización de los profesionales privado es importante para AA.
- 7) Referencia y asistencia obligatoria a AA

En la siguiente Tabla se muestran los resultados de este ejercicio. La comunidad de AA en EE.UU. cumplió con todos los criterios; en México se cumplieron con seis; Islandia y Suiza con cinco y el resto de los países fluctuó entre dos y cuatro.

Tabla 2.3 Actividades que AA realiza en los sistemas de tratamiento en diferentes países (Mäkelä *et al.*, 1996).

	EE.UU 12	México	Islandia	Suiza	Finlandia	Polonia	Suecia	Austria
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
5	✓	✓	✓	✓				
6	✓	✓						
7	✓							

Con base en estos datos observo que AA en México, a pesar de no haber sido adoptado el modelo Minnesota por el sector salud, la comunidad de AA ha establecido una relación estrecha con este sector, reflejándose en el desarrollo de actividades específicas (criterios) que AA lleva a cabo en el interior de las instituciones públicas. Además, Mäkelä *et al.* Señalaron que el desarrollo de estas actividades puede reflejarse en la fuerza y consolidación de los principios tradicionales que AA ha tenido en los ocho países,

¹² Solo en EE.UU. se aplica la referencia obligatoria por el sistema judicial. Por ejemplo, cuando un individuo es detenido por conducir en estado de ebriedad, se le obliga a asistir a un número determinado de juntas a un grupo de AA.

observado a través del nivel de desarrollo organizacional que AA ha alcanzado en los diferentes países. Nuevamente, las estructuras organizacionales en EE.UU. y México sobresalen por el resto de los países, al contar con estructuras con mayor desarrollo en tamaño y en complejidad (Mäkelä *et al.*, 1996).

Con los datos revisados, podría plantear que el desarrollo de AA en México, en cuanto a su estructura organizacional, le ha permitido a la misma comunidad tener un despliegue de actividades al interior de las instituciones del sector salud, de tal modo que ha sustituido (o no ha necesitado de) la institucionalización del modelo Minnesota tal como ha ocurrido en otros países. Si de lo que he reflexionado sobre los resultados del proyecto ICSAA –que a mi parecer dejaron cabos sueltos para el caso de México– resulta en un planteamiento factible, el siguiente paso estará centrado en identificar y analizar qué actividades son las que AA ha venido desarrollando en las instituciones del sector salud en México, lo cual es el tema central de mi investigación.

Para iniciar con este análisis, retomé la interpretación de Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998) sobre la vinculación de AA con el sistema profesional. Ellos plantean que la adopción institucional de los Doce Pasos (modelo Minnesota) por el sector salud y las actividades de AA dirigidas al mismo sector, son dos procesos de un mismo mecanismo; un mecanismo impulsado por la necesidad de atraer nuevos miembros a la comunidad AA, por razones que ya mencioné anteriormente. Para esta investigación propongo entender a este mecanismo como un mecanismo de búsqueda de otro-alcohólico, lo que también ha impulsado el desarrollo de una organización de la propia comunidad, así como la implementación de estrategias diversas dirigidas hacia el exterior¹³.

Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998) consideraron que el 12º Paso del programa de recuperación de AA es central para entender la relación entre AA y el mundo exterior. Para entender esto recupero textualmente el 12º Paso:

¹³ Otros ejemplos de estas estrategias son las organizaciones paralelas de AA pero desarrolladas por miembros de AA que han tenido el propósito de informar a la sociedad civil sobre la enfermedad del alcoholismo. El *National Council on Alcoholism* en EE.UU. y el *Laymen's Council* en Islandia.

“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” (AA, 1986, p.55).

Según estos autores el 12º Paso promueve la actividad de llevar el mensaje a otro alcohólico como parte de la recuperación personal, lo que responde tanto al deseo individual de mantenerse sin consumir alcohol, como a la necesidad de AA por atraer nuevos miembros. Eisenbach-Stangl y Rosenqvist no ofrecieron más análisis o datos sobre la vinculación de AA a través de la actividad de llevar el mensaje contenida en el 12º Paso. Por su parte, Mäkelä *et al.* (1996) solo presentaron datos porcentuales sobre la frecuencia con la que los miembros de AA realizan esta actividad en los países estudiados (Tabla 2.4). Las comunidades mexicana y norteamericana de AA registraron los porcentajes más altos, lo que puede relacionarse con el grado alto de desarrollo que presentan sus estructuras organizacionales y el peso que esto tiene en la promoción de la actividad. En cambio, en países como Suecia o Islandia, en donde la institucionalización de los Doce Pasos en el sistema profesional juega un papel significativo en la canalización de alcohólicos, el porcentaje de llevar el mensaje por parte de los miembros fue menor.

Tabla 2.4 Porcentaje de miembros AA que realizan la actividad de llevar el mensaje (Mäkelä et al., 1996),

PAÍS	En los últimos doce meses...	
	has realizado la actividad del 12º Paso	has llevado a un “nuevo” a un junta de AA
California (EE.UU.)	76%	44%
México	71%	58%
Polonia	64%	40%
Islandia	50%	40%
Suecia	48%	32%

Sin embargo, la pregunta “¿qué sucede en el trabajo del 12º Paso?” se quedó sin responder por parte de Mäkelä *et al.* (1996), y proponiéndola hacia el final de su libro, como uno de los temas pendientes, entre otros, para la investigación en AA. Para finalizar con la reflexión sobre el proyecto ICSAA, recupero algunos señalamientos que he considerado

centrales para el estudio de la actividad de llevar el mensaje y su relación con el sector salud:

- 1) La misma comunidad de AA ha promovido la búsqueda e identificación de posibles alcohólicos sin depender directamente del sistema profesional de salud. La actividad de llevar el mensaje puede responder a dos necesidades paralelas: la necesidad de atraer nuevos miembros para mantener vivo al movimiento; y la necesidad de que sus miembros logren mantenerse en abstinencia a través de realizar el 12° Paso (Eisenbach-Stangl y Rosenqvist, 1998).
- 2) La comunidad de AA, a pesar de las divisiones que ha tenido en México, ha desarrollado estructuras organizacionales amplias y complejas para responder a la necesidad de atraer nuevos miembros. A través de esta organización se promueve la actividad de llevar el mensaje. Cabe mencionar que AA en México mantiene convenios de cooperación con las instituciones del sector salud: Secretaría de Salud-CONADIC, IMSS, ISSSTE, Cruz Roja Mexicana; con otras instituciones de otros sectores como es PEMEX, Centros de Integración Juvenil, Centros de Readaptación Social, Secretarías de Estado, gobiernos estatales y municipales, sindicatos nacionales y centros de tratamiento privados o públicos (AA, 2007a; Sección México de AA, 2006).
- 3) La explicación que ofreció Rosovsky (1998) para comprender el crecimiento de AA en México no es suficiente. Esta autora señaló que al existir una escasa oferta y repuesta del sector salud para atender el alcoholismo, los grupos de AA vinieron a cubrir la demanda de la sociedad. Sin duda este contexto influyó en la manera que AA se desarrolló en México, sin embargo, no da cuenta de las estrategias de organización y expansión que se reproduce en AA para vincularse con instituciones del sector salud.

Para esta investigación he preferido retomar el señalamiento de Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998) sobre la actividad de llevar el mensaje, la cual la han conceptualizado como el contexto ideal para comprender las relaciones entre AA y sector salud. Y para empezar, la pregunta sería ¿Qué supone llevar el mensaje? De manera general, esta actividad refiere a cuando un alcohólico en AA comparte a otro alcohólico que aún sigue

bebiendo, su experiencia individual como alcohólico, su conocimiento sobre la enfermedad del alcoholismo y la manera en la que ha logrado sobreponerse a través de los Doce Pasos de A.A. Para profundizar más en el significado, consideré oportuno realizar un bosquejo histórico sobre los antecedentes de la actividad de llevar el mensaje. El propósito de esto no implicó para mí elaborar una versión histórica analítica de AA, sino simplemente mostrar elementos a través de un recuento explicativo que ayude a la comprensión sobre el por qué los miembros de AA continúan llevando el mensaje.

Antecedentes de “llevar el mensaje” (1916-1939)¹⁴

A principios del siglo XIX, la *Young Men's Christian Association* (YMCA) mantenía actividades de evangelización en Asia para extender el cristianismo. Entre los misioneros de la YMCA en China, se encontraba el ministro luterano Frank Buchman originario del estado de Pensilvania (EE.UU.) quién ya contaba con la experiencia ministerial en el reclutamiento de jóvenes para la misión en Asia.

En 1916, Buchman adaptó sus métodos de evangelización y de reclutamiento a la nueva cultura, diferenciándose de la evangelización tradicional. En lugar de continuar con las campañas masivas y las audiencias públicas, Buchman prefería trabajar con grupos compactos para luego establecer un contacto más personal. Al trabajar de este modo, persona a persona, Buchman observó que si él confesaba primero sus pecados frente a la otra persona, era más fácil lograr la confesión de este y su conversión al cristianismo. Además, Buchman agilizó el proceso de evangelización al lograr que los recién convertidos también se desempeñaran como misioneros, lo que ayudaba a fortalecer la conversión del primero (Peterson, 1992).

Buchman regresó a occidente para continuar con su ministerio. Visitó las universidades inglesas para reclutar jóvenes, entre ellas la Universidad de Oxford. De ahí el nombre de su nuevo movimiento: *grupos Oxford*. Contando con su experiencia en EE.UU. y en China,

¹⁴ Para la elaboración de este bosquejo histórico me basé en las fuentes bibliográficas *oficiales* de la historia de AA (1952; 1986; 1992; 2007b). Sin embargo, la base de este relato proviene de fuentes externas o no aprobadas por AA (Clark, 1951; Kurtz, 1991; Peterson, 1992; Thomsen, 1975).

utilizó y adaptó sus métodos para su nueva misión (Clark, 1951). Los aspectos centrales de los grupos Oxford eran: la formación de equipos pequeños, el contacto uno a uno, la confesión de uno mismo ante los demás, y el compromiso de seguir trabajando con otros. Sobre este último punto existían dos consideraciones importantes: nunca se recibiría pago alguno por ayudar; y existía un carácter obligatorio en el trabajo con otros para mantener la conversión alcanzada (Kurtz, 1991; p. 324).

Entre los seguidores de Buchman se encontraba el Reverendo Sam Shoemaker, quien lo había conocido en China a través de la YMCA. Shoemaker había utilizado con éxito los métodos de Buchman con estudiantes chinos (Peterson, 1992). A su regreso a los EE.UU., asumió el cargo de ministro en la Iglesia Calvinista Episcopal en la ciudad de Nueva York, la cual fue considerada como el centro del movimiento de los grupos Oxford en Norteamérica durante los años 30's.

En 1931 Rowland Hazard, alcohólico, se unió al Grupo Oxford de NY. A pesar de que en los grupos Oxford no existía el interés exclusivo por las personas alcohólicas, Rowland dedicó su tiempo a compartir con otros alcohólicos su experiencia de conversión a través de los principios y métodos que había conocido. En 1934, Rowland y otros compañeros del grupo ayudaron a otro amigo alcohólico, Ebby Thacher, quién iba a ser recluido en una institución de salud mental. Ebby ingresó al Grupo Oxford y tres meses más tarde, continuando con el compromiso de ayudar a otros, buscó a su amigo Bill Wilson para hablarle de su experiencia de conversión.

Bill contaba con un historial de tres internamientos en el Hospital Towns de NY a causa de su alcoholismo. Durante sus internamientos Bill conoció al Dr. Silkworth quien le había explicado que el alcoholismo era como una alergia que se caracterizaba por una obsesión y compulsión por el alcohol una vez que se ingería una copa. Sin embargo, esta explicación del alcoholismo no fue suficiente para que Bill dejara de beber.

Durante dos meses Ebby visitó a Bill para hablar del estado de sobriedad¹⁵ que había alcanzado a través del programa del Grupo Oxford. Explicó que este programa se centraba

¹⁵ En AA se entiende por sobriedad no solo el hecho de abstenerse al consumo de alcohol, sino como un estado de equilibrio emocional y espiritual. Relacionado a este término también existe el de *borrachera seca*

en la importancia de tomar conciencia de uno mismo, de confesar los defectos personales, de tener voluntad para reparar los daños ocasionados, de entender a Dios bajo sus propios conceptos, y sobre la necesidad de trabajar con otros, tal como lo estaba haciendo con él (Kurtz, 1992).

Después de su cuarta y última hospitalización a finales de 1934, Bill decidió unirse al Grupo Oxford liderado por Shoemaker y continuar con su proceso de conversión espiritual. A través de la *literatura* y de la dinámica grupal, Bill conoció y aplicó los métodos derivados de la experiencia misionara de Buchman (Peterson, 1992). Sin embargo, después de las reuniones de los grupos Oxford se establecieron las *reuniones de café*, en las que participaban Bill, Ebby, Rowland y otros que compartían el antecedente del alcoholismo (Thomsen, 1975).

Bill empezó a trabajar con otros alcohólicos motivado por la idea personal de “*poner en sobriedad a todos los borrachos del mundo*” (Kurtz, 1991, p.20). Durante sus primeros días de abstinencia, Bill identificó que al llevar el mensaje a otros alcohólicos, la ansiedad y los deseos por el alcohol disminuían, y le ayudaba a ganar seguridad. De este modo, creó la costumbre de visitar el Hospital Towns para hablar con otros alcohólicos cuando deseaba un trago de alcohol, evitando la recaída.

Sin embargo, esta actividad efectiva para él, no lo fue para otros, puesto que éstos no pudieron dejar de beber alcohol. Otra estrategia que utilizó fue invitar a los alcohólicos a su propia casa pensando que así podrían alcanzar la sobriedad, tampoco resultó. Bill modificó su estrategia al platicar con su ya amigo el Dr. Silkworth, quién le aconsejó que no *predicara* sobre religión frente a un alcohólico, sino que hablara del alcoholismo como una enfermedad, utilizando la teoría de la alergia física. De esta manera, creía el Dr. Silkworth, era más probable romper el ego duro que caracterizaba a los alcohólicos, por lo que también sugirió que tratara de que el alcohólico se sintiera derrotado, tal como Bill se había sentido en su última hospitalización.

En 1935 durante un viaje de negocios poco exitoso, Bill sintió nuevamente deseos de una copa de alcohol. Se puso en contacto con el Grupo Oxford local para conversar con alguien

el cual señala que un alcohólico puede dejar de beber alcohol, pero aún mantiene el comportamiento alcohólico, indicando el desequilibrio emocional y espiritual.

del grupo que tuviera problemas con el alcohol para evitar la recaída. Se organizó una reunión con el Dr. Bob., quien contaba con una larga trayectoria alcohólica. Antes de la reunión, Bill reflexionó sobre los consejos del Dr. Silkworth, y la pertinencia de sus consejos frente a otro médico. Una vez de frente, Bill dejó en segundo plano los aspectos médicos y religiosos. Centró su relato en sus propias experiencias con el alcohol: sus esperanzas, sus promesas, el fracaso de ambas; sobre la camaradería entre amigos y el alcohol; sobre las dolorosas resacas; y sobre la devoción de su esposa y lo que ella había pasado durante sus borracheras. También habló de su amigo Ebby y que él había sido quien le había llevado el mensaje (Kurtz, 1991).

Un mes después, el 10 de junio de 1935, el Dr. Bob tomó su último trago de alcohol. Este día es considerado como la fundación de AA. Bill y Bob siguieron llevando el mensaje a otros alcohólicos hospitalizados, aunque con éxito moderado. Sin embargo, Bill concluyó que esta actividad le resultaba útil al haber mantenido la abstinencia por varios meses.

De regreso a NY, Bill logró establecer reuniones con alcohólicos cuyo tema central era el alcoholismo; esto marcó una diferencia con la idea de evangelización del Grupo Oxford. A finales de 1935 el grupo se consolidó y algunos se mantuvieron en abstinencia. Aunque Bill seguía asistiendo al Grupo Oxford, sus compañeros alcohólicos ya no, limitándose a las reuniones informales de solo alcohólicos. Bill sacó sus primeras conclusiones. Observó que aquellos alcohólicos que asistían a las reuniones informales y que trabajan el programa del Grupo Oxford, incluido el trabajo con otros, eran quienes se habían mantenido abstinentes (Peterson, 1992). También concluyó que el proceso de llevar el mensaje debía ser más lento para el caso de los alcohólicos, y que los principios del Grupo Oxford podrían exigir mucho para algunos alcohólicos. Todo esto derivó en la separación definitiva y en la creación de un grupo exclusivo para alcohólicos que buscaban dejar de beber.

Cuando sucedió la separación, los grupos Oxford pasaban por un momento de renovación a finales de los años 30's, en donde los métodos de reclutamiento personal habían sido desplazados por campañas masivas de publicidad. Este movimiento se transformó en el movimiento *Moral Rearmament*. Por otro lado, Bill y los primeros alcohólicos recuperados se mantuvieron utilizando los viejos métodos de acercamiento, *uno a uno*, para ayudar al

alcohólico que quisiera dejar de beber y para ayudarse a sí mismos en su proceso de recuperación (Peterson, 1992).

Durante ese tiempo, a Bill le ofrecieron un puesto remunerado para trabajar en un hospital dedicado al tratamiento de alcohólicos. Bill rechazó la oferta, recordando uno de los principios que Buchman propuso veinte años atrás: la actividad de *llevar el mensaje* nunca debería realizarse a cambio de algún pago económico. Posteriormente, Bill sugirió la idea de la recuperación masiva de alcohólicos, el primer paso fue la publicación de un libro que transmitiera el mensaje con un mayor alcance. En 1939 se publicó la primera edición del libro *Alcohólicos Anónimos* donde se narraban los historiales alcohólicos y las experiencias de recuperación de los primeros AA. También se describía por primera vez el programa de Doce Pasos para la recuperación personal y en el séptimo capítulo se explicaba la importancia de trabajar con otros alcohólicos.

Hasta aquí el recuento histórico. Con base a este ejercicio de reconstrucción intenté identificar los antecedentes inmediatos de la actividad de llevar el mensaje para luego ubicarla en la fundación del movimiento de AA. Probablemente, esta actividad tiene una historia mucho más allá de los límites que yo señalé, sin embargo, el propósito de este recuento fue proponer una descripción que dé cuenta de cómo una actividad utilizada para propósitos misioneros, fue transformándose hasta ser una actividad realizada por alcohólicos y dirigida a otros alcohólicos en contexto de los Doce Pasos.

Desde la perspectiva de este recuento histórico, parece que el valor de llevar el mensaje se ubica en la efectividad como estrategia para no volver a consumir alcohol, tal como fue ejemplificado por el fundador de AA en varias ocasiones¹⁶. El valor de la actividad, desde esta perspectiva, se complementa con lo señalado por Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998), quienes enfatizaron la importancia del llevar el mensaje como una estrategia que responde a la necesidad de atraer nuevos miembros.

Este supuesto doble valor, o propósito de la actividad de llevar el mensaje, se comprende mejor cuando se revisan los principios ideales de AA. Los principios están contenidos en

¹⁶ Actualmente se ha venido desarrollando un campo de investigación que ha puesto su atención en el efecto que tiene ayudar a otros, llevarles el mensaje a otros en su propia recuperación. Para un recuento de esta investigación ver a Zemore y Pagano (2008). En el próximo capítulo retomo algo de este nuevo campo.

el Enunciado de AA y en lo que se conoce como los Tres Legados: la Recuperación, la Unidad y el Servicio¹⁷. Los principios orientan las actividades de AA, y dan significado a las mismas. En la parte final del capítulo presento aquellos principios básicos para la comprensión de la actividad de llevar el mensaje y los significados implicados.

Llevar el Mensaje y los Tres Legados de AA¹⁸

Inicio retomando la definición que la comunidad de AA ofrece de sí misma. Esta definición está contenida en el Enunciado que puede encontrarse al inicio de cada una de sus publicaciones:

“Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida.

Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones.

AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa.

Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad”.

Tanto en la primera oración como en la última del Enunciado, se observa el doble propósito de AA: mantener la sobriedad personal y ayudar a otros alcohólicos a alcanzarla. ¿Cómo se promueve este doble propósito? Para empezar a comprender esta dualidad, traigo aquí

¹⁷ Para leer el total de principios contenidos en los Tres Legados, ver el Apéndice 1.

¹⁸ El símbolo de AA es un triángulo dentro de un círculo. Cada lado del triángulo representa uno de los tres legados: *recuperación, unidad y servicio*.

algunos de los principios fundamentales de AA que están relacionados directamente a este doble propósito.

El programa de los Doce Pasos, que a su vez conforman el Legado de la Recuperación, es un conjunto de principios orientados a que el alcohólico logre una transformación personal y así dejar de consumir alcohol. Brevemente, el programa conduce a que el alcohólico admita su impotencia frente al alcohol a través de la ayuda de un poder superior concebido de manera individual y particular (1°-3° Pasos). Posteriormente se promueve realizar un examen de conciencia y un inventario moral, con la intención de reparar los daños ocasionados a terceros durante la etapa alcohólica (4°-9° Pasos). Después se enfatiza la continuidad de la auto-observación, la corrección permanente de errores y la dimensión espiritual (10° y 11° Pasos). Finalmente se promueve ayudar a otros alcohólicos para que también alcancen la sobriedad (12° Paso).

El 12° Paso representa el momento cuando un miembro de AA, que ha alcanzado cierto grado de sobriedad, comparte su experiencia alcohólica y de recuperación a otro alcohólico, quién puede estar, o no, vinculado a AA. En este sentido, cuando se escucha o se lee acerca del “trabajo del 12° Paso”, esto puede entenderse desde distintos contextos: compartir con un alcohólico hospitalizado, o con un alcohólico recién llegado a AA, o compartir con otros miembros de mayor experiencia. Sin tomar en cuenta en qué contexto sucede esto, lo que me interesa señalar es que el significado del 12° Paso está más orientado hacia la recuperación de quien comparte, en lugar de quién escucha. Este significado puede ser identificado fácilmente en la historia de AA, en donde ambos fundadores de AA buscaron a otros alcohólicos para evitar la recaída en el alcohol.

Buscar a otro alcohólico es un tema recurrente en toda la *literatura*¹⁹ y parte de la agenda de AA. Constantemente se resalta el valor práctico de llevar el mensaje como método para mantenerse sin consumir alcohol. Incluso se le promueve como la estrategia más efectiva para enfrentar el deseo por beber. Es común encontrar pasajes en la bibliografía de AA que enfatizan el valor práctico de llevar el mensaje; un ejemplo:

¹⁹ El término *literatura* es muy utilizada por los alcohólicos en AA y se refiere al conjunto total de documentos y textos (libros, revistas, panfletos, folletos, etc.) publicados por la misma comunidad.

“La experiencia práctica demuestra que no hay nada que asegure tanto la inmunidad a la bebida como el trabajo intensivo con otros alcohólicos. Funciona cuando fallan otras actividades. Esta es nuestra duodécima sugerencia: ¡Llevar este mensaje a los alcohólicos!” (AA, 1986; p.83).

Teniendo esto en cuenta, propongo que el 12º Paso es un principio que promueve la actividad de llevar el mensaje como una condición para mantener la sobriedad. Todo esto en conjunto, fundamenta un aparte del doble propósito existente en AA. La otra parte, está fundamentada en el principio de la 5ª Tradición, la cual habla del propósito que tiene AA en conjunto, es decir, llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.

Las Doce Tradiciones (o el Legado de la Unidad) representan la normatividad sobre las relaciones al interior del grupo AA y las relaciones del grupo con la sociedad (Rosovsky, 1998a). Estos lineamientos surgieron durante el crecimiento acelerado de AA en los años 40's. A medida que aumentó el número de alcohólicos interesados por el programa de los Doce Pasos nuevos grupos se crearon en diferentes ciudades de EE.UU. y Canadá; y se realizaban juntas para intercambiar las experiencias de recuperación. Al mismo tiempo, los fundadores y primeros miembros de AA se organizaron para formar la Oficina de Servicios Generales, con sede en la ciudad de Nueva York, para apoyar a los grupos jóvenes distribuidos por todo el país y que poco sabían del programa. Hacia 1950 existía gran cantidad de experiencias acumuladas sobre las dinámicas de los grupos, que fue suficiente para establecer las Doce Tradiciones de AA.

Estos doce principios están orientados a mantener la unidad grupal para garantizar su presencia cuando sean buscados por otros alcohólicos que aún no buscan la ayuda o que no conocen sobre AA. En breve, las Doce Tradiciones promueven: el bienestar común del grupo antes que el personal (1ª); la ausencia de autoridades que gobiernen (2ª); que el requisito único de pertenencia sea querer dejar de beber (3ª); la autonomía grupal sin afectar a la comunidad total de AA (4ª); el objetivo de AA: llevar el mensaje (5ª); la cooperación con otras organizaciones, pero sin afiliarse (6ª); la autosuficiencia económica (7ª); la no profesionalización (8ª); una organización que no da órdenes a sus miembros (9ª); la no participación en polémicas públicas (10ª); la evitación de toda promoción publicitaria,

optando mejor por el poder de la atracción (11^a); y el principio del anonimato como base espiritual (12^a).

La 5^a Tradición es un principio que se refiere a la relación entre unidad grupal y la actividad de llevar el mensaje. Textualmente se lee: “Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo” (AA, 1952). Aquí la cuestión central ya no es la recuperación individual, sino una empresa grupal en común. Sin embargo, los alcohólicos en AA al estar trabajando en su propia recuperación y llevando el mensaje como parte de los Doce Pasos, también están cumpliendo con el objetivo grupal (5^a Tradición). De esta manera, la actividad de llevar el mensaje responde a dos principios de AA: uno orientado hacia la persona individual y el otro hacia el grupo como unidad.

Esta reflexión sobre la lógica de AA o sobre los principios ideales que guían las actividades de los alcohólicos, se acerca mucho a la idea planteada por Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998), en la que proponían al 12^o Paso como la actividad que tanto satisfacía las necesidades de mundo interior (la recuperación de sus miembros) como la necesidad por atraer nuevos miembros a AA. Mientras que en los textos de AA se promueve la búsqueda de nuevos miembros por razones de unidad grupal, Eisenbach-Stangl y Rosenqvist interpretaron el 12^o Paso como una necesidad por atraer nuevos miembros debido a la alta deserción en los grupos.

Las dos interpretaciones se complementan, y se entienden mejor desde una perspectiva histórica. En los primeros años de AA el foco de atención de los fundadores estaba en llevar el mensaje como una actividad para *mantenerse* en abstinencia, pero a partir de la publicación del libro y de la difusión del programa, la atención también estuvo dirigida hacia los grupos para *mantenerse unidos* llevando el mensaje. La historia que profundiza sobre el crecimiento de AA, sobre el aprendizaje sobre cómo manejar los grupos, así como los peligros que debían evitar quedó condensada en dos publicaciones: *Doce Pasos y Doce Tradiciones* en 1952 y *AA llega a su mayoría de edad* en 1957. Por otro lado, a partir de los años 50's AA inició su proyección internacional lo que los llevó nuevamente a cuestionarse sobre los alcances de la comunidad y su estructura organizacional. El resultado de esto fue el tercer y último Legado de AA.

Los Doce Conceptos para el Servicio Mundial (Legado de Servicio) son los principios organizacionales que dan forma a una estructura que engloba a todos los grupos de AA, que para 1962 ya existían 7,800 grupos en el mundo (Mäkelä, 1996). El impacto social que se fue generando alrededor del movimiento de AA condujo a que la comunidad formalizara una estructura que siempre estuviera dispuesta a ofrecer servicios de información para la recuperación a un miembro de AA, a un grupo o un alcoholístico no recuperado.

Rosovsky y Leyva (1990) entendieron los Doce Conceptos como guías para el funcionamiento de los servicios de AA a nivel nacional y, además, son técnicas para la toma de decisiones en las asambleas, tales como los derechos a la participación, de apelación, de decisión. De manera que cada grupo y cada miembro de AA puedan solicitar la palabra y ser escuchado en la estructura de servicio (AA, 2007b).

Sobre este tercer legado no retomé ningún principio en específico, sino me enfoqué en el significado del *servicio*, el cual es un concepto en AA que está relacionado, directa o indirectamente, con cada uno de los principios de este tercer legado. En AA, la noción de servicio se entiende como:

“Todo aquello que nos ayude a alcanzar al alcoholístico que todavía sufre, abarcando desde el 12° Paso en sí, una llamada telefónica y una taza de café, hasta la Oficina de Servicios Generales de AA para las actividades nacionales e internacionales” (AA, 2007b, p.1).

También propongo entender al servicio como una disposición total para contribuir en las actividades de AA, lo cual favorece el seguimiento de los principios y la continuidad de AA como comunidad. De esta manera, el servicio se infiltra tanto en la actividad de llevar el mensaje, como en la conducción de una junta de alcoholísticos, o en realizar actividades dentro de las instituciones de salud.

Entonces, tanto la noción de servicio, como los principios del 12° Paso y la 5ª Tradición, promueven y orientan a los miembros recién llegados a AA hacia la actividad de llevar el mensaje. Con base en la revisión histórica sobre los antecedentes de llevar el mensaje, que he realizado, se puede también afirmar que esta actividad, proveniente de una tradición evangelizadora, influyó en los primeros AA al grado de crear principios alrededor de ella.

Este proceso dialéctico e histórico entre actividad y principios, ayuda a la comprensión del propósito doble contenido en llevar el mensaje. La existencia de un valor relacionado al llevar el mensaje, parece consolidar más su existencia en AA, más que contradecirse en sus propósitos. Llevar el mensaje es efectivo para el alcohólico en sobriedad y es el objetivo grupal que promueve la unidad. Además de lo anterior, la actividad de llevar el mensaje promueve hacia el interior de la comunidad de AA, una organización de sus miembros para que el mensaje de AA llegue a distintos escenarios, incluidas las instituciones del sector salud. Es por esto, que llevar el mensaje no solo es estar frente al alcohólico y compartir la experiencia de la recuperación, sino también implica procesos de vinculación con los sistemas de salud, puesto que en las instituciones o centros de salud es en donde se hallan los pacientes alcohólicos.

Sin duda mucho de lo dicho hasta aquí es producto de la reflexión interpretativa con base a datos obtenidos por otros autores y a la lectura y revisión de los textos de AA. Sin embargo, todo este recorrido me ayudó a establecer un marco de referencia para la definición del objeto de investigación: la actividad de llevar el mensaje de AA en un contexto del sector salud. Más adelante mostraré cómo esta actividad puede ser analizada desde otro marco de referencia, no en los propios términos de AA, sino desde la psicología, con la finalidad conocer las motivaciones subjetivas y las posturas que los miembros de AA despliegan para poner en acción lo que ellos han vivenciado como llevar el mensaje y que les da oportunidad de convertirse en otro tipo de persona distinta a la que fueron en el pasado.

En el siguiente capítulo comento los resultados de distintas investigaciones, que sin abordar directamente el tema de llevar el mensaje, sí ofrecen algunos datos empíricos para establecer un punto de partida para la presente investigación.

CAPITULO 3.

APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD DE “LLEVAR EL MENSAJE”

A pesar de que AA ha sido una comunidad foco de interés para una cantidad de investigadores de diversas disciplinas, existen muy pocos estudios que aborden la actividad de llevar el mensaje como su tema principal de estudio, la mayoría de ellos solo lo refieren de manera indirecta o como un tema secundario. A lo largo de capítulo, presento una revisión de estas investigaciones ya que constituyeron el punto de referencia para el desarrollo de esta investigación. Pero antes de iniciar, quisiera solo hacer referencia al amplio panorama de autores que han investigado a AA desde diferentes disciplinas y perspectivas teóricas. Menciono algunos representantes de estas: Tiebout (1944) y las primeras interpretaciones psicoanalíticas sobre el alcohólico en AA; la explicación cibernética de Bateson (1971) sobre el funcionamiento del programa de los Doce Pasos; la perspectiva antropológica simbólica realizada por Antze (1987); el ejercicio conceptual hecho por DiClemente (1993) al aplicar el modelo transteórico de cambio al programa de AA. También, como ya mencioné en el capítulo anterior, Mäkelä (1991, 1996) ha realizado varios estudios sociales transculturales sobre AA. Por otro lado están las aproximaciones de McCrady, Horvath y Delaney (2003) y Humphreys (2004) que entendieron a AA como parte del movimiento de ayuda-mutua. Por último, están aquellos estudios que se han interesado por comprender la dimensión espiritual del programa de los Doce Pasos (Polcin y Zembre, 2004; Zembre, 2008). Con esta breve serie de referencias, busco señalar que han existido distintas perspectivas desde las cuales se ha estudiado AA, lo que a su vez, han generado una diversidad de datos e interpretaciones sobre lo qué es y cómo funciona.

Algunos de los estudios sobre AA en México son los realizados por Brandes (2002, 2004a, 2004b) quien desde la antropología, y con una aproximación etnográfica, documentó la complejidad de las interacciones de un grupo de AA de la Ciudad de México. En conjunto, el mayor interés de Brandes se centró en cómo los miembros varones de AA reconstruían su identidad masculina, aunque también analizó el papel que juegan las historias personales en las reuniones de AA, considerándolas la base del programa terapéutico y elementos básicos para los procesos de socialización grupal.

También desde una línea antropológica, Palacios (2008, 2009) se aproximó a los grupos de AA del norte de México, para analizar los procesos de transformación individual y de reconstitución del estigma del alcoholismo. El interés de Palacios por AA no provino de la antropología médica o de la salud, sino un interés, por reflexionar sobre la acción simbólica y el ritual a partir de los procesos observados en AA. Por otra parte, Módena (2009) observó participativamente a un grupo de AA en una zona rural de México. En su artículo, esta autora nos describió diferentes conflictos que pueden surgir entre los participantes de AA como resultado de las desigualdades individuales en el grupo. Gran parte de su análisis antropológico se centra en explicar cómo emergen estos conflictos a pesar de que en AA existe el principio fundamental sobre la no distinción entre sus miembros.

Otros investigadores mexicanos que se han aproximado a AA desde el campo de la psicología son Rolando Montaña y el grupo coordinado por Reyna Gutiérrez. El primero de ellos, estudió las agrupaciones anónimas²⁰ (Montaña, 1997) y los grupos de ayuda mutua (Montaña, 2004) considerándolos como métodos de terapia psicológica grupal y no profesional. En ambas investigaciones el objetivo fue definir los conceptos, elementos y características terapéuticas que se establecen en los grupos de ayuda mutua. Montaña reconoció una amplia diversidad de grupos de ayuda mutua decidiendo concentrarse solo en analizar los elementos comunes. Sus trabajos tienen una base teórica ecléctica apoyándose en conceptos de la psicología social, de la teoría de grupos, conceptos psicodinámicos y de la sociología. Con estas múltiples perspectivas, propuso considerar a los grupos como: una cultura, una organización social, un método terapéutico, una modalidad religiosa y un conjunto de sectas.

Por su parte, Gutiérrez, Andrade, Jiménez y Juárez (2009) y Gutiérrez, Andrade, Jiménez, Saldívar y Juárez (2009) ha sido una de las pocas investigadoras mexicanas que se ha centrado en otros aspectos diferentes a los que he mencionado. Esta autora ha retomado una línea de investigación norteamericana que centra su atención en medir el impacto que tiene el hecho de pertenecer a AA en relación con el manejo del *craving* (o deseo por la bebida alcohólica). Sus estudios son de corte cuantitativo a través de instrumentos de medición y correlación de variables. Otras áreas en las que también se ha interesado son:

²⁰ Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Comedores Anónimos, entre otros.

identificar el perfil de afiliación a AA que está vinculado a los miembros que no han presentado recaídas; y el papel que juega la espiritualidad en influyen en el mantenimiento de la abstinencia en miembros de AA.

Y por último, están los estudios de Rosovsky (1991, 1998a) quien, como ya había comentado en el capítulo anterior, fue la investigadora principal para México en el proyecto ICSAA durante los años 90's. Algunos de sus resultados, que no mencioné anteriormente, es haber señalado el proceso de la mexicanización por el cual pasaron la filosofía y los principios de AA en nuestro país, sin lo cual, propone ella, no hubiera existido una rápida aceptación del programa y crecimiento del movimiento de AA en nuestro país.

Rosovsky también presentó datos sobre la relación entre posición en la estructura socioeconómica de los miembros de AA y su grado de pertenencia y participación en los grupos y comunidad en general. Concluyó que la pertenencia a AA es independiente al nivel socioeconómico, sin embargo, observó que la posición se expresa en ciertas conductas al interior de los grupos. Mientras los miembros de las clases más altas están en el grupo de AA solo por el programa de recuperación personal, los miembros de menor nivel socioeconómico tienen mayor participación afuera del grupo, hacia la comunidad de AA como un todo, específicamente, en la estructura de servicio. Rosovsky interpreta que esto sucede así porque posiblemente es en este ámbito donde se puede ganar poder y prestigio social que no es accesible afuera de AA, y más aún, si consideramos el estigma de ser alcohólico (Rosovsky, 1998a). Por otra parte, aunque también vinculado, esta investigadora propuso que existen ventajas sociales al pertenecer a AA además de poder detener el consumo de alcohol. Una de ellas es la creación de una red de apoyo permanente, en la que se encuentra la ayuda para conseguir trabajo o para llevar a cabo todo tipo de transacciones prácticas, dando lugar a una recuperación emocional y material.

Por último, Rosovsky hizo algunos señalamientos con respecto a la relación entre AA y los profesionales de la salud, la cual, señaló, no ha sido fácil. Existen prejuicios por ambos lados, aunque éstos han ido disminuyendo. Por su lado los alcohólicos denuncian el rechazo del médico, la sobremedicación –que a veces promueve otras adicciones-, el autoritarismo y la indiferencia. Por el otro lado, en los médicos aún persiste la idea de que los alcohólicos son casos que ponen a prueba su tolerancia, que AA son grupos de fanáticos, casi sectas, y

que el programa carece de fundamento científico, además de que causa recelo y suspicacia por el hecho de no necesitar la participación profesional en las actividades grupales de AA.

La mayoría de los estudios sobre AA en diferentes países se han centrado en describir los procesos socioculturales de los grupos, entre sus participantes y los procesos internos de la transformación de identidad. También existen investigaciones dirigidas hacia la interpretación del programa de los Doce Pasos y su efecto en dejar de consumir alcohol. Sin embargo, muy poco se ha desarrollado el tema de AA y su relación con otras organizaciones externas, y menos aún con relación al tema de la actividad de llevar el mensaje de AA a los pacientes hospitalizados, objetivos que yo me propongo en la presente investigación.

Algunos investigadores, han hecho referencia al tema de llevar el mensaje, aunque de manera indirecta, sin embargo sus datos publicados contribuyeron a establecer un marco de referencia, tanto empírico como teórico, para el desarrollo de mi investigación. Propongo dividir estos estudios en dos grupos según las perspectivas teóricas y metodológicas. Primero menciono a los autores que se han interesado por esta actividad, entendiéndola como una conducta que contribuye a que los consumidores dependientes del alcohol se mantengan en un estado de abstinencia; estos estudios pertenecen a la investigación cuantitativa y tienen un marcado interés por la correlación de variables y la predicción de conductas. El segundo grupo de estudios proviene de la antropología y del campo de discusión de la psicología cultural. En estas investigaciones se utilizan diversos marcos interpretativos para identificar y comprender los significados implicados en las actividades vinculadas a llevar el mensaje.

Estudios que asocian la conducta de ayudar con la abstinencia

No existen investigación específicas sobre la actividad de llevar el mensaje, no obstante en los últimos diez años emergieron estudios sobre las conductas de ayuda del alcohólico en recuperación hacia otros alcohólicos (Pagano, Friend, Tonigan y Stout, 2004; Pagano, Zelther, Jaber, Post, Zywiak y Stout, 2009; Zemore, Kaskutas y Ammon, 2004; Zemore y

Kaskutas, 2008)²¹. La mayoría de estos estudios son de corte cuantitativo cuyo objetivo fue encontrar correlaciones entre ayudar y el patrón de consumo. Pagano et al. (2004) encontraron que aquellos que ayudaban a otros, en promedio, presentaban el doble de días en abstinencia al año de seguimiento. Por su parte, Zembre, Kaskutas y Ammon (2004) y Zembre y Kaskutas (2008) observaron que las conductas de ayuda se correlacionaban positivamente a la variable de la adherencia al programa de los Doce Pasos, la cual estaba asociada con la abstinencia. Los datos empíricos apoyaron la idea general de AA, la cual señala que ayudar a otros alcohólicos contribuye a la recuperación personal. De manera general, las correlaciones estadísticas ofrecen evidencia preliminar que apoyan algunos principios de AA, no obstante es necesario realizar más investigación experimental.

Un aspecto que requiere más atención es el desarrollo de descripciones sobre las conductas de ayuda en AA, puesto que no existe un consenso al definir la conducta de ayudar en AA en lo publicado hasta ahora. Zembre y Kaskutas (2008) señalaron que al haber poca investigación sobre la conducta de ayudar en AA, se carece de discusión teórica para su conceptualización. Para explicar de manera teórica la correlación entre ayudar y abstinencia, Zembre y Pagano (2008) se basaron en el principio de la terapia de ayuda propuesto por Riessman (1965). De acuerdo con Riessman, ayudar a otro tiene un efecto en uno mismo porque se establece un compromiso en solucionar el problema compartido, al mismo tiempo que se desarrollan habilidades para enfrentar el problema.

Riessman (1965) propuso el principio de la terapia de ayuda para explicar que un individuo que ayuda a otra persona se ayuda a sí mismo y que esto puede ser entendido al observar los contextos de los grupos de ayuda mutua donde los problemas se comparten. También señaló que este principio se entiende como un proceso autogenerador, porque al proveer ayuda se establece la motivación para continuar ayudando, aun cuando la ayuda fuese mínima.

Parte de la explicación que ofreció Riessman sobre este proceso es que en estos grupos las personas están comprometidas en la solución de sus problemas, en ofrecer consejo y en alentar a los otros. Al ayudar a otros se está participando en un sistema, en donde el individuo está comprometido en tareas que lo llevan a desarrollar habilidades de manera

²¹ Para una revisión completa de este campo de estudio ver Zembre y Pagano (2008).

significativa. De esta manera, al tratar de persuadir a otros, dice Riessman, uno se persuade a sí mismo.

Zemore y Pagano (2008) señalaron también la necesidad de analizar los significados particulares de AA para comprender mejor la relación entre ayuda y abstinencia. Revisaron algunos de los pasajes de la literatura de AA, en los cuales se explica por qué ayudar a otro alcohólico ayuda personalmente a no beber. En AA se plantea que la raíz del alcoholismo es el carácter egocéntrico de la persona (AA, 1970b). Por lo tanto, ser generoso y ayudar a otro alcohólico es una manera para contrarrestar el egocentrismo. Zemore y Pagano (2008) consideraron que la idea del carácter egocéntrico como la causa principal, es una idea derivada del movimiento protestante de los Grupos Oxford, en los cuales se promovían valores como la generosidad, la humildad y el servicio. De este modo, un alcohólico, que por naturaleza es egocéntrico, experimenta una transformación espiritual al ayudar a otro alcohólico. Esta transformación espiritual es la base para el mantenimiento de la abstinencia.

En una investigación por Kurtz y Fisher (2004) se propuso que la participación a largo plazo en los grupos de Doce Pasos puede guiar a los miembros a comprometerse en la sociedad. Kurtz y Fisher exploraron a través de entrevistas a profundidad qué experiencias de recuperación a través de los 12 pasos habían influenciado el servicio fuera de su comunidad en miembros de AA y de Narcóticos Anónimos. Estos autores registraron que los AA con mayor antigüedad veían su trabajo en la sociedad, es decir, fuera de la comunidad de AA, como una forma de regresar lo que ellos habían recibido de su recuperación en los Doce Pasos. También encontraron que algunos miembros concebían el servicio en la sociedad como una continuación de los Doce Pasos de AA. Entendían que ayudar a otros evolucionó de la ayuda individual uno a uno, es decir, llevar el mensaje, a la ayuda a las instituciones sociales.

Cuando estos autores preguntaron sobre cómo el servicio en la sociedad y la recuperación se relacionaban, se encontraron con respuestas muy variadas, desde la función que tiene el servicio para mantenerse en sobriedad, hasta el compromiso de llevar los principios del programa de los 12 pasos a otras áreas de la sociedad. Otros miembros de AA expusieron su deseo de regresar lo que habían recibido como su motivación primaria para el trabajo

comunitario. Después de haber recibido ayuda por varios años sin ningún costo, es común que los participantes quieran pasar su recuperación a otros (Kurtz y Fisher, 2004).

Pagano *et al.* (2009) reconocen que, a pesar de la existencia de trabajos de investigación que representan un avance hacia la cuantificación experimental de las conductas de ayuda, la comprensión de éstas entre los alcohólicos de AA aún está en desarrollo. Sin embargo, existen investigaciones etnográficas que, sin haber tenido como objeto de estudio la actividad de llevar el mensaje, ofrecen datos para conocer más de esta actividad y de los significados alrededor de ella.

Estudios que exploran los significados en AA

Los trabajos de investigación que he propuesto para este grupo son estudios que han buscado la comprensión de los significados implicados en AA (Antze, 1987; Cain, 1991; Lave y Wenger, 1991; Swora, 2001, 2004; Valverde y White-Mair, 1999; Wright, 1997). En términos generales, estos autores parecen coincidir en entender a la comunidad de AA como un fenómeno sociocultural que se ha construido alrededor de la relación entre un tipo de persona particular y el consumo de alcohol, sin reducirlo a un programa terapéutico que tiene como objetivo la abstinencia del alcohol. También coinciden en plantear que un alcohólico, al llegar por primera vez a un grupo de AA, se introduce a un sistema de significados que le ofrecen una forma nueva de interpretar su relación con el alcohol.

Sobre el sistema de significados señalo tres grupos: 1) El movimiento de AA ha desarrollado y retomado diferentes ideas de varias disciplinas para construir una teoría que explique la enfermedad del alcoholismo. En AA se entiende al alcoholismo como una enfermedad física, mental y espiritual, además de ser crónica y mortal.

2) De manera entrelazada a los significados anteriores, está la definición sobre quién es un alcohólico. En AA se entiende al alcohólico como una persona enferma que no tiene control sobre el consumo del alcohol, anhelando ser como otros que sí lo tienen. Otra de las características es que un alcohólico es una persona egocéntrica, lo cual se considera como el verdadero problema del alcoholismo.

3) Y el último grupo de significados están orientados hacia una nueva manera de enfrentarse al alcoholismo. Estos significados están contenidos en el programa de los Doce Pasos para la recuperación. Los nuevos significados le ofrecen al alcohólico que empieza a participar en un grupo de AA una nueva perspectiva de sí mismo y de su pasado, y una nueva forma de vincularse con el mundo sin alcohol.

Sin embargo, también existen diferencias entre estos investigadores en relación al tema central de su investigación, además del marco teórico desde el cual se aproximan para interpretar los significados de AA. Comienzo con esta puntualización de particularidades retomando la investigación sociológica de Valverde y White-Mair (1999), la cual se basó en una revisión de los textos de AA, en observación participante de juntas abiertas y en entrevistas semi-estructuradas a miembros de AA en Toronto, Canadá.

En su investigación las autoras evitaron entrar al debate sobre la teoría de la enfermedad del alcoholismo de AA, ya que consideraron que no es una organización impulsada principalmente por una teoría, sino por un conjunto de prácticas y de técnicas, las cuales permiten actuar, definir los propios problemas y cambiar los hábitos. De este modo, propusieron que AA es una organización fundamentalmente pragmática. Valverde y White-Mair (1999) inician hablando del terreno híbrido que pisa AA. Señalan que esta organización se ha ido conformando de aportaciones diversas, principalmente de la medicina y de la religión, y que esto mismo ha significado un reto para la comunidad médica.

Señalan que para AA el alcoholismo no puede definirse por la cantidad absoluta del consumo de alcohol o por un criterio clínico específico, sino por una experiencia subjetiva de la falta de control: la incapacidad de detener el consumo cuando uno verdaderamente quiere detenerlo. Este autodiagnóstico de AA es universal y va en contra del saber médico y de las técnicas que se utilizan para el diagnóstico. Por lo tanto, los miembros de AA no ejercen un observación sobre los otros, no existen un registro de pertenencia, ni estadísticas sobre los miembros o los grupos.

Sin embargo, dentro de este terreno híbrido también existen las paradojas. Por un lado, AA define el alcoholismo como una enfermedad y se apoyaron en un médico para que escribiera el prefacio de su texto principal, recomendando el programa como un método

eficiente para el alcoholismo. Pero por otro lado, el médico no está capacitado para diagnosticar y ayudar a un alcoholico, sino solo otro alcoholico. Estas investigadoras creen que AA ha pedido prestado algo del prestigio de la medicina cuando se define el alcoholismo como una “enfermedad” como una manera de re-etiquetar el “vicio del alcohol”, pero no aclarando que se están refiriendo a una enfermedad no-médica.

Valverde y White-Mair identificaron dos términos que podrían ayudar a entender y a operacionalizar la noción de enfermedad no-médica: auto-control y recuperación. Creen que el auto-control es un término clave para la historia del alcoholismo y que constituye una zona híbrida entre lo clínico y lo ético. El auto-control es principalmente un término ético con raíces en las prácticas espirituales del *self*; pero también aparece en algunos discursos médicos, por ejemplo en las descripciones de casos y en los criterios diagnósticos para los síndromes de dependencia (alcohol/drogas) o para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Por otro lado, el término de recuperación no significa curación. En AA los alcoholicos que están *en recuperación* saben que esto no es un proceso de curación; ellos creen firmemente en que “una vez alcoholico, siempre será alcoholico”. De esta manera, y en contraste el uso médico, la recuperación no significa estar sano o llegar a ser normal. Significa aprender a vivir con la propia disfunción de manera pacífica como sea posible. Por lo tanto, el paradigma de la recuperación AA, mientras por un lado evocan al paradigma de enfermedad, simultáneamente por el otro, lo deja de lado puesto que se cree que se puede estar sano sin estar curado.

Teniendo esto en cuenta, Valverde y White-Mair entendieron por qué la mirada de AA está dirigida hacia los hábitos personales, los deseos, las relaciones con otros y el progreso espiritual. En AA no se observa el cuerpo de la medicina o la mente de la psiquiatría. En este sentido, AA no es científica y su mirada es, por mucho, una mirada ética. Valverde y White-Mair consideraron que parte del éxito de AA se debió, en gran parte, a la insistencia en centrar su trabajo ético en el cambio de sí mismos y en ayudar a otros, y no tanto en el consumo de alcohol. Esto lo identificaron al observar que la conducta de beber alcohol, apenas es mencionada en el programa de los Doce Pasos, dando prioridad a otros aspectos del individuo, por ejemplo, las nuevas relaciones de *uno a uno* que son parte del trabajo

ético de ayudar a los otros. Esto último se observa en la actividad de 12° Paso, que además se considera como una actividad de por vida.

Otro aspecto que identificaron Valverde y White-Mair es que la *actividad* es una palabra clave en AA. Aunque en cierta medida se guía por creencias y dogmas (que quizás no son reconocidos por la mayoría de sus miembros), es una organización anti-intelectual, y particularmente anti-científica, porque su conocimiento está siempre justificado por la referencia a la experiencia subjetiva de los miembros, y no a la lógica científica o a las verdades fácticas. Lo que tiene valor en AA es el saber derivado de las experiencias relatadas por sus miembros, experiencias que son producto de la actividad de trabajar los Doce Pasos. De esta manera, creer en los Doce Pasos es trabajar en uno mismo: los pasos como un todo son un programa para gobernar la propia vida.

Valverde y White-Mair también analizaron las prácticas grupales de AA para esclarecer el desarrollo de éticas pragmáticas populares y cotidianas. Se enfocaron en unas pocas técnicas éticas como un juego de herramientas para moldear la vida de uno: la admisión de la impotencias, el requisito de mantener el anonimato, la prohibición de hacer juicios sobre otros alcohólicos, el uso de las narrativas en primera persona, el imperativo de volverse hacia el Poder Superior y el ciclo de las 24 horas (solo por hoy), dejando sin analizar la actividad de llevar el mensaje.

Analizar las técnicas de AA, permitió a Valverde y White-Mair proponer algunas conclusiones, de las cuales solo retomé una. Para estas investigadoras la ética cotidiana de AA cuestiona la diferencia entre medio y fin, o la distinción entre técnica y meta. Esto lo plantearon así porque observaron que los miembros de AA no usan ciertas técnicas para alcanzar un fin distante, sino que para ellos los valores y las creencias no son nada si no se ponen en acción, es decir, se enfatiza que el *hacer es ser*. Por último, consideran que para entender a AA resultará más sencillo si se toma en cuenta la filosofía pragmática norteamericana.

Por su parte y desde una tradición antropológica, Antze (1987) buscó responder la pregunta general ¿qué significa ser una persona enferma alcohólica? A partir de una perspectiva antropológica de la cultura y del análisis de la literatura propia de AA, Antze entendió a esta comunidad como una red coherente de símbolos la cual dirige la conducta humana. Se

enfocó específicamente en el poder de los símbolos en AA para generar nuevos patrones de acción a la vez que se va reconstruyendo la experiencia de los miembros de AA. Este autor propuso que AA ofrece una serie de lineamientos espirituales y éticos en el programa de los Doce Pasos, diseñado para liberar al alcohólico del *egocentrismo*, los miedos y los resentimientos que lo han llevado a beber de esa manera. Estos lineamientos espirituales se encuentran en un marco de referencia construido por los significados de serenidad, humildad, perdón y servicio.

Antes de continuar con Antze, retomo de los textos de AA algunos puntos sobre cómo se entiende el egocentrismo. Se le considera el origen del alcoholismo (AA, 1970) y que por eso no es suficiente dejar de beber alcohol para la alcanzar la recuperación. En un texto de AA se lee lo siguiente:

“¡Egoísmo, concentración en sí mismos! Creemos que ésta es la raíz de nuestras dificultades (...) el alcohólico es un ejemplo extremo de la obstinación desbocada, aunque él piense que no es así. Por encima de todo, nosotros los alcohólicos tenemos que librarnos de ese egoísmo ¡Tenemos que hacerlo o nos mata!” (AA, 2007; pp. 57-58).

Antze considera que el 12º Paso, una actividad dirigida ayudar a otros, es un buen ejercicio de la actitud desinteresada que AA considera esencial para la abstinencia en contraposición al egoísmo. Además, al llevar el mensaje a otro alcohólico se recuerda sobre los efectos que se podrían experimentar si uno vuelve a beber. Por último, al revisar los testimonios de algunos miembros, cree que para muchos alcohólicos, el 12º Paso tiene otro significado de gran peso, al considerarlo como una misión que solo ellos pueden realizar y que es base de un nuevo sentido de importancia personal.

A este respecto, también Swora (2001a) hizo un comentario. En su análisis de historias personales relatadas en reuniones de la comunidad de AA estadounidense, Swora señaló el peso del significado espiritual contenido en el 12º Paso. Para empezar, entendió a AA como una fraternidad espiritual en busca del estado de sobriedad, el cual es un estado espiritual caracterizado por una relación de bienestar con un Poder Superior. De esto, sugirió que el 12º Paso es un acontecimiento en donde la fuerza del Poder Superior se hace evidente. Por

lo tanto, los miembros de AA al llevar el mensaje se autoperciben como el medio por el cual el Poder Superior llega al alcohólico que aún sufre.

Años más tarde, en otro estudio antropológico y desde un marco de referencia hermenéutico sobre la curación religiosa, Swora (2004) retomó la idea de espiritualidad como un concepto base para la comprensión del programa de los Doce Pasos. Swora definió la espiritualidad como un campo de significado y de acción el cual es fundamentalmente social, mediado por el lenguaje y caracterizado por una forma sagrada de dirigirse al mundo. Entre sus conclusiones está entender al programa de los Doce Pasos como un discurso persuasivo (una retórica de la transformación) que orienta al alcohólico a un estado de sobriedad.

Swora enfatizó que al aproximarse al análisis de la meta de los Doce Pasos, alcanzar y mantener la sobriedad, deberá entenderse como un estado espiritual y no reducirlo solo al no consumo de alcohol. El término de sobriedad implica un proceso continuo hacia un nuevo estilo de vida y de maduración espiritual, donde además están involucrados los valores de resignación, humildad y serenidad, y menos egocentrismo²².

Swora también analizó cada uno de los pasos del programa como un conjunto de conceptos y prácticas espirituales orientadas a la sobriedad. He retomado algunas sus ideas en relación al 12° Paso. Primero se enfoca en la primera parte del enunciado²³ en el que se habla del *despertar espiritual*. Swora señala que esto se refiere a una transformación en la personalidad del alcohólico que constituye un tipo de curación espiritual. Dice esta autora que algunos miembros de AA hablan de sus cambios de vida con asombro y gratitud, una sensación de haber sido agrandados y empoderados, y todo esto por su enfermedad y haberse rendido ante la voluntad de Dios.

Después se enfoca en la segunda parte del paso, en donde se habla de llevar el mensaje a otros alcohólicos. Señala que la forma más familiar de llevar el mensaje es visitar a alguien que ha pedido ayuda a AA. En la mayoría de los casos, el que acude al llamado de ayuda

²² De manera similar, Módena (2009) propone que la sobriedad conlleva la modificación de *valores, actitudes, sentimientos y prácticas* personales, producto del cambio espiritual. La sobriedad implica una labor personal y grupal, en donde la abstinencia solamente es un paso.

²³ 12° Paso: “Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, *tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos...*” (AA, 1970b).

relata al alcohólico potencial su propia historia de consumo y de recuperación, y quizás lo lleva a que participe en algunas juntas. Algunos otros realizan el 12° Paso visitando pacientes o realizando juntas en los centros de tratamiento para el alcoholismo. Swora considera que llevar el mensaje y comprometerse con aquellos alcohólicos que todavía sufren, representa el punto culminante de estar incorporado a la comunidad de AA.

Por otro lado, Swora también analizó el carácter peculiar de este paso, ya que este es fuertemente promovido para mantener la sobriedad de *quién* lo realiza. Al igual que Antze (1987), propone que el hecho de conversar con otros alcohólicos activos, puede llegar a ser un fuerte recordatorio de la propia enfermedad alcohólica. De esta manera, realizar el 12° Paso como parte del programa de recuperación en AA, ayuda solo a mantener la sobriedad de *quién* ya ha dejado de beber²⁴.

Al observar los beneficios que conlleva realizar el 12° Paso, Swora sostiene que uno de ellos es que los AA se vinculan a un campo de significados y de acción, en el cual sus experiencias de consumo y de recuperación adquieren un nuevo sentido y valor, por el hecho de ser compartidas con alguien que las necesita escuchar. Segundo, ofrecer su experiencia personal a otro les demuestra que están trabajando para sobreponerse a su egocentrismo, lo cual es la causa principal de su condición alcohólica. Y el tercer beneficio, ya mencionado, es que esta actividad proporciona un recordatorio terapéutico sobre su propio alcoholismo y no olvidar que él mismo puede recaer en el alcohol.

Sin embargo, relatar la historia personal, no solo involucra a la persona que lo realiza, sino también a *quién* lo escucha. Entender cómo una persona ajena a AA escucha e interpreta los relatos de AA, aún no ha sido un tema abordado por ninguno de los autores aquí revisados²⁵. No obstante, existen investigaciones que analizaron el papel que juega la actividad de relatar la historia personal en el proceso de la construcción de una nueva identidad.

²⁴ Esta idea de AA, que Swora (2004) señaló a partir del análisis de los Doce Pasos, es la que ha sido estudiada empíricamente por los trabajos de Pagano *et al.* (2004, 2009).

²⁵ Blondell, *et al.* (2001) evaluó el efecto que tenían las visitas de los AA a los hospitalizados, comparándolas con la intervención breve de los médicos generales. Sin embargo, tampoco describe cualitativamente las reacciones de estos pacientes.

Algunos investigadores se han interesado por comprender cómo los individuos en AA incorporan los significados particulares de la comunidad y el resultado que esto tiene en ellos. Rappaport (1993) entendió a AA como una comunidad de narrativas normativas para describirse a sí misma o para presentarse ante otras comunidades (por ejemplo, sobre la fundación de AA), para dar la bienvenida a nuevos integrantes y explicar el proceso de cambio que experimenta la persona alcohólica (por ejemplo, narraciones sobre los problemas que vive el alcohólico o sobre el momento cuando el alcohólico toca fondo). Señaló que las narrativas comunitarias de AA son utilizadas por los alcohólicos para responderse preguntas sobre su identidad, respuestas que se incorporan progresivamente en las historias personales de recuperación. Siguiendo un enfoque similar, Humphreys (2000) también identificó una relación entre narrativas comunitarias e historias personales. Señaló que al relatar la historia personal de la recuperación en AA con base en los significados y valores de las narrativas de AA, una nueva identidad se construye. Sin llegar a ofrecer un análisis completo sobre este proceso, Humphreys concluyó señalando el papel de la historia personal como un instrumento esencial para interactuar en los grupos de AA. A diferencia de los autores anteriores y desde una perspectiva antropológica Cain (1991, 2001) identificó el proceso de la transformación de identidad de los recién llegados a AA. Pero antes de iniciar con su análisis, Cain (2001) ubicó a AA entendiéndolo como un sistema de significados en el cual se establece lo que es el alcoholismo, cómo son los alcohólicos y los incidentes que marcan sus vidas. También afirmó que AA ha creado su propio mundo cultural, en donde se comparten conocimientos e interpretaciones del alcoholismo, al tiempo que cada uno se va entendiendo como persona alcohólica. Al irse integrando el novato al mundo cultural de AA, va interiorizando y practicando los valores y las creencias sobre la recuperación.

Esta autora analizó la función que tiene la historia personal en la relación entre los veteranos y los novatos en AA. Para su análisis, Cain reunió historias personales de los textos de AA, de entrevistas y de la observación de juntas de AA en los EE.UU. En términos generales, la historia personal es un recuento biográfico que los AA hacen de su pasado alcohólico y de su presente en sobriedad. Cain propuso una estructura general de la historia personal de AA en tres partes: 1) historia de su consumo y deterioro personal, 2)

cuando se ingresa a AA, y 3) cómo ha sido su vida al ingresar a AA. Además identificó once momentos específicos contenidos a lo largo de las partes de la estructura.

Al revisar los textos de AA, Cain resaltó que el desarrollo de la forma en cómo narrar la historia personal no fue un evento fortuito, sino una actividad discutida y planeada conscientemente desde el inicio como un medio de presentar una experiencia que pudiera provocar la identificación del alcohólico que la escucha:

“Platicamos sobre cómo conseguir más miembros y cómo manejarlos. Luego platicábamos de los errores que cometíamos al contar las historias. No dudamos al criticarnos unos a otros. Sugerimos dejar o añadir ciertas palabras con el objetivo de hacer más efectiva nuestra plática...” (AA, 1984. Citado en Cain, 2001, p. 79).

Por otra parte, Cain (1991) caracterizó el proceso de transformación que tenía lugar en el novato. Propuso que a través de las historias personales, ya sean leídas en textos de AA, escuchadas en las juntas o en los intercambios cara a cara, se presentan los nuevos elementos culturales con los cuales el novato comienza a comparar e interpretar su vida pasada y su relación con el alcohol. Por lo tanto, la historia personal, según Cain, es un mecanismo cultural mediador en el proceso del cambio de identidad. A través de las historias personales de los veteranos, los novatos empiezan a negociar socialmente las interpretaciones del alcoholismo y del alcohólico. Así, un recién llegado que aún no se describe a sí mismo como AA podrá, a través de las historias personales encontrar nuevos significados que lo ayudarán a explicar su condición y comenzar a entenderse como un alcohólico dentro de AA.

Al analizar la función mediadora de las historias personales, Cain señaló que estas contribuyen a la producción y reproducción cultural de tres formas: 1) Objetivizan los elementos culturales de AA: creencias, proposiciones e interpretaciones; 2) Presentan un modelo sobre el alcoholismo y lo que significa ser un alcohólico y; 3) Representan una herramienta de subjetividad, un instrumento mediador para el auto-entendimiento.

Las historias personales son ampliamente utilizadas, como fue el caso en la primera publicación de AA en 1939, que sirvió para dar a conocer el programa de los Doce Pasos. Son utilizadas durante las juntas, conferencias, aniversarios o en reuniones de servicio. También en las interacciones uno a uno, cuando un miembro veterano relata a un novato

algunos episodios de su pasado alcohólico, o cuando se realiza el 12° Paso con un alcohólico que no ha dejado de beber. Sin embargo, Cain no realizó observaciones de estos últimos contextos.

A partir de los datos de Cain, los investigadores Lave y Wenger (1991) continuaron con el análisis del proceso que experimenta el novato al ingresar a un grupo de AA. Estos autores señalaron que la práctica de relatar la historia personal implica una compleja interacción entre el experto y el novato (padrino y apadrinado), por medio de la cual el novato, ubicado en la periferia de la práctica social, se introduce al centro de la misma en un proceso que los autores llamaron *participación periférica legítima*. El experto acompaña al novato a lo largo del proceso gradual de dominación de la práctica, y a su vez, en la transformación personal. Para Lave y Wenger, la práctica de llevar el mensaje no se reduce a la memorización de la propia historia personal para luego ser compartida con otro alcohólico, sino que es necesario el acompañamiento del experto para conocer la práctica e introducirse en ella.

Lave y Wenger señalaron que en el estudio etnográfico de Cain (1991) se identificaba el tipo de naturaleza social del proceso de aprender a relatar la historia personal, además de la interdependencia entre la historia, los instrumentos culturales y las relaciones entre los novatos y los veteranos en AA. Consideran que alrededor de la práctica de relatar la historia personal existen una variedad de relaciones, resultando en una diversidad de formas y grados de integración a la vida diaria de la comunidad. Esto último tiene una implicación directa con el *cómo* se reproducen las prácticas culturales. En breve, Lave y Wenger señalan la presencia de otros elementos culturales que median la práctica de relatar la historia personal, y que la estructura de la historia identificada por Cain, es solo uno de estos elementos. Sin embargo, estos autores tampoco realizaron observaciones directas de las actividades de AA, y por lo tanto no existen datos descriptivos sobre la actividad de llevar el mensaje.

Los resultados y análisis de las investigaciones que acabo de mencionar no se alejan de lo que yo pude corroborar en el estudio que llevé a cabo. Por el contrario, me fueron de utilidad para entender que la comunidad de AA supone un conjunto de actividades llevadas a cabo por las personas que ahí participan, actividades con significados que se objetivan en

narraciones del sí mismo, formas reguladas de negociar el tránsito entre el ingreso (la periferia) y posiciones hacia la centralidad (aprender a llevar el mensaje, por ejemplo); maneras de pensar el ser del alcohólico y el ser del AA, formas de participar en una comunidad utilizando recursos culturales y simbólicos que son parte de la fuerte tradición de los AA. Por otro lado, también las investigaciones que recién he citado me ofrecieron datos empíricos, conceptos teóricos y propuestas metodológicas que fueron de ayuda para el planteamiento de las preguntas de investigación sobre la actividad de llevar el mensaje, así como para la propuesta de un marco de referencia teórico-metodológico. En el siguiente capítulo presento las preguntas de investigación que guiaron este proyecto.

CAPITULO 4.

LA TEORÍA DE LA ACTIVIDAD HISTÓRICO CULTURAL

En su ensayo sobre la recuperación de la adicción, Koski-Jännes (1999) introdujo la teoría de la actividad desarrollada por Alexei N. Leontiev (1981c) para concebir el comportamiento adictivo como una actividad atrapada. Propuso que para salir de esta actividad es necesario introducir un nuevo sistema de signos para interrumpir el círculo de la adicción²⁶. Al adoptar un nuevo sistema de signos, el adicto puede identificar sus patrones de consumo y comenzar a reconstruir sus pensamientos y comportamientos. Sin embargo, señaló que no existe un solo sistema de signos mejor o superior que los demás. Mientras que para algunos es suficiente registrar en una bitácora la cantidad de alcohol que consumen para comenzar el cambio, para otros les será necesario vivir experiencias que funcionen como momentos decisivos para iniciar el cambio.

Para ejemplificar lo anterior, Koski-Jännes (1999) recurre a los relatos de AA (un sistema de signos) que describen periodos de largas borracheras que terminaron en un grupo de AA. A este tipo de vivencias se les conoce como *tocar fondo*. Cuando el alcohólico toca fondo experimenta una *revelación* que le hace cambiar la percepción de sí mismo. Koski-Jännes señaló que esto tocar fondo en sí mismo no posee un significado intrínseco, incluso pueden parecer triviales para otros. El proceso de recuperación no sucede en un vacío, sino al interior de una red social que de significado a los sistemas de signos, por ejemplo, *tocar fondo* se construye progresivamente a través de los relatos que se comparten en los grupos de AA. De esta manera, la presencia de *otros* es necesaria para la internalización del significado de *tocar fondo*. El nuevo marco de interpretación de los hechos ayuda al alcohólico a iniciar el proceso de cambio y también a mantenerlo.

Al final de su ensayo Koski-Jännes introduce el concepto de *auto-gobernabilidad* para enfatizar el papel de la red social (los grupos de AA) en la recuperación del alcohólico. Este concepto refiere al estado psicológico de sentirse a cargo de uno mismo con la ayuda de los demás. Por lo tanto, es un concepto que considera la interdependencia entre el

²⁶Al emplear el término *signo* hace referencia al concepto de *herramientas psicológicas* propuesto por Vygotsky (1979) para la comprensión del desarrollo humano.

individuo y los otros, y las estructuras sociales que ayudan al individuo a gobernar su impulso por beber.

La propuesta de Koski-Jännes se ubica en el marco teórico de la psicología histórico-cultural y de la teoría de la actividad. Desde esta perspectiva se comprende que los medios, herramientas o signos, utilizados para el control del comportamiento y pensamiento, son medios producidos socialmente e internalizados a través de la interacción social (Leontiev, 1981c; Vygotsky, 1979). De esta manera, Koski-Jännes enfatizó el peso de la mediación de los signos y la presencia de una red social que otorga los significados a los signos.

La introducción de este marco teórico para comprender el proceso inicial de la recuperación en AA me permitió integrar las aportaciones empíricas y teóricas de los estudios revisados en el capítulo anterior. Por ejemplo, el alcoholismo como enfermedad, el egocentrismo y 12° Paso (Antze, 1987; Pagano y Zemore, 2008; Swora, 2001, 2004) pueden ser conceptualizados como significados que la comunidad de AA ha construido histórica y socialmente para mantener la sobriedad. Estos sistemas de signos son transmitidos por generaciones a través de herramientas propias de AA: narrativas comunitarias e historias personales (Cain, 2001; Humphreys, 2000; Rappaport, 1993). Los sistemas de signos, transmitidos por herramientas narrativas, son investidos de sentido y significado en la interacción social al interior de un grupo de AA (Lave y Wenger, 1991) y enmarcada en una serie de actividades pragmáticas para mantener la abstinencia (Valverde y White-Mair, 1998).

Cabe mencionar que la introducción de la teoría de la actividad al campo de las adicciones por Koski-Jännes sucedió en el marco del 3er Congreso Internacional para la Investigación en la Teoría de la Actividad celebrado en Moscú en 1995 (Engeström, 1999) sin embargo, esta autora no ha publicado más artículos o reportes en esta misma línea²⁷. Por su lado, desde la década de 1990 se ha desarrollado un campo teórico-práctico conocido como la Teoría de la Actividad Histórico Cultural (TAHC)²⁸. Esta teoría es un conjunto de principios orientados al análisis de las actividades humanas cotidianas. Es una teoría basada principalmente en la psicología histórico-cultural y en la teoría de la actividad. Se centra

²⁷Koski-Jännes (comunicación personal, *e-mail*, octubre 2012)

²⁸CHAT por sus siglas en inglés: *Cultural Historical Activity Theory*.

en analizar el desarrollo de la consciencia en la interacción social y en el uso de herramientas. La investigación desde esta perspectiva considera las dimensiones social y cultural de la actividad humana, evitando el reduccionismo psicológico (Center for Research on Activity, Development and Learning - CRADLE, 2009).

Con base en los principios teóricos agrupados en la TAHC, se han desarrollado métodos de análisis, por ejemplo, el *laboratorio de cambio* en la investigación para el desarrollo del trabajo (Cole y Engeström, 2007) o el *análisis de las sistemas de actividad* en ambientes de aprendizaje (Yamagata-Lynch, 2010). Es por esto que la gran mayoría de la investigación derivada de este marco conceptual ha sido realizada en contextos de la educación y laborales. Yamagata-Lynch (2010; p.9) propone algunas categorías acerca de los objetivos de investigación desde la TAHC: *a)* descripción de situaciones complejas de aprendizaje en el mundo real; *b)* desarrollo de nuevos métodos de investigación; *c)* comprensión de la investigación para el desarrollo del trabajo; *d)* diseño de sistemas de interacción humano-computadora; *d)* exploración de conceptos teóricos; y *e)* planeación de soluciones para problemas complejos en contextos laborales.

En sus primeras publicaciones sobre TAHC, Engeström (2001)²⁹ presentó este marco teórico como un campo para la investigación del desarrollo en el trabajo. Presentó ejemplos de análisis cualitativo de sistemas de actividad en un centro de atención para salud. Engeström centró su atención en la actividad del diagnóstico para encontrar posibles problemas que afectaban la calidad de la atención.

En otro estudio similar en hospitales para la atención infantil, Engeström (2000) presentó cómo el análisis de los sistemas de actividad fue utilizado para examinar las acciones individuales de los médicos al atender a los pacientes y la actividad colectiva de los profesionales. Con los datos obtenidos del análisis, Engeström propuso un programa para la implementación de una intervención dirigida a la práctica médica.

Antes de profundizar en los fundamentos teóricos, la unidad de análisis y su modelo conceptual de la TAHC, presento sus antecedentes teóricos y conceptos originados en la psicología soviética. Consideré necesario hacer esta breve contextualización debido a la

²⁹ Originalmente publicado en 1993.

inexistencia de abordajes o aproximaciones al campo de las adicciones desde referencias de esta teoría en México.

La psicología histórico-cultural y la teoría de la actividad

La TAHC tiene sus orígenes en la psicología histórico-cultural desarrollada en los inicios de la Rusia soviética, en las décadas de 1920 y 1930. Después de la Revolución de 1917, diferentes campos del conocimiento fueron influidos por el nuevo espíritu socialista emergente. Los psicólogos soviéticos trabajaron en construir una nueva psicología con base en el marxismo. Los autores con mayor proyección dentro de la psicología histórico-cultural fueron Lev Vygotsky, Alexander Luria y Alexei Leontiev, este último desarrolló posteriormente la teoría de la actividad.

La psicología histórico-cultural es resultado de reformular la psicología como una ciencia de la actividad humana y los procesos mentales, a través del análisis de la interacción de los individuos en su contexto. Al derivarse de los principios marxistas, esta psicología presenta una perspectiva crítica sobre la dimensión histórica de la actividad humana (Luria, 1979). Un principio central de la psicología soviética es la unidad entre consciencia y actividad³⁰ para comprender la mente como un fenómeno social. En lugar de entender la mente como algo opuesto al mundo, los psicólogos rusos se interesaron por analizar cómo las personas nos constituimos en y por la cultura, cómo se desarrollan los procesos mentales a través de los sistemas de signos, y cómo interactuamos con el mundo por medio de herramientas³¹.

Desde el inicio de la psicología soviética, la cultura jugó un papel central para comprender el desarrollo psicológico. No obstante, se insiste en no reducir la cultura a un conjunto de factores externos que moldean la mente, sino en comprender la cultura como un conjunto de fuerzas que conforman la mente (Vygotsky, 1979). Vygotsky propuso la ley general del desarrollo psicológico para explicar que las funciones psicológicas no surgen directamente

³⁰ La idea de unidad basada en el materialismo dialéctico enfatiza la fuerza creadora de la sociedad en el desarrollo de la persona: “*el ser social determina la consciencia*” (Marx y Engels (1846).

³¹ Para Cole (1996; pág. 106) la tesis central de la psicología histórico-cultural es la comprensión de la estructura y el desarrollo de los procesos psicológicos como fenómenos que emergen de la actividad práctica en mediación por la cultura y en un continuo desarrollo histórico.

del individuo, sino que se desarrollan en la interacción social. A estas funciones las definió como *interpsicológicas*. Con el tiempo, cuando el individuo llega a dominar la función sin ayuda de otros, ésta se define como función *intrapsicológica*.

Otro concepto básico de la psicología histórico-cultural es la *mediación*. Vygotsky (1979) planteó que las personas no interactuamos directamente con el mundo, sino a través del uso de herramientas. Señaló dos tipos de herramientas: instrumentos y signos. De manera general, los instrumentos son construidos con la intención de afectar las cosas en el mundo, mientras que los signos están orientados hacia otras personas o a nosotros mismos.

Con base en la ley general del desarrollo y la mediación, Vygotsky analizó el uso del lenguaje (sistema de signos) en la interacción entre adultos y niños como una herramienta para organizar las acciones compartidas (función interpsicológica). Observó que el lenguaje era apropiado gradualmente por el niño como una herramienta del pensamiento y de control para las propias acciones (función intrapsicológica). Al proceso de redistribución de los componentes internos y externos dentro de una función, lo llamó *internalización*. De manera simplificada, estos conceptos de la psicología histórico-cultural explican el desarrollo de la mente como un fenómeno cultural, histórico y social, además de la dimensión biológica.

Después de la muerte de Vygotsky en 1934, Alexei Leontiev comenzó a desarrollar su propia línea de investigación con base en la psicología histórico-cultural. En un inicio, su proyecto consistió en explicar el origen de la mente humana y su desarrollo. El resultado fue la publicación del libro *Problems of the Development of Mind* en 1959 (Leontiev, 1981a). En él describe la evolución de las formas básicas de la mente hasta llegar a las formas más avanzadas de la consciencia humana. Para llevar a cabo su proyecto, Leontiev acuñó un concepto fundamental para definir el contexto dónde se hubo originado la mente. A partir de la obra de Engels, particularmente de *Dialéctica de la naturaleza*, Leontiev retomó el concepto de *actividad* como su concepto fundamental para el análisis del origen y desarrollo de la mente humana.

Dado que la propuesta de la teoría de la actividad proviene de la psicología histórico-cultural, también permanecen dos principios básicos: la unidad conciencia-actividad y la naturaleza social de la mente humana. Sobre la unidad conciencia-actividad, Leontiev

(1981c) postula que la mente emerge en la relación sujeto-objeto, tal como ya lo había mencionado. Sobre el segundo principio, el cual propone a la cultura como fuerza generadora de la mente humana y no como factor externo, advirtió que el individuo no debía reducirse a una copia de la cultura y la sociedad. Desde el materialismo histórico, Leontiev concibe al ser humano como un agente activo que adquiere y acumula conocimiento de la realidad material al interactuar con el mundo. De este modo, en la consciencia del individuo los significados poseen una doble vida: 1) los *significados* existen objetivamente en la cultura al ser compartidos por un grupo social y 2) tienen un *sentido personal* que es diferente para cada individuo (Leontiev (1981b).

La *significación* en la cultura es la generalización de la realidad en forma de conceptos, saberes y habilidades cristalizadas en el lenguaje y que constituyen el contenido de la conciencia social (Leontiev, 1981b). Los seres humanos -sociales e históricos- estamos situados en las experiencias, representaciones y conocimientos acumulados de una sociedad. Por ello, nuestro conocimiento no solo se limita a nuestra experiencia individual, sino que heredamos de un saber histórico.

El *sentido personal* de las significaciones en la conciencia individual no pierde su contenido objetivo para convertirse en algo puramente psicológico. Para Leontiev (1981b) no existe una oposición entre la significación objetiva de la conciencia social y el sentido personal de la significación en la conciencia de un individuo, más bien existe una diferencia en grados entre lo general y lo particular de la significación.

De acuerdo con Leontiev, el principal problema que plantea la significación en la conciencia individual es la función que desempeña en la vida psíquica:

“La significación media entre el hombre y su reflejo del mundo en la medida en que adquiere conciencia de éste, esto es, en la medida en que su reflejo del mundo está basado en la experiencia de la práctica social y lo incluye” (Leontiev, 1981b; p.227).

Dicho de otra manera, cuando percibimos “x”, percibimos el *objeto* “x” y no la *significación* “x”. La significación, que nos ayuda a percibir, está ausente de nuestra conciencia cuando vemos “x”. Al principio la significación es un reflejo de la realidad independiente de la relación individual, para luego convertirse en el instrumento por el cual adquirimos conciencia de la realidad. El hecho propiamente psicológico en la conciencia

individual es la asimilación de la significación, el grado de asimilación y en qué se convierte esa significación (Leontiev, 1981b).

El sentido es una relación que se establece en la actividad al vincularnos concretamente con el medio. Los seres humanos somos capaces de tener conciencia de esta relación. De este modo, el sentido se crea en la relación objetiva, reflejada en nuestra mente, entre lo que nos incita a actuar y hacia lo cual nos orientamos. En palabras de Leontiev: “el sentido consciente traduce la relación entre el motivo³² y el objetivo” (1981b). Es por esto que el sentido es siempre el *sentido de algo*, no existen los sentidos puros, y el sentido se relaciona directamente con las actividades que realizamos.

En un principio, Leontiev (1981a) definió la actividad como cualquier interacción del sujeto con su medio. Posteriormente, la definió como una interacción intencional del sujeto con el mundo, en la cual se alcanzan transformaciones mutuas entre los polos de la relación sujeto-objeto (Leontiev, 1981c). Con base en esta noción fundamental de la actividad humana desarrolló una propuesta teórica en su libro *Actividad, Consciencia y Personalidad* de 1975. Leontiev define la *objetividad* (orientación-al-objeto) como una característica constitutiva de la actividad. Para él, el concepto del *objeto de la actividad* tiene un doble significado. Por un lado, el objeto existe de manera independiente, subordinado a sí mismo y con la capacidad de transformar la actividad del sujeto. Por el otro, el objeto existe como una imagen, como producto del reflejo psicológico realizado en la actividad del sujeto (Leontiev, 1981c).

De este modo, el objeto de la actividad se conceptualiza como un enlace entre el fenómeno objetivo y el subjetivo: tanto es una proyección de la mente humana sobre el mundo objetivo, como una proyección del mundo sobre la mente. Tomar en cuenta el objeto de la actividad desde esta perspectiva significa contextualizar lo subjetivo en el mundo objetivo. Para Kaptelinin (2005) esta propuesta implica un cambio en la perspectiva teórica sobre la mente y el mundo. En lugar de ser un conjunto de “procesos psicológicos”, la mente surge como un fenómeno predispuesto por la lucha de significados y valores. Por lo tanto, el mundo deja de ser una colección de cuerpos físicos y estructuras organizadas para

³² El término “motivo” utilizado aquí, no indica el sentido de una necesidad, sino de aquello en lo que se concreta la necesidad de objetivo y hacia lo cual se orienta la actividad.

convertirse en un lugar lleno de significados y valores. De esta manera, el objeto de la actividad puede ser algo material o ideal, no se limita a las propiedades físicas, químicas o biológicas, consideradas objetivas por las ciencias naturales, sino también se incluyen propiedades definidas cultural y socialmente (Leontiev, 1981b).

El objeto de la actividad puede entenderse como el *objetivo* que da significado y sentido a lo que hacemos y coordinamos nuestras acciones. El objeto de la actividad es lo que nos motiva y orienta nuestra actividad; en el objeto nuestra actividad se realiza. Sin embargo, el objeto por sí solo no determina la actividad, sino es la totalidad de la relación sujeto-objeto la que determina cómo se desarrolla, incluyendo el contexto social que define y transforma dicha relación.

Hasta aquí me he referido al concepto de actividad en su sentido amplio, es decir, la interacción general entre sujeto y objeto. Sin embargo, Leontiev (1981c) también definió un sentido más acotado al proponer una estructura jerárquica de la actividad. Primero, al referirse al sentido amplio de la actividad, Leontiev propuso que ésta puede analizarse en tres niveles: actividades, acciones y operaciones. En este contexto, la *actividad* se refiere específicamente al nivel superior de la interacción sujeto-objeto, en donde el objeto tiene el estatus de *motivo*, el cual satisface cierta necesidad del sujeto.

El siguiente nivel está representado por acciones, que representan procesos conscientes dirigidos a metas intermedias para alcanzar el objeto-motivo. El nivel de las acciones está en sí mismo organizado jerárquicamente y puede ser descompuesto en subniveles. Las metas pueden contener otras metas de menor nivel, las cuales pueden contener otras metas y así sucesivamente.

Por último, en la parte inferior de la jerarquía de las acciones se localiza el límite entre los procesos conscientes y automáticos. Al proceso automático se le denomina *operaciones* y corresponden a la manera en que la acción se realiza. El origen de las operaciones es la automatización de las acciones, las cuales se convierten en rutinarias e inconscientes con la práctica. Las operaciones no tienen metas propias, sino que se ajustan la ejecución de las acciones (Leontiev, 1981c).

La actividad, en su sentido acotado, es una unidad de interacción sujeto-objeto definida por y orientada hacia el motivo, donde el significado de cualquier otro componente está

determinado por su rol para alcanzar el motivo. De acuerdo con Leontiev, la última causa de las actividades humanas son las necesidades, sean biológicas o psicológicas. Cuando una necesidad se satisface por un objeto, entonces la necesidad se transforma, se objetiva y emerge una actividad. A partir de ese momento, el objeto se convierte en un motivo y la necesidad estimula y dirige al sujeto.

Otro concepto relacionado con la actividad y con el objeto de la actividad, es el concepto marxista de la división del trabajo. En su proyecto por trazar el desarrollo histórico de la mente humana, Leontiev (1981b) analizó el impacto de la división de tareas en las actividades colectivas. De acuerdo con él, cuando una persona participa en una actividad distribuida socialmente, sus acciones están motivadas generalmente por un objeto, pero están dirigidas hacia otro. En su ejemplo paradigmático sobre la actividad colectiva de la cacería, Leontiev (1981c) señala que los cazadores se dividen en dos grupos: los que ahuyentan a los animales dirigiéndoles hacia un lugar planeado y los que esperan escondidos para emboscarlos y matarlos. Ambos grupos están motivados por la comida, pero para el primer grupo su meta inmediata parece contraria, pues su objetivo es ahuyentar a los animales. Sin embargo, este grupo de cazadores está motivado por la parte correspondiente de la presa que esperan recibir.

“Un cazador, por ejemplo, que toma parte de la cacería colectiva primaveral, estaba estimulado por la necesidad de comida, o quizás, por la necesidad de vestirse, por lo que la piel del animal muerto podría satisfacer tal necesidad. Sin embargo ¿hacia qué estaba su actividad directamente dirigida? Por ejemplo, podría haber estado dirigida a asustar a una manada de animales y enviarlos hacia otros cazadores escondidos entre arbustos. Propiamente hablando, eso es lo que debería ser el resultado de la actividad de este hombre. Y la actividad de cacería de este miembro individual termina con eso. El resto es completado por los otros miembros. Es comprensible que con este resultado por sí mismo, es decir, asustar al animal, etc., no se podría llegar a la satisfacción que de la necesidad de comida, o de la piel del animal, del cazador. Consecuentemente, hacia a lo que estaban dirigidos los procesos de la actividad, no coincidían con aquello que los estimuló, es decir, no coincidían con el motivo de su actividad; los dos estaban divididos uno del otro en este caso. Los procesos del objeto y del motivo, los cuales no coinciden uno con el otro, deberíamos

llamarlos “acciones”. Podemos decir, por ejemplo, que la actividad del cazador es la cacería, y asustar al animal es su acción (Leontiev, 1975, citado en Engeström y Miettinen, 1999; pág.4).

Leontiev señala la importancia de localizar las acciones de las personas en su contexto, ya que se puede perder el sentido de relación entre objeto y motivo. La no coincidencia entre objetos que motivan la actividad y objetos hacia los cuales se dirige, es una característica de la actividad humana. En ocasiones, el enlace entre lo que se hace y lo que se trata de alcanzar es difícil de establecer, dado que ocurre en estructuras complejas de actividad. Según Leontiev, la división del trabajo es la razón de estas transformaciones en las actividades. Cuando una persona participa en una actividad distribuida socialmente, se enfrenta de manera forzada a esta discordancia implícita en la misma organización de la actividad. La división del trabajo hace de esta disociación (motivación vs. dirección) un atributo objetivo en la interacción del individuo con el mundo. Al internalizarse esta disociación, la estructura de la actividad individual cambia. Por todo esto, la actividad humana tiene una estructura con relación a las condiciones y relaciones sociales (Leontiev, 1981a, 1981b).

Hasta aquí, he mencionado algunos de los conceptos básicos de la psicología histórico-cultural y de la teoría de la actividad en el marco de la psicología soviética. Algunos de estos conceptos han sido retomados por Engeström (1987, 1999, 2009) para desarrollar una línea teórico-práctica conocida como la Teoría de la Actividad Histórico Cultural. En el resto de este capítulo presento los lineamientos principales de esta propuesta.

Teoría de la Actividad Histórico Cultural (TAHC)

La TAHC reúne las ideas básicas de la psicología histórico-cultural y de la teoría de la actividad propuestas por L. Vygotsky, A. Leontiev y A. Luria. Desde esta perspectiva teórica, se reconoce la importancia de la mediación cultural de las funciones psicológicas como de los contextos de la mediación (Cole y Engeström, 2007). En breve, la TAHC se interesa por el análisis de los procesos mentales mediados por instrumentos en prácticas culturales, históricas y sociales (CRADLE, 2009).

Cole y Engeström (2007) enumeran los siguientes principios básicos que fundamentan y

orientan la investigación desde la TAHC. Algunos de estos los he mencionado anteriormente; sin embargo, aquí presento las definiciones de estos principios que orientaron la búsqueda y el análisis de los datos.

La organización cultural de la vida humana.

La cultura está presente en forma de herramientas, signos, rituales, reglas y normas que median nuestras actividades. También en las formas simbólicas, la cultura se acumula a través de la historia de los grupos sociales para dar sentido al mundo que nos rodea.

Origen social de los procesos psicológicos.

De acuerdo con la ley general del desarrollo, las funciones psicológicas no surgen directamente del individuo, sino se presentan de manera distribuida entre el individuo y otras personas. A estas funciones las denominó interpsicológicas. Con el tiempo, el individuo llega a dominar la función y la ejecuta sin ayuda de otros, convirtiéndose en una función intrapsicológica. A pesar de que esta ley fue escrita por Vygotsky para referirse al aprendizaje en niños, el mismo principio se aplica para cualquier proceso de desarrollo.

La mediación por instrumentos.

La premisa inicial de la psicología histórico-cultural dice que los procesos psicológicos suponen una forma de comportamiento en la cual los seres humanos modificamos los objetos materiales para convertirlos en medios de regulación de nuestras interacciones con el mundo y entre nosotros. Además, cuando incorporamos instrumentos en nuestras actividades, no solo cambiamos las condiciones de nuestra existencia, sino que tienen un impacto en nosotros mismos y en nuestra condición mental. Como resultado de este hábito cultural de comportamiento, los seres humanos comenzamos a regularnos a nosotros mismos desde afuera.

Una perspectiva del desarrollo o genética.

Adoptar una perspectiva genética significa hacer presente la dimensión histórica de un fenómeno en su contexto para identificar su origen y trazar su evolución. Las actividades son el resultado continuo de eventos históricos bajo ciertas condiciones, lo que conlleva a reformas permanentes. Considerar el desarrollo tiene una implicación para el método de investigación, en el cual se combina la participación activa con el monitoreo de los cambios

en los participantes del estudio. También los métodos etnográficos son utilizados desde esta perspectiva, pues permite registrar la historia y el desarrollo de la práctica.

La actividad como la unidad de análisis básica.

Analizar los procesos psicológicos desde esta perspectiva, implica situar estos procesos en formas de actividad, históricas y sociales. Leontiev (1981b) propone una psicología interesada por la actividad de individuos concretos, sean actividades con otros individuos o donde el sujeto se relaciona solo con objetos. A pesar de la variedad de formas, la actividad del individuo humano es un sistema dentro del sistema de relaciones sociales; la actividad no existe sin estas relaciones. La forma específica en la cual la actividad existe, está determinada por las formas y los medios de la interacción social material y mental que son creadas por el desarrollo de la producción, y que no pueden ser realizadas de otra forma que no sea por la actividad de personas concretas. A continuación, presento más ampliamente la propuesta de la unidad de análisis de la TAHC desarrollada por Engeström.

Desarrollo de la unidad de análisis: tres generaciones.

Desde la TAHC se concibe una evolución de la unidad de análisis en tres fases (CRADLE, 2009). La primera se refiere la *acción mediada por herramientas* propuesta por Vygotsky (1979) y representada por el triángulo básico de mediación (ver Figura 4.1) Con esto establecía que el ser humano nunca reaccionaba directamente al ambiente, sino que la relación entre el individuo y los objetos del ambiente está mediada por estímulos externos (medios culturales: herramientas y signos). De esta manera, el análisis de la acción humana requiere de la identificación de los tres componentes de la mediación: *sujeto, objeto y herramienta/signo*.

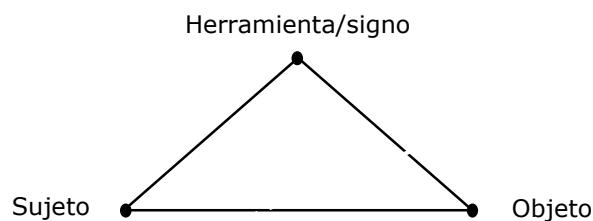


Figura 4.1 Triángulo mediacional básico.

Vygotsky y colegas no pensaron al sujeto como alguien pasivo durante la interacción con las herramientas y signos, sino como agentes en el propio proceso de uso o transformación de las herramientas (Scribner, 1997; citado en Yamagata-Lynch, 2010). Engeström y Miettinen (1999) señalaron que la noción de la herramienta/signo³³ mediador propuesto por Vygotsky, plantea la idea de que las personas pueden controlar, en cierta medida, su propio comportamiento. La singularidad de la voluntad del hombre es que al controlar los instrumentos que tienen poder sobre su conducta, es cómo puede controlar su propio comportamiento. A través del instrumento mediador, el humano puede controlar su acción y dirigirla hacia una meta en un contexto determinado. De esta manera, los seres humanos al modificar el contexto a través de la actividad externa, afectamos nuestras acciones (Vygotsky, 1997; citado en Engeström y Miettinen, 1999).

La segunda generación es una unidad de análisis que incorpora el carácter social de la mediación. Leontiev (1981c) utilizó el concepto marxista de *trabajo* para formular conceptualmente la *actividad humana orientada hacia un objeto* como la unidad de análisis. Leontiev enfatizó dos aspectos interdependientes de la mediación en la actividad del trabajo: 1) la creación y el uso de instrumentos a partir de la transformación de la naturaleza; y 2) la actividad del trabajo como una actividad colectiva. Así, la actividad humana tanto es mediada por instrumentos, como es realizada en condiciones de unión con otros y solo a través de la relación con otros sociales, el individuo puede relacionarse con la misma naturaleza. De esta manera, Leontiev propuso que el trabajo, o la actividad humana, aparecen desde un principio como un proceso mediado por herramientas y mediado socialmente (Leontiev, 1981; citado en CRADLE, 2009). Con este nuevo planteamiento, el triángulo mediacional básico, o acción mediada, se vio modificado al añadirse un nuevo triángulo para representar un segundo proceso mediacional: la mediación por otros seres humanos (Figura 4.2).

³³ Engeström (1999) prefiere utilizar el concepto de instrumento para referirse tanto a la *herramienta como al signo*. Cole (1996) propone al utilizar el concepto de *artefacto*.

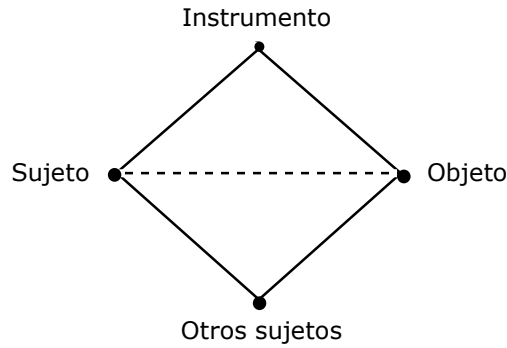


Figura 4.2 Doble proceso mediacional de la acción. La triangulación superior representa la mediación por instrumentos; la inferior representa la mediación por otros sujetos.

A partir de las propuestas de Vygotsky y Leontiev, Engeström (1987, 1999) propuso tres nuevos componentes (*comunidad, reglas y división del trabajo*) y definió la unidad de análisis como la actividad humana dirigida a un objeto mediada colectiva y culturalmente, para estudiar el quehacer colectivo de las personas en sus contextos sociales, y las relaciones entre medios y fines de las acciones individuales (Figura 4.3). Esta nueva propuesta es más compleja dado que representa procesos multi-mediacionales de la actividad humana en interacción social y cultural.

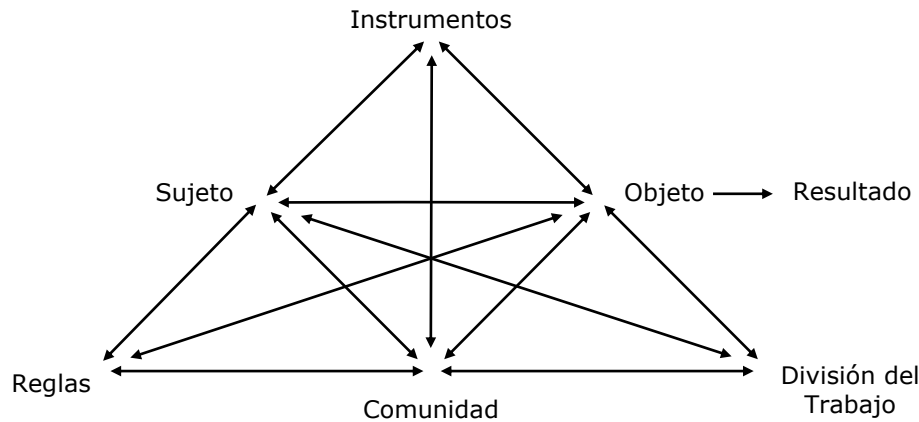


Figura 4.3 Sistema de actividad humana hacia un objeto, mediada colectiva y culturalmente.

Engeström y Miettinen (1999) enfatizan el hecho de que los individuos realizamos en actividades colectivas dentro de comunidades e instituciones, las cuales no pueden ser reducidas a la suma de las múltiples acciones individuales. Afirmaron que al considerar la

acción individual como la unidad de análisis, la práctica colectiva se entenderá como una especie de envoltura sin ninguna implicación. A partir de esta nueva definición de la unidad de análisis, Engeström (1987) propuso un método analítico para el estudio de la actividad humana o de los *sistemas de la actividad*. Este método consiste en un modelo que representa la interacción evolutiva entre individuos o grupos de individuos y el contexto, y cómo estos se afectan unos a otros (Yamagata-Lynch, 2010).

Por último, la tercera generación de la unidad de análisis, desarrollada principalmente por Engeström (2009) se enfoca en la interacción de dos o más sistemas de actividad orientados a un objeto potencialmente compartido (Figura 4.4). En relación con esta nueva unidad de análisis, Engeström propone la implementación de intervenciones en los sistemas de actividad a través del desarrollo de herramientas conceptuales para comprender la interacción y las múltiples perspectivas entre los sistemas de actividad³⁴.

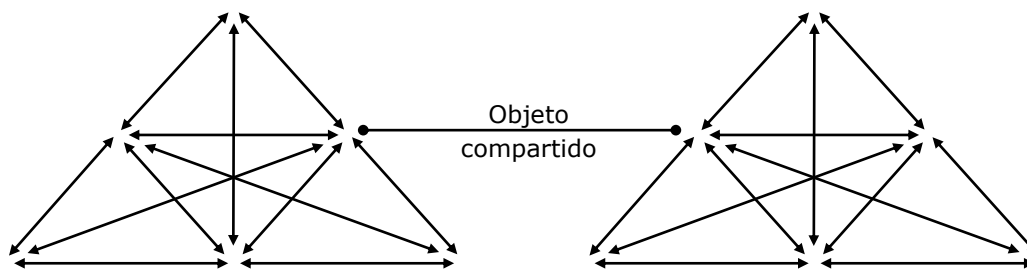


Figura 4.4 Tercera generación: interacción de sistemas de actividad (Engeström, 2009)

Para esta investigación, utilicé la unidad de análisis de la segunda generación, la cual se caracteriza por su naturaleza descriptiva, su utilidad en la aproximación y comprensión de contextos de la vida cotidiana. A continuación profundizo sobre los componentes del sistema de la actividad.

³⁴ En los últimos años, el interés de Engeström se ha centrado en definir la unidad de análisis para fundamentar proyectos de intervención-investigación en contextos de trabajo (ver Engeström, 2008).

Modelo del Sistema de la Actividad

Para analizar los datos y comunicarlos, Engeström (1987) desarrolló el modelo del sistema de la actividad para representar la interrelación entre los componentes que constituyen los sistemas de actividad colectiva (Figura 4.3). Este modelo multi-mediacional integra los conceptos básicos de la psicología histórico-cultural con las ideas de Leontiev sobre la actividad.

Por *sujeto* se entiende al ser humano individual que dirige sus acciones hacia un objeto con la intención de satisfacer una necesidad. Al dirigir sus acciones el sujeto hace uso de instrumentos culturales que le ayudan a alcanzar su objetivo. El sujeto, quien forma parte de una comunidad, está determinado por la organización social. El término de *comunidad* se refiere al grupo social que comparten el mismo objeto de la actividad y a través del cual se identifican. Es la comunidad misma la responsable de que el conocimiento y su visión de mundo sean transmitidos de generación en generación. La comunidad se autorregula a través de sus normas y estructuras, las cuales se desarrollan conforme las condiciones cambian.

Tanto el sujeto como la comunidad están orientados hacia el objeto de la actividad. El *objeto* representa la posibilidad de satisfacer una necesidad directa o indirectamente. De acuerdo con los análisis conceptuales de Kaptelinin (2005) y Kaptelinin y Nardi (2006), el concepto del objeto de la actividad puede tener distintos significados en diferentes contextos, como es el caso de las perspectivas de Leontiev y Engeström. Kaptelinin (2005) centra su análisis en la siguiente distinción: mientras que para Leontiev el objeto es un objeto de la *actividad individual*, para Engeström es un objeto de la *actividad colectiva*.

Leontiev (1981c) mostró mayor interés por el individuo debido a que desarrolló su teoría en el marco de la psicología, cuyo objeto de estudio son los individuos concretos. Para él, las actividades son sociales, independientemente de si son individuales o colectivas, pues ambas formas están determinadas por la cultura, por el uso de herramientas y por los valores. Sin embargo, se enfocó exclusivamente en las actividades individuales.

Por su parte, Engeström (1987) propone un objeto de la actividad definido por la actividad colectiva. Aun cuando en su modelo del sistema de actividad, representación de su unidad de análisis, sí incluye al *sujeto* como uno de los componentes, para él la comunidad es la

que define el objeto de su actividad.

Para Leontiev, el objeto de la actividad es el “motivo verdadero” del individuo, lo que eventualmente satisface una necesidad. Por su parte, Engeström define el objeto como “la materia prima” o “espacio-problema” hacia lo cual se dirige la actividad. El resultado de la actividad es la transformación de esa “materia prima” o “espacio-problema”. En este sentido, el concepto de objeto para Engeström está más relacionado al proceso de producción. Kaptelinin (2005) y Kaptelinin y Nardi (2006) han sintetizado las diferencias principales entre estas dos perspectivas. En la siguiente Tabla 4.1 presento algunos de los aspectos que han llegado a contrastar.

Tabla 4.1 Comparativo de dos perspectivas sobre el objeto de la actividad y sus implicaciones (Tomado de Kaptelinin y Nardi, 2006).

Aspectos	Leontiev	Engeström
¿Quién realiza la actividad?	Individuo (principalmente)	Comunidad
Formas de la actividad	Individual y colectiva	Colectiva
El objeto pertenece a	Individuo (sin excluir dueños colectivos)	Comunidad
El objeto se relacionado a	Motivación, necesidad (el motivo verdadero)	Producción (lo que ha sido transformado en el resultado)
Disciplina	Psicología	Cambio Organizacional

No obstante, estas dos perspectivas tienen aspectos en común. En ambas se considera a la actividad como una relación entre sujetos y objetos. También se le conceptualiza como un fenómeno social y se enfatiza la importancia de la cultura, el desarrollo y la mediación. A pesar de las diferencias, éstas no suponen contradicciones conceptuales. En lugar de ello, nos invitan a buscar la complementariedad en el análisis de las actividades humanas.

Un aspecto relacionado con lo anterior, es el poco énfasis que Engeström pone en el concepto de *sentido personal* desarrollado por Leontiev (1981c). Esto es congruente con Engeström puesto que su atención se dirige a la colectividad, donde obtiene mayor interés el análisis de los significados sociales en una comunidad. Por esta misma razón, retomé algunas consideraciones generales sobre el concepto del significado propuesto por Bruner

(1991) para analizar como los significados de AA son re-significados por los sujetos individuales y cómo son transmitidos a través de la interacción social. Bruner señala dos requisitos para el estudio del yo: centrarse en los significados en función de los cuales se define el yo y atender a las prácticas en las cuales el significado del yo se desarrolla. Con esto se refiere a la necesidad de explorar, además de la construcción de los significados, la utilización práctica de éstos desde la perspectiva del sujeto. Este autor pretende comprender cómo el individuo, a pesar de su inserción contexto sociocultural que lo trasciende, posee la capacidad de agencia que le permite construir sus *propios significados*³⁵ para organizar su visión que tiene de sí mismo, de los demás y del contexto.

Según Kaptelinin (2005), Leontiev ofreció algunos indicios que lo llevarían a extender sus ideas al análisis de los niveles supraindividuales, sin embargo, Leontiev nunca desarrolló un modelo para las actividades colectivas. Por el contrario, Engeström (1987, 1999) apoyándose en las ideas de Leontiev, desarrolló un método para el estudio de la actividad colectiva y el modelo del sistema de la actividad, el cual retomo para seguir describiendo el resto de sus componentes.

El *resultado*, el cual representa la consecuencia que la comunidad y el sujeto esperan alcanzar a través del objeto de la actividad. Este nuevo componente implica una perspectiva distinta a la desarrollada por Leontiev, quien estuvo enfocado en el análisis de la actividad individual, mientras que Engeström analiza actividades colectivas. El *resultado* de la actividad es la satisfacción de la necesidad de alcanzar el objeto. Sin embargo, en un sentido más abstracto, el resultado no solo se limita a la consecuencia inmediata, también se refiere a la construcción de nuevos instrumentos para ser utilizados en otros sistemas de actividad, o a la generación de nuevos significados y patrones de interacción (Engeström, 1999).

Los *instrumentos* se definen como aquello que media la actividad del sujeto o comunidad orientada al objeto. Engeström y Miettinen (1999) con base en psicología histórico-cultural, resaltan la importancia del instrumento para controlar y moldear nuestro comportamiento con relación a la realidad. Por esto, el análisis de los instrumentos en un sistema de actividad nos lleva a comprender mejor nuestras acciones individuales y su

³⁵ *Sentido personal* para Leontiev (1981c).

orientación al objeto de la actividad.

Por otra parte, los instrumentos reflejan la experiencia de comunidades para resolver problemas. Inventamos o modificamos herramientas para hacer más eficientes y efectivas nuestras actividades. El análisis de las propiedades de las herramientas (estructura, forma y material) revela la experiencia acumulada y el conocimiento sobre su utilización. Las herramientas son creadas y transformadas durante el desarrollo de la actividad, son en sí mismas un registro de una cultura particular, evidencia histórica del desarrollo. Usar herramientas implica acumulación y transmisión del conocimiento social.

Para Cole (1999) los instrumentos pueden ser de naturaleza material o simbólica. Además este autor enfatizó el carácter situado de los instrumentos, el cual nos indica que los instrumentos solo existen en relación con el contexto de la actividad. Señala que, además de crear instrumentos diversos para actividades específicas, también hemos desarrollado mecanismos que permiten preservar y transmitir el conocimiento sobre el uso de las herramientas a través de las generaciones. Analizar los instrumentos supone aproximarse a la historia de la práctica cultural.

Por otra parte, los componentes *división del trabajo y reglas* implican los aspectos socio-históricos que fueron introducidos en la teoría de la actividad por Leontiev (1981c). Cada comunidad organiza las acciones individuales alrededor del objeto de la actividad a través de un conjunto de *reglas*. Las reglas son las normas y convenciones, formales e informales, que orientan y limitan las acciones e interacciones del sistema de actividad. También tienen la función de indicar cómo y cuándo utilizar los instrumentos (Engeström, 1991; 2001). En breve, las reglas son la guía de lo aceptable y esperado dentro del sistema de actividad.

Por último, el componente de *división de trabajo* se refiere a la organización de las diferentes tareas que constituyen un sistema de actividad entre los miembros de la comunidad (Engeström, 2001). Se entiende que las comunidades están organizadas hacia el objeto compartido, pero cada sujeto lleva a cabo acciones o tareas específicas cuyas metas parciales están entrelazadas hacia el objeto de la actividad. Es por esto que en el análisis de la actividad distingue entre acciones dirigidas a metas y actividad orientada al objeto

Acciones dirigidas a metas y Actividad orientada al objeto

Al abordar la estructura jerárquica de la actividad de Leontiev (*actividad, acciones y operaciones*), Engeström (1999) advirtió que si se deja de lado la visión dinámica e interaccional entre estos niveles, el nivel superior de la actividad resultaría disfuncional. Engeström propone observar la actividad humana como un entramado de relaciones internas que vinculan cadenas de acciones y no como un proceso de adición, donde las acciones son como unidades que se incluyen en la composición de la actividad. Prefiere conceptualizar la actividad como un proceso en desarrollo de un conjunto de acciones vinculadas a metas parciales y orientadas hacia el objeto que responde a una necesidad.

Dicho lo anterior, Engeström (2000) centra su análisis en la relación entre las acciones dirigidas a metas y la actividad orientada al objeto. Para él, la acción tiene un carácter mucho más temporal en su naturaleza y puede ser el medio para participar en la actividad. Las acciones son consideradas como individuales y con menos consecuencias directas en el carácter colectivo de la actividad. Por su parte, la actividad tiene un carácter histórico, evolutivo. El análisis de los sistemas de actividad permite diferenciar las acciones individuales de la actividad y ganar mayor entendimiento del sistema.

En resumen, la introducción del marco de la teoría de la actividad al campo de las adicciones por Koski-Jännes (1999) ofreció el punto de partida para considerar la TAHC como el marco de referencia para la presente investigación. En este capítulo introduce los conceptos básicos de la psicología soviética como el antecedente teórico de la TAHC y la versión conceptual de Yrjö Engeström sobre la unidad de análisis y sus componentes representados en el modelo del sistema de actividad.

La TAHC permite aproximarse a la comprensión de actividades cotidianas complejas. Desde este marco teórico, interpreté las actividades de la comunidad de AA en los hospitales. El análisis del sistema de la actividad de llevar el mensaje, permite identificar los motivos y necesidades de esta comunidad, así como sus componentes y mecanismos mediadores. A través de la articulación de los componentes del sistema y con una perspectiva histórica de la actividad, también se identifican los significados sociales y los sentidos personales de los miembros de AA.

CAPITULO 5.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, el consumo crónico de alcohol es considerado un problema de salud pública por su impacto en los índices de morbilidad y mortalidad. Esto se traduce en un alto costo social y económico. Debido a las consecuencias del consumo alcohol, los bebedores crónicos reciben atención médica en los hospitales del sector público. Sin embargo no existen programas de tratamiento específico que atiendan la causa principal del problema: el consumo crónico. Una alternativa común entre los profesionales de la salud, pero no oficial, es la derivación a los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA).

La relación con estos grupos no es fortuita. En AA se promueve como método de recuperación (12º Paso) y de cohesión (5ª Tradición) el encuentro con alcohólicos que aún no ha dejado el alcohol, según se lee en su literatura. A esto se le conoce como “llevar el mensaje”. En este sentido, AA establece relaciones de colaboración con diversas organizaciones como una estrategia de difusión y crecimiento. La vinculación con las instituciones de salud pública, principalmente los hospitales, les permite tener acceso a la población alcohólica para llevar su mensaje.

Existe investigación que reporta correlación positiva entre ayudar a otros y la abstinencia en AA. Otros investigadores han analizado significados y prácticas culturales relacionadas con el 12º Paso. Sin embargo, carecemos de datos que nos ayuden a comprender de manera profunda la presencia de AA en los hospitales y los aspectos relacionados con la actividad de llevar el mensaje: su estructura y organización, sus formas de realización, la red de significados e instrumentos mediadores y la construcción personal de la actividad en quiénes la llevan a cabo. La ausencia de datos dio origen a la presente investigación.

Con base en lo anterior establecí las siguientes dos preguntas a responder: ¿En qué consiste la actividad de llevar el mensaje de AA en un contexto hospitalario? y ¿cómo está organizada la comunidad de AA para garantizar que ésta se lleve a cabo? A partir de estas preguntas pretendí cubrir un número de temas interrelacionados a través de los siguientes objetivos.

Objetivo general

- Analizar y comprender la actividad de “llevar el mensaje de AA” en un contexto hospitalario.

Objetivos específicos:

- Describir cómo la comunidad de AA está organizada para realizar la actividad de llevar el mensaje en los hospitales.
- Describir y analizar las acciones concretas que los miembros de AA realizan cuando llevan el mensaje al paciente hospitalizado.
- Analizar, desde la perspectiva de los miembros de AA, los significados y el sentido personal de llevar el mensaje.

Cabe señalar que en esta investigación no incluí, como tema de análisis, el impacto que experimentan los pacientes alcohólicos hospitalizados que reciben el mensaje de AA. Tampoco la interacción entre miembros de AA y pacientes hospitalizados fue una unidad de análisis que investigar, aunque sí consideré algunos momentos de ésta para caracterizar los significados preexistentes que los miembros de AA depositan en los pacientes hospitalizados al llevarle el mensaje. Por último, la generalización de las observaciones sobre la actividad de AA no fue parte de los objetivos, por el contrario, el propósito fue ganar profundidad en la comprensión de la actividad.

Justificación

De acuerdo con las últimas tres Encuestas Nacionales de Adicciones (2002, 2008, 2011) el 4.7%, 5.5% y 6.8% de los mexicanos respectivamente cumplieron con criterios de abuso o dependencia al alcohol. Actualmente, la inversión pública se destina en su mayoría a la prevención del consumo de drogas ilegales, dejando de lado a la población dependiente al alcohol. Desde el marco de la salud pública, una estrategia para compensar la falta de atención profesional es optimizar los recursos existentes. Actualmente, el programa de los Doce Pasos de AA representa una de las opciones más utilizadas en México y se estiman

14 mil grupos distribuidos por todo el país. El programa de los Doce Pasos ha demostrado obtener resultados favorables en la reducción del consumo del alcohol como otros modelos terapéuticos: terapia cognitivo-conductual, entrevista motivacional, entre otros (Galanter y Kaskutas, 2008; Hester y Miller, 2003; Humphreys, 2004). Dadas las características de ayuda mutua, autonomía y auto-financiamiento, la comunidad de AA podría representar una alternativa costo-efectiva.

Por otro lado, los hospitales son lugares frecuentados por consumidores crónicos debido a las consecuencias de salud ocasionadas por el alcohol. El paso obligado para muchos de ellos ofrece la posibilidad de vincularlos a AA de manera sistemática. Una primera aproximación para el desarrollo de una técnica de derivación es la comprensión de AA, su presencia en los contextos hospitalarios y la actividad de llevar el mensaje.

Se presume que obtener un mejor entendimiento de AA, será fundamental para diseñar estrategias de referencia congruentes con los Doce Pasos y así facilitar la transición del hospital al grupo tradicional de AA. Una mejor colaboración entre el sector salud y AA podría tener un impacto en la tasa de reincidencias hospitalarias lo que se traduciría en una reducción del costo y una mayor disponibilidad de camas para otro tipo de pacientes. En el siguiente capítulo desarrollo el método utilizado para el estudio de la actividad de llevar el mensaje, los pasos para introducirme al contexto de la actividad, los procedimientos para la recolección de datos y los aspectos éticos de los consentimientos informados.

CAPITULO 6.

MÉTODO

Para investigar la actividad humana desde la perspectiva de la teoría de la actividad, se necesita poner especial atención en los vínculos sistemáticos entre los componentes del sistema y sus interacciones, para luego elaborar descripciones y explicaciones sobre la actividad individual y colectiva (Engeström, 1987; Kaptelinin, 2005). El modelo de sistema de actividad propuesto por Engeström (1987, 1999) ha sido utilizado por investigadores afines a la teoría histórico cultural de la actividad, como una técnica analítica para la organización de datos cualitativos obtenidos en contextos naturales (Yamagata-Lynch, 2007). También ofrece los medios, los conceptos teóricos, para analizar sistemáticamente la interacción humana (individuo-comunidad), las interrelaciones con los elementos mediadores, el contexto y las transformaciones de los sistemas de actividad del mundo real.

Esta aproximación metodológica no difiere de lo realizado desde el marco general de la investigación cualitativa. Al igual que ésta, el análisis del sistema de la actividad busca comprender los significados del quehacer humano en su contexto natural y desde la perspectiva de los individuos. La aproximación a la actividad de llevar el mensaje de AA fue a través del método etnográfico. La observación directa, el uso de notas de campo, la revisión de documentos y las entrevistas a miembros de AA, me permitió la obtención de datos para identificar los componentes del sistema de la actividad y comprender los propósitos, significados y el sentido de llevar el mensaje en un hospital. En su sentido amplio, la etnografía se refiere a la comprensión de las experiencias concretas de vida situadas en su contexto sociocultural (Hammersley y Atkinson, 1994). Además, tal como lo propusieron Taylor y Bogdan (1986), tuve que considerar las consecuencias que se tiene al elegir un contexto particular entre otros. Estos autores señalaron que al elegir un contexto, el investigador está eligiendo también el tipo de fenómeno que llegará a observar. Dicho de otra manera, al decidir en qué hospital iba a realizar mis observaciones, también elegía una manera particular de la actividad de llevar el mensaje.

Selección del hospital

Durante el periodo de acceso a la comunidad de AA, observé la actividad de llevar el mensaje en cuatro hospitales del Distrito Federal. Decidí enfocarme en uno solo para ganar mayor profundidad. La selección se determinó por las siguientes características: *a)* mayor diversidad de actividades de AA; *b)* frecuencia de las actividades; *c)* mayor número de participantes; *d)* diversidad de los participantes; y *e)* antigüedad de AA en el hospital. Con base en estas características, busqué acceder a un rango amplio de actividades, mayor oportunidad para observarlas y diversidad de experiencias de los participantes.

El hospital seleccionado se ubica en el Distrito Federal y pertenece al grupo de hospitales de tercer nivel. Además, es considerado un hospital de alta demanda y amplia infraestructura. En este hospital se brinda atención médica general y especializada a población proveniente de todo el país. También tiene como objetivo la formación de recursos humanos y la investigación en salud. En cuanto a su capacidad de atención, el hospital se considera uno de alta demanda. Algunos indicadores de su infraestructura los presento en la siguiente tabla:

Tabla 6.1 Indicadores anuales de servicios e infraestructura en el año 2008.

Total de Consultas - 759,158	
Hospitalizados - 41,427	
Intervenciones Quirúrgicas - 29,442	
<hr/>	
Especialidades Médicas - 40	
Pabellones Hospitalarios - 24	
Camas de Hospital - 877	
<hr/>	
Total del Personal - 6,217	
Médicos, Residentes e Internos - 1,385	
Enfermeras - 1,830	
<hr/>	

Con base en su reporte estadístico para el año en que se llevó a cabo esta investigación, se reportó la enfermedad hepática alcohólica entre las diez principales causas de defunción. El consumo crónico de alcohol estuvo entre los cinco motivos de consulta más frecuentes

para el área de gastroenterología y entre los diez para el área de medicina interna. Al considerar estas dos especialidades médicas, se contabilizaron más de 550 casos de hospitalización relacionados con el consumo crónico de alcohol. En el área de consulta externa, se detectaron más de mil casos asociados al consumo de alcohol. El tratamiento que reciben los casos relacionados con el alcohol no tiene como objetivo disminuir el consumo, sino atender las consecuencias en la salud.

En comparación con los otros tres hospitales, el hospital seleccionado es un contexto de mayor dinamismo. Por ejemplo, el número promedio de camas en los hospitales no seleccionados fue de 150, es decir, alrededor del 15% del total de camas en el hospital seleccionado. La mayor capacidad de atención del hospital seleccionado se reflejó en el nivel de organización y número de participantes para visitar los pabellones de hospitalización. Otra diferencia significativa fue que el hospital elegido ha mantenido colaboración con AA desde la década de 1960 y ha prestado sus instalaciones a grupos institucionales con un promedio de 25 años de antigüedad. Un *grupo institucional* se refiere a un grupo de AA que realizan juntas con un formato similar a los grupos tradicionales, pero las llevan a cabo en un espacio físico facilitado por la dirección de una institución pública o privada, religiosa, médica, o carcelaria ajena a AA. Para el caso del hospital seleccionado, existían dos grupos institucionales, uno para captar pacientes o familiares del área de consulta externa, y otro dirigido a los pacientes hospitalizados. En conjunto, estas características me ayudaron a observar con mayor frecuencia la actividad de llevar el mensaje y en una mayor diversidad.

Selección de los participantes

La población del hospital fue diversidad con respecto a: *a)* antigüedad en AA; *b)* años de sobriedad; *c)* años de llevar el mensaje; y *d)* roles al interior de AA. En este hospital asistían regularmente 16 miembros de AA. Tres eran mujeres y no observé sus actividades por no permitirse el acceso de hombres a las salas para mujeres. Otros tres tenían cargo en grupo institucional, dejándoles poco tiempo para visitar las salas de hospitalización. Uno no aceptó ser observado. Los nueve restantes aceptaron voluntariamente que les acompañase por mí en sus recorridos.

El rango de edad fue entre 25 y 65 años (ver Tabla 6.2). Cinco de ellos contaban con ocho o menos años en AA; uno tenía 14 años y tres llevaban más de veinte años en AA. Con respecto a los años de experiencia llevando el mensaje, tres servidores estaban realizando su servicio por primera vez, por lo que se consideraron como novatos. Tres más se encontraban en su segundo periodo de servicio. El resto contaba con tres o más periodos de servicio, por lo que se consideraban veteranos. Los veteranos no tenían una responsabilidad formal, ellos mismos se consideraban voluntarios del servicio. Habían decidido continuar llevando el mensaje en el hospital para ayudar a los pacientes alcohólicos y a los novatos que necesitaban apadrinamiento.

Tabla 6.2 Edad y tiempo en: AA, sobriedad y llevando el mensaje de nueve servidores.

Seudónimo	Edad	Años en:		
		AA	Sobriedad	Llevar el mensaje
Gerardo	40	5	4	< 1
Manuel*	45	6	6	< 1
Pedro	25	4	4	< 1
Iván	36	8	3	2
Toño*	48	7	6	2
Lalo*	47	14	14	3
Paco*	52	21	11	6
Neto	63	21	21	13
Juan	65	28	22	14

* Servidores entrevistados.

Con la intención de buscar diversidad de experiencias, en la selección se tomó en cuenta tres características: antigüedad en AA, años de experiencia en hospitales y tipo de responsabilidad (o servicio) al interior de AA. El rango de antigüedad fue de 6 a 21 años, de experiencia entre uno a seis años. Los tipos de servicio que desempeñaban fueron: integrante o coordinador del comité de instituciones hospitalarias, servidor del grupo

institucional y servidor voluntario. Presento una breve descripción de las trayectorias en la estructura de servicio de AA de cada uno de los cuatro entrevistados:

Manuel. Hace seis años participa como miembro de AA. Al año de ingresar a un grupo comenzó a participar en los servicios internos: cafetería, tesorero y coordinador. Por invitación de su padrino se interesó en continuar como servidor en la estructura de servicio, en la cual contaba con tres años al momento de realizar la entrevista. Su primera participación en la estructura fue en el comité de información al público con duración de dos años. Al momento de entrevistarlo contaba con casi un año en el comité distrital de instituciones hospitalarias.

Toño. Llevaba siete años en AA y de igual manera, comenzó participando en los servicios internos de su grupo a los seis meses de haber llegado. Después de cinco años de ser AA fue invitado por un veterano a observar el trabajo que AA realizaba en los hospitales. Durante algunos meses estuvo observando cómo se llevaba el mensaje hasta que poco a poco se involucró en estas actividades. Sin embargo, a diferencia de Manuel, Toño no asumió formalmente un puesto dentro de la estructura de servicio, denominándose como servidor voluntario. Después de un tiempo aceptó ser servidor interno en un grupo institucional. Al momento de ser entrevistado tenía menos de un año da haber aceptado este servicio.

Lalo. Cuando le realicé la entrevista, contaba con 14 años en la comunidad de AA. También participó desde sus primeros años en los servicios internos de su grupo. A los 5 años de haber llegado a un grupo de AA, inició su participación en los diferentes comités distritales. En su trayectoria por AA fue invitado por el coordinador del comité de instituciones hospitalarias para que conociera el servicio de llevar el mensaje a los pacientes hospitalizados. Desde hace tres años participa formalmente en el comité.

Paco. Tenía 20 años de pertenecer a AA al ser entrevistado, pero ha tenido periodos en los que se ha alejado de su grupo. A diferencia de los servidores anteriores, Paco ha tenido recaídas en el consumo por lo que su periodo de sobriedad (11 años) no coincide con el tiempo de estar en AA. También ha participado en los servicios internos del grupo y ha tenido responsabilidad en los servicios distritales, en el comité

de información al público. Hace seis años conoció los servicios de AA en hospitales por invitación de un veterano, pero nunca asumió el servicio de manera formal con relación al comité de instituciones hospitalarias. Ha preferido mantenerse como servidor voluntario. Al momento de entrevistarlo tenía aproximadamente seis meses de estar llevando el mensaje de manera regular.

Procedimiento

Acceso a la actividad de llevar el mensaje

Una preocupación inicial durante el trabajo de campo fue la forma en la que asumí mi postura como observador y la manera en la que iba resolver esta condición. Sin embargo, esta preocupación se vio rápidamente disminuida al enfrentarme a una comunidad que invita a ser conocida. Desde los primeros acercamientos a los grupos de AA tradicionales³⁶ fui invitado a asistir a las *juntas abiertas*. Las juntas abiertas son reuniones organizadas por los grupos con el objetivo de ofrecer información sobre AA a personas ajenas a la comunidad³⁷. Durante las juntas abiertas les expuse mi interés por conocer sobre la actividad de llevar el mensaje. Algunos me recomendaron lecturas, pero la mayoría me sugirió visitar las oficinas de “servicio del área o del distrito”. Me explicaron que en los grupos se trabajaba más en la recuperación del alcohólico, que por ser un psicólogo podía recibir mejor información en los comités de Cooperación con la Comunidad Profesional (CCP) ubicados en dichas oficinas.

Cuando me presenté en la oficina de servicio como psicólogo con interés por saber sobre la actividad de llevar el mensaje, los servidores de AA me invitaron a una reunión del CCP. En esta reunión me explicaron cómo la comunidad de AA está organizada. Hablaron de los diferentes comités de servicios y sus objetivos. Me explicaron de manera general que esta estructura organizacional tiene el propósito de mantener unida la comunidad hacia su

³⁶ Un grupo tradicional es aquel que sigue los principios de los tres Legados de AA: Recuperación, Unidad y Servicio. En México, además de los tradicionales existen otros grupos solo retoman el primer legado, por ejemplo, los grupos de 4º y 5º Paso o los llamados “Anexos”.

³⁷ Existen las “juntas cerradas” donde asisten solo miembros de AA en las que comparten experiencias personales sobre su alcoholismo y su recuperación.

interior y de desarrollar actividades dirigidas hacia otros sectores de la sociedad.

Después me explicaron que el CCP tiene como objetivo la cooperación mutua entre AA y los “profesionales”. Un profesional es la persona que está en contacto con personas alcohólicas por medio de su actividad laboral. Pueden ser docentes, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, administradores de recursos humanos, ministros religiosos, etc. Una de las funciones del CCP es informar a los profesionales cómo trabaja AA y cómo se puede colaborar con ellos. Es por esto que, al exponer mi intención de conocer más sobre la actividad de llevar el mensaje, se mostraron dispuestos a cooperar y comentaron era una actividad poco conocida por los profesionales. En mi tercera visita al CCP, fui invitado a participar en la actividad de llevar el mensaje en un hospital. En general, el acceso al campo de mi investigación no presento mayores obstáculos porque la misma estructura de servicio en AA, específicamente el CCP, fomenta el acercamiento y colaboración con profesionales que deseen conocer más sobre AA.

Paralelamente, el coordinador del CCP me invitó a un foro sobre alcoholismo organizado por AA. En ese evento fui presentado ante servidores y profesionales (médicos en su mayoría) que colaboraban con AA. También tuve la oportunidad de escuchar por primera vez el término “triple A” usado por los médicos y enfermeras, que hace referencia a la frase *Amigo de Alcohólicos Anónimos*, es decir, el profesional que colabora con AA. En ese mismo evento fui presentado con un médico que tuvo un cargo en la Junta de Servicios Generales de AA y quien me puso en contacto con un coordinador de un grupo institucional.

Una vez ante el coordinador, expuse con más detalle el propósito de mi investigación y el interés por observar directamente la actividad de llevar el mensaje. Le pareció que no habría problema, sin embargo me señaló la posibilidad de que algunos no quisieran cooperar y que eso era algo que habría que respetar. Me sugirió asistir a una junta del grupo para presentarme como “triple A” interesado por conocer sobre las actividades de AA en los hospitales. En general, fui bienvenido y la mayoría se mostró dispuesta a ser observada durante sus actividades y a conversar conmigo para responder mis preguntas o aclarar mis dudas. Una vez establecida la relación con algunos miembros de AA, éstos me ayudaron a contactar otros servidores que llevaban el mensaje en otros hospitales. Después de

comparar los escenarios y las posibilidades para obtener información más diversa, elegí realizar la investigación en el hospital al cual pertenecía este grupo institucional.

Al reflexionar en retrospectiva sobre mi trayectoria de acceso en AA, entiendo que desde el inicio fue recibido por ellos como un profesional. El acceso al contexto de mi investigación estuvo facilitado por las características de AA como una comunidad abierta a los profesionales y por su interés en las relaciones de cooperación. El encuentro con aquellos primeros porteros del mundo cultural de AA, en palabras de Hammersley y Atkinson (1994), no fue una preocupación dentro de mi trabajo de campo. Esto implica que mi recorrido por el grupo tradicional, las oficinas de servicio, el CCP, el foro sobre alcohol, la entrevista con el médico, fue el resultado de una estrategia de AA para relacionarse y colaborar con la comunidad profesional y no tanto por mis habilidades de investigador. En este sentido, el hecho de haber sido referido por un ex presidente de la Junta de Servicios al grupo institucional facilitó el acceso. Aún más, haber sido presentado como un “triple A” marcó diferencia ante el grupo, si hubiera sido presentado solo como psicólogo.

Desde los orígenes de AA y frecuentemente recordados en sus relatos históricos, han existido personajes (médicos, religiosos, abogados, políticos, etc.) que han brindado su ayuda para el crecimiento y fortalecimiento de la comunidad. En este sentido, en AA existen ideas preestablecidas, cargadas de intención, con las cuales dirigen sus acciones para establecer relaciones con personas ajenas a la comunidad buscando dos objetivos: 1) que se conviertan en medios de difusión, o conductos, por los cuales otros alcohólicos que aún no han podido dejar de beber conozcan del programa de los 12 Pasos, y 2) crear vínculos de cooperación con personas no alcohólicas, pero interesadas en los objetivos de AA, para que aporten parte de su experiencia profesional para el crecimiento y fortalecimiento de la comunidad. Es por esto que también al exponer en el CCP mi intención de acercarme a AA para estudiar la actividad de llevar el mensaje, me comentaron que veían con buenos ojos mi investigación, porque era una actividad poco conocida por la comunidad profesional y también era una manera en la que se podía difundir el programa de los Doce Pasos de AA.

Lo que pretendo señalar en este relato acerca del acceso al sistema de actividad, es la existencia de conceptualizaciones en AA sobre otras personas no alcohólicas pero tienen un interés por la comunidad. En un primer momento, al presentarme como psicólogo me situaron en el lugar del *profesional*, es decir, un psicólogo que por estar en contacto con personas alcohólicas puede ser un medio éstas y un grupo. Posteriormente, al haber sido presentado como un “triple A”, implicó que yo ya estaba vinculado a AA solo por el hecho de exponer mi interés por realizar una investigación sobre llevar el mensaje. Más tarde, durante el desarrollo del trabajo de campo, llegué a cooperar con algunos grupos a través de invitaciones para participar en los grupos con pláticas sobre el alcoholismo desde la perspectiva psicológica, lo que eventualmente me llevó a considerarme un “triple A”. Participé como ponente o público general en congresos y foros organizados por AA. Observé que los “triple A” asumíamos una función de *embajadores* de AA para construir puentes entre la sociedad en general/profesionistas y la comunidad de AA. De alguna manera, la función de los “triple A” era la de legitimar el programa de AA ante otros colegas profesionales. Parte de estos profesionales trabajaban en instituciones, por ejemplo, de salud como los hospitales. De esta manera, la comunidad de AA establece una red de profesionales afines con quienes vincularse y posteriormente establecer acuerdos que les permita realizar la actividad de llevar el mensaje al interior de las instituciones.

Trabajo de campo

De acuerdo con Hammersley y Atkinson (1994), la perspectiva del investigador puede oscilar entre los extremos del *observador total* y del *participante total*. Para este caso, mi perspectiva osciló entre un observador total y un participante-observador. Me ubiqué como observador total durante los eventos masivos de AA, por ejemplo, las semanas de aniversario, los congresos de área o de región. Por otro lado, tomé la postura de observador-participante cuando acompañé a los miembros de AA en sus recorridos por las salas de hospitalización, cuando asistí a las reuniones de trabajo de los comités de servicio o en las juntas del grupo institucional. En estos contextos, participé de manera periférica en algunas de sus actividades, por ejemplo, se me pedía que ayudara en la repartición de folletos de información sobre AA a pacientes o familiares de pacientes en las salas del hospital. Por

último, en el CCP asumí una participación más activa, pues en diferentes ocasiones se me pedía mi punto de vista como psicólogo sobre aspectos del alcoholismo o sobre la comunidad profesional. Mis registros en este contexto se generaron desde una perspectiva participante-observador.

El periodo de acceso transcurrió entre enero y abril del 2008 y se caracterizó por un proceso de familiarización con la estructura de servicio, la terminología y el lenguaje usual en AA. La mayor parte de mis observaciones fueron sobre la dinámica del CCP. Hacia finales de abril ocurrió el encuentro con el ex presidente de la Junta de Servicios Generales y con el grupo institucional.

Durante los meses de mayo y junio del 2008 comencé mis observaciones en los dos grupos institucionales, principalmente sobre sus juntas grupales. De julio del 2008 a mayo del 2009 fue el periodo durante el cual realicé mi observaciones de la actividad de llevar el mensaje (ver Tabla 6.3). Durante el trabajo de campo pude observar en 52 ocasiones la actividad de llevar el mensaje a los pacientes hospitalizados; 29 reuniones de servicio de diferentes comités; 21 juntas abiertas o cerradas; 12 documentos de AA; y cuatro entrevistas. Cabe señalar que a lo largo de estos once meses, mi foco de interés también se dirigió hacia otros contextos fuera del hospital, como a los grupos tradicionales y a los comités de servicio,

Tabla 6.3 Relación del número de observaciones, documentos revisados y entrevistas realizadas entre los meses de julio del 2008 a mayo del 2009

	2008						2009					Total
	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	Mayo	
Llevar el Mensaje	2	2	3	7		2		9	21	6		52
Reuniones de Servicio		5	1	8	7		1		2	1	4	29
Juntas Abiertas o Cerradas	2	2	1	6				1	5	4		21
Documentos Literatura-AA	1	1		1	3	3	1	1			1	12
Entrevistas									1	2	1	4

Al inicio del periodo de campo, mis observaciones se centraron en los grupos, comités de servicio y salas de hospitalización. Me enfoqué en registrar la organización, metas y normas de las actividades. Al acompañar a los AA al llevar el mensaje, observé que la actividad era más breve de lo que había supuesto, con un aproximado de ocho minutos de duración. Comprendí que esta actividad era la parte final de un proceso más amplio, en el cual se interrelacionaban otras actividades que no ocurren en el grupo institucional del hospital, por ejemplo la actividad de los “simulacros” en el contexto de los comités de instituciones hospitalarias. Por consiguiente, durante los meses de octubre y noviembre asistí a diferentes reuniones de servicio de este comité para comprender mejor la interrelación de las actividades. Al ir extendiendo mis observaciones hacia otros escenarios fuera del hospital y adentrarme a los comités de servicio de AA, puede observar que la utilización y la producción de estos documentos es parte de la vida cotidiana.

En la mitad del periodo de campo, comencé a reorganizar los datos recolectados utilizando el modelo del sistema de actividad (Engeström, 1999). Tal como lo señalaron Szasz y Amuchástegui (1996), el proceso de la recolección de la información no constituye una etapa diferente del proceso de análisis, por lo que el proceso de investigación transcurre de acuerdo con las necesidades que vayan resultando. Mi necesidad en ese momento fue organizar los datos para ensayar sobre propuestas de sistemas de actividad en los que estuviera bien definido el objeto de la actividad. Además, inicié la revisión de documentos de AA para analizar los conceptos sobre alcoholismo, recuperación y los relatos paradigmáticos sobre llevar el mensaje. Durante este análisis, identifiqué un conjunto de significados que, junto con los relatos, son utilizados como instrumentos de mediación en el sistema de actividad de llevar el mensaje.

Hacia el final del periodo, observé con mayor frecuencia la actividad con el propósito de registrar nuevos datos y corroborar los ya obtenidos. Acompañé a diversos miembros de AA para detectar similitudes, diferencias o particularidades. Por último, realicé cuatro entrevistas sobre trayectorias de servicio, sentido personal y significados sobre llevar el mensaje. El cierre del periodo de campo se definió al ya no observar nuevas características relevantes para la construcción del sistema de actividad, lo que teóricamente significó una saturación del dato (Hammersley y Atkinson, 1994).

A lo largo del trabajo de campo, mantuve una discusión sobre la información obtenida con la tutora principal de esta tesis. A través de este proceso, fuimos construyendo una interpretación de la actividad de llevar el mensaje con una perspectiva desde adentro del servicio de AA, para contrarrestar o disminuir la influencia de mi postura personal.

Recolección de datos

Para obtener los datos sobre las experiencias de llevar el mensaje, utilicé notas de campo, entrevistas semi-estructuradas y análisis de documentos. Para Hammersley y Atkinson (1994) las notas de campo son el instrumento básico de la observación participante, en las que se registra y se da cuenta del dato: lo ocurrido en el campo. Las notas de campo sirven para registrar y discriminar lo significativo entre lo observado. Uno de los objetivos de este instrumento es poder registrar con detalle los significados en el contexto en el que surgen, incluyendo también la percepción del observador. A través de las notas de campo, también se intenta rescatar las particularidades de los fenómenos sociales, lo que implica realizar un registro sistemático para luego crear los datos de investigación.

Utilicé las notas de campo para registrar las observaciones en las salas de hospitalización. Durante el desarrollo de llevar el mensaje no realicé anotaciones. Después de la visita a la sala de hospitalización y de la conversación con el miembro de AA sobre lo sucedido, dedicaba de diez a quince minutos para anotar los temas centrales de la observación a manera de índice de contenidos. Cuando era necesario dedicaba un poco más de tiempo para desarrollar más ampliamente aquellos temas que consideraba más significativos. Un par de horas más tarde continuaba con la elaboración de las notas, desarrollando los contenidos y profundizando en los detalles de mayor interés. Posteriormente definía posibles líneas de indagación a seguir, ensayaba las primeras interpretaciones o buscaba líneas de conexión con notas previas. A manera de buscar la fiabilidad de lo observado, en ocasiones entregué copias de los registros a los miembros de AA para su lectura, pero muy pocas veces recibí retroalimentación. Cuando la recibí, hice las correcciones o aclaraciones. Durante las reuniones de los comités de servicio, elaboré notas de campo. En este contexto la mayoría de participantes hacían anotaciones sobre los temas tratados, por lo tanto, pude registrar con mayor precisión lo acontecido. Posteriormente, al igual que con las notas anteriores, desarrollaba los contenidos en extenso y trazaba posibles conexiones

con otros registros.

Por otro lado, las entrevistas se orientaron principalmente a explorar los significados de los miembros de AA sobre el llevar el mensaje, aspectos que durante las observaciones quedaron sin esclarecer o que surgieron posteriormente a la elaboración de las notas de campo. Las entrevistas se desarrollaron antes y después de la actividad de llevar el mensaje, en lugares cercanos al hospital. El promedio de la duración de las entrevistas fue de una hora y se registraron en un formato de audio digital. Los registros fueron transcritos y analizados con el apoyo del software de análisis cualitativo Atlas.ti. Las categorías se definieron a partir de temas resultantes del análisis de notas campo. En el apéndice *Entrevista semi-estructurada* (pág. 267) presento la estructura temática y las preguntas realizadas. Sin embargo, durante las entrevistas surgieron nuevas áreas temáticas las cuales también fueron analizadas.

Para Callejo (2002) la acumulación de detalles en las notas, más las palabras del mismo observador que se refieren a lo visto y escuchado, es el material que permite comprender la realidad práctica y su lógica implicada. Sin embargo, también los documentos escritos juegan un papel de peso para el análisis. De acuerdo con Hammersley y Atkinson (1994), en el análisis de los documentos no se pretende alcanzar la “exactitud” o la “objetividad”, sino identificar los intereses, perspectivas y supuestos de una comunidad. Cuando desplazé mi atención a los comités de servicio, observé que la literatura de AA tiene un valor central para la comunidad y juega un papel importante en la interpretación de las experiencias cotidianas.

En AA existen algunos libros que son considerados como “los básicos” pues desarrollan las ideas principales sobre la recuperación del alcoholismo. Existe otro grupo de documentos, utilizados por los comités de servicio, que tiene un formato de manual operativo para la coordinación de las reuniones de trabajo y para las actividades específicas de cada comité. Por último, existen textos de vigencia más corta (boletines y revistas) que contribuyen a la interpretación de los textos básicos.

Para seleccionar los documentos a analizar utilicé dos criterios: *a)* documentos utilizados por los comités de servicio relacionados con la actividad de llevar el mensaje, y *b)* documentos recomendados por los mismos participantes de los comités, pero que no se

revisan en sus reuniones. En el apéndice *Literatura de AA* (pág. 269) presento el listado completo de los documentos revisados. Algunos textos de AA funcionan como guías básicas para la recuperación personal del alcohólico o para coordinar la dinámica de las reuniones de comités de servicio. Por otro lado, existen otros textos que, aunque tiene una duración de vida mucha más corta (boletines, revistas, etc.), contribuyen a mantener la reinterpretación de los textos básicos. En ambos tipos de textos, se reflejan los supuestos y los valores que constituyen la comunidad de AA y que son reproducidos individualmente de diversas formas. Además, fue a través de la lectura de estos documentos escritos que yo pude comprender el peso de la tradición escrita para la significación del llevar el mensaje. Al haber revisado la literatura de AA alcancé un mejor entendimiento histórico y contextual de llevar el mensaje en los hospitales³⁸.

Consideraciones éticas

Para la recolección y el uso de la información consideré los aspectos éticos de la participación voluntaria, confidencialidad a través del uso de seudónimos y en el manejo de la información. A cada uno de los participantes observados al llevar el mensaje, le informé sobre el propósito de investigación, el uso y manejo de la información. Además, les solicité de manera verbal permiso para acompañarlos, teniendo libre voluntad para aceptar o rechazar la petición. También mencioné que si durante la actividad él se sentía incómodo y prefería que me retirara estaba en su derecho de pedírmelo. Cuando asistía a los grupos y comités de servicio también presentaba de manera verbal mis propósito de investigación, la forma en la que usaría la información y solicitaba permiso al coordinador. Para el caso de las entrevistas les entregué una carta de consentimiento informado dónde les explicaba el propósito de la entrevista. En la carta comuniqué el compromiso por preservar su identidad y el uso confidencial de la información. También les solicité su autorización para realizar grabaciones de audio (ver apéndice *Consentimiento Informado*, pág. 271). Mencioné que la información podría ser revisada por un comité tutorial con el

³⁸ Parte de esta revisión de la literatura de AA sobre la historia de llevar el mensaje, me motivó a buscar fuentes alternas a AA que dieran cuenta de los antecedentes de esta actividad en AA. El resultado de este ejercicio fue la reescritura en buena parte del capítulo 3.

propósito de apoyarme en la investigación. Por último, comenté que los resultados de la investigación serían publicados en una tesis y en un artículo de divulgación científica.

Análisis

Desde la segunda generación de la Teoría de la Actividad Histórico Cultural (TAHC), además de comprender la actividad a través del análisis de los componentes (sujeto, objeto, instrumentos, comunidad, reglas, división del trabajo y resultados), se propone el análisis de los procesos de mediación del sistema. Para llevar a cabo esto, Engeström (1999) propuso la complementariedad de perspectivas. Por un lado es necesario aproximarse a la perspectiva del sujeto o sujetos para crear una representación de la actividad con diversas miradas. Por otro lado, se necesita tener una visión externa que permita observar la actividad como un fenómeno multifacético, variado en sus contenidos y formas. De esta manera, dice Engeström, el investigador construye el sistema de actividad como si lo mirara desde arriba, al tiempo que observa a través de las diversas miradas e interpretaciones de sujetos de la actividad. De esto modo, se pretende construir la actividad desde dos direcciones. Engeström concluyó que solo a través de este proceso dialéctico entre la perspectiva sistemática y la perspectiva subjetiva, se aproxima a la comprensión de la actividad, individual y colectiva.

Una de las primeras tareas del investigador es delimitar la composición del sistema de actividad. Esta tarea consiste en comenzar a definir qué actividad orientada a un objeto se desarrolla en un contexto determinado. Difícilmente los sistemas de actividad se presentan como conjuntos de datos organizados en el mundo real, por lo que la definición del sistema de actividad se irá transformando mientras se obtienen datos y paralelamente se van analizando. Una ventaja del modelo del sistema de actividad como técnica analítica, es que ofrece un modelo gráfico para representar los procesos multi-mediacionales de la actividad humana, mientras se obtienen implicaciones sistemáticas de dichos procesos. Esta ventaja metodológica posibilita la organización de los datos cualitativos de manera estructurada, mientras se elaboran interpretaciones y se crea sentido de la actividad en su contexto (Yamagata-Lynch, 2007).

De acuerdo con Szasz y Amuchástegui (1996) el proceso de la recolección de la información no constituye una etapa diferente del proceso de análisis; el proceso de investigación avanza conforme emergen las necesidades. En la sección anterior mencioné que hacia la mitad del periodo de campo, tuve la necesidad de reorganizar los datos obtenidos. Con base en el modelo del sistema de actividad, como la herramienta analítica para organizar e interpretar las actividades (Yamagata-Lynch, 2010), fui definiendo el sistema de llevar el mensaje al ubicar conceptualmente algunos de sus componentes a través de los datos de las notas de campo.

Siguiendo en la misma línea de Hammersley y Atkinson (1994), la revisión que realicé sobre algunos textos de AA relacionados con la actividad de llevar el mensaje, estuvo motivada por el valor explicativo y alegórico que tienen algunos pasajes de estos textos, y que además son referidos y utilizados constantemente por los AA para explicar su cotidianidad; lo que también me llevó a identificar en estos textos un valor pragmático para la construcción del sentido personal de la actividad.

El análisis de los documentos consistió en revisar los libros y manuales seleccionadas para identificar capítulos, secciones o pasajes relacionados con la actividad de llevar el mensaje. Una vez identificados, se revisaron una segunda vez para generar de categorías. Al final, los textos se agruparon en tres tipos generales: *a)* aquellos que proponen que llevar el mensaje es parte de la recuperación; *b)* aquellos que ofrecen lineamientos para una guía sobre cómo realizar la actividad; y *c)* los que promueven llevar el mensaje como parte de un sistema moral y de valores. El análisis de los documentos me llevó a identificar momentos y la intención de los miembros de AA al recurrir pasajes específicos para demostrar un argumento o apoyar una reflexión. Esto me llevó a identificar ciertos pasajes como instrumentos del sistema de la actividad utilizadas durante las reuniones de los comités de servicio o durante la actividad de llevar el mensaje.

Sobre cómo presentar los resultados de estas entrevistas, decidí insertar los datos obtenidos a los largo de los tres capítulos de análisis. El razonamiento de esta decisión se debió a que gran parte de las entrevistas refieren a diferentes momentos de la actividad de llevar el mensaje y que corresponden a secciones específicas de los análisis en los capítulos. Además, los resultados de las entrevistas dispuestos de esta manera, ha servido para

complementar, desde la perspectiva del sujetos, muchos de los datos obtenidos por observación. Al igual que con los datos obtenidos por las entrevistas, he decidido introducir ciertos pasajes de la literatura de AA en los siguientes capítulos, como una forma de completar el panorama de la actividad.

El análisis de documentos también me llevó a observar esta actividad desde una perspectiva histórica. Desde la (TAHC), el desarrollo evolutivo de la actividad es un aspecto central para la comprensión de la misma. La actividad se entiende como un resultado acumulativo histórico. A través del método etnográfico es posible registrar el desarrollo de ciertas prácticas, sin embargo, el origen de la actividad de llevar el mensaje se remonta más allá de la propia fundación de AA. Construir una historia de llevar el mensaje no fue el propósito de esta investigación, no obstante comprender un sistema de actividad significa conocer parte de su historia. A través de trabajos hechos por otros autores, tracé una línea de desarrollo de la actividad de llevar el mensaje antes de AA, identificando algunos momentos relevantes para la comprensión de la actividad actual.

En los siguientes tres capítulos presento la síntesis de los resultados. En el capítulo siete presento un descripción de lo organización de AA alrededor de la actividad de llevar el mensaje. En el capítulo 8 describo el proceso por el cual los miembros de AA se preparan para llevar el mensaje. Por último, en el capítulo nueve, analizo las acciones que constituyen la actividad de llevar el mensaje cuando se está frente al paciente hospitalizado.

CAPITULO 7.

LLEVAR EL MENSAJE: UNA ACTIVIDAD DE ORGANIZACIÓN COMPLEJA

A lo largo de este primer capítulo de análisis, ofrezco una descripción analítica acerca de la organización institucional de AA, enfocándome particularmente en la actividad de llevar el mensaje. En esta descripción me interesó señalar cómo los miembros de AA se han venido organizando para lograr su objetivo principal que es llegar al alcohólico que aún sufre para ofrecerle una alternativa de solución. Para lograr que esta descripción sea lo suficientemente ilustrativa, también incluyo descripciones breves de otras actividades que AA realiza en el hospital. La razón de hacerlo así respondió a la necesidad de ofrecer un panorama amplio de la presencia AA en el hospital y mostrar la red de relaciones entre estas actividades como una estructura compleja.

Con base en el modelo de Engeström (1987, 1999) propongo caracterizar a AA cómo una comunidad de alcohólicos recuperados orientados al encuentro de otros alcohólicos, siendo los alcohólicos hospitalizados un nicho particular. Para el análisis y desarrollo de esta aproximación descriptiva, tomé como punto de partida el concepto de la *división del trabajo* y su función mediadora entre los miembros de AA -la *comunidad*- y el alcohólico hospitalizado -el *objeto*-. Este proceso de mediación está representado por el área gris y las flechas en negro de la Figura 7.1.

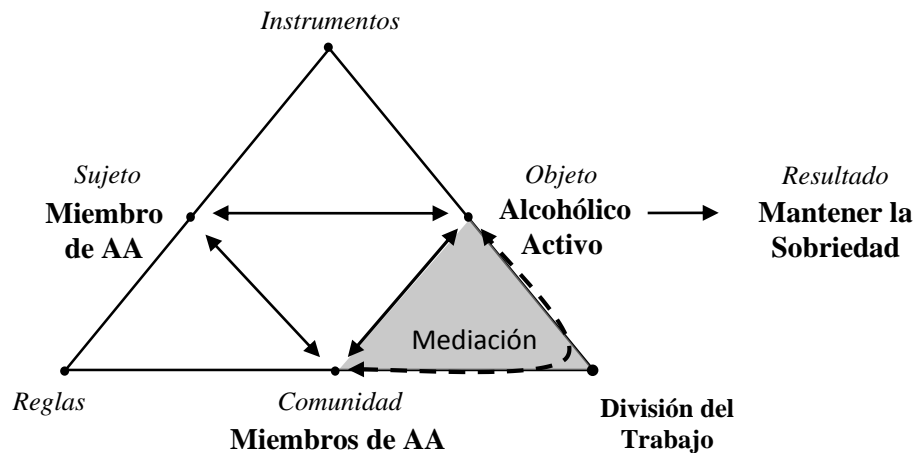


Figura 7.1 Sistema de Actividad con énfasis en la mediación de la *División del Trabajo*.

Pero antes de iniciar, es necesario retomar el concepto de *servicio* de AA al que ya me he referido brevemente en el capítulo dos³⁹. Tal como lo mencioné, la idea de servicio en AA se entiende como *todo aquello que contribuye para alcanzar al alcoholístico que aún no ha dejado de beber*. El servicio más básico en AA es cuando un miembro de AA, es decir un alcoholístico en recuperación, comparte su experiencia alcohólica y de recuperación a otro alcoholístico que no ha dejado beber. Sin embargo, existen muchos otros tipos de servicio, algunos más evidentes que otros, por ejemplo, responder a una llamada telefónica de solicitud de ayuda, mantener disponible el espacio físico del grupo de AA para recibir a un alcoholístico cuando llegue por primera vez o mantener actualizado y organizado el archivo histórico de AA.

A todos los miembros de AA que participan en alguna de las actividades de servicio, se les conoce como *servidores*. La Central Mexicana de AA ha estimado, a través de dos encuestas entre su comunidad, que un 51% (AA, 2003) y 74% (AA, 2009) de sus miembros tiene algún tipo de servicio. Lamentablemente, este tipo de datos y encuestas no existen en la organización de la Sección México de AA, comunidad a la cual pertenecían los grupos y servidores que observé durante mi trabajo de campo.

Para la comunidad de AA, tal como lo he venido señalado en los capítulos anteriores, los hospitales representan un espacio en el cual pueden encontrar otros alcoholísticos. Sin embargo, para poder llegar hasta la sala donde está el alcoholístico hospitalizado es necesario un conjunto de estrategias bien organizadas. Estas estrategias han sido desarrolladas y adaptadas a lo largo de la historia de AA. Cuando AA experimentó un rápido crecimiento a través de la formación de nuevos grupos⁴⁰ en EE.UU., se tuvo la necesidad de una organización que pudiera mantener cohesionado este movimiento emergente. Uno de los primeros instrumentos que ayudó a esta organización fue la publicación del libro *Alcoholísticos Anónimos* en 1939, en el que se buscó transmitir el programa de los Doce Pasos y las experiencias de recuperación a través de diversos testimonios de los primeros AA.

³⁹ Ver página 42.

⁴⁰ En AA se entiende que un grupo puede estar formado por dos o más alcoholísticos que tiene el propósito de dejar de beber alcohol, y para ello, se reúnen cotidianamente en un lugar específico (una casa, un local, etc.) para compartir sus experiencias. Los grupos se apoyan en la literatura de AA y se rigen por los tres legados: Recuperación, Unidad y Servicio (Apéndice 1, pág. 263).

Cabe señalar que, tanto los que narraron sus historias, como los que ayudaron a que este libro llegara a otros alcohólicos, estaban llevando el mensaje de AA, convirtiéndose así en los primeros servidores.

Al ir creciendo la comunidad de AA, se crearon nuevas necesidades de organización y se desarrollaron nuevas estrategias para encontrar más alcohólicos. A mediados del siglo pasado, se estableció la *Estructura de la Comunidad*, también llamada *Estructura de Servicio*⁴¹, la cual representa una forma de organización al interior de AA que garantiza el cumplimiento del objetivo principal, llevar el mensaje. En la publicación *Manual de Servicio de AA y Doce Conceptos para el Servicio Mundial* de 2006, se lee lo siguiente:

“La Estructura de la Conferencia es la que hace posible llevar a cabo los Servicios Generales. Es un medio por el que la conciencia de Grupo colectiva de AA puede expresarse contundentemente y llevar a efecto sus deseos en lo concerniente al servicio nacional. Es la Estructura la que, en AA, ocupa el lugar de dirección para asegurar que se oiga la voz plena de AA y que los servicios globales sigan funcionando, sean cuales fueren las circunstancias.” (AA, 2007b, pág.27)

Después de años de desarrollo y experimentación, la estructura de servicio quedó consolidada a partir de la década de 1960 con la publicación del Manual de Servicio en 1962, mismo que venía redactándose desde 1951 (AA, 2007b). Por otro lado, cuando sucedió la expansión de AA hacia otros países, incluido México, el movimiento norteamericano de AA ya contaba con formas bien definidas de organización. Los alcohólicos de diferentes países que adoptaron el programa de los Doce Pasos como una solución, también siguieron los lineamientos para la organización de la comunidad de AA en cada país. Dicho de otra manera, cada país adoptó y practicó de diferentes maneras la estructura de servicio, la cual era el resultado de años de experiencia acumulada. Por ejemplo, durante los años de 1960 cuando empezó el surgimiento de los grupos mexicanos de AA, no solo se contaba con el programa de recuperación del alcohólico, sino con las normas que guían a los grupos y con los lineamientos a seguir para establecer una

⁴¹ Durante el periodo de campo fue mucho más frecuente escuchar el término “estructura de servicio” por lo que he decidido utilizar este término. Sin embargo, en las publicaciones de AA se utiliza estructura de la comunidad.

organización estructurada en el servicio. Todo este paquete representó la experiencia de otros alcohólicos organizados a lo largo de casi 30 años.

Actualmente la estructura de servicio de la Sección México de AA está bien desarrollada y semejante a la norteamericana (Mäkelä, 1996) representando una organización compleja, con diversas áreas de servicio y con funciones específicas, pero todas dirigidas hacia el alcohólico que sigue bebiendo. Por ejemplo, algunas de las áreas son responsables de la producción, distribución y venta de literatura (folletos, libros, manuales); la organización de eventos regionales y nacionales; la vinculación con diversos sectores de la sociedad; de la comunicación interna de la comunidad; de la difusión del mensaje a través de los medios de comunicación (periódicos y revistas, conferencias, foros, página de Internet, etc.); y de buscar alcohólicos internados en hospitales o reclusos en centros de readaptación social. Todas las actividades de servicio contribuyen al encuentro con el alcohólico, y de no haber una estructura de servicio en AA, probablemente sería muy complicado poder realizarlas para los grupos de manera individual (AA, 2007b).

La Estructura de Servicio

Para llevar el mensaje a los pacientes hospitalizados como parte del servicio, los miembros de AA primero participan en un largo proceso que comienza desde su llegada al grupo; este proceso es: compartir grupalmente las experiencias alcohólicas y de recuperación. El grupo de AA es el contexto básico en el cual escuchan, y posteriormente relatan, las experiencias alcohólicas con relación al consumo de alcohol. Ya Cain (2001) ha propuesto cómo es que a través de la actividad de relatar las *historias personales* los miembros veteranos enseñan a los recién llegados el saber que tienen AA acerca del alcoholismo y de la forma de cómo afrontarlo. De esta manera, señala Cain, el recién llegado puede construir su identidad como AA, para luego él mismo convertirse en un experto y compartir su experiencia con otros.

Compartir las experiencias es una actividad común en los grupos, sin embargo, para comprender la actividad de llevar el mensaje en contextos que no sean los grupos, por ejemplo en los hospitales, es necesario considerar algunas de los contextos

organizacionales que se organizan para de la estructura de servicio, y en los cuales solo algunos de los miembros de AA participan activamente.

Un punto de partida para entender el contexto del servicio es el organigrama de la estructura de AA utilizado en varias de sus publicaciones (ver Figura 7.2). De acuerdo con este organigrama, los grupos se localizan en la parte superior de la estructura y representan la unidad más básica de toda la comunidad. Los *distritos* se ubican en el segundo nivel de la estructura y representan una coordinación de diferentes grupos localizados en un área geográfica. La cantidad de grupos representados por un distrito puede variar entre los cinco y quince. En cada uno de los distritos se eligen coordinadores y representantes del distrito para la toma de decisiones y para la ejecución de actividades.

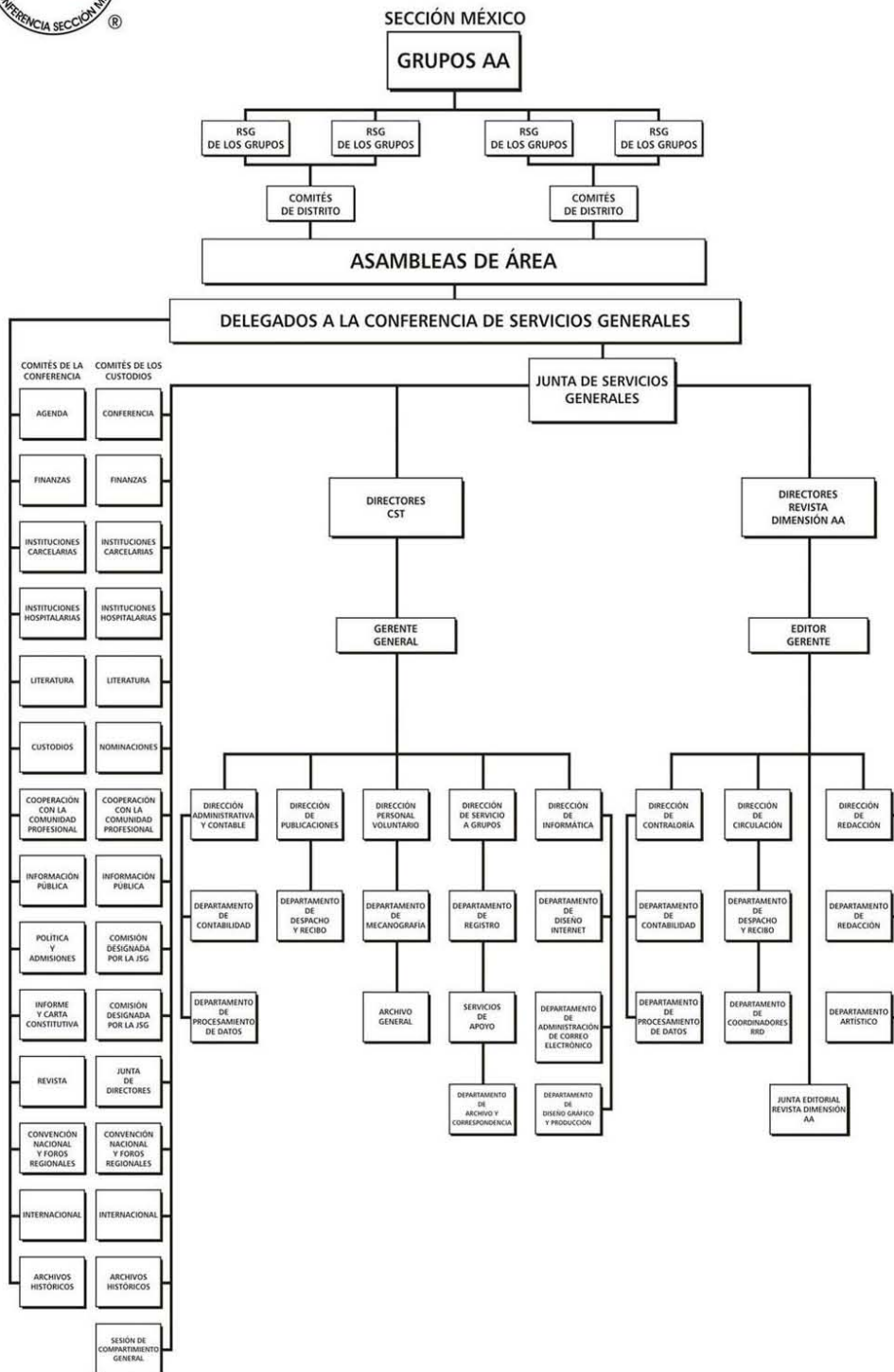
De manera similar a lo anterior, un número determinado de distritos se coordinan entre sí para conformar el tercer nivel de la estructura, el *área*. Entre los representantes de cada distrito se eligen a uno de ellos para asumir la responsabilidad de delegado del área, un cargo representativo ante una Conferencia Nacional⁴². Para los objetivos de esta investigación, solo me enfoqué en los tres primeros niveles de la estructura, especialmente en los contextos correspondientes al nivel del distrito. La justificación de esta delimitación se debió a que en este nivel de la estructura es en dónde observé una mayor actividad de servicio relacionada a los contextos hospitalarios.

Al igual que en los grupos, los distritos y áreas mantienen el objetivo de alcanzar al alcoholíco que aún sufre, sin embargo, existen particularidades. Mientras en los grupos se promueve la actividad a través del 12º Paso como parte de la recuperación, en los distritos y áreas se promueve llevar el mensaje como parte del objetivo colectivo plasmado en la 5ª Tradición.

⁴² La comunidad de la Sección México de AA está compuesta por 25 áreas y 238 distritos distribuidos por el territorio nacional (AA, 2008). Para el caso del Distrito Federal existen dos áreas: el área norte que agrupa a 25 distritos (o 248 Grupos) y el área sur que representa a 16 distritos (o 194 Grupos).



ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD AA



Corporación de Servicios Tradicionales de AA, AC | Sección México

Figura 7.2 Estructura de la Comunidad de AA (AA, 2006).

Otra particularidad que observé en los distritos y áreas, fue que los servidores mantenían cierto grado de recuperación reflejado en mayores periodos de sobriedad a través de la participación en el grupo y del trabajo en los Doce Pasos. En algunos grupos se recomienda un periodo de un año o dos de sobriedad continua para asumir un servicio de la estructura. En cambio, los servidores observados en el hospital promediaban diez años de sobriedad, variando desde tres años hasta 22 años⁴³. De esta manera, cuando un alcohólico en recuperación muestra interés por tomar un servicio como responsabilidad, debe demostrar ante el grupo su progreso en relación a su estado de sobriedad para obtener el voto de confianza que da acceso a la estructura de servicio.

Una manera en la que los alcohólicos se pueden ir preparando para insertarse en la estructura de servicio, es asumir ciertos cargos dentro del grupo, los cuales se conocen como *servicios internos*. Estos servicios o cargos son: cafetero, secretario, tesorero y coordinador del grupo. Por lo común, los servicios internos se asumen por un periodo de seis meses, pero cada grupo tiene la autonomía de decir los periodos de servicio de con base a la 4ª Tradición, que dice: *“Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a AA, considerando como un todo”* (AA, 1952). Cuando un novato en AA desea desempeñar algún servicio interno, el grupo deberá aprobarlo. En otros casos, los mismos veteranos invitan a un novato a que tome algún servicio del grupo como parte de su recuperación personal.

Una vez que el alcohólico ha ganado experiencia a través de asumir uno o varios de los servicios internos⁴⁴ y haberlos desempeñado de acuerdo a las normas contenidas en la Doce Tradiciones, entonces estará en condición de solicitar e iniciar su participación en la estructura de servicio a través de los distritos. Nuevamente, este paso del grupo al distrito, deberá ser aprobado por el propio grupo, debido a que este futuro servidor los estará representando. Una vez que el miembro de AA ha sido aprobado para involucrarse en las actividades del distrito, entonces puede hablarse de que es ya un servidor de AA.

⁴³ Ver Tabla 6.2, pág. 90.

⁴⁴ Aunque se recomienda que se desempeñen todos los servicios internos en el grupo, no es un requisito obligatorio para que el miembro de AA sea un servidor dentro de la estructura de servicio. Lo que aquí tiene mayor peso es la aprobación del Grupo. Sin embargo, entre mayor experiencia tenga en los servicios grupales, más probable será que obtenga el voto grupal a favor.

Llegar a ser servidor, entonces, es un proceso que viven los miembros de AA, primero en los grupos y posteriormente en los distintos contextos que conforman la estructura de servicio. Cabe recordar que no todos los miembros de AA desean y/o llegan a ser servidores. A pesar de que el porcentaje (51% en 2003 y 74% en 2009) de servidores es superior a la mitad de la membresía de AA, estos porcentajes se verían disminuidos si se restaran aquellos servidores que tienen una responsabilidad en los grupos. Aunque no existe el dato preciso sobre estas cantidades, diversos servidores mencionaron que son pocos los servidores que se unen a la estructura de servicio.

En cuanto a la motivación personal por continuar en la estructura de servicio es muy variada. Algunos de ellos me refirieron que ingresaron al servicio por recomendación de sus padrinos; *por curiosidad de saber qué era lo que se trabajaba en los distritos; por la necesidad de seguir trabajando en la recuperación; o por mantener la mente ocupada en algo y así no pensar en el alcohol y recaer.* Uno de ellos, Manuel, un servidor con seis años en AA y sobriedad, y con menos de un año de ser servidor, me contó que debido a ciertas características permanentes que él tenía por ser un enfermo alcohólico, a pesar de que ya no bebiera más alcohol, necesitaba mantenerse activo para no recaer. Al no existir nuevos servicios internos en su grupo, decidió continuar participando en la estructura de servicio para no tener una recaída:

“La obsesión y la mentalidad [alcohólica] siempre va a estar, nunca se te va a quitar ¡Eso sí te lo digo eh! Paramos la enfermedad, y por eso si estamos haciendo un servicio es porque así es, ¡porque es mi necesidad cabrón! Bueno en mi caso personal así, es mi necesidad.” –Manuel.

Otros servidores, como Toño o Paco, fueron invitados por otros compañeros con experiencia en llevar el mensaje, sin embargo, su participación solo se limitó a observar sin tener ninguna responsabilidad dentro de la estructura de servicio. No existe una trayectoria única para llegar al servicio, sin embargo, sea cual sea la forma en la que llegan, deberán ser aprobados por sus compañeros veteranos. El criterio de aprobación es en base al tiempo de sobriedad y a su proceso de recuperación en el grupo. De esta manera, los servidores y los veteranos en AA controlan el acceso a la estructura de servicio, identificando a aquellos miembros de AA más comprometidos e interesados para asumir

el compromiso. En este proceso de selección para el servicio se puede observar una de las características relacionadas al concepto de la división del trabajo, el acceso a ciertos contextos y actividades dentro de la misma comunidad de AA.

Una vez adentro, el servidor novato se enfrenta a una nueva estructura organizacional. Cada distrito y área, con base nuevamente a la 4ª Tradición, deciden qué actividades de servicio desarrollarán, sin embargo, estas deberán llevarse a cabo a una estructura previamente establecida. La forma en la que se distribuyen las actividades está sujeta a la división de tareas ejecutadas por los diferentes *comités de servicio* (ver Figura 7.3).

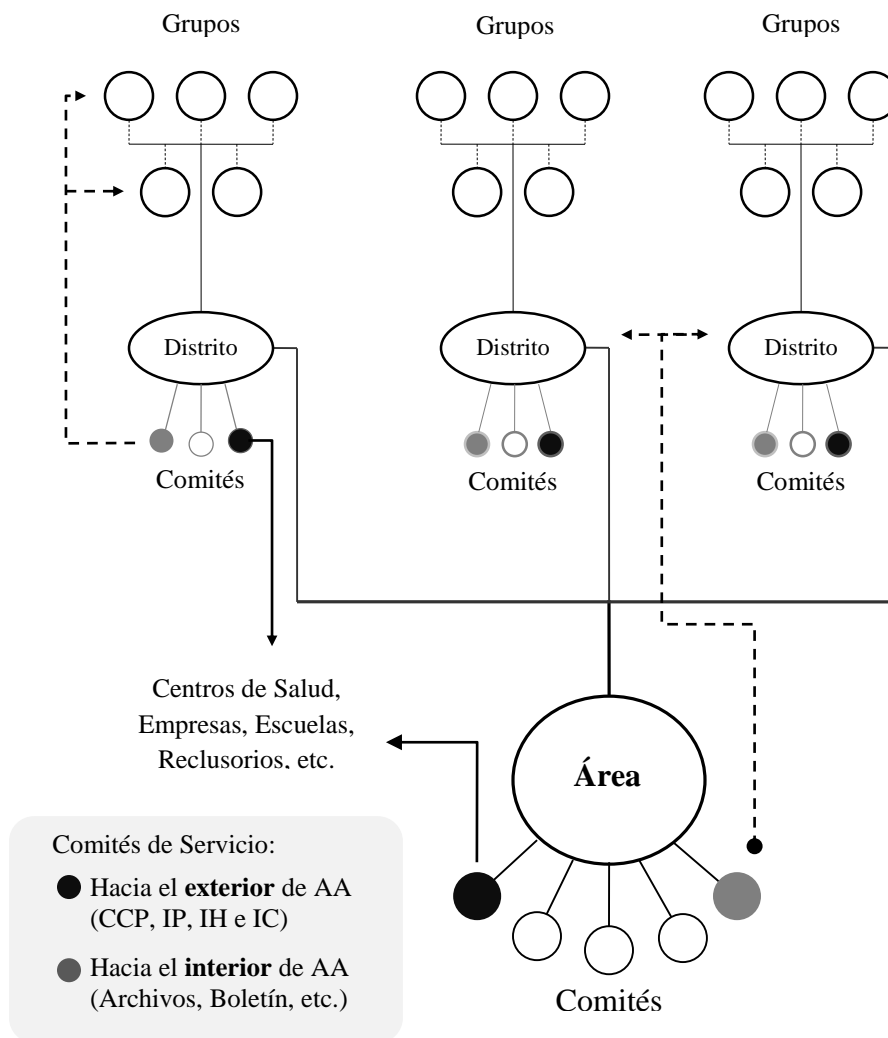


Figura 7.3 Organización de la estructura de servicio en grupos, distritos y área, y división de comités de servicio, según su orientación: al exterior (*línea continua*) o al interior de AA (*línea punteada*).

Existen diferentes tipos de comités dependiendo de sus metas específicas, sin embargo he propuesto una división general en dos tipos, según la meta a la que están orientadas las actividades de estos comités:

1) Comités con actividades dirigidas hacia la misma comunidad de AA.

Esos comités mantienen los canales de comunicación que permiten el intercambio de ideas, así como la difusión de asuntos de interés general. Los Comités dentro de este grupo son los de: Agenda, Archivos Históricos, Conferencia, Convención Nacional y Foros Regionales, Eventos, Finanzas, Literatura, Nominaciones, Revista y Seminarios.

2) Comités con actividades dirigidas hacia la sociedad en general.

El propósito general de estos comités es difundir el programa de los Doce Pasos de AA y entrar en contacto con otros alcohólicos no recuperados a través de la vinculación con instituciones ajenas a AA. Los comités con esta meta son: Cooperación con la Comunidad Profesional (CCP), Información Pública (IP), Instituciones Hospitalarias (IH), e Instituciones Carcelarias (IC).

Profundizando un poco más, las actividades del segundo tipo de comités están dirigidas hacia el establecimiento de vínculos con diversas instituciones y organizaciones, por ejemplo: escuelas, universidades, centros de salud, empresas, organizaciones religiosas, secretarías de estado, etc. La comunidad de AA busca mantener una relación estrecha con estas instituciones directa o indirectamente, puesto que a través de ellas se puede tener contacto con personas que padecen o sufren de las consecuencias del alcoholismo, sean familiares o los mismos alcohólicos. Debido al carácter dinámico que se exige dentro de este tipo de comités, también se les conoce como los comités de *acción*.

Cada uno de los comités de acción cuenta con objetivos particulares. En términos generales, el comité de Cooperación con la Comunidad Profesional (CCP) busca establecer comunicación con diversos *profesionales*⁴⁵ que tienen contacto frecuente con la población

⁴⁵ Se recuerda al lector que en AA se entiende por *profesional* a la persona que tiene contacto, directo o indirecto, con un alcohólico a través de su actividad laboral (docentes, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, administradores de recursos humanos, sacerdotes o ministros religiosos, etc.).

alcohólica. Los servidores de AA presentan a los profesionales el programa de los Doce Pasos como una alternativa para el alcoholismo, con la intención de que estos sean un medio de canalización hacia los grupos. Dado que algunos miembros han llegado a un grupo de AA por la sugerencia de un médico o un psicólogo, el CCP busca ampliar su red de relaciones con los profesionales, para así aumentar la probabilidad de que más alcohólicos sean canalizados a AA.

Por otra parte, el comité de Información Pública (IP) tiene como objetivo principal difundir los principios básicos del programa de los Doce Pasos y las características generales de la comunidad de AA al público en general. También buscan aclarar dudas o información incorrecta que la gente pudiera tener. El comité de IP busca espacios en los que pueda encontrar diferentes tipos de población, como son las instituciones de educación de diversos niveles, centros de salud u organizaciones religiosas y laborales, iglesias o sindicatos. Las actividades de información pueden ser de manera directa frente a un público o a través del uso de los medios de comunicación masiva (prensa, radio y televisión) o por materiales impresos (carteles, folletos o volantes).

Por último, los comités de Instituciones Hospitalarias (IH) e Instituciones Carcelarias (IC) tienen como objetivo acceder a las instituciones hospitalarias y a las carcelarias para llevar el mensaje a los pacientes o presos que tengan la enfermedad del alcoholismo y no pueden asistir a un grupo en el exterior para su recuperación. Para lograr este objetivo, los servidores de los comités se organizan para programar visitas semanales a tales instituciones y realizar juntas de información o juntas cerradas de AA. En estas últimas solo está permitido estar presente a aquellos que abiertamente han manifestado su problema con el alcohol, a diferencia de las juntas de información donde cualquier persona puede estar presente con el fin de conocer más sobre AA. Otra diferencia es que en las juntas cerradas se revelan asuntos íntimos y personales de los alcohólicos, por lo que el acceso es más restringido.

Otra función que tienen los comités de IH e IC, es la de crear grupos al interior de estas instituciones para que quienes no pueden salir al exterior tengan la opción de recibir ayuda

a través de estos *grupos institucionales*⁴⁶. Para el periodo en el que realicé esta investigación, la comunidad de Sección México de AA, contaba aproximadamente con 110 grupos institucionales (AA, 2007) distribuidos principalmente en hospitales generales y centros de readaptación social.

La mayoría de los comités de acción, según lo informado por servidores de área, organizan sus actividades de servicio con base a los centros de salud, hospitales, escuelas, cárceles, etc., que están dentro de los límites de su zona geográfica. La delimitación geográfica juega un papel importante para evitar la duplicación de esfuerzos y coordinar las actividades entre los comités de distintos distritos. Lo que a continuación describo es la organización de los comités distritales, que por su localización les corresponde orientar sus actividades de servicio hacia el hospital.

Comités de servicio y su división de tareas en el hospital

De acuerdo a la organización de la Sección México de AA, la Ciudad de México está dividida en tres áreas (centro, norte y sur) y cada área se divide en distritos. El hospital al estar dentro de los límites geográficos distritales, forma parte de la agenda de las actividades del distrito al que llamaré *Distrito A*. Por lo tanto, el Distrito A y sus comités de servicio son los responsables de llevar el mensaje al interior de este hospital (ver Figura 7.4). Sin embargo, los comités de servicio no alcanzaban a cubrir la demanda que el hospital representaba debido a su alto índice de consulta externa y de hospitalización. Dada esta situación, y con base en un acuerdo de la comunidad de AA, se estableció que los comités de servicio de otros distritos vecinos apoyarían en las actividades de servicio. Con base en esto, se estableció un grupo interdistrital para mantener una coordinación y comunicación con las autoridades y administradores del hospital.

Los comités distritales que hacían su servicio en este hospital eran los de IP e IH. Cada uno atendía un área específica del hospital. El comité de IP realizaba sus actividades en el área

⁴⁶ Un grupo institucional se refiere a un grupo de AA que realizan juntas con un formato similar a los grupos tradicionales, pero las llevan a cabo en un espacio físico facilitado por la dirección de una institución pública o privada, religiosa, médica, o carcelaria ajena a AA.

de consulta externa, mientras el comité de IH estaba enfocado a los pabellones de hospitalización. Además, los comités mantenían respectivamente una estrecha relación con los dos grupos institucionales: el IP con el grupo en el área de *consulta eterna* (GCE) y el IH con el grupo en el área de los pabellones (GP). Por su parte, el comité de CCP jugó en su momento un papel importante para establecer la relación entre AA y el hospital a finales de la década de 1960.

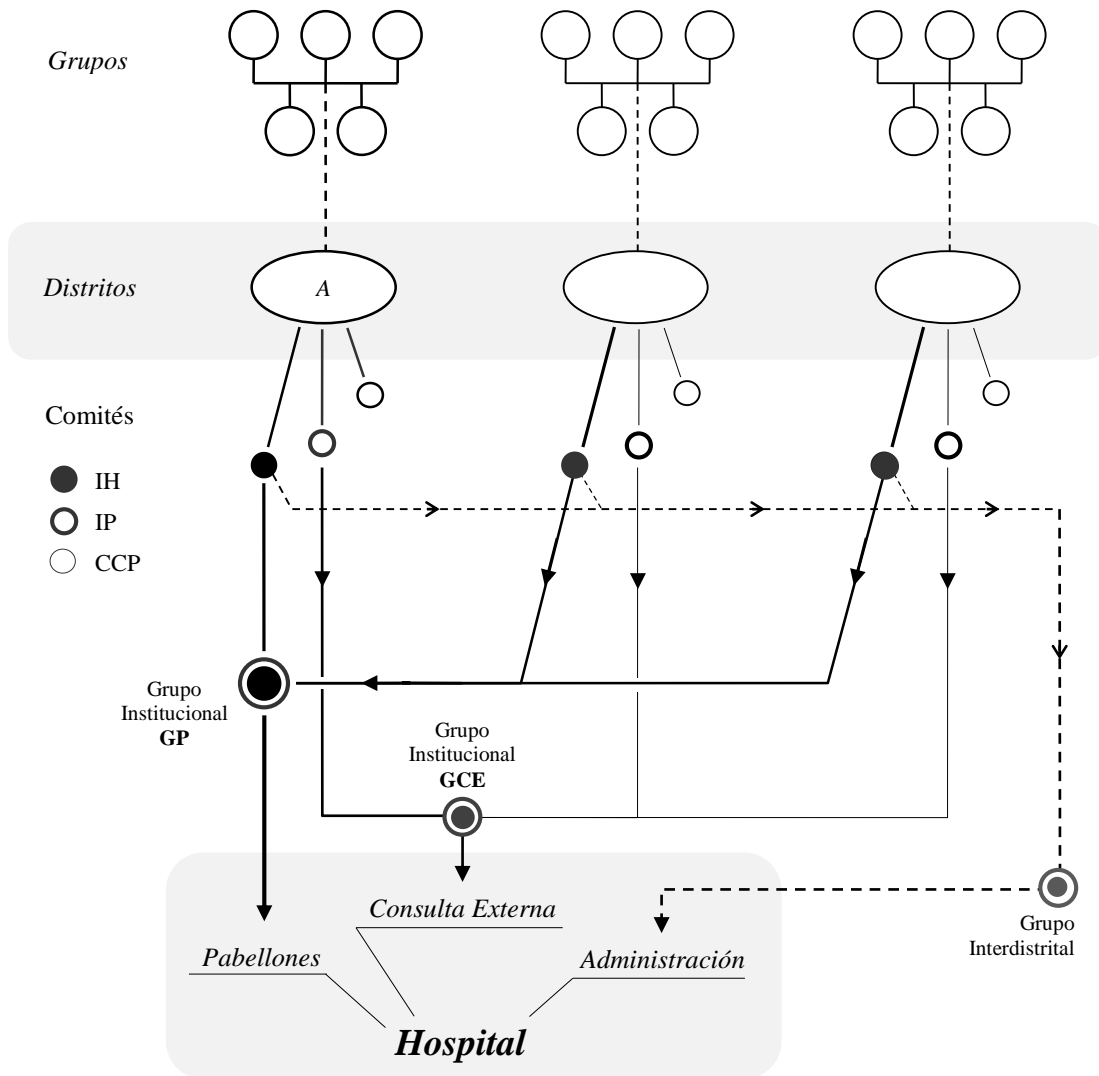


Figura 7.4 División del tareas de AA a través de los comités de distrito.

A continuación describo la organización de estos comités de servicio y sus actividades principales en el hospital.

Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional (CCP)

Desde 1969 los miembros de la comunidad de AA establecieron una relación de cooperación con los médicos que laboraban en el hospital, misma que se ha ido renovando a través del tiempo. Es muy probable que en ese entonces el comité de CCP no estuviera tan estructurado como hoy en día, sin embargo, las funciones y objetivos estaban ya definidos, por eso el acercamiento al gremio médico se dio siguiendo la tradición histórica de los primeros AA en EE.UU.

Como resultado de esta relación se creó en el hospital la Clínica para Atención de Problemas Relacionado con el Alcohol (CAPRA) hacia finales de los años 70's. La Clínica CAPRA tenía el propósito de evaluar y atender a los alcohólicos que habían alcanzado la abstinencia en los grupos de AA, pero que requerían de asistencia médica por las consecuencias del consumo crónico (Escotto, 1999).

Establecer una relación de cooperación entre AA y hospital, fue parte de los objetivos que persiguieron los servidores de ese tiempo. En un primero momento, los servidores tuvieron que auto-presentarse como alcohólicos recuperados, hablar del alcoholismo como una enfermedad y no como un vicio. También explicaron que el programa de los Doce Pasos era un método confiable para dejar de beber, ofreciendo sus propias experiencias de recuperación como prueba de su efectividad.

De manera similar, estas acciones continúan realizándose hoy en día en diferentes contextos, tal como me sucedió cuando me presenté como psicólogo en las oficinas centrales de AA. Los servidores del comité de CCP fueron quienes me ofrecieron un panorama general de AA, me ayudaron a introducirme en los distintos comités de servicio y por último, me ofrecieron su visión sobre las maneras de enfrentar el alcoholismo.

Durante los años siguientes la relación entre AA y hospital se consolidó, reflejándose en el hecho de que varios médicos pertenecientes al hospital han participado activamente en las actividades formales de la estructura de servicio. Algunos de estos médicos han sido

nombrados como *Custodios de la Junta de Servicios Generales*⁴⁷, lo cual ha contribuido a la consolidación de la cooperación entre estas dos organizaciones.

Hoy en día, después de 40 años de historia entre AA y hospital, las nuevas generaciones de servidores que participan en el CCP, ya no tienen que preocuparse por presentarse ante el personal administrativo para mostrar cómo funciona el programa de los Doce Pasos, puesto que la relación de cooperación ha sido establecida años atrás. Sin embargo, sí es necesario que los servidores mantengan y refuercen la relación de cooperación con el hospital. Actualmente estas actividades de mantenimiento son responsabilidad de quienes pertenecen a los comités de IH y las comentaré más adelante.

Comité de Información al Público (IP)

El comité de IP tuvo su origen en la preocupación de los primeros AA sobre la manera más adecuada para continuar llevando el mensaje a la mayor cantidad de alcohólicos (Sección México de AA, 2007). En un principio, las relaciones personales de estos primeros AA con médicos, trabajadores sociales o religiosos, fueron la base para difundir el programa de los Doce Pasos, además de facilitar los encuentros cara a cara con otros alcohólicos. Posteriormente, esta red de relaciones les permitió tener acceso a grupos de personas cautivas en salas de espera de hospitales, templos religiosos, incluso en sociedades médicas durante los años 1940's, y así continuar informando acerca del alcoholismo como una enfermedad (AA, 2007b).

Paralelamente a la edición del libro *Alcohólicos Anónimos*, también se empezaron a publicar artículos sobre AA en la prensa, lo cual supuso una mayor difusión de sus ideas. Durante mis observaciones en las reuniones del comité de IP, fue común escuchar sobre un artículo publicado en 1941 por Jack Alexander en el *Saturday Evening Post*, que hacía referencia a la comunidad de AA y a su método de recuperación. A este artículo se le atribuye un gran impacto en cuanto a divulgación de AA, ya que después de su publicación

⁴⁷ La Junta de Servicio Generales, constituida por los Custodios, es la principal rama de la Conferencia y su carácter es esencialmente de custodia. La Junta tiene plena libertad de acción en la dirección rutinaria de los asuntos de política o de negocios de los servicios incorporados de AA, los cuales son: la *Revista Plenitud* y los *Servicio Generales*.

se recibieron seis mil cartas solicitando ayuda (AA, 2007b). Actualmente este hecho histórico, además de ser referido frecuentemente, posee un valor significativo para los servidores. Puesto que Jack Alexander, un reportero completamente ajeno al problema del alcoholismo, publicó su artículo en una de las revistas de mayor cobertura en los EE.UU. obteniendo buenos resultado para la comunidad de AA, la estructura de servicio se mantiene abierta tanto al uso de medios masivos de comunicación como a las personas no alcohólicas interesadas en conocer y divulgar el programa de recuperación en AA. Tal como ya mencioné en el capítulo anterior, esta apertura pude observarla cuando la mayoría de los servidores se mostraron optimistas al conocer que esta investigación resultaría en una tesis doctoral, es decir, un medio de comunicación que podría ser consultada por otros profesionales, y así seguir con la transmisión del mensaje de AA.

Hoy en día la comunidad de AA utiliza los diferentes medios de comunicación masiva (internet, prensa, radio y televisión) para continuar con su propósito de informar sobre el alcoholismo como enfermedad y sobre el programa de recuperación de AA. Al mismo tiempo, una de las primeras estrategias para difundir el programa de AA aún se sigue reproduciendo: presentar el programa de AA en las salas de espera en los hospitales.

Durante el trabajo de campo algunos servidores me invitaron a observar la actividad del comité de IP en el hospital. Esta actividad consiste básicamente en presentarse como miembros de AA ante los pacientes y familiares en las salas de espera, en un periodo de tiempo no mayor a los 15 minutos. La finalidad de esta actividad es ofrecer información general sobre la enfermedad del alcoholismo, sus características y la manera en la que ellos se han recuperado a través de AA. Esta actividad es realizada por servidores de los comités distritales de IP localizados en el área correspondiente del DF. Cada comité tiene asignado un día de la semana para llevar a cabo la actividad de informar.

La actividad se desarrolla alrededor de las siete de la mañana, hora en la que las salas de espera ya están casi completas de pacientes esperando su turno. Por lo regular la actividad es desarrollada por tres o cuatro servidores, quienes se reúnen con anticipación en un salón de usos múltiples prestado por el hospital. Ahí mismo los servidores se ponen de acuerdo en relación a los temas que serán expuestos, las salas de espera que serán visitadas, y quién dirigirá la actividad. También preparan el material a utilizar, cartulinas, rotafolios, folletos

y trípticos que obsequiarán a los pacientes. Una vez organizados, los servidores recorren de cuatro a cinco salas de espera, repitiendo los siguientes pasos en cada una: solicitan permiso al grupo de enfermeras o trabajadoras sociales responsables de cada sala de espera; se presentan como miembros de AA señalando que cuentan con el permiso del hospital para hablar de alcoholismo; exponen uno o dos temas estructurados relacionados al alcoholismo y al programa de los Doce Pasos; entregan folletos de información; e invitan a los interesados por conocer más sobre el alcoholismo a una junta de información que se realizará en la sala de usos múltiples a los ocho de la mañana.

En relación a los contenidos que exponen, son temas que provienen de una lista que ha sido elaborada previamente por la estructura de servicio. Cada comité de IP tiene la libertad de elegir los temas que serán expuestos, de acuerdo a sus agendas o planes de trabajo. Los temas que se exponen son diversos: las características del alcoholismo y de la personalidad alcohólica, los principios fundamentales de los grupos, los cinco puntos básicos del método de recuperación, entre otros. Posteriormente, uno de los servidores comenta algunos episodios de su vida alcohólica y aspectos de su proceso de recuperación en AA.

La exposición de los temas es una actividad que se ensaya, a manera de *juego de roles* durante las reuniones semanales en el comité distrital de IP. Estos ensayos tienen la función de enseñar a los menos experimentados, así como a ganar confianza en sí mismos cuando estén en las salas de espera. Estos ensayos son conocidos en AA como *simulacros*, y este formato de trabajo es común a la mayoría de los comités de servicio. Cabe señalar, con base a lo anterior, que los comités de servicio se caracterizan por promover las tareas estructuradas, más que apostar por la improvisación. Las actividades están orientadas a metas establecidas, y a pesar de que existe un margen de libertad para que cada sujeto lleve a cabo la actividad, son claros los límites implícitos en los instrumentos, las reglas, y las metas de la actividad. Es decir, no se pueden abordar los temas que se abordan en las juntas grupales, existe un límite de tiempo, deben respetar las reglas que impuestas por el contexto hospitalario, etc. En ese sentido, el trabajo que los AA llevan a cabo en sus intervenciones es producto de una integración de reglas, recursos materiales, simbolismos, formas de enseñanza, que dan cuerpo a una actividad bien estructurada.

De manera general, los servidores de los comités de IP me señalaron que la intención principal de esta actividad es que las personas conozcan que el alcoholismo no es un vicio sino una enfermedad crónica, progresiva y mortal, presentando así una visión socio-cultural sobre las creencias y valores alrededor del alcoholismo; una visión que busca contraponerse, según AA, a las creencias de los pacientes. El concepto de alcoholismo en AA nos remite a pensar en una enfermedad que una vez adquirida, es crónica e incurable: una vez alcohólico, siempre alcohólico. Se postula que si el alcohólico no deja de beber, la enfermedad progresará hasta llevarlo a la muerte inminente. Entonces, la única solución, no cura, será la abstinencia/sobriedad de por vida. Dado que alcanzar el estado de sobriedad no es empresa fácil, en AA se ofrecen los pasos que guiarán al alcohólico, primero a la aceptación de su condición y posteriormente a vivir sin alcohol.

Otro momento central de esta actividad es cuando uno de los servidores narra algunos de sus episodios de alcoholismo activo, es decir, cuando aún no dejaban de beber. Estos episodios son variados y pueden referir a accidentes, peleas, hospitalizaciones, detenciones, pérdida de la memoria, desintegración y violencia familiar, entre otros. Posteriormente, contraponen su pasado a lo logrado en AA, haciendo evidente que los Doce Pasos le han servido para dejar beber. Los servidores, al estar presentes en las salas de espera, hablan de su alcoholismo y de su estado de abstinencia actual; sus narrativas pretenden ser testimonios reales de que el alcoholismo es una enfermedad que puede enfrentarse efectivamente en AA. Desde mi punto de vista, las narraciones que ofrecen los AA al público envían el mensaje no solo de que el alcoholismo es una enfermedad y todas las implicaciones que ello conlleva, sino también que al integrarse a AA es posible empezar a ser otro tipo de persona, alguien que se abstiene de beber pero también tiene un estilo de vida distinto. Entonces, no se trata solo del punto focal: dejar de beber, sino de ofrecer una posibilidad de existencia distinta.

Una creencia que forma parte de esta actividad, es la suposición de que algunos de los pacientes en las salas de espera están ahí por problemas derivados del consumo de alcohol. Siguiendo el conjunto de creencias en AA, un alcohólico no puede tomar consciencia de que su malestar físico está relacionado a su enfermedad alcohólica. Es por eso que los servidores hacen evidente esta relación a través de sus relatos sobre hospitalizaciones o problemas de salud.

En caso de que los pacientes no sean alcohólicos, existe también de la suposición de que muchos de estos pacientes tengan un familiar o conozcan a alguien que sí los sea. Entonces, al escuchar la información del alcoholismo como enfermedad y no como vicio, puede llevar a que esta persona tome acción y comunique ésta *verdad* al alcohólico. Nuevamente, en la base de esta creencia está la intencionalidad de ver a las personas como *conductos* o *medios*, por los cual el mensaje de AA puede llegar al alcohólico. De acuerdo con esto, fue común también entrever en los relatos de los servidores las perspectivas que tenían sus familiares o cercanos, en los que era común la desesperanza y el sufrimiento.

La noción de *conducto* en AA está presente en las actividades de servicio, y se refiere a los familiares, profesionales, publicaciones y ellos mismos como servidores, que pueden hacer llegar el mensaje de AA a quien lo necesita. Yo mismo fui considerado como un conducto por ser un psicólogo que, potencialmente, estaré en contacto con alcohólicos; la publicación de esta investigación, como ya señalé más arriba, también fue considerada como un conducto para que eventualmente un alcohólico llegue a AA.

En una ocasión, uno de los servidores me platicó que él había olvidado su libro de *Alcohólicos Anónimos* en un taxi. Me contó que al principio había sentido mucho coraje por ello, pero después de un rato, pensó que *por algo le había sucedido*, imaginándose que alguien más, o el mismo taxista, podría sacar provecho de ese olvido. Así, el libro dejó de ser suyo para convertirse en un conducto por el cual llegar a AA. La noción de conducto, es una creencia que media la actividad de muchos servidores en el sentido de una disposición a buscar y a encontrar oportunidades para llevar el mensaje en diversas circunstancias. El mundo intencional de los miembros de AA no se reduce a la mera transmisión de información, sino que tiene una proyección simbólica extensa según la cual los mensajes tienen el potencial de alcanzar a toda aquella persona vinculada de una u otra manera con el alcoholismo. Aun cuando los servidores trabajan frente a frente, individualmente con otros alcohólicos, paralelamente existe una visión que involucra el trabajo de equipo y la meta en común de llegar a toda persona vinculada al alcoholismo.

Al terminar de exponer los temas programados en las salas de espera, los servidores reparten trípticos sobre AA, en los cuales se ofrece información sobre cómo comunicarse con los grupos para solicitar ayuda. Me mencionaron que entregan estos trípticos porque

saben que uno de los primeros problemas que tiene el alcohólico es la negación de su enfermedad o la vergüenza que le da el aceptarlo. La negación como síntoma del alcoholismo, es un concepto central en la configuración de la personalidad alcohólica según la visión de AA. Además, la presencia de la negación del alcoholismo es un criterio incuestionable para identificar a un alcohólico. Es por eso que hay muy pocas probabilidades de que un alcohólico se acerque con ellos ahí mismo en la sala de espera para solicitarles ayuda. Otra manera que tienen los servidores para evitar esta posible vergüenza en los pacientes, es invitarlos a las juntas de información que se llevan a cabo en el mismo hospital señalando el lugar, los días y los horarios. Sin embargo, según me comentaron los servidores, la mayoría de las personas que asisten a estas juntas de información son familiares (esposas o madres) de las personas alcohólicas. Gran parte de las acciones de los servidores son desarrolladas conforme al concepto de la negación, puesto que buscan evitar la manifestación de este síntoma en el alcohólico, por ejemplo, entregar trípticos a todos los pacientes para no señalar particularmente a un paciente, o invitar abiertamente a las juntas de información.

Los comités de IP también cooperan con el hospital a través de la Clínica CAPRA. Cuando un paciente solicita consulta por primera vez en CAPRA por las consecuencias médicas del consumo crónico (gastritis, pancreatitis, cirrosis, etc.) se le invita a asistir a las juntas de información, sin llegar a ser un paso obligado para recibir la atención médica. Sin embargo, para aumentar las probabilidades de que se asista a la junta de información, dos servidores veteranos de AA que colaboraban con los médicos del CAPRA, recibiendo pacientes y organizando expedientes, auxiliaban a los pacientes de primera vez en los trámites administrativos, en las pruebas de laboratorio, etc. Esta manera de actuar de los servidores estaba dirigida a ganarse la confianza de los pacientes para luego invitarlos a la junta de información sobre AA. Esta participación de soporte en algunas tareas administrativas del hospital por parte de los servidores, supone un actuar estratégico para conectarse y convencer al alcohólico desde el contexto hospitalario, un contexto que ofrece la atención médica por el padecimiento asociado al consumo crónico de alcohol.

Otra función que tienen los servidores del comité de IP es la creación y mantenimiento de los grupos institucionales. Para el caso del hospital de estudio, el grupo institucional en el área de consulta externa (GCE) fue establecido en 1990 es el segundo grupo institucional

en este hospital. A este tipo de grupos también se le llama coloquialmente como grupos de *paso doce* o de *quinta tradición*, dado su objetivo explícito por transmitir el mensaje.

Los servidores de IP, además de visitar las salas de espera, también organizan y participan en las reuniones del GCE cinco veces por semana. A las reuniones en este grupo se les conoce como juntas de información, que a diferencia de las juntas tradicionales de hora y media, tienen una duración de una hora. En estas juntas de información se exponen temas similares a los expuestos en las salas, pero con la posibilidad de extenderse en algún aspecto del programa o en los episodios del alcoholismo activo de diferentes servidores.

Una última función del comité de IP en el hospital, es la canalización de los pacientes que han aceptado su problema y piden ayuda. En estos casos los servidores establecen un diálogo más personal con ellos y dan sugerencias acerca de los grupos a los cuales pueden asistir. También solicitan los datos personales del paciente y permiso para ponerse en contacto con él una vez que se tenga información sobre los grupos que están próximos a su domicilio. En el caso de que el paciente fuera hospitalizado, entonces los datos serían comunicados a los servidores del comité de IH.

Algunos de los servidores del comité de IP me comentaron que su motivación por realizar este servicio es la satisfacción que sienten al poder contribuir para que otros conozcan acerca de su enfermedad y puedan dejar de beber. Otros comentan que realizar este servicio es una manera de regresar lo que ellos alguna vez recibieron, por lo que al estar informando al público en un hospital, sentían que contribuían al objetivo primordial de AA, y así ellos también se fortalecían en su recuperación evitando las recaídas en el alcohol. Más adelante analizaré la fuerza de este precepto que tiene un carácter normativo, ético y de reestructuración de vida al permitirle a los servidores de AA sostener su sobriedad al participar en la actividad de llevar el mensaje.

Comité de Instituciones Hospitalarias y Grupo Institucional en los Pabellones

En los comités de Instituciones Hospitalarias (IH) se desarrolla con mayor intensidad la actividad de llevar el mensaje al paciente hospitalizado. Dado que en estos comités realicé el mayor número de observaciones etnográficas, he decidido presentar la información en dos

partes. En la primera parte describo las funciones del grupo institucional en el área de pabellones (GP) el cual está fuertemente vinculado a los comités de IH. En la segunda parte, y que corresponde al contenido del capítulo ocho, presento el análisis de los comités de HI, su organización y los objetivos específicos que se pretenden alcanzar.

El GP fue establecido en los primeros años de la década de 1980. Entre los objetivos estaban la realización de juntas abiertas y cerradas de AA y de la actividad de llevar el mensaje a los pabellones hospitalarios. El GE estaba conformado en su mayoría por miembros veteranos con años de experiencia en el servicio de llevar el mensaje. A estos miembros se les conoce también como *servidores voluntarios* o *voluntarios del servicio*, ya que no participan en los comités de la estructura de servicio. Sin embargo, estos veteranos, por contar con una amplia trayectoria en el servicio de llevar el mensaje, se consideran miembros indispensables para el proceso de apadrinamiento a los novatos en el 12° Paso, es decir, para el proceso de aprendizaje sobre cómo realizar la actividad. En mi trabajo de campo observé como los servidores veteranos acompañaban y guiaban a los novatos durante los recorridos por los pabellones.

El GE se reúne tres veces por semana en un espacio asignado por los administradores del hospital. En este espacio los servidores realizaban dos tipos de juntas: cerradas y abiertas. En el primer tipo de junta solo pueden estar presentes los miembros de AA y aquellas personas o pacientes que llegan por primera vez y consideran que posiblemente sí tienen problemas con el consumo de alcohol. El segundo tipo, las juntas abiertas o juntas de información pública, tenían un formato similar a las juntas del GCE, cuyo objetivo principal era el de informar sobre la enfermedad del alcoholismo y sobre el programa de los Doce Pasos. Estas últimas juntas estaban dirigidas hacia los pacientes hospitalizados o familiares de estos, interesados en el programa de AA o con dudas respecto a la enfermedad del alcoholismo.

Como ya lo había mencionado, los servidores del comité de IH del *Distrito A* no tenían la capacidad suficiente para recorrer todos los pabellones en la hora asignada. Dada esta situación, compañeros de otros distritos vecinos participaban. Una de las tareas específicas del coordinador del grupo era la de distribuir a los servidores de manera que todos los pabellones fueran visitados en el transcurso de una semana. En la Tabla 7.1 presento una

relación de los distritos vinculados al servicio en el hospital y el número de grupos que conforman cada uno. En las otras dos columnas presento el número de servidores que conforman el comité de IH y, por último, el número de servidores que participaron en la actividad de llevar el mensaje durante el periodo de mis observaciones de campo. En la fila inferior de la tabla incluí a los miembros de AA que consideraban al GP como su grupo base, es decir, el grupo al cual ellos pertenecían.

Tabla 7.1 Distribución de distritos, grupos y servidores en el hospital.

Distrito o grupo	Grupos representados	Servidores en el comité de IH	Servidores que asistían a las juntas grupales
A	15	5	3*
B	8	4	2*
C	10	3	2*
D	5	3	3
GP	-	-	6
Total			16

Cabe mencionar que esta estimación no refleja la asistencia total de los servidores que participaban en la actividad de llevar el mensaje. El número de servidores que asistían al GP variaba por día. Hubo ocasiones en las que solo se presentaban cinco servidores, mientras que hubo días que asistían alrededor de 30 servidores. Dada esta variedad, decidí establecer un límite para centrar mi trabajo de campo. Para delimitar mis observaciones consideré oportuno solo enfocarme a los servidores que asistían al hospital, por lo menos, una vez por semana. El razonamiento para establecer este límite fue el hecho de garantizar la continuidad de las observaciones en los pabellones de hospitalización.

El total de servidores que observé durante las juntas del GP fueron 16. Sin embargo, no a todos los observé durante la actividad de llevar el mensaje. Tres de los servidores están más enfocados en las tareas propias del grupo, y en pocas ocasiones realizaban recorridos por los pabellones. Por otro lado, tres de los servidores eran mujeres, lo que me impidió

que pudiera acompañarlas a los pabellones por existir acceso restringido a visitantes que no fueran del sexo femenino⁴⁸.

Al igual que en los grupos tradicionales, existen los servicios internos de coordinador, secretario, tesorero y cafetero; servicios que son asignados cada dos años. El coordinador del GP, además de guiar la secuencia de las juntas y llevar la agenda de los asuntos generales, también es el responsable de coordinar los recorridos y visitas a las salas de hospitalización. Además, el coordinador del grupo también era responsable de informar mensualmente al distrito sobre las actividades realizadas en el hospital. Por ejemplo, se informa acerca de las cantidades de pacientes visitados, alcohólicos identificados, canalizaciones realizadas y juntas de información llevadas a cabo. Posteriormente, con base a los datos de ambos grupos institucionales, los servidores del distrito elaboran nuevos informes generales de las actividades de AA en el hospital, para ser entregados al personal administrativo del hospital.

En una misma línea que lo anterior, el coordinador también realizaba recorridos por los puestos de seguridad del hospital y por las áreas administrativas y de control del personal de enfermería del hospital, para ofrecer y regalar tazas de café o té. La intención de esta acción, según me explicó el coordinador, era agradecer el apoyo que daban a AA para facilitar que los servidores pudieran acceder al hospital sin ningún obstáculo. También Paco, uno de los servidores veteranos en el hospital, me comentó que él sentía *orgullo sano* por el hecho de que le permitieran entrar al hospital solo por ser miembro de AA. De la misma manera, el coordinador buscaba agradecer la cooperación de las enfermeras por permitir el acceso a los pabellones y ayudarlos para llevar el mensaje a los alcohólicos. En el capítulo nueve profundizo sobre esta cooperación de las enfermeras, sin embargo, adelanto que esta cooperación consistía en comunicar a los servidores la presencia y localización de pacientes con antecedentes de consumo crónico. De esta manera, ofrecer café o té tiene el fin práctico de mantener buena relaciones de cooperación con las

⁴⁸ La relación entre el número de hombres y mujeres en el servicio de AA, no correspondía a la proporción de hombres y mujeres hospitalizados por consumo de alcohol: de 578 casos relacionados al consumo crónico de alcohol, 263 eran mujeres, el 45.5%.

enfermeras, posibilitando que los recorridos por los pabellones sucedan sin restricciones y, en algunas ocasiones, con ayuda de parte del personal de enfermería.

Otra ventaja de esta relación de cooperación, es que al tener conocimiento de pacientes con antecedentes de consumo, o *prospectos* como se conocen en AA, el coordinador puede decidir de mejor manera sobre la distribución en los pabellones de los servidores. En ocasiones, si el coordinador tiene datos sobre el prospecto, por ejemplo la edad, el coordinador solicita a un servidor de edad similar para quien sea quien le lleve el mensaje. Esta estrategia está basada en la creencia de que para el alcohólico es más fácil comenzar a aceptar su alcoholismo, cuando una persona similar a él sea quien le lleve el mensaje. Esta creencia está englobada en el significado del *punte de comprensión*, que analizo en el siguiente capítulo.

Otras características que el coordinador tomaba en cuenta para elegir qué servidores enviar hacia los pacientes prospecto, eran el motivo de hospitalización y el lugar de procedencia. Sin embargo, tal como me señaló el coordinador, era muy difícil contar con alguno de estos datos. Es por esto que la práctica más común que observé cuando recorrían los pabellones, era ver que los servidores llevaban el mensaje de cama en cama, hasta encontrar a un paciente que reconociera algún problema con el alcohol o un paciente que el servidor consideraba como prospecto.

Al igual que los servidores del comité de IP, el coordinador del GP reproducía actividades bien estructuradas y orientadas hacia el mantenimiento de una relación cordial entre AA y el hospital. El interés de los servidores por mantener una relación de cooperación con el hospital, era el de seguir teniendo un acceso directo a los pacientes alcohólicos, quienes eran el objeto de toda la actividad en conjunto. Con todo esto, establecí una primera interpretación de AA que me permitió entender que la coordinación de las acciones individuales de cada servidor y la distribución de las tareas estaban orientadas a promover o propiciar la oportunidad de estar frente al paciente alcohólico o prospecto. Los contextos hospitalarios, por sí mismos, ofrecen a AA un espacio para el encuentro con alcohólicos, pero esto no es suficiente, se necesita de una organización bien estructurada para sacar provecho del contexto y tener un impacto en los pacientes.

Sin embargo, la coordinación del grupo institucional en el hospital solo es una función más en la estructura de servicio de AA, y esta no puede ser comprendida del todo si no se analizan otros contextos de servicio relacionados. Al ir acumulando datos durante mis observaciones en los pabellones, fue necesario ampliar el contexto de observación debido a que los servidores reproducían acciones y significados vinculados a las actividades de los comités de IH. A través de las conversaciones con los servidores surgieron diferentes invitaciones a conocer más del trabajo en los comités. De esta manera se hizo evidente que el coordinador del grupo institucional en el hospital solo podía coordinar las actividades siempre y cuando los servidores, a los que coordinaba, llegaban al hospital con una intencionalidad u orientación en sus acciones, la cual era adquirida a través de la participación en los comités. Es por esto que solo describir la actividad de llevar el mensaje al prospecto, es decir el *cómo* de la actividad, no fue suficiente para comprender también el *porqué* de esta actividad. Extender el contexto de observación a los comités de servicio de IH, me llevó a comprender la constitución de los significados de llevar el mensaje, significados que motivaban y a la vez orientaban la actividad.

En el capítulo siguiente describo y analizo las actividades de los comités IH, centrándome en las creencias o postulados de AA para interpretarlos como instrumentos, conjuntos de significados, que median y orientan al sujeto en el sistema de la actividad. Pero antes de terminar retomo la representación del sistema de llevar el mensaje al inicio de este capítulo (Figura 7.1) para mostrar una nueva representación del sistema con lo analizado hasta ahora. En la Figura 7.5 represento la organización de la comunidad de AA a través de su estructura de servicio, en la que existe una distribución de tareas atribuidas a los diferentes comités de servicio, los cuales trabajan paralelamente para alcanzar, directa o indirectamente al alcohólico que aún sigue bebiendo.

Específicamente tres comités de servicio están o estuvieron relacionados con el hospital. El comité de CCP, el cual aparece relacionado al sistema de actividad representado por el triángulo del fondo en la Figura 7.5, tiene como objeto a los profesionales. En el sistema de en medio, el comité de IP es el que media la actividad de los servidores, orientándolos hacia los pacientes que esperan en las salas de consulta externa del hospital. Por último, el sistema de actividad, en el cual el comité de IH ejerce parte de la mediación (representada por la línea punteada que conecta los componentes *comunidad y objeto*), está orientado

hacia los pacientes hospitalizados, en especial, a quienes tienen antecedentes de consumo crónico o fuerte, llamados *prospectos*.

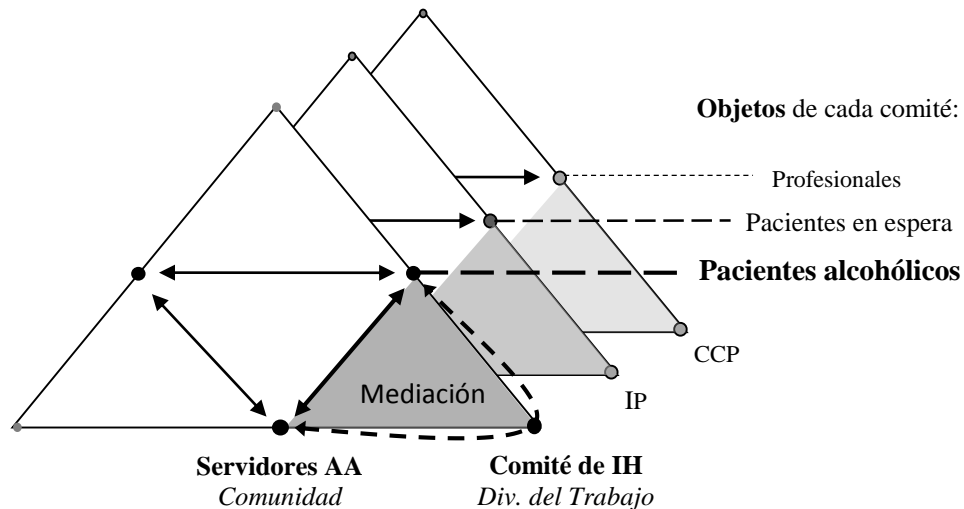


Figura 7.5 Tres sistemas de actividad de la estructura de servicio de AA. Cada comité media sobre la actividad de los servidores orientándolos a tres diferentes objetos.

En este primer capítulo de análisis solo he descrito las funciones de tres comités de servicio, sin embargo existen más de diez comités en la estructura de AA. Cada uno de los comités tiene como fin último llegar al alcohólico, aunque no siempre de manera directa y observable, como es el caso del CCP. La estructura de servicio de AA es un mecanismo que se ha venido desarrollando para diversificar tanto las formas en las que AA se relacionan con la misma comunidad de alcohólicos recuperados, como con la sociedad en general. Pero además de ofrecer esta diversidad de actividades, también es un mecanismo que ayuda a distribuir y seleccionar servidores de acuerdo a los intereses y capacidades individuales. Cabe recordar que no todos los miembros de AA pertenecen a la estructura de servicio, sino que ellos recorren una de las trayectorias al interior de AA, tal como lo describió Hoffmann (2003). Cuando un miembro de AA decide formar parte del servicio y ser aceptado por otros como un servidor, se inicia específicamente en un comité distrital y no en la estructura de servicio como un todo. Al formar parte de un comité y no de otro, los servidores desarrollarán actitudes, capacidades y significados distintivos. En el siguiente capítulo describo las condiciones particulares de los comités de IH que orientan a sus integrantes hacia los alcohólicos hospitalizados.

CAPITULO 8.

MEDIACIÓN EN LA ACTIVIDAD DE LLEVAR EL MENSAJE

En el capítulo anterior analicé la división del trabajo de la comunidad de AA a través de la estructura de servicio, enfocándome en tres de los comités de servicio que dirigen sus actividades, o las han dirigido, hacia el hospital. Para la realización de este análisis fue necesario ubicarme desde una perspectiva tal que me permitiera observar la organización en conjunto. Sin embargo, esta perspectiva me obligó a alejarme del fenómeno y no dar cuenta de datos concretos acerca de la cotidianidad que se vive en cada uno de los comités de servicio. Ahora bien, para este segundo capítulo analizo solo al comité de Instituciones Hospitalarias (IH), lo que me permitió un mayor acercamiento a las actividades cotidianas de los servidores. Los datos que presento a continuación fueron obtenidos durante las observaciones en las reuniones de trabajo de tres distintos comités distritales vinculados al hospital.

Durante las primeras observaciones de campo, una de mis primeras indagaciones fue preguntar directamente a los servidores qué razones tenían para estar en los hospitales buscando alcohólicos. Las respuestas que recibí las pude agrupar, de manera general, en tres tipos. El primer tipo de respuestas hacían referencia a la actividad de llevar el mensaje como una forma de tradición establecida por los fundadores de AA desde 1935, la cual debía continuarse indefinidamente. El segundo tipo eran respuestas que señalaban a los hospitales como uno de los mejores lugares para encontrar personas alcohólicas. Y un tercer tipo de respuestas señalaban que la actividad de llevar el mensaje representaba la mejor manera para alejarse ellos mismos del alcohol.

Para comprender mejor las respuestas que hacían referencia a la continuación de una tradición, fue necesario observar más de cerca cómo es que se reproduce la tradición en lo cotidiano. Tal como lo propongo a lo largo del capítulo, los comités de IH representan los contextos donde se concentra gran cantidad de recursos socioculturales que constituyen la actividad de llevar el mensaje. En la primera parte de este capítulo analizo cuáles son los objetivos que el comité de IH debe alcanzar, y cómo orientan las tareas de los servidores. En la segunda parte presento un análisis de los sistemas de actividad del comité,

centrándome en la función mediadora de los instrumentos y reglas con relación a la actividad de llevar el mensaje.

Los objetivos del comité de IH

Al inicio de mi trabajo de campo pregunté a unos cuantos servidores sobre el origen y las razones por las cuales se crearon los comités de IH. Ellos me respondieron que no sabían con plena exactitud la fecha en que habían surgido, tanto en EE.UU. como en México. Sin embargo, un par de ellos me señaló que estos comités se formaron expresamente para coordinar el servicio de aquellos alcohólicos en recuperación en AA interesados en visitar a otros alcohólicos en hospitales.

Hoy en día, para poder llevar el mensaje a los hospitalizados es necesario que exista un acuerdo de cooperación entre el personal directivo del hospital y AA. Tal como lo señalé en el capítulo anterior, estos acuerdos pueden ser negociados por el comité de CCP o IH. Para el caso específico del hospital, la comunidad de AA ha mantenido una relación de más de 30 años, por lo que su preocupación actual continúa siendo la de sostener dicha relación de cooperación. Una vez establecidos los acuerdos, los comités de IH cuentan con permisos de acceso a las salas de hospitalización en los horarios determinados por el hospital. En términos generales, esta es la forma en la que AA se coordina con las instituciones de salud.

En lo que concierne a la organización interna en AA, los comités de IH son los responsables de llevar el mensaje. De acuerdo a la literatura de la Sección México de AA (2005; pág. 2) el objetivo central del comité de IH es: *“llevar el mensaje de AA a los que por estar encamados en alguna institución hospitalaria, no pueden asistir a un Grupo del exterior”*. Según me dijeron la mayoría de los servidores, este objetivo puede ser interpretado de manera más amplia, dado que no solo se visitan a los alcohólicos que ya desean ir al grupo, sino también a los alcohólicos que aún no saben que están enfermos. Por lo tanto, el objetivo central es dar a conocer a los alcohólicos hospitalizados el programa de los Doce Pasos de AA para la recuperación (Figura 8.1). Este objetivo está representado en el sistema de la actividad en donde el *objeto* es el alcohólico en el hospital y el resultado es que conozca el programa de AA. En esta representación expongo dos tipos de relaciones

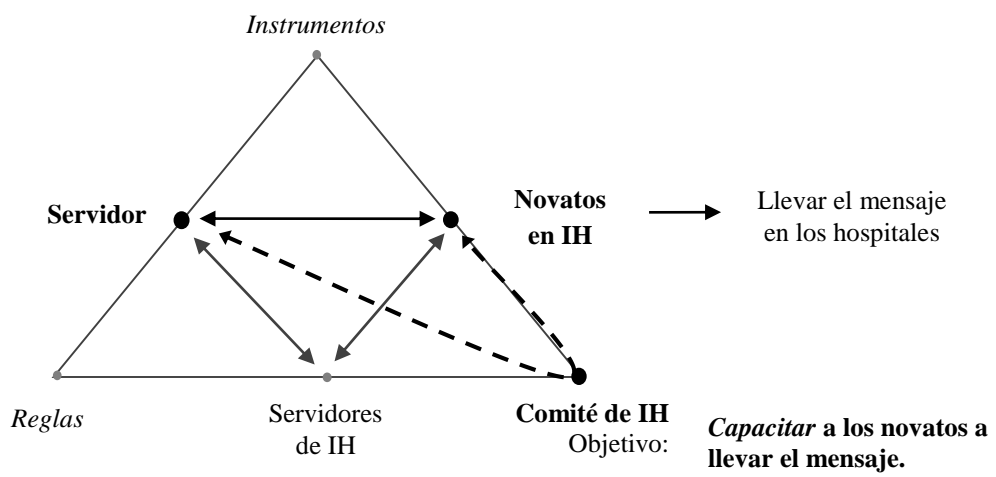
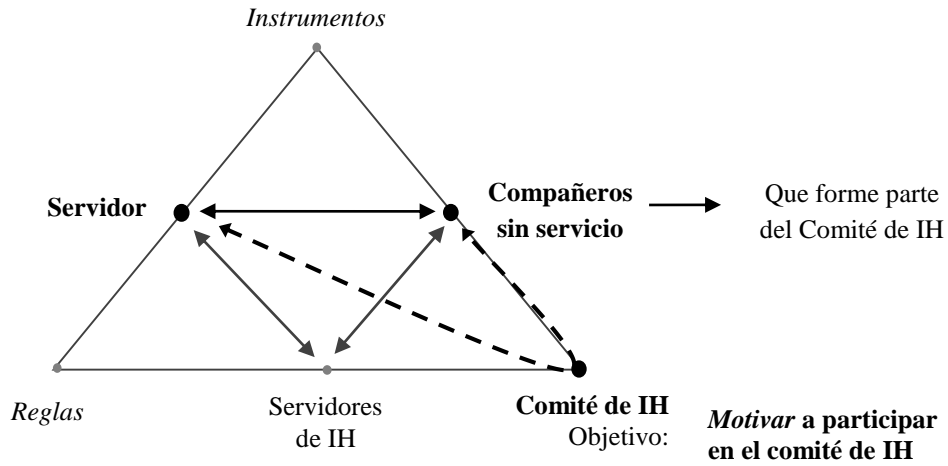


Figura 8.2 Actividad de motivar a otros compañeros (sistema superior) y actividad de capacitar a los servidores novatos (sistema inferior).

Al comparar los sistemas de actividad representados en las Figuras 8.1 y 8.2 se observa que los servidores del comité de IH dirigen sus actividades tanto a los alcohólicos hospitalizados como a los mismos compañeros de AA, esperando obtener distintos resultados, aunque fuertemente interrelacionados. Dependiendo del objetivo que persigan en el comité será la orientación de la actividad y, por ende, el objeto de la actividad. A continuación describo las actividades *motivar* y *capacitar* que los servidores de IH despliegan.

Motivar a otros compañeros a participar en llevar el mensaje.

¿Para qué motivar a participar en el comité de IH? Parte del razonamiento de esta actividad se basa en la necesidad de garantizar la continuidad del propio comité en lo particular, y del movimiento de AA, en lo general. Puesto que los servidores de los comités se renuevan cada dos años, según las reglas de la estructura de servicio, se tiene que prever el relevo de los servidores en turno por otros que continúen y coordinen las actividades del comité. Los coordinadores del comité, al igual que el coordinador del grupo institucional descrito en el capítulo anterior, son los servidores responsables de motivar y convocar nuevos miembros para asegurar la continuidad.

La actividad principal para motivar la participación en el comité de IH, se caracterizaba por realizar visitas a los distintos grupos que conformaban el *Distrito A* al que pertenecían. Estas visitas se programaban con anticipación y se llevaban a cabo durante las juntas cerradas de cada uno de los grupos. La acción concreta del coordinador era compartir a los miembros del grupo sus experiencias acerca de la actividad de llevar el mensaje en los hospitales, haciendo énfasis en los beneficios obtenidos en su proceso de recuperación y mantenimiento de la sobriedad. En una ocasión acompañé a un comité de IH a motivar a un grupo de su distrito, el coordinador comentó:

“Durante tres años estuve practicando el programa de los Doce Pasos; casi todos los días venía al grupo a compartir mis problemas y me ayudó mucho escuchar experiencias de otros compañeros. Un día mi padrino me habló de llevar el mensaje a los hospitales, pero no lo hice mucho caso en ese momento. Un día tuve una pelea muy fuerte con mi familia... ¡Casi me voy a la botella otra vez...! ¡Ese día entendí, que tenía que hacer algo más! Le pedí a mi padrino que me llevara al hospital. (...) En el servicio encontré fortaleza para no beber por 24 horas...” –Iván.

Con este tipo de relatos con contenido emocional, en los que se narraban situaciones comunes, pero riesgosas de hacerlos recaer, los servidores buscaban causar un efecto en los AA del grupo. Hacia el final de este tipo de relatos, los servidores enfatizaban el beneficio que había tenido el servicio en su recuperación personal o en su estado de sobriedad.

Algunos servidores me comentaron que para despertar un interés por el servicio, preferían dirigirse y conectarse con aquellos compañeros que tuvieran poco tiempo en AA y poco conocimiento de la estructura de servicio. El interés por los miembros recién llegados se basaba en la creencia de que entre menos tiempo en un grupo, menos ideas erróneas sobre el servicio habría. Además, este tema se vinculaba a un asunto que frecuentemente se discutía en las reuniones de los comités: el número reducido de servidores en AA. Un ejemplo de esto era la constante preocupación para cubrir los puestos de servicio en el comité de IH debido a la falta de servidores. Algunos distritos estaban conformados por tres servidores, y otro por dos⁴⁹, cuando se suponía debía haber un mínimo de cuatro para los servicios de coordinación, secretaría, tesorería y cafetería.

Cuando pregunté sobre las causas de la falta de servidores, las distintas respuestas se centraron en la personalidad del alcohólico como causa principal. Cabe recordar que en AA, el alcohólico es considerado como una persona egoísta por naturaleza. Entonces, si el servicio significa ayudar a otro y dar su esfuerzo-tiempo a los demás, para ellos no es extraño que muchos alcohólicos no participen en los comités⁵⁰.

Otras respuestas coincidieron en señalar que este problema se debía a que en los grupos no se fomentaba la tradición de servir. Al preguntarles más sobre esto, algunos me comentaron que en los grupos solo se estudia el programa de los Doce Pasos y, en el mejor de los casos las Doce Tradiciones, pero le dedican muy poco tiempo o nada al estudio de los Doce Conceptos de Servicio. Otros más opinaron que el problema está en los líderes de cada grupo, quienes no fomentan el servicio en los recién llegados porque no quieren perder parte de las aportaciones económicas destinadas a mantener el grupo.

Las explicaciones elaboradas por los AA iban desde considerar aspectos psicológicos de la personalidad del alcohólico, la debilidad de la organización grupal para enseñar correctamente los principios, hasta las proyecciones a futuro para el sostenimiento del grupo. El tema de la falta de servidores es un tema constante en las juntas de servicio, y un asunto de tensión y conflicto entre los servidores. Engeström (2001) ha señalado que las

⁴⁹ Para ver la distribución de los comités de IH, ver la Tabla 7.1 del capítulo anterior.

⁵⁰ Puesto que en AA no se tiene registros ni se llevan estadísticas de su organización, es difícil estimar el porcentaje de servidores en la comunidad de AA.

tensiones sistémicas son inherentes en las actividades humanas e influyen en la actividad al traer presiones que pueden detener o promover el desarrollo del sistema, incluso pueden llegar a ser una razón para el cambio de la naturaleza de la misma.

Puesto que mi objeto de investigación no estuvo centrado en las actividades de los comités para garantizar su continuidad, no me fue posible seguir por un largo periodo cómo los servidores enfrentaban esta tensión. Solamente pude estar presente en algunas reuniones en las que se discutían estrategias para motivar y atraer a compañeros al comité, siendo la principal estrategia el aumento del número de visitas a los grupos.

Otro tema de discusión era la falta de servidores veteranos que quisieran motivar a los más novatos. Idealmente, en AA se tiene contemplado que una vez que los servidores han transitado por todos los niveles de la estructura de servicio, deben regresar a sus grupos de origen para compartir su experiencia de servicio con los compañeros recién llegados. Sin embargo, esta estrategia bien aceptada y valorada por los servidores, pocas veces se cumple, según me comentaron. También me explicaron que los veteranos no quieren regresar a los grupos porque sienten que ya no son tomados en cuenta para la toma de decisiones y, por tal razón, prefieren mantenerse activos como servidores voluntarios en los grupos institucionales o en los comités de servicio⁵¹. De acuerdo a lo anterior, para varios miembros de AA el convertirse en servidores que llevan el mensaje al grupo individual ya no representa una opción que les permita mantenerse sobrios. Ahora el contexto de participación en los comités de servicio es su campo de existencia como persona sobria.

Una de las estrategias que más se promueven para motivar a nuevos compañeros a unirse al servicio, es la de expresarse a través del ejemplo personal. Esta propuesta no es exclusiva de los servidores, sino que se utiliza en diversos contextos de la comunidad de AA. Los servidores que observé relataban sus experiencias del Paso Doce en los hospitales como parte fundamente de su proceso de recuperación personal. Esta práctica cultural ha sido analizada por algunos investigadores (Cain, 2001; Swora 2004), quienes analizaron el uso

⁵¹ Para un seguimiento de los conflictos y tensiones en un grupo rural de AA, ver la investigación realizada por Módena (2008).

de las estructuras narrativas de AA sobre el pasado ejemplar, caracterizando lo que está bien o mal en el proceso de la recuperación personal.

Esta estrategia está basada en la creencia de que en AA no existen fórmulas o recetas únicas para la recuperación, ni tampoco que se alcanza la sobriedad a través de órdenes estrictas sobre lo que se debe y no hacer. Aunque existen los principios fundamentales de AA (Pasos, Tradiciones y Conceptos), estos son entendidos como *sugerencias* que ayudan a dejar de beber alcohol o actuar de mejor manera en el servicio; pero no se entienden como obligaciones. Constantemente se recuerda que estos principios son el resultado de la acumulación de experiencias de los primeros alcohólicos en AA para mantenerse en sobriedad. Es por esto que la enseñanza a través del ejemplo personal y el relato de las experiencias personales son consideradas como las mejores estrategias para motivar a aquellos que aún no conocen el servicio.

Un coordinador de comité me dijo que entre más se lleva el mensaje a los hospitalizados, más experiencias se tendrán para luego ser compartidas a otros compañeros. En este sentido, el relato de las experiencias se convierte en un instrumento cultural de gran valor, tanto para la recuperación personal, como para atraer a nuevos servidores. Esto mismo puede observarlo en los servidores novatos⁵², quienes a pesar de no contar con experiencias de contacto directo con alcohólicos hospitalizados, compartían sus primeras experiencias de apadrinamiento en el servicio, lo cual era suficiente para ser compartido a otros miembros que no tenían contacto con el servicio. Así, tanto veteranos como novatos, hacían uso de sus experiencias personales para cumplir con el objetivo del comité en relación a la atracción de nuevos miembros.

No obstante, los miembros de AA no siempre se quedan en el servicio solo por la motivación que los servidores veteranos puedan ejercer. Dos de los servidores entrevistados me dieron razones que difieren de lo que he venido presentando. Toño me platicó que hasta después de haber estado dos años en su grupo de AA, empezó a conocer mejor la estructura de servicio. Me dijo que él se había quedado en el servicio por lo que conoció en sus primeras visitas a los hospitales:

⁵² Los novatos no tenían más de tres meses como servidores.

“Cuando fui a un grupo de instituciones escuché cosas que no se oyen en los grupos [base⁵³]. Por ejemplo ¿dónde comenzó AA por querer alcanzar a los alcohólicos? Pues en un hospital. Ahí nació todo, el compromiso y el desinterés de ayudar a otros. Yo ahí pude ver, y gracias al conducto de mis compañeros, que AA es más que cuatro paredes.” –Toño.

Toño continuó relatándome sobre sus primeros encuentros con el grupo institucional y cómo esto lo llevó a querer conocer más sobre la historia de AA y a participar en los servicios. Entre otras cosas me enfatizó que, a pesar de ya tener tiempo en AA, fue en el grupo del hospital donde comprendió que la literatura y el programa de los Doce Pasos estaban basados en las experiencias de los primeros AA que visitaban los hospitales, lo que iba más allá de las *cuatro paredes*⁵⁴ del grupo base.

Algunos otros servidores me dijeron que el motivo principal por haber iniciado en el servicio había sido, en parte, por la curiosidad de saber lo que otros compañeros hacían en los hospitales; otros servidores fueron alentados por sus padrinos. Ya fuera por curiosidad o por sugerencia, algunos servidores encontraron en el servicio un interés personal. Incluso hubo un servidor, Lalo, que me habló sobre haber encontrado una pasión desde la primera vez que llevó el mensaje:

“Hay un sentimiento, no te lo puedo explicar, pero lo intentaré. Hay una emoción interna cuando uno lleva el mensaje a su primer encamado, que te corre por todo el cuerpo y uno se siente como satisfecho, hasta un tanto cuanto envanecido. (...) Uno empieza a sentir esa sensación como entre reto, entre la satisfacción del deber cumplido y algo de vanidad, por supuesto que sí, o al menos en mi caso, de decir ‘lo logré’. Entra una especie de emoción que un quisiera platicarle a todo mundo: ‘Oye llevé a mi primer encamado, vieras como lo convencí’. Él, yo creo, ya estaba convencido y nomás necesitaba un empujón, ¡pero yo me sentí parte! (...) Hay quién

⁵³ Por *grupo base* se entiende al grupo al que un alcohólico frecuenta para participar en las juntas cerradas, y al cual él o ella se siente parte. Por lo común el grupo base es aquel grupo en donde conoció sobre los Doce Pasos y sobre la necesidad de mantenerse abstemio/sobrio.

⁵⁴ La expresión “cuatro paredes” la *escuché* frecuentemente en las reuniones de servicio, para enfatizar que una vez que se ha alcanzado cierto grado de sobriedad, el alcohólico debía comprometerse en actividades de la estructura de servicio que trascienden al grupo.

lo hace nada más para evitar una recaída. En mi caso, es porque yo amo lo que hago, yo amo a la gente que está sufriendo por alcoholismo y cómo quisiera hacerles entender que se autodestruyen cuando ingieren alcohol y drogas.” –Lalo.

Según su relato, Lalo descubrió emociones al llevar el mensaje y evolucionó después de tres años en sentir un fuerte deseo por ayudar a los alcohólicos. En este sentido, él llegó a ese estado de desinterés personal por ayudar a los demás, que en AA se señala frecuentemente cuando se discute la cualidad de la humildad como una virtud del alcohólico recuperado y del desarrollo de la espiritualidad. La sensación de satisfacción por ayudar a otro alcohólico fue interpretada por Lalo desde el marco de referencia simbólico de AA y de los pasos que hay que dar para alcanzar la sobriedad.

En breve, los servidores de los comités de IH orientan parte de sus actividades hacia la conservación y reproducción de las actividades del propio comité. Se interesan principalmente en asistir con frecuencia a los grupos para compartir sus experiencias y así poder mostrar que AA no es solo lo que sucede en el grupo. Buscan comunicar la importancia del Servicio como tradición, enfatizando que la actividad de llevar el mensaje es el objetivo principal de AA y es parte de la recuperación. Ahora bien ¿qué sucede cuando un compañero decide integrarse al comité de IH?

Capacitar para llevar el mensaje

Para participar en los comités de IH hay que cumplir con algunas características. A pesar de la obviedad, uno de los requisitos es haber vivido la experiencia del alcoholismo y su recuperación. Este requisito contiene un fuerte significado para la construcción de la identidad del servidor. Algunos servidores, al contar sus relatos personales, señalaban las experiencias poco exitosas cuando acudieron a un médico o a un psicólogo para resolver su problema de alcoholismo, para enfatizar que la trayectoria de la recuperación no es tan simple y es más larga de lo que parece. En las reuniones de AA escuché frecuentemente decir que tanto en la medicina, la psicología, como en la religión aún no se había podido encontrar una solución clara para el alcoholismo. Esta situación de poca efectividad era contrastada con la alternativa de solución que AA ofrecía. En este contexto, los alcohólicos

recuperados a través de los Doce Pasos, se asumían como poseedores de un conocimiento experiencial que les permitía ayudar a otros alcohólicos. Además, esta cualidad experiencial los hace diferenciarse de los profesionales de la salud, quienes todavía no encuentran una solución.

A uno de los servidores veteranos le pregunté si era necesario haber estado hospitalizado para pertenecer al comité de IH. Me contestó lo siguiente:

“No forzosamente. Dice, el libro de trabajo de hospitalarias que no se requiere de gran elocuencia, de gran conocimiento, ni siquiera de haber pasado por la experiencia de estar encamado. Lo único que se debe de tener es el conocimiento del programa de AA, y el deseo de transmitirlo. Por eso es que se sugiere que una persona, hombre o mujer, que esté en el comité de instituciones, tenga como mínimo un año de experiencia, un año de sobriedad dentro del grupo, para que no se espante al llegar a un hospital” –Lalo.

Para Manuel, uno de los servidores novatos, lo más importante para poder llevar el mensaje era la aceptación de la enfermedad por parte del alcohólico. Me dijo lo siguiente:

“Llevar el mensaje, como se nos ha marcado, es antes que nada que tengas la aceptación de que tienes el problema, para luego llevarlo. Tienes que tener un conocimiento de qué es lo que vas a llevar (...) El primer paso⁵⁵ es fundamental, admito mi ingobernabilidad ante el alcohol” –Manuel.

Otro requisito para ser servidor era contar con un año de sobriedad. Aunque este límite temporal puede ser acortado o extendido con base a la autonomía de cada comité distrital, los servidores creen que sí es necesario un periodo sostenido de abstinencia para que el AA vaya encontrando un *equilibrio emocional* a lo largo de su recuperación, lo que a su vez le ayuda a tener mayor fortaleza para no recaer. El tiempo de recuperación también significa que los servidores puedan mostrarse más tranquilos frente a los alcohólicos hospitalizados y así realizar adecuadamente el servicio de llevar el mensaje. Puesto que el servidor es un

⁵⁵ Primer Paso: “Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables” (AA, 1986).

testimonio de la recuperación en AA, se intenta ofrecer una imagen que dé cuenta de la efectividad de los Doce Pasos.

Por otro lado, contar con un periodo de sobriedad previo al servicio también es visto como una condición necesaria para el trabajo en equipo con otros compañeros. Toño, un servidor novato, me señaló que solo a través de la sobriedad él podía seguir aceptando su *personalidad alcohólica* y tolerar a sus compañeros alcohólicos. Para Toño, esto era necesario para realizar su trabajo de servicio. También me contó que el alcohólico en AA no deja de estar enfermo solo por dejar de beber, sino que el egocentrismo y otros defectos de carácter seguirán estando presentes en los servidores:

“Cuando se tiene el año puede uno entrar a servir. En lo personal me sirvió para ir conociendo a los compañeros, el temperamento... porque es cambiante; el diario vivir de los compañeros. Como te puede venir un día un compañero bien, contento, alegre, podemos amanecer de malas y hay veces que no quieres salir de la casa. Son muchas cosas, yo no puedo definir qué es lo que luego nos hace cambiar. Hay circunstancias en que hasta a mí mismo me pueden orillar a no servir ¡sí pasa!” – Toño.

Algunos servidores como Toño creen que es necesario haber alcanzado un periodo considerable de tiempo antes de empezar a servir. Dado que el alcohólico recuperado sigue experimentando cambios en su estado de ánimo, impidiendo que lleve a cabo el trabajo de servicio, el estado de sobriedad es visto como un recurso que sin garantizar el cumplimiento del servicio, sí ayuda a controlar los cambios emocionales. Si un AA no ha alcanzado cierto grado de sobriedad antes de entrar al servicio, existe un alto riesgo de un no cumplimiento de su responsabilidad por su bajo control emocional, por ejemplo, una respuesta de intolerancia hacia sus compañeros.

AA ha incorporado diferentes definiciones sobre alcoholismo y sobre el alcohólico; definiciones que les permite explicarse su condición. A lo largo de su historia, la comunidad de AA ha caracterizado al alcohólico como una persona hipersensible, inmadura, perfeccionista y exigente. Además, señalan que un alcohólico se frustra fácilmente y recurre al alcohol a manera de refugio emocional. Con el tiempo, el alcohol se convierte en una obsesión y beber en una compulsión. Los alcohólicos justifican

alcoholizarse por sentirse nerviosos, enojados, preocupados o tristes. Siempre hay un pretexto para beber; son mentirosos y despilfarradores. Pueden ser personas sensatas en otras áreas de la vida, pero cuando se trata de alcohol son egoístas, deshonestos e inoportunos. De manera breve, esta es una síntesis de lo que refieren cuando hablan de la personalidad alcohólica.

Regresando a los requisitos para entrar al servicio, existe un último que establece que el servidor deberá contar con suficiente disposición de tiempo para la realización de su servicio. Dado que los compromisos tienen una duración de dos años, es importante para AA que el mismo servidor se mantenga para dar seguimiento a las actividades y para no dar una mala imagen de AA hacia el exterior, desacreditando a la comunidad frente a los profesionales de los hospitales.

Algunos servidores novatos me comentaron que al ingresar al comité de IH, fue la única manera en la que pudieron ampliar su conocimiento sobre el servicio, pero sobretodo, reconocieron en ellos mismos su capacidad de ayudar a otros alcohólicos. Por ejemplo, en una reunión de comité uno de los veteranos leyó el siguiente pasaje de la literatura de AA:

“Tú puedes ayudar cuando nadie más puede. Tú puedes ganarte la confianza de ellos cuando otros fracasan... Los clérigos y los médicos son personas competentes y si tú quieres, puedes aprender mucho de ellos, pero ocurre que por tu propia experiencia con la bebida, puedes ser singularmente útil a otros alcohólicos.” (AA, 1986; p.83)

En el mismo tono, durante otra reunión se leyó el párrafo inicial del capítulo sobre la 5ª Tradición, el cual hace referencia al potencial de los alcohólicos para ayudar a otros:

“...han demostrado que pueden ayudar a las víctimas del alcoholismo, como otros rara vez podrían conseguirlo. Esta singular habilidad que tiene cada miembro de AA para identificarse con los recién llegados y contribuir a su recuperación, no depende de su sabiduría, elocuencia o habilidad personal. Lo único que importa es que sea un alcohólico que haya encontrado la clave de la sobriedad.” (AA, 1952; p. 184).

vinculan a los servidores veteranos para aprender a llevar el mensaje y gradualmente entenderse a sí mismos como servidores. Este proceso en AA se conoce como *apadrinamiento* del servicio. También puede entenderse el apadrinamiento como el acompañamiento que hace el servidor veterano al novato durante el paso inicial por el comité de servicio, compartiéndole su conocimiento y experiencia a través de consejos o sugerencias sobre cómo ir mejorando.

De acuerdo a lo anterior, los novatos recorren una trayectoria a través de la cual aprenden a utilizar relatos de vida que los expertos les proporcionan para cambiar la percepción que tienen de sí mismos, de su consumo de alcohol, de su pasado. Pero también aprenden junto con los expertos las habilidades necesarias para llevar a cabo el mensaje en el contexto hospitalario.

Además del apadrinamiento como parte del proceso de capacitación en el servicio es necesario que los novatos lean ciertos documentos o pasajes de ellos para conocer más de la actividad. Cada semana se llevan a cabo reuniones de comité para comentar y discutir las lecturas que han sido programadas previamente. Esta actividad tenía como objetivo que los novatos pudieran conocer más de la literatura de AA ya que, según los servidores, se tiende a solo leer el libro de *Alcohólicos Anónimos* sin hacer caso del resto. Incluso algunos lamentan que ellos mismos habían mal interpretado algunas de las ideas de AA por no haber leído otros libros; y lamentaban aún más que esas ideas falsas se siguieran transmitiendo a los compañeros recién llegados a AA.

A pesar de que existe un fuerte valor alrededor de la literatura, también se reconoce que existe poco interés por estudiar otros libros de AA. Algunos servidores me comentaron que se habían sorprendido de lo extensa de la literatura y de lo poco conocida que era al interior de la comunidad, lo cual representaba una tensión más al interior de los comités. Una estrategia que se utilizaba para introducir a los servidores novatos a la actividad, era a través de los *simulacros*.

Estos ejercicios de simulación, consisten en representar el momento preciso de estar frente al paciente hospitalizado y aprender qué y cómo se habla cuando se lleva el mensaje. Durante mis observaciones de campo registré que normalmente eran los servidores

veteranos quienes asumían el rol del paciente alcohólico, mientras que los novatos actuaban y desplegaban sus habilidades para llevar el mensaje. Cuando los veteranos participan en los simulacros y representan al alcohólico hospitalizado, actúan conforme a su experiencia cuando han llevado el mensaje, tratando de presentar una variedad de pacientes a los que se puede enfrentar un novato. Algunas veces representan alcohólicos que rápidamente aceptan la ayuda, pero en otras ocasiones representan a alcohólicos agresivos que niegan su enfermedad. Al finalizar el ejercicio se discute sobre lo realizado y se ofrecen sugerencias sobre cómo mejorar la actividad. Un novato en el comité de IH me comentó que para él era mucho más fácil entender la actividad de llevar el mensaje a través de los simulacros.

Por otro lado, un coordinador de comité comentó que los simulacros además de ser útiles para aprender a cómo realizar el servicio, también favorecían al alcohólico en recuperación en su área personal, puesto lo ayudaban a vencer el miedo de hacer el ridículo cuando se tenía que hablar frente a un extraño. Señaló que para un alcohólico como él, lo peor que le podía pasar era que se burlaran de lo que hacía o decía y que había empezado a tomar alcohol para poder tener la valentía de hacer cosas que de otra manera jamás las hubiera hecho. Sostuvo que al llegar a los comités de IH y observar por primera vez los simulacros de llevar el mensaje, sintió miedo al ridículo. Al platicar sobre este miedo con su padrino, y saber que su mismo padrino también había sentido miedo, entonces pudo poco a poco sentirse cómodo con los simulacros. Él estaba seguro que ese ejercicio tan simple y creado para la capacitación de llevar el mensaje, le había ayudado a tener más confianza y seguridad en sí mismo. De esto también se comprende que el paso del novato por el comité, no solo se relaciona con un proceso de adquisición de conocimiento, sino que está en juego el hecho de convertirse en una persona diferente, con un nuevo entendimiento y despliegue de sí mismo.

Otra utilidad más que encuentran los servidores en los simulacros es que aprenden a cuidar el lenguaje y las ideas que dicen frente a un paciente hospitalizado. Puesto que en los comités de IH están conscientes de que al ingresar a un hospital tienen que respetar el reglamento de la institución, es durante los simulacros cuando se corrige lo que pudiera causar algún tipo de problema y se señalan los comentarios incorrectos para tal contexto.

De esta manera, los simulacros también sirven para mediar la manera de hablar de los servidores novatos y evitar los posibles conflictos con los pacientes y el personal de salud.

Hasta aquí he analizado las actividades de motivar a nuevos compañeros y capacitar a los servidores novatos para llevar el mensaje, actividades que corresponden a los objetivos del comité de IH. Haber analizado estas actividades como sistemas separados no significa que se presentan en la vida cotidiana como fenómenos totalmente diferenciados, sino al contrario, estos sistemas corren paralelos y esto puede comprenderse mejor cuando se analizan los *instrumentos* y las *reglas* que se comparten en ambos sistemas. Por ejemplo, los servidores veteranos utilizan el formato del relato personal como instrumento para hacer el 12º Paso frente a los encamados, pero también los utiliza para motivar a que nuevos compañeros se interesen por el servicio o para capacitar al novato sobre lo que tiene que hacer cuando esté frente a un hospitalizado.

Aunque existen tres actividades simultáneas en el comité de IH, estas están relacionadas entre sí por los instrumentos y por las mismas reglas (ver Figura 8.4). Gran parte de los instrumentos usados y de las reglas que observé en las actividades del comité, también fueron observados durante los recorridos por las salas de espera. Haber observado los instrumentos empleados y las reglas seguidas en tres diferentes sistemas de actividad, me permitió una mejor comprensión de los significados implicados en ambos componentes del sistema. En esta Figura represento la continuidad existente en el uso de instrumentos y de reglas en las tres actividades del comité IH. En general los instrumentos y las reglas permanecen similares en cada sistema, no obstante la función que tienen en cada sistema difiere en relación al objeto del sistema.

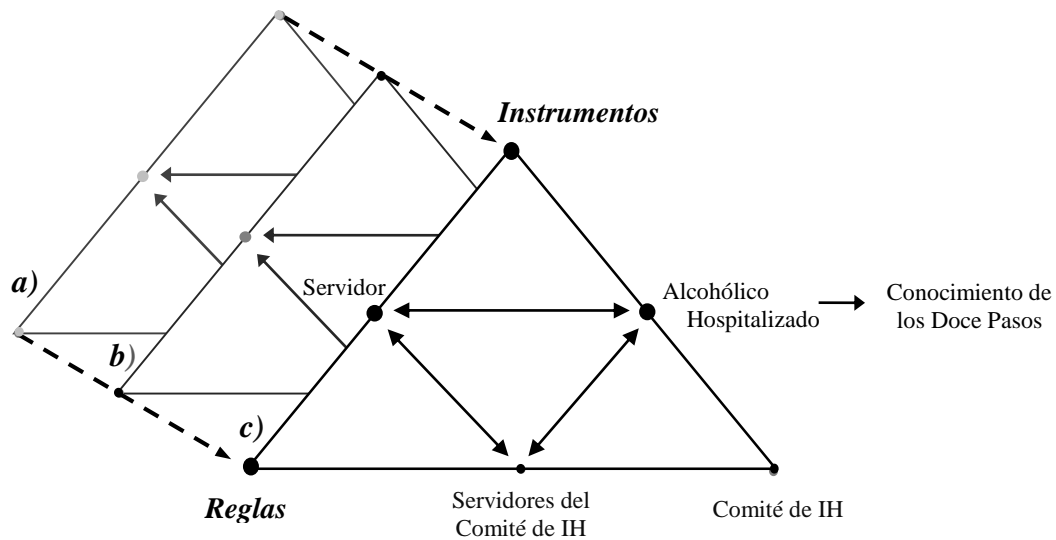


Figura 8.4 Instrumentos y reglas compartidos en tres sistemas de actividad del comité de IH: a) *motivar*, b) *capacitar* y c) *llevar el mensaje*.

En un sentido muy general, pareciera que tanto los instrumentos como las reglas van transformándose y acumulando significados a lo largo de los tres sistemas de actividad. Por ejemplo, cuando un servidor veterano utiliza un relato sobre los beneficios de llevar el mensaje para motivar a que otros se unan al servicio, buscará resaltar a través del relato (*instrumento*) un método efectivo para mantener la sobriedad. Por otro lado, cuando el veterano utiliza su relato para capacitar a un novato en el servicio, tratará de enseñar cuál será la estructura narrativa propia del relato que deberá ser usada cuando se esté frente a un hospitalizado. Por último, cuando ese relato se expresa frente a un hospitalizado, se estará utilizando para tratar de persuadir al alcohólico a que reconozca su problema con el alcohol.

Con base a esta idea de continuidad en el uso de instrumentos y de seguimiento de reglas entre las actividades del comité de IH, presento un análisis sobre cómo estos instrumentos y reglas eran utilizados por los servidores de AA como recursos socioculturales para llevar el mensaje a un alcohólico hospitalizado, presentándose a sí mismos como alcohólicos en recuperación.

El uso de instrumentos y reglas para la construcción de una actividad compleja mediada.

Antes de comenzar con el análisis quiero llamar la atención al hecho de que en AA no es necesario pertenecer a la estructura de servicio para tener conocimiento sobre lo que es el 12° Paso. Basándome en los trabajos de Cain (2001) y Swora (2001, 2004) señalo que los alcohólicos recién llegados a un grupo de AA tienen contacto casi inmediato con la actividad de 12° Paso. Como ya mencioné en el capítulo tres, Cain centró su interés en el papel que juegan las *historias personales* como un mecanismo mediador que utilizan las personas y que les permite empezar a participar en un mundo figurado de AA.

Sin embargo, existen otras formas de conocer los significados del 12° Paso, como puede ser a través de algunos pasajes de la literatura de AA que tocan el tema. Específicamente el Enunciado de AA, el cual se lee al inicio de todas las reuniones, y que señala que llevar el mensaje a otro alcohólico es el objetivo principal de la agrupación, es decir, la 5ª Tradición⁵⁶. La idea de llevar el mensaje como el objetivo principal de AA se escucha muy frecuentemente en las juntas de los grupos. No obstante, con base a lo registrado durante las reuniones de servicio, considero que es a través de participar en los comités de IH en donde los servidores novatos pueden acceder a los nuevos significados del sistema de actividad con los cuales se reinterpretan, gana nuevas comprensiones y amplían su nivel de participación en el servicio.

Estos nuevos significados e interpretaciones sobre llevar el mensaje son comunicados a los nuevos miembros través del estudio de pasajes específicos de la literatura de AA y de los relatos que hacen los veteranos sobre sus experiencias en el servicio. Dicho de otra manera, cuando los servidores se apoyan en los pasajes y los relatos, los emplean como instrumentos para comunicar nuevos significados que dan sentido a la actividad en AA, pero al mismo tiempo los utilizan como mecanismos para entrenar a los novatos y proponerles una nueva forma de ser persona, de ser servidor en AA.

Con una lógica analítica similar a la de Cain (2001) cuando analizó las *historias personales* de alcoholismo como mecanismos mediadores, yo he analizado los pasajes de la literatura

⁵⁶ Para ver el Enunciado y 5ª Tradición ir al capítulo dos, páginas 38 y 40 respectivamente.

y los relatos personales sobre el 12º Paso como instrumentos mediadores. Pero a diferencia de Cain mi interés analítico se centró en la identificación de los significados en la literatura de AA y en relatos personales que eran utilizados para enfrentar a los alcohólicos hospitalizados (Figura 8.5).

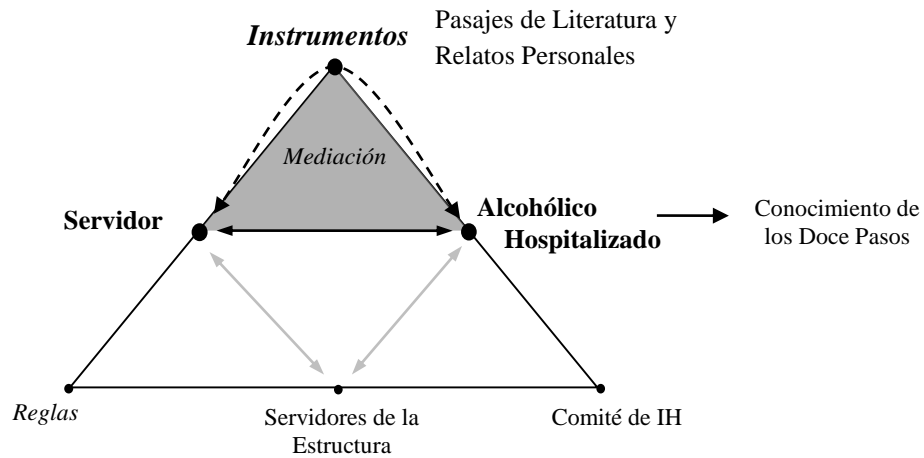


Figura 8.5 Mediación de los pasajes de literatura y relatos personales en llevar el mensaje.

Instrumentos que median el significado de Llevar el Mensaje

Tal como ya lo había mencionado, durante la capacitación de los nuevos servidores se estudian y comentan algunos pasajes de la literatura de AA. Esta actividad tiene como finalidad el desarrollo de una mejor comprensión y un nuevo sentido acerca del servicio de llevar el mensaje. A lo largo del trabajo de campo, uno de los pasajes más comentados fue aquel que hace referencia al primer encuentro que sostuvieron los dos fundadores de AA, es decir, cuando Bill W. buscó a otro alcohólico para hablar sobre su alcoholismo.

De acuerdo a las explicaciones ofrecidas por los servidores de IH, este episodio de AA encierra la esencia del movimiento: cuando un alcohólico es ayudado por otro alcohólico. Los servidores me alertaron inmediatamente sobre lo fácil que es malinterpretar este hecho histórico. Me dijeron que comúnmente se cree que Bill W. fue quién ayudó al Dr. Bob. Sin embargo, en los comités de IH se enfatiza lo contrario, señalando que fue el Dr. Bob y su

estado de alcoholismo activo, quien ayudó a Bill W. para continuar en su estado de sobriedad. En este contexto de interpretación, los servidores veteranos enseñan a los novatos que Bill W. buscaba un *otro* alcohólico que le ayudara a reducir su deseo por el alcohol, solo a través de conversar con él.

Uno de los coordinadores de comité con cinco años de experiencia en el servicio me comentó que esta idea no es tan fácil de entender, ya que a él mismo le llevó tiempo comprenderla y poder trasmitírsela a otros compañeros. Me dijo que para ayudar a los servidores novatos a entender esta idea, él se apoyaba en otro pasaje de la literatura, mismo que también lo escuché en los otros comités. Este pasaje es el párrafo inicial del capítulo “Trabajando con Otros” del libro de *Alcohólicos Anónimos*, en el que se lee:

“La experiencia práctica demuestra que no hay nada que asegure tanto la inmunidad a la bebida como el trabajo intensivo con otros alcohólicos. Funciona cuando fallan otras actividades. Esta es nuestra duodécima sugerencia: ¡Llevar este mensaje a los alcohólicos!”. (AA, 1986; pág. 83)

Esta última referencia es ampliamente utilizada para establecer que llevar el mensaje es la mejor estrategia que un alcohólico puede desplegar para evitar la recaída. Este significado derivado de la revisión e interpretación de los pasajes de la literatura, es utilizado por los servidores en diferentes momentos para comunicar los significados implícitos de la actividad. Por ejemplo, en una ocasión escuché a un servidor sugerirle a un novato que lo acompañara a trabajar con los hospitalizados para que *se pusiera mejor* ya que lo había visto muy ansioso durante la junta del grupo. El servidor ofreció al novato la oportunidad de experimentar cómo la actividad de llevar el mensaje le iba ayudar a disminuir el deseo de beber como solución para dejar de sentir ansiedad. De esta manera, el servidor establecía un vínculo entre la actividad de llevar el mensaje y el hecho de evitar una recaída.

En breve, con estos primeros dos pasajes proponen una idea clara: *buscar y ayudar a otros alcohólicos es una manera de mantenerse sobrio*. Buscar y ayudar a otros alcohólicos son actividades complejas que, según los AA, favorecen que ellos mismos mantengan su sobriedad. Para completar este nuevo significado, los coordinadores refieren otro pasaje histórico que utilizan como instrumento mediador, en el cual se relata lo que sucedió después del primer encuentro entre los fundadores. Brevemente, el relato describe que

después del primer encuentro, Bill W. pudo mantener su estado de sobriedad, pero no el Dr. Bob. Se señala que un mes después del encuentro, el Dr. Bob comprendió la importancia que tenía el trabajo con otros alcohólicos, por lo que ambos personajes decidieron llevar el mensaje a los alcohólicos hospitalizados. Después de dos días de haber contactado un hospital y explicado el nuevo método de recuperación, conocieron a Bill D., un alcohólico quién llegaría a ser el tercer miembro de AA (AA, 1986).

Este relato histórico no solo está difundido en los comités de IH a través de los documentos escritos de AA, también se difunde a través de una imagen (Figura 8.6) que representa el encuentro de los fundadores de AA con el tercer miembros del movimiento. La imagen proviene de un cuadro titulado “El hombre en la cama” el cual fue pintado por un miembro de la comunidad norteamericana de AA. La imagen fue publicada por la revista oficial de AA *Grapewine* en diciembre de 1955 y desde entonces se ha convertido en el símbolo de los comités de IH., pero también puede encontrarse en otros contextos como son los grupos, las oficinas centrales, y otros comités.



Figura 8.6. Cuadro “El hombre en la cama”. Representa el encuentro que sostuvieron Bill W. y el Dr. Bob con quien más tarde sería el AA número tres, Bill. D. (AA, 2007e; pág. 3).

Al hacer comentarios sobre el pasaje y la imagen del encuentro con el tercer alcohólico, los coordinadores reforzaban la idea de llevar el mensaje como una necesidad del alcohólico en recuperación. Enfatizaban que el Dr. Bob solo pudo mantener su sobriedad

hasta que comenzó a llevar el mensaje a otros alcohólicos. Y para redondear el relato sobre el Dr. Bob se hacía referencia a un dato histórico escrito en el folleto “AA en los hospitales”, donde se señala que el Dr. Bob ayudó a más de cinco mil alcohólicos hospitalizados en el resto de su vida (Sección México de AA, 1992). De esta manera, el Dr. Bob personifica el alcohólico que tiene una fuerte necesidad por ayudar a otros alcohólicos como la única manera de mantenerse él mismo sin consumir alcohol. Además, los AA resaltan el hecho de que el Dr. Bob fuera médico, proponiendo al programa de los Doce Pasos como una alternativa legítima para contrarrestar la enfermedad alcohólica.

Con este tipo de pasajes de la literatura de AA, los coordinadores de los comités de IH conducen las reuniones de trabajo. En una ocasión, un coordinador después de comentar ciertos aspectos de la vida del Dr. Bob, reflexionó que él mismo se había sorprendido de la capacidad que tienen los alcohólicos de entregarse a lo que verdaderamente desean. Primero señaló, en un tono irónico, que durante su vida alcohólica él estaba totalmente dedicado a beber alcohol, dejando de lado todo lo demás. Después dijo que al participar en el servicio de AA entendió que, a pesar de su enfermedad alcohólica, podía utilizar esa capacidad de entrega para cosas más positivas, como llevar el mensaje a otros alcohólicos.

De esta manera, a través de las lecturas y sus respectivos comentarios, los veteranos comunican a los novatos sus experiencias cargadas de nuevos significados acerca del 12º Paso. Con este conocimiento como telón de fondo, los servidores novatos pueden seguir reinterpretando su condición alcohólica y seguir apropiándose de la necesidad que tienen por llevar el mensaje como una manera de garantizar su propia sobriedad. Con todo esto, puedo concluir que las lecturas y los relatos personales son instrumentos que, al ser utilizados, mediatizan las relaciones veteranos-novatos, el proceso de la capacitación y el establecimiento de la necesidad por buscar a otro alcohólico.

Este establecimiento de la necesidad fue trabajado teóricamente por Leontiev (1981c) y últimamente retomado por Kaptelinin y Nardi (2006) para comprender el proceso de formación de un sistema actividad. Estos autores señalan que cuando una persona tiene una necesidad y se enfrenta con el objeto que la satisface, la necesidad misma es transformada, es decir, se objetiva. Una vez que el sujeto ha vinculado su necesidad con el objeto, entonces la actividad se establece. Desde este momento, el objeto se convierte en motivo,

y la necesidad de la persona ya no solo lo motiva, sino que lo dirige también. Por ejemplo, uno de los servidores veteranos me comentó que desde muchos años atrás ya había conocido la actividad de llevar el mensaje en hospitales, pero no se sintió interesado por seguir realizándola. La necesidad de la actividad vino tiempo después, cuando a raíz de un problema personal que casi lo llevó a una recaída, fue que pensó que debía retomar el servicio de llevar el mensaje.

“Yo ya tenía tiempo con que si regresaba o no al hospital, pero no me decidía. Yo sabía que esto me ayuda, me ponía bien, pero ya sabes, la indecisión. Me pasé varios años guerreando; yo pensaba en dinero y prestigio y otras tonterías, pero la vida me puso en mi lugar. Yo no le entré [al servicio] por virtuoso ‘¡Ah yo soy muy bueno!’ sino por una gran necesidad de ya no sufrir y eso me llevó a gozarlo. Lo hice por necesidad, hoy lo hago por convicción. Soy una persona que ha aprendido a manejar, ya sea para bien o para mal, a mi persona. Al estar llevando el mensaje obtienes experiencias que te ayudan a sentirse mejor.” -Paco.

Para algunos servidores novatos, estar en el comité de IH implicaba seguir recordando su condición alcohólica y la causas de su alcoholismo, principalmente su egocentrismo. Ellos deseaban ya no beber más alcohol, también reconocían que la mejor forma de lograrlo era dejando de ser egoístas y ayudar a otros, para así alejarse del alcohol. Su necesidad se centraba en buscar a otros alcohólicos para no volver a beber alcohol. Algunos de ellos me plantearon esta necesidad de la siguiente manera:

“La obsesión y la mentalidad [alcohólica] siempre va a estar, nunca se te va a quitar, eso sí te lo digo eh! Paramos la enfermedad, y por eso si estamos haciendo un servicio es porque así es ¿porque es mi necesidad cabrón! Bueno en mi caso personal así es, mi necesidad.” -Manuel.

“Por ser alcohólico, yo traigo ideas enfermas. Por eso yo necesito del servicio...si no ¿qué me queda?, no tengo otra cosa, no sé hacer las cosas, entiende que desde que uno nace es así, no sabe cómo hacer la cosas correctas... por eso hago el servicio” -Iván.

“Primero se debe vencer el orgullo, las características del alcohólico, lo que se llaman aquí los defectos de carácter⁵⁷, el temperamento... Hay veces que ni yo mismo me puedo definir porque hay un cambio tan bruscamente dentro de mí y puede ser que en el sentido que cuando uno bebía tenía esos cambios también. Pero todo eso viene de una estructura inmanejable desde, quizás desde que uno empieza a vivir ¿no? [...] Los servicios te van dando un cambio de personalidad y un cambio de estructura, un cambio de muchas cosas para poder ser alguien útil en la vida ¡sí!”
–Toño.

Estos servidores ubican el origen de su consumo como algo inherente a su ser persona, incluso desde que nacen. Se visualizan a sí mismos en su pasado como determinados por su temperamento, por sus estados emocionales o sus necesidades. Pero también aluden al trabajo que han realizado consigo mismos en AA como la estrategia que les permitió convertirse en algo diferente. Sin embargo, conservan esa esencia invariable (*ser alcohólico*) como algo que llevan y llevarán por siempre y que solo lograrán mantenerla a raya a través de participar en diferentes actividades dentro de AA, siendo la de llevar el mensaje la más importante. Así, se presentan a sí mismos como personas con una agencia personal activa, que lucha contra la esencia inherente a los alcohólicos pero también en constante proceso de transformación.

Tanto Manuel como Toño, dos de los servidores entrevistados y que tenían menor tiempo llevando el mensaje, comentan que para ellos es necesario este servicio para seguir trabajando en sí mismos y en sus características de enfermo alcohólico. De este modo, la actividad de llevar el mensaje representa una manera de vencer la mentalidad alcohólica, que es la condición principal que los han llevado a beber alcohol de manera incontrolable. Tal como lo presentó Paco cuando recordó que él también había empezado en el servicio como una manera de evitar el sufrimiento, pero que después de seis años de llevar el mensaje, reconoce que hay un gusto y un deseo personal por realizarlo, además de

⁵⁷ En AA se utiliza frecuentemente el término *defectos de carácter* para referirse a lo que en el cristianismo corresponde a los siete pecados capitales, siendo la *soberbia* uno de los defectos característicos de la personalidad alcohólica, según AA.

desarrollar cierto control en su vida personal lo que lo ha llevado a sentir un estado de libertad.

Por otro lado, también observé el uso de otros conceptos de AA como instrumentos mediadores de la actividad. Durante el trabajo de campo, fue una constante observar un agradecimiento de los servidores hacia AA porque les ha permitido seguir con vida. En diversas ocasiones mencionaban que de no haber llegado a un grupo, seguramente estarían olvidados en un hospital psiquiátrico, o metidos en la cárcel o muertos. Por lo tanto, estar en AA y mantenerse sin beber alcohol, es el resultado de lo que llaman haber *recibido la dádiva*⁵⁸. Con esta expresión se refieren no solo a dejar de beber, sino que han encontrado un nuevo sentido en su vida, una nueva forma de ver el mundo y de interpretar sus problemas pasados a través del programa de los Doce Pasos. Algunos creen que la dádiva ha sido un regalo de Dios o una segunda oportunidad de vida, mientras otros lo entienden como un compromiso por ayudar desinteresadamente a los demás.

Dos de los servidores veteranos me comentaron que para hacer efectivo todo lo bueno que han recibido en AA, el alcohólico debe ser desprendido y llevar la dádiva a otro que la necesite. Se dice que si el alcohólico no transmite lo que le han regalado, entonces es muy probable que recaiga en el alcohol a causa de su egoísmo. Durante una reunión del comité de IH se leyó la siguiente cita del libro *Doce Pasos y Doce Tradiciones* sobre este mismo asunto:

“Hay otra razón para ese único propósito: sabemos que pocas veces podemos conservar la preciosa dádiva de la sobriedad, si no la pasamos a otros (...) Impulsados por el deseo de nuestra propia conservación, de nuestro deber y de nuestro amor, no es extraño que hayamos llegado a la conclusión de que nuestra Sociedad tiene solo una alta misión que cumplir: llevar el mensaje de AA a todos los que aún ignoran que tienen salvación” (AA, 1952; pág. 184).

⁵⁸ Algunos pasajes que hacen referencia a la idea de la *dádiva*: “Has recibido dádivas que no requieren recompensas; da en la misma forma” (A.A., 1952; p.130); “Se hizo evidente que para poder sentirnos emocionalmente seguros entre gente adulta, tendríamos que vivir “a base de dar sin recibir”; tendríamos que desarrollar la conciencia de estar en sociedad o de hermandad, con las gentes que nos rodean” (A.A. 1952; p. 124).

Al tener presente que en AA se tiene la idea muy extendida del egocentrismo como la raíz del alcoholismo, entonces es comprensible que la mejor manera de demostrar que uno ya no es egocéntrico, es a través de compartir la experiencia de recuperación a través de los Doce Pasos con otros alcohólicos que aún no pueden dejar de beber. En este sentido, llevar el mensaje al alcohólico hospitalizado es una forma de regresar la dádiva y de ser menos egoísta.

Por otro lado, regresar la dádiva deberá ser un acto desinteresado, del cual no se espera recibir ningún tipo de recompensa más que mantener la propia sobriedad. Es por esto que se propone que llevar el mensaje deberá ser un acto de verdadera humildad. Ser humilde, generoso y sin esperar nada a cambio, son pruebas sólidas de que el alcohólico ha alcanzado el estado de sobriedad, lo cual lo aleja del alcohol. Regresar la dádiva, o regresar la copa como algunos refirieron, es también un acto de retribución, tal como me lo explicó Paco:

“Si a mí AA me ayuda a llevar una vida útil y feliz ¿qué hago? Ayudarle a otro si quiere, regalándole la experiencia, ver en qué área vamos a trabajar más profundamente. Pero si no doy y quiero seguir recibiendo y me sirvo de los demás, sigues alimentando el ego y el orgullo que a lo único que te va a llevar es a una destrucción.” –Paco.

Para Manuel, quien es un servidor novato, encuentra que al regresar la dádiva, el resultado o el beneficio de ello es su propia sobriedad:

“Conforme vamos transmitiendo el mensaje, eso es el beneficio, es el hilo que tenemos que dar, la dádiva como es. (...) Yo he visto que transmitiendo el mensaje e informando, el único beneficiado soy yo.” –Manuel.

En lo que coincidían la mayoría de los servidores veteranos era entender el significado de regresar la dádiva como uno de los momentos más sólidos de la sobriedad. Incluso, algunos comentaron en las reuniones de trabajo, que el servicio de llevar el mensaje les había obsequiado su *despertar espiritual*. En AA, el despertar espiritual representa el momento cuando el alcohólico reconoce que existe un poder superior a él, tal como la describió Bill

W. mientras estaba hospitalizado por última vez⁵⁹. Sin embargo, algunos servidores me señalaron que existen diversas formas de *despertar espiritual* por ser una experiencia personal, además de advertirme que las experiencias tan fuertes como la de Bill W. no son tan comunes como se ha llegado a creer en AA.

Uno servidor veterano, con 21 años en AA y con 13 años llevando el mensaje a los hospitales, me dijo que él había tenido su despertar espiritual mientras estaba en un hospital. Me relató que después de haber terminado su recorrido por las salas de hospitalización, iba caminando por los pasillos del hospital cuando sintió una gran paz en su interior y ganas de llorar de felicidad. Fue en ese momento de *consciencia total* que entendió cuál era su verdadera misión en el mundo: “*ayudar a todos los alcohólicos que se me cruzaran en mi camino*”. De este modo, llevar el mensaje puede implicar un cambio radical en lo que han llamado como la *personalidad* del alcohólico, por medio de un desarrollo del área espiritual. Para los servidores de los comités de IH, llevar el mensaje es una manera de desarrollar la espiritualidad individual, de ser una persona nueva y buscando poner en juego los nuevos valores de humildad y generosidad, las cuales se oponen a la condición egocéntrica del alcohólico.

En resumen, tanto *regresar la dádiva* como el *despertar espiritual*, son nociones elaboradas en AA que cuando son comprendidas y practicadas por los servidores les permiten interpretar y orientar sus acciones en busca de la sobriedad. Y en este sentido, el contexto hospitalario ofrece la oportunidad de desplegar acciones que consisten en compartir las experiencias de recuperación a través del programa de los Doce Pasos de AA, y que son significadas con cualidades de humildad y generosidad, propias de un alcohólico recuperado.

Otro concepto utilizado en los comités de IH para indicar la capacidad inherente que tiene todo alcohólico recuperado para ayudar a otros alcohólicos, es el *punte de comprensión*. Tal como ya había referido en la primera parte de este capítulo, en los comités de IH se afirma que un alcohólico tiene la *facilidad natural* por comprender el sufrimiento de otro

⁵⁹ Para la lectura del relato del despertar espiritual de Bill W., ver AA, 1986 (p.13).

alcohólico. En la literatura de AA encontré diversas referencias a la noción del puente de comprensión, algunas de estas son:

“Naturalmente los miembros de AA tenemos una capacidad única para ayudar a los bebedores problemas: la de nuestra propia experiencia. Hemos estado en esa condición.” (AA, 1970; p.5).

“...el ex-bebedor que ha encontrado la solución de su problema y que está equipado adecuadamente con los hechos acerca de sí mismo, generalmente puede ganarse toda la confianza de otro alcohólico en unas cuantas horas” (AA, 1986; p.17).

En este sentido, cada una de las experiencias de recuperación de los servidores tiene un doble valor: por un lado, porque representan una versión de la recuperación del alcoholismo y, por otro, son experiencias que pueden ser utilizadas para ayudar a otros alcohólicos. El hecho de que los servidores posean experiencia y relatos de recuperación que compartir, les permite identificarse como alcohólicos recuperados capaces de establecer una relación confiable con otros alcohólicos con quienes se comparte una enfermedad. De esta manera, la noción del puente de comprensión dispone al alcohólico recuperado a ser comprensivo y empático con otros alcohólicos.

El término puente de comprensión es utilizado en todos los niveles de la estructura de servicio, pero en los comités de IH adquiere un significado particular. Los servidores veteranos señalan que el hecho de ser ellos mismos alcohólicos, les permite un mejor acercamiento e identificación con los alcohólicos hospitalizados que los profesionales de la salud. Este tema al interior de los comités es delicado, puesto que se podría malinterpretar y llegar a la conclusión de que AA se considera como la mejor o la única solución para el alcoholismo. Algunos de los veteranos me señalaron que los servidores deben de mostrarse humildes en todo momento, y que por ningún motivo se debe de pensar esta facilidad entre alcohólicos como una creencia de superioridad.

Sobre este mismo tema, en una ocasión observé a dos servidores que discutían sobre el siguiente pasaje de la literatura:

“AA no está en competencia con nadie. Nuestra habilidad para ayudar a otros alcohólicos no se basa en conocimientos científicos o profesionales. Como a.a.s.,

estamos limitados a solo compartir el conocimiento personal que tenemos de los sufrimientos de un alcohólico y de su recuperación.” (AA, 1970a; p.4).

La discusión se centró en la postura que debía mantener siempre AA frente a las instituciones de salud. Los servidores enfatizaban que por ningún motivo se tenía que pensar que AA estaba ayudando a los hospitales a resolver el problema del alcoholismo, sino lo contrario. La comunidad de AA, decían los servidores, debería estar siempre agradecida con los médicos, porque ellos eran quienes les permitían el acceso al hospital para llevar el mensaje. También señalaban la importancia de la palabra *cooperación* entre las dos organizaciones, ya que solo así podía haber un beneficio para ambos. Por un lado, los médicos ayudaban a los AA a mantener su sobriedad llevando el mensaje, pero AA también cooperaba en ayudar a los pacientes alcohólicos.

Sin embargo, alcance a registrar algunos comentarios de algunos servidores en los cuales se hacía patente la capacidad de un alcohólico recuperado por identificar y ayudar a un alcohólico, una capacidad por encima de la que pudieran tener algunos médicos. Por ejemplo, durante una reunión de trabajo escuché que sería muy difícil que un paciente alcohólico engañara a un servidor de AA cuando se le preguntara sobre su consumo de alcohol, lo cual tendría un resultado muy distinto si fuera un médico quien preguntara. Para estos servidores, el médico no podría detectar cuando un alcohólico estaría negando su enfermedad debido a que el médico no ha sufrido del alcoholismo. Sin embargo, uno de los veteranos concluyó diciendo, que si el médico también fuera un alcohólico recuperado, entonces seguramente sí podría detectar al alcohólico y su estado de negación. En este sentido, la experiencia propia del alcoholismo y no el conocimiento indirecto sobre la enfermedad, es la condición que delimita quién puede o no ayudar.

Esta condición es la base de la noción del puente de comprensión. Cuando pregunté por el significado de esta noción, uno de los servidores veteranos me respondió lo siguiente:

“Lo importante es compartir el dolor que una vez experimentamos y la alegría que ahora sentimos gracias a la recuperación. La experiencia personal de alcoholismo como el principal tesoro con el que cuenta todo miembro de AA. No es necesario haber estado internado en un hospital, lo importante es compartir el dolor que una

vez se experimentó y la alegría que ahora sentimos gracias a la recuperación.”
–Lalo.

En este sentido, la experiencia de la enfermedad alcohólica adquiere un fuerte valor nuevamente para la identificación de paciente alcohólico, para el reconocimiento de la negación como síntoma del alcoholismo y también para desarrollar una empatía emocional con el alcohólico. La noción de puente de comprensión establece una serie de cualidades que todo alcohólico en estado de sobriedad puede desarrollar. No obstante, esta condición no debe ser entendida como una ventaja sobre los profesionales sino como una relación complementaria, puesto que en AA se reconoce que hay consecuencias físicas del alcoholismo que ellos no pueden atender. Además, en AA se busca evitar la competencia y mejor establecer relaciones de cooperación con los médicos, dado que son ellos los que permiten que los servidores pueden llegar hasta las salas de hospitalización para hablar con los alcohólicos.

Por último, existe otro instrumento utilizado para mediar sobre algunos aspectos críticos que los servidores abordan mientras están frente a los alcohólicos hospitalizados. La mayoría de los servidores me recomendaron que leyera el relato del *Rudo Irlandés*, contenido en el libro de los 12 Pasos y las 12 Tradiciones (AA, 1952; p. 185-187). Brevemente, el pasaje es sobre la experiencia que tuvo un miembro de AA al enfrentarse a un alcohólico hospitalizado. El relato comienza cuando un compañero de AA decide ir a buscar a un alcohólico porque se sentía inquieto por beber. Fue a un hospital y uno de los médicos le comentó sobre un paciente irlandés con pobre pronóstico de recuperación. Una vez frente a él, habló de su pasado alcohólico, de los grupos de AA y del programa de los Doce Pasos. Después de conversar por un rato, el alcohólico preguntó desconfiadamente sobre el costo en AA, y además advirtió que él ya tenía una religión por lo que era innecesario que intentara convertirlo. El compañero de AA mencionó que no había costo alguno y que no estaba ahí para hablar de religión sino de espiritualidad, lo que causó gran interés en el alcohólico hospitalizado. Hacia el final del relato se narra cómo el rudo irlandés aceptó la invitación a asistir a AA y posteriormente alcanzar la sobriedad.

Cuando escuché este relato en una reunión de comité, se enfatizó la manera en la que se había tratado el asunto de la religión. Los servidores señalaban que debía evitarse cualquier

discusión sobre religión con el alcohólico hospitalizado, haciéndole ver que AA no es en ninguna forma una religión o una secta. Al contrario, se promovía que los servidores mencionaran que en la comunidad de AA todas las religiones eran bien aceptadas, ya que AA era una comunidad espiritual y no religiosa. Hacer esta aclaración es de gran importancia, debido a que la mayoría de los alcohólicos, según los servidores, se muestra escépticos ante las religiones e incluso es un tema que puede llegar a irritarlos. Es por esto que tratan de evitar entrar en discusión sobre este asunto. Por otro lado, también utilizaron el relato sobre el rudo irlandés para recordar que cuando se está frente a un hospitalizado se debe mencionar que en AA no se cobra ninguna cuota fija ni obligatoria, sino que los grupos se sostienen a través de las cuotas voluntarias de los mismos compañeros de AA.

Tal como he mostrado a lo largo de esta sección, la mayoría de los instrumentos que se utilizan en los comités se refieren a pasajes de la literatura y a conceptos propios de AA, apoyados con comentarios de los coordinadores o veteranos, para transmitir nuevos significados y valores que orientan la actividad de llevar el mensaje en los hospitales. Como una conclusión de esta sección presento en la Tabla 8.1 un listado de los instrumentos revisados con su respectivo significado central.

Tabla 8.1 Principales instrumentos utilizados en los Comités de IH que median en la actividad de llevar el mensaje.

Instrumentos	Significados
Enunciado de AA	AA es una comunidad que busca la sobriedad y ayudar a que otros la alcancen.
Capítulo siete del libro AA	Llevar el mensaje como la estrategia más efectiva para mantenerse en sobriedad.
Relato del encuentro Bill W. y Dr. Bob	La necesidad de conversar con otro alcohólico para no recaer. Y el alcohólico activo es quien ayuda al alcohólico que quiere mantenerse sin beber.
El Dr. Bob y Bill D.	Llevar el mensaje como la única forma de mantenerme en sobriedad para los alcohólicos en recuperación.

Regresar la Dádiva y Despertar Espiritual	Llevar el mensaje como un acto de agradecimiento por haber llegado a AA y estar en sobriedad. Al regresar la dádiva se ponen en ejercicio los valores de la generosidad y la humildad: se regresa lo recibido. A su vez, esta actividad implica un desarrollo espiritual que los aleja de la raíz de su alcoholismo: el egocentrismo.
Puente de comprensión	Revalorización de la capacidad intrínseca de todo alcohólico para la identificación de otro alcohólico. Esta es una cualidad que no tienen los profesionales de la salud.
Rudo Irlandés	No se debe hablar o discutir de religión, sino se respetan las creencias religiosas. Para un alcohólico es interesante mencionar que AA no tiene costo, sino cuotas voluntarias.

Reglas que al ser practicada median el significado de Llevar el Mensaje

Además de los instrumentos, existen reglas dentro del comité de IH que cuando son empleadas por los AA también median la interacción entre el servidor y alcohólico hospitalizado. Las reglas son el conjunto de indicaciones que orientan a los servidores en sus diferentes actividades dentro de los comités. Para los fines de esta investigación solo me he centrado en aquellas reglas relacionadas a la actividad de llevar el mensaje. Para esto, he dividido las reglas en dos categorías: 1) aquellas contenidas en algunas de las Doce Tradiciones de AA⁶⁰ y 2) aquellas orientadas a mantener una relación estable con el hospital (Figura 8.7).

Con relación a la primera categoría de reglas, existen seis Tradiciones que median principalmente la actividad. La primera de ellas, la 3ª Tradición, establece que el único requisito para pertenecer a AA es querer dejar de beber. En este sentido, solo el paciente alcohólico decide si desea ir a una junta de AA o escuchar lo que los servidores desean

⁶⁰ Para algunos autores, como Rosovsky (1998a), las Tradiciones representan la normatividad sobre las relaciones dentro el grupo AA y las relaciones del grupo con la sociedad.

compartir. Los servidores de AA no pueden rechazar a quien busque recuperarse, pero tampoco obligar al paciente a que asista a una reunión del grupo institucional.

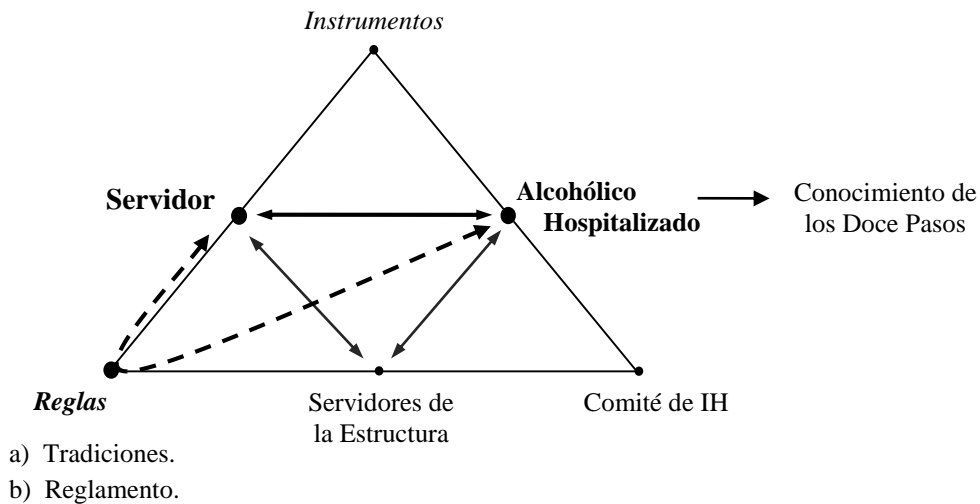


Figura 8.7 Mediación de las reglas en la de actividad de llevar el mensaje.

En la 6ª Tradición, se señala que AA no respalda a otras organizaciones para evitar problemas de dinero y prestigio que conlleva a una eventual desviación del objetivo de llevar el mensaje. Bajo este principio los servidores deben dejar esclarecido que ellos solo cooperan de manera voluntaria con el hospital pero sin tener alguna vinculación laboral o institucional, dejando bien establecido que AA es una organización independiente del hospital. Relacionado con esto, en la 8ª Tradición se dice que AA nunca será de carácter profesional, con lo cual se establece que al llevar el mensaje a un hospital, los servidores jamás deberán ser retribuidos económicamente, enfatizando nuevamente que esta actividad solo se realiza para mantener la sobriedad.

En la 10ª Tradición se lee que AA no opina sobre asuntos ajenos a sus actividades como una manera de mantenerse separados de polémicas públicas. Es por esto que se recomienda a los servidores que no hablen de teorías científicas sobre el alcoholismo, medicamentos, psiquiatría o religión, ya que son temas para profesionales o religiosos. Con esto tratan de evitar las confrontaciones o los malos entendidos, lo que pondría en riesgo el objetivo de AA. Por otra parte, también se enfatiza que se deben respetar los reglamentos internos de las instituciones sean públicas o privadas. Esta postura de respeto total, obedece al interés

de llevar el mensaje sin mayores complicaciones. Solo cuando el reglamento institucional de un hospital se antepone y contradice los principios de AA, los servidores preferirán buscar otras maneras de cooperar o simplemente retirarse. Pero también se advierte sobre el caso contrario, donde las instituciones no tienen conocimiento sobre las Tradiciones de AA, lo cual lo ven como algo lógico y comprensible, además de que la institución no tiene obligación de tenerlo.

La 11ª Tradición se centra en el tema de las relaciones públicas de AA, y específicamente, en el tema sobre cómo presentarse ante los otros. Esta tradición establece una política orientada a la *atracción* más que a la promoción, es decir, que en lugar de apostar por hacer publicidad en los medios masivos de comunicación, los miembros de AA prefieren el trabajo uno a uno para mostrar el beneficio del programa de los Doce Pasos a través de ellos mismos como resultado de que sí funciona el programa. Es por esto que en las actividades de servicio, los servidores se recuerdan mutuamente que ellos son quienes representan a la comunidad de AA en su totalidad, y por eso cuidan una imagen particular dentro de las instituciones de salud, con la cual ellos consideran atraer a otros. El tema de la atracción era frecuentemente discutido y se recordaba seguir las reglas de AA para mantener la imagen que favoreciera la atracción. La imagen que mostraban era diferente dependiendo del contexto, ya fuera si estaban frente a los pacientes hospitalizados, pacientes en salas de consulta externa o frente a profesionales. Cuando estaban frente al hospitalizado buscaban mostrarse abiertos en emociones y sentimiento, dispuestos a compartir su experiencia alcohólica, a mostrarse con interés por escuchar y a no juzgar. Cuando estaban frente a una sala de consulta abierta, los servidores se mostraban cordiales, respetuosos, seguros y confiados del programa de AA, dispuestos a dar información sobre el alcoholismo y ayudar a quienes se acercaran por mayor información. Por último, cuando estaban frente a los profesionales, los servidores se dirigían con mucho respeto, humildad, cordialidad y agradecimiento.

Con relación a lo anterior, fue muy común escuchar a los servidores relatar las reacciones de las personas cercanas a ellos, cuando estos los encontraron con un semblante muy diferente a partir de su participación en AA y de mantenerse en sobriedad. En estos relatos cuentan cómo sus familiares, amigos o jefes de trabajo, se sorprendieron al verlos aseados, bien vestidos y no alcoholizados, al grado que no lo podían creer. En estos relatos, los

servidores enfatizan que algunas de las personas que estaban a su alrededor los creían casos perdidos o alcohólicos a los cuales ya no había ayuda que ofrecerles. Este tipo de contenidos, más su forma de presentarlo, daban lugar a un dramatismo narrativo que preparaba el desenlace de un relato de éxito: la llegada a los grupos de AA y su consecuente recuperación personal.

El tema de cómo lograr ser atractivo ante otros alcohólicos no es un asunto menor. Gran parte del tiempo en las reuniones de servicio, directo o indirectamente se aborda este tema. Un coordinador de comité de IH, me comentó que este tema era fundamental para la continuidad de la comunidad, ya que de ello dependía la llegada de nuevos compañeros a AA. Me señaló que actualmente había mucha preocupación sobre las formas en las que se estaba llevando el mensaje y su efecto de atracción en los hospitalizados. Él y otros compañeros, estaban discutiendo sobre los errores que se cometían al llevar el mensaje y sobre las mejores estrategias para enseñar a los servidores novatos la forma de realizar el servicio:

“Hay cosas que creo que debemos resaltar con los encamados porque a veces les damos más bien una información pública que un mensaje. Eso es un error que hemos cometido como comité que participamos en instituciones hospitalarias o carcelarias. (...) Esto no es adiestramiento, más bien es una capacitación para que veamos cómo otras personas transmiten el mensaje, y entonces llevamos simulacros a encamados o a detenidos, ya sea por medio de otro distrito, o bien por medio de gente que tiene la experiencia. En este caso invitamos a compañeros que vivieron la experiencia y que tuvieron el servicio en el hospital para que las personas en el comité de instituciones vean la diferencia entre la información pública y el transmitir el mensaje”. –Lalo.

En general, el trabajo en los comités de IH es fomentar que los servidores se muestren como personas de confianza, que hagan uso de un lenguaje adecuado al hospital, un estado de ánimo positivo y una imagen limpia de su persona para causar buena impresión y lograr que la gente los escuche. Esta manera de ser atractivos, según la perspectiva de AA, le permite mantener las puertas abiertas de los hospitales, y además causar una fuerte impresión en los alcohólicos hospitalizados, pues se ven como “*ejemplos vivos de AA*”.

Crean que al mostrarse con pulcritud ante un alcohólico, podrán transmitir el contraste de la vida alcohólica pasada con la vida de recuperación en AA, y así generar mayor atracción. En ese sentido, no se trata solo de ser una persona diferente por lo que se hace, sino también por la manera en cómo desarrolla esta actividad, poniendo atención en la vestimenta, el lenguaje, los modales, etc. Así, al desarrollar la actividad existe una resocialización y que también es parte de los resultados de este sistema de actividad.

Por último, la 12ª Tradición señala que no se debe olvidar que el *anonimato* es la base espiritual del programa, y por esto mismo se deben anteponer los principios de AA a los individuales. En este sentido el anonimato no es la manera de preservar su identidad, sino contrarrestar el impulso que tiene el alcohólico de ser alguien protagonista. El anonimato significa humildad. De esta manera, y con un nuevo orden de valores, los servidores tratan de mantener libre de obstáculos al objetivo principal de AA. Lo importante es que el mensaje de la comunidad llegue al alcohólico y no la atribución del mérito individual por ayudar al paciente. Brevemente, el servidor es solo el conducto por el cual se trasmite el mensaje de la comunidad.

Por otro lado, están las reglas que buscan mantener una relación estable con el hospital. Por lo general estas reglas son mucho más concretas y específicas. Seguir estas recomendaciones tiene como propósito evitar cualquier tipo de fricción con el hospital y mantener el acceso a los alcohólicos hospitalizados. A lo largo del trabajo de campo fui registrando estas reglas, algunas de ellas se me presentaron cuando los servidores me las señalaban, puesto que yo mismo tenía que seguirlas si deseaba observar la actividad de llevar el mensaje; otras reglas se pueden encontrar a lo largo de su literatura (AA, 1986; Sección México de AA, 2005). Para un mejor entendimiento, he dividido el conjunto de reglas en tres grupos de acuerdo al tipo de contexto en dónde son vigentes. He seleccionado solo algunas reglas representativas para cada uno de los grupos, la lista completa de las reglas que registré puede revisarse en el *Apéndice 5* (pág. 273). El primer grupo de reglas está destinado a normar el comportamiento de los servidores ante el hospital de una manera general. Algunos ejemplos son:

- Obedecer las indicaciones que el personal de salud haga, siempre y cuando no comprometan a las Tradiciones.

- No interrumpir el trabajo de las enfermeras, médicos o personal de limpieza.
- Identificarse correctamente como un miembro de la agrupación de A.A.
- Respetar el tiempo permitido por la institución
- No hablar en voz alta o provocar alborotos.

Con este primer bloque de reglas, la comunidad de AA intenta que sus servidores interfieran en lo mínimo posible con las actividades cotidianas del personal de salud. Al mantenerse al margen de provocar cualquier tipo de conflicto, se busca prolongar las relaciones de cooperación ya establecidas con el hospital. Todo esto se traduce a que la comunidad de AA mantenga las “puertas abiertas” del hospital y continuar con la transmisión del mensaje a los pacientes alcohólicos.

El segundo grupo de reglas están destinadas a regular la interacción entre servidor y paciente, pero enfocándose a no interferir en el proceso de hospitalización o curación:

- No molestar a los pacientes cuando estos se encuentran dormidos o comiendo.
- No tener contacto físico con el paciente.
- No ofrecer ningún tipo de ayuda al paciente: pasar la almohada, la cobija, el cómodo, acomodarlo en otra pastura, etc. En todo caso uno puede pedir permiso a la enfermera, pero nunca hacerlo por sí mismo.
- No sentarse en las camas.
- No pasar cuando estén en curación.
- No llevar recados, ni mensajes entre pacientes y familiares.

Con respecto a este grupo de reglas, un coordinador de comité le comentó a un par de novatos que era muy posible que no se entendieran del todo el porqué de estas reglas, pero él creía que era por razones de los tratamientos médicos. Después de la reunión me acerqué para preguntarle más sobre el tema. Me dijo que estas reglas son importantes no solo para evitar problemas con los médicos, sino que el hecho de obedecer reglas también se relacionaba al proceso de recuperación del alcohólico, especialmente por el ejercicio de la humildad. Si él hubiera ido al hospital antes de alcanzar la sobriedad, me dijo, lo más seguro es que no hubiera respetado ninguna de las reglas; y agregando ya en tono de broma, dijo que hasta hubiera discutido con los médico sobre el mejor tratamiento que deberían tener los pacientes. Por último, agregó en tono serio, que los alcohólicos en actividad en

verdad creen que lo saben todo, y que las reglas solo están para ser rotas, es por esto que seguirlas también es parte de la recuperación en los servidores.

El último grupo de reglas, también dirigido a la interacción con el paciente, están más enfocadas a normar el abordaje que hace el servidor como un representante de AA, específicamente a lo que debe y no debe decir:

- No preguntar “¿Cómo está?”, ni sobre el motivo de hospitalización. En AA se cree que estas preguntas pueden ser agresivas para algunos pacientes por su condición de hospitalizado.
- Hablar de lo único que importan en AA: de la enfermedad del alcoholismo y de su recuperación a través del programa de los Doce Pasos.
- Si al llevar el mensaje el paciente se molesta, lo mejor es retirarse y regresar en un mejor momento.
- No asegurar que AA es la única solución para el alcohólico.
- En el caso de que un paciente quiera y pueda ir a una junta al grupo institucional, el servidor de AA será responsable del traslado y de respetar los horarios establecidos por el personal de salud.
- Utilizar el Enunciado de AA para definir lo que es la comunidad.
- Señalar que AA no es una religión, ni que se viene a solicitar dinero.
- Informar cómo ha funcionado AA para uno mismo; hablar desde la experiencia personal.
- No hacer catarsis durante el servicio; centrarse brevemente en las experiencias personales.

Este grupo de reglas están dirigidas a evitar las discusiones con el paciente alcohólico, y de esta manera cerrar la oportunidad de poder ayudar. Además se enfatiza que el único propósito es llevar el mensaje, no desviarse en conversar sobre otros asuntos, tal como dijo un veterano voluntario en el hospital: “*solo venimos a hablar de nuestras experiencias, no venimos a hacer amigos*”. Además, este grupo de reglas también orientan a que cuando estén frente al paciente no se extiendan en sus intervenciones y abunden en muchos detalles de su pasado alcohólico, es decir, *no hacer catarsis*. La catarsis es un momento de desahogo personal que la mayoría de los miembros de AA experimentan cuando hacen uso de la

palabra durante las reuniones cerradas en un grupo. El interés de llevar el mensaje no es profundizar en el pasado del servidor, sino solo mostrar algunos detalles de la vida alcohólica para que el paciente hospitalizado pueda identificar si él mismo ha tenido o vivido experiencias similares.

También este grupo de reglas enfatizan que al llevar el mensaje los servidores deben dejar bien claro lo que es AA y lo que no es. Principalmente señalan que AA no es una religión, como una manera de evitar todo conflicto que pueda generarse. Algunos servidores me comentaron que en el caso de tener que aclarar más este asunto, ellos dicen que en los grupos de AA asisten diversas personas de diferentes religiones, e incluso existen alcohólicos que se consideran ateos.

Por otro lado, algunos de los veteranos me comentaron que a veces son demasiadas reglas las que tienen que seguir, además de ser poco comprendidas, pero aun así, saben que tienen que respetarlas, ser tolerantes y comunicarlas a los nuevos que lleguen. Durante una junta en el grupo institucional, se discutió brevemente sobre la importancia de las reglas y de su seguimiento. La discusión se centró en explicar que estas reglas fueron establecidas con base a las experiencias de los primeros servidores de AA que establecieron el grupo en la década de 1980. También se reconoció que gracias al tiempo y esfuerzo que han invertido los servidores desde entonces, los servidores presentes podían gozar de tener las puertas abiertas del hospital y tener la oportunidad de seguir llevando el mensaje a otros alcohólicos. Hacia el final de la reunión, se invitó a los nuevos servidores a que obedecieran las reglas, ya que no solo ellos son los beneficiados, sino que existirán nuevas generaciones de servidores que continúen lo que inició en 1935 con la fundación de AA. El coordinador cerró la junta diciendo que no era justo que por uno solo se perdiera el trabajo de muchos servidores. En este sentido, la discusión se centra en el beneficio de la comunidad en una dimensión de lo colectivo, anteponiéndose a las individualidades de los servidores.

Los integrantes del grupo institucional en el área de los pabellones (GP) comentaban, recordándoles a los servidores de distritos, la importancia de respetar las reglas significa mantener el espacio que los directores del hospital han prestado para llevar a cabo las juntas y para seguir teniendo el acceso al hospital con el mínimo de restricciones. Sobre este último asunto, quisiera comentar un hecho representativo sobre la facilidad de acceso que

tiene AA. Dado que el hospital es un hospital de tercer nivel con una alta tasa de población consultante diaria, el acceso al hospital está restringido solo a aquellos pacientes que cuentan con un carnet de consulta programada. En mi caso, pude acceder al hospital presentando mi credencial de estudiante universitario ya que el hospital cuenta con programas de enseñanza superior y es común el ingreso de estudiantes universitarios. Sin embargo, en una ocasión olvidé mi credencial. Al presentarme en el módulo de acceso comenté a los vigilantes que me dirigía al grupo de AA. Sin presentar ninguna identificación que lo avalara me permitieron acceder al hospital, además de darme indicaciones de cómo llegar al grupo⁶¹. Este tipo de facilidades del hospital son de gran interés para el grupo, y es por esto mismo que son reiterativos en el seguimiento de las reglas.

Sin embargo, también existen momentos de tensión en AA cuando no existe un claro consenso con respecto a ciertos asuntos, por ejemplo, en relación a si se puede fumar o no adentro del hospital. En el espacio, un salón de enseñanza, que el hospital presta para las juntas de AA, existe un letrero dónde se advierte que no se puede fumar ahí. Pero no existe algún señalamiento que impida hacerlo en otros lugares, como son los pasillos al aire libre o en las áreas verdes del hospital. Muchos servidores fuman cerca del grupo en un área abierta, en dónde no existe un letrero explícito que lo prohíba. Durante una reunión de trabajo del comité de IH se discutió este tema sin poder llegar a una solución y dejando la tensión entre las dos partes. La discusión se centró en definir si el área verde era un lugar adecuado para fumar. Los que estaban en contra sostenían que independientemente de si era un área al aire libre, de igual forma pertenecía al hospital y por tanto, en los hospitales no se fumaba. Añadían que este asunto era de gran importancia, ya que el comportamiento de algunos compañeros ponía en riesgo el trabajo de muchos años. Existen otros temas que generan tensión, como puede ser el desempeño inadecuado de algunos de los coordinadores o la poca participación de mujeres servidoras que asisten al hospital. Sin embargo, estos temas nos llevarían hacia otra dirección distinta al del análisis de la actividad de llevar el mensaje.

⁶¹ Existen otros ejemplos que hacen referencia a la aceptación de AA en el hospital. Uno de ellos es cuando el personal de salud, de intendencia o de vigilancia repiten frases típicas en AA como una manera de saludo o de despedida, por ejemplo, "*Felices 24 horas*" o "*Solo por hoy*".

En breve, a lo largo de este capítulo he descrito analíticamente cada uno de los componentes mediadores de la actividad de llevar el mensaje (Figura 8.8). Presenté cómo los diferentes objetivos que tiene el comité de IH orientan el entendimiento del servidor sobre el llevar el mensaje. También mencioné cómo algunos de los pasajes de la literatura y la discusión sobre estos forman parte de las estrategias para mediar la actividad en los comités, con lo cual los servidores novatos empiezan a utilizar los nuevos significados y valores sobre llevar el mensaje. Estas estrategias son ricas en procedimientos, recursos empleados y en simbolización, para proveer de una orientación para la construcción de un cierto tipo de persona: un servidor en AA.

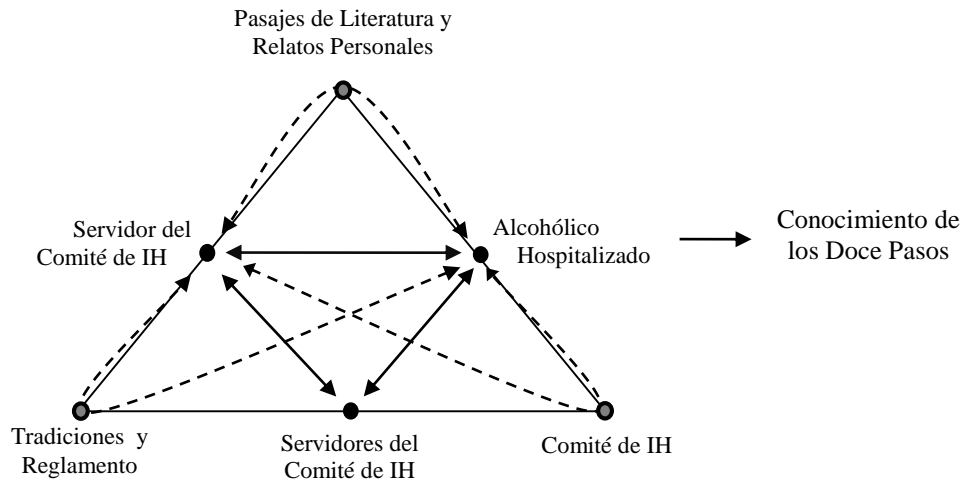


Figura 8.8 Sistema de la actividad de llevar el mensaje y mediaciones en la relación servidor-alcohólico a través de: *a*) Pasajes y relatos; *b*) Tradiciones y reglamento; y *c*) Objetivo del Comités de IH.

Por último, enlisté las Tradiciones y las reglas más significativas que orientan y restringen la actividad de los servidores, como una manera de evitar conflictos con el hospital y seguir teniendo el acceso para cumplir con el objetivo del comité en particular, y de AA como un todo: alcanzar al alcohólico para llevarle el mensaje. Ya descritos y analizados cada uno de estos componentes mediadores, en el siguiente capítulo analizo el desarrollo de la actividad frente al paciente hospitalizado en donde el modelo del sistema de la actividad adquiere una dimensión dinámica y refleja las particularidades de los sujetos.

CAPITULO 9.

LLEVAR EL MENSAJE AL PACIENTE HOSPITALIZADO

En los dos capítulos anteriores ofrecí una descripción de AA con respecto a su estructura organizacional y su división del trabajo en diferentes comités para llevar el mensaje, todo esto enmarcado en el contexto de la *estructura de servicio*. También presenté un análisis de algunos pasajes de la literatura, relatos personales, tradiciones y normas, que median a los servidores en la actividad de llevar el mensaje en el contexto de los comités de IH.

En este capítulo expongo una descripción analítica y dinámica de la actividad de los servidores cuando se presentan ante los pacientes hospitalizados en el hospital. En esta descripción me interesa señalar cuáles son las acciones concretas que los servidores desarrollaban y también identificar los significados mediadores de estas acciones. También analizo los componentes de la actividad que se despliegan en los momentos concretos en los que los servidores llevan el mensaje a los encamados, como parte de la estructura de servicio en la que están insertos.

Para facilitar la presentación del análisis de los registros de campo, he dividido el capítulo en tres secciones con base a la cronología de la actividad. En la primera sección describo la preparación de los servidores antes de ingresar a los pabellones de hospitalización. En la segunda sección analizo la acción concreta de los servidores cuando están frente al paciente, así como algunos momentos de interacción en los cuales se ponen en juego los significados sobre *quién* es un alcohólico. También señalo algunas de las diferencias entre novatos y veteranos, y particularidades de algunos servidores. Y en la tercera sección describo algunos episodios de pacientes prospectos que asistieron al grupo institucional en el área de pabellones (GP) para escuchar la junta de información sobre AA.

Preparación para llevar el mensaje

Los servidores se reúnen tres días a la semana para llevar el mensaje: lunes, miércoles y sábados. Antes de ingresar al área de hospitalización, los servidores se reúnen en una de las aulas de enseñanza que los directivos del hospital han cedido para la realización de las

juntas de AA del GP. El tiempo establecido por el hospital para el ingreso a las salas de hospitalización es de una hora. Regularmente el coordinador del grupo es el primero en llegar, aproximadamente media hora antes de iniciar los recorridos.

Es común que sean los días sábados cuando haya una mayor presencia de servidores. Algunos me comentaron que por ser sábado en la tarde la mayoría de los servidores no tenían compromisos laborales. Sin embargo, otros me señalaron que por ser un día sin responsabilidades había mayores probabilidades para recaer en el alcohol. Para algunos servidores, y especialmente para los novatos, asistir al hospital en este día, representa una manera de garantizar la sobriedad.

En el capítulo siete describí algunas de las funciones que tiene el coordinador del grupo institucional, como llevar la agenda de los asuntos generales del grupo o la dirección de las juntas. Una función más del coordinador es la de asignar a los servidores a uno de los pabellones de hospitalización para llevar el mensaje. Con base a su registro semanal, el coordinador elige cuáles pabellones serán visitados, buscando una distribución de los servidores. Sin embargo, existen pabellones que siempre son visitados: gastroenterología y medicina interna. En ellos el diagnóstico de *cirrosis hepática alcohólica* es común. Específicamente, el pabellón de gastroenterología es nombrado por los servidores como el *pabellón de la muerte*, porque presenta la tasa más alta de defunciones relacionadas al consumo crónico de alcohol. Este hecho tiene especial relevancia para AA, ya que para algunos de los servidores es una prueba contundente de que el alcoholismo es una enfermedad mortal. Con relación a esto último, fue común escuchar entre los servidores comentarios sobre fallecimientos de pacientes, fuera o dentro del hospital, como consecuencia del alcoholismo. El principal significado que conllevan estos comentarios, es recordar que el alcoholismo es una enfermedad mortal. Uno de los servidores voluntarios me dijo que cuando él se enteraba de la muerte de algún alcohólico, era una señal para seguir llevando el mensaje y así evitar la recaída y la muerte.

Otra circunstancia relacionada a la elección de los pabellones, es cuando el coordinador tiene conocimiento de la presencia de algún alcohólico hospitalizado. El alcohólico puede ser identificado ya sea por el personal de salud o por un servidor durante su recorrido por los pabellones. Como señalé en otro capítulo, a estos pacientes alcohólicos también se les

conoce como *prospectos*, porque se les considera como candidatos para recibir el mensaje de AA, quienes son el foco de atención durante los recorridos.

Cuando se identificaba a un prospecto, el coordinador elegía entre los servidores a uno que pudiera llevar el mensaje de acuerdo al perfil de prospecto. Tal como lo mencioné en el capítulo anterior, la noción del *punte de comprensión* tiene un valor al momento de llevar el mensaje. Dado que los servidores no señalan si el paciente es alcohólico, sino buscan atraerlos a través de relatar sus propias experiencias alcohólicas, entonces se trata de aumentar las probabilidades a través de la identificación del prospecto con el servidor, es decir, buscar establecer el puente de comprensión. El coordinador me comentó que la única forma en la que él trataba de promover esta identificación, era a través de elegir servidores con edades similares a la de los prospectos, ya que no contaban con otros datos del prospecto.

Una vez asignados los pabellones, los servidores toman uno de los paquetes de folletos informativos o *trípticos* que el coordinador ha dispuesto para ser repartidos durante los recorridos. Existe tres diferentes tipos de trípticos (Figura 9.1), uno está dirigido para la población general y dos para la población específica de mujeres o adolescentes. Durante el trabajo de campo registré que el tríptico titulado “Hay una solución” fue obsequiado con mayor frecuencia.



Figura 9.1 Portadas de los trípticos informativos sobre alcoholismo y auto-diagnóstico.

A pesar de que están dirigidos a diferentes grupos, los contenidos de los tres trípticos son muy parecidos: información general sobre qué es AA, definiciones sobre el alcoholismo como enfermedad, datos de contacto y un cuestionario auto-aplicable. El cuestionario tiene la función de ayudar al alcohólico prospecto a que pueda determinar si tiene algún problema con el alcohol⁶². En la parte final de los trípticos se ofrecen distintos números telefónicos para solicitar mayor información sobre la comunidad y sus grupos.

Además de los trípticos, los servidores también toman un formato impreso en papel tamaño carta que llaman *hoja de registro*. En este formato los servidores escribían el número de pabellón y cantidad de pacientes visitados. En caso de que identificaran algún alcohólico prospecto, escribían el nombre del paciente, el número de cama y sala donde se encontraba hospitalizado. Estos últimos datos servían para que el coordinador organizara el seguimiento mientras el prospecto estuviera hospitalizado. Dado que la mayoría de los servidores no podían asistir los tres días de la semana, el coordinador solicitaba a otro servidor continuar llevando el mensaje al prospecto.

Sobre éste último aspecto, observé que para los servidores de AA no era de gran relevancia mantenerse en ese proceso de dar seguimiento al prospecto. Aunque sí existen servidores que prefirieron continuar llevando el mensaje a un prospecto identificado, esto no necesariamente era una regla, sino una decisión personal. Con relación a este aspecto, el coordinador me recordó la importancia que existe en AA de no establecer este tipo de obligaciones o reglas, dado que la personalidad del alcohólico es por naturaleza una que reacciona negativamente o con rechazo a las imposiciones. Agregó que los alcohólicos, y aún los alcohólicos con años de recuperación, continuamente están desafiando las reglas a causa de su egocentrismo. Es por todo esto, que en las conversaciones entre los AA y en su literatura, se prefiere hablar de *sugerencias* y no de *deberes*. El razonamiento de esto es que al *sugerir* a un alcohólico una tarea, no existe una imposición a la cual resistirse o rebelarse. Así, realizar el seguimiento al prospecto es solo sugerido y es una decisión que cada uno tomará.

⁶² Más adelante, analizo la acción de entregar el tríptico al paciente hospitalizado. El cuestionario completo está redactado en el *Apéndice 6*, pág. 275.

Por otro lado, existen algunos AA que observan con buenos ojos el hecho de que un prospecto no sea visitado siempre por el mismo servidor, sino que sean varios quienes lo visiten. Esta idea se apoya en la creencia de que a un alcohólico que aún no reconoce su problema, le es más útil escuchar diferentes experiencias alcohólicas y de recuperación, y así aumentar la probabilidad de establecer un puente de comprensión que lo llevará a la identificación con alguno de los servidores, acercándose más a la aceptación de la enfermedad.

Una postura más sobre si dar continuidad o no al prospecto, me fue presentado por Paco. Él prefería mantenerse alejado de esta cuestión, ya que reconocía que implicarse mucho en este asunto del seguimiento, le reflejaba un aspecto de su egocentrismo y de su necesidad de querer sobresalir sobre los demás. Él creía que si se involucraba mucho en ello, podía empezar a “pararse el cuello” de ser el mejor servidor que ayuda a los prospectos, lo cual también tenía su lado contrario ya que si no podía ayudar de manera eficiente a estos prospectos, esto le podría generar mucha frustración que a la larga lo llevara nuevamente a beber. Por tal razón, Paco prefería no llevar cuenta o registro de a quién había llevado el mensaje, y evitaba preocuparse por si el prospecto había entendido su experiencia. Él solo se interesaba en realizar el servicio como una manera de agradecimiento y de estar bien consigo mismo para no regresar al alcohol. De ésta manera, Paco tenía una apropiación personal del sentido y uso que se le daban a las hojas de registro empleadas.

Una última función de la hoja de registro es la de poder contabilizar mensualmente las acciones que AA realiza en el hospital. El coordinador tiene la responsabilidad de elaborar un reporte de actividades que es entregado tanto a los servidores del área como a los administradores del hospital. El reporte de actividades es otra de las maneras de justificar su presencia en el hospital, y con esto mantener la relación de cooperación con el hospital garantizando el acceso a los pabellones.

Otro formato utilizado para llevar el mensaje son las *fichas de contactación*. En estas fichas se registran datos personales del paciente: nombre, edad, domicilio y teléfono. Los datos son ofrecidos voluntariamente por el paciente cuando ha aceptado ser contactado una vez que esté fuera del hospital. En caso de que los servidores llenen fichas de contactación durante su recorrido, estas serán entregadas al coordinador, quien a su vez las entregarán a

otros servidores del área, para que sean ellos quienes realicen el seguimiento a los pacientes prospectos una vez que han sido dados de alta. De acuerdo a lo comentado por los servidores con base a su propia experiencia, los alcohólicos tardan mucho tiempo en reconocer que verdaderamente tienen que dejar de beber y que están enfermos de alcoholismo. Es por esto que saben que muchos alcohólicos hospitalizados no reconocerán su enfermedad en el primer encuentro que tienen con un servidor de AA, sino que es un proceso largo. Sin embargo, señalan que la circunstancia de la hospitalización, hace que el alcohólico esté menos a la defensiva para iniciar la aceptación de su enfermedad y sea más fácil obtener los datos personales del prospecto.

La mayoría de los servidores hicieron comentarios parecidos con referencia al hecho de estar hospitalizado. Me indicaron que el paso por un hospital en la vida de un alcohólico puede marcar el inicio del proceso de *tocar fondo*, que es cuando el alcohólico se da cuenta por sí solo de que verdaderamente no tiene ningún control sobre su forma de beber alcohol, y además esto le produce mucho sufrimiento⁶³. Sin embargo, me dijeron que un alcohólico hospitalizado puede fácilmente olvidar su problema con el alcohol cuando es dado de alta del hospital. Es por esto que los datos que se le piden durante su hospitalización, servirán para contactarlo posteriormente en el domicilio que haya establecido para continuar con el proceso de aceptación de la enfermedad. Los servidores veteranos me señalaron que es normal que un alcohólico hospitalizado tenga miedo por su estado de salud, pero también es normal que al ser dado de alta vuelva a beber alcohol al poco tiempo como si no hubiera pasado nada. Por tal motivo, los servidores dan mucha importancia al tiempo de hospitalización y a la obtención de los datos personales para continuar llevándole el mensaje una vez fuera del hospital.

Una vez que sabían qué pabellones tenían que visitar, cada uno de los servidores se dirigían al mismo para llevar el mensaje. Fue durante los trayectos del grupo a los pabellones, cuando los servidores me señalaron las principales recomendaciones y reglas que tenía que seguir una vez dentro de los pabellones. Me insistieron mucho en seguir estas reglas,

⁶³ En diversas ocasiones, también escuché a distintos compañeros de AA hacer referencia a este momento utilizando la frase *fondo de sufrimiento*.

debido a que esto les permitía mantener buenas relaciones con el personal de salud y con el hospital en general.

Cuando ingresan los servidores a los pabellones, lo primero que hacen es dirigirse al área de control de las enfermeras. Se presentan a sí mismos como miembros de la comunidad de AA y solicitan permiso para ingresar a las salas e informar a los pacientes sobre la enfermedad del alcoholismo y el programa de los Doce Pasos. Por lo general, el personal de salud tiene conocimiento de los servidores y de la actividad que realizan tres veces por semana, además de ser una actividad que vienen realizando a lo largo de tres décadas.

En todas las ocasiones que acompañé a los servidores, el personal de enfermería autorizó siempre el paso a los servidores. Solo en una ocasión una enfermera condicionó el acceso a una sola persona, por lo que no pude observar al servidor durante su recorrido. Por otra parte, fueron pocas las veces que al llegar al pabellón no encontramos a nadie del personal de salud que autorizara el acceso, teniendo que esperar unos minutos para obtener el permiso. A pesar de que los servidores son bien aceptados por las enfermeras, deciden respetar las reglas y no ingresar a las salas si no tienen permiso de ellas, para evitar los conflictos y generar un distanciamiento con el hospital.

Fue durante las conversaciones con los servidores en los pasillos del hospital, que pude comprender otros significados implicados en el seguimiento de las reglas. Ya comenté en el capítulo anterior que AA sostiene un reglamento que los servidores siguen como una manera de asegurar el acceso al hospital y continuar con el objetivo principal de llevar el mensaje. Sin embargo, en un plano más individual, los servidores reconocen que seguir las reglas también es una manera de recuperarse y dejar de ser egocéntricos. Los veteranos me reiteraron que la recuperación del alcohólico no solo implicaba dejar de beber alcohol, sino transformar también su manera de pensar y de actuar frente a los demás. Una manera de entender esta transformación de la mentalidad era la comprensión de la existencia de las reglas. Algunos reconocían que cuesta mucho trabajo seguir el reglamento y que en ocasiones no lo cumplen al cien por ciento, pero al menos ahora reconocían que ese reglamento se había hecho para cumplir con un propósito mucho más grande que ellos mismos: ayudar al alcohólico que está por venir.

Esta noción de ayudar al alcohólico orientada al futuro, permite al servidor a sentirse parte de la comunidad, en donde sus actos y sus pensamientos son valorados en función del bienestar colectivo por encima de la dimensión individual o egocéntrica tal como se entiende en AA. Desde esta perspectiva, la condición egocéntrica del alcohólico es identificada y cuestionada bajo un nuevo marco de referencia en donde la unidad colectiva se antepone como un nuevo valor. Este nuevo marco de referencia se sostiene por el seguimiento del reglamento que cada uno de los servidores reproduce en el contexto del hospital.

Regresando al momento de la solicitud de acceso a las salas de hospitalización, puede registrar que algunos servidores veteranos han establecido una relación específica de cooperación con el personal de salud; relación que está ausente en los servidores novatos. Esta relación consistía en que algunas enfermeras e incluso médicos residentes, informaban puntualmente al servidor sobre la presencia de un nuevo paciente con antecedentes de consumo crónico, es decir, un prospecto. Tal señalamiento consistía en indicar el número de la cama donde el prospecto se encontraba, y en pocas ocasiones mencionaban el nombre del paciente.

Una vez obtenido el permiso y en algunos casos datos precisos sobre pacientes prospecto, entrábamos al área de las salas de hospitalización. Generalmente cada pabellón se divide en dos grandes secciones, una para mujeres y otra para varones. Dado que solo ingresé a al área de pacientes varones, mi descripción de los pabellones es parcial. La mayor parte de las secciones para varones están conformadas por dos o tres salas de hospitalización; y en cada una de ellas existían de cuatro a seis camas para pacientes.

Ya para finalizar esta primera sección, solo comento que a pesar de que los servidores saben que deben conducirse con respeto al personal de salud, algunos de ellos mostraban estilos de comunicación que, desde mi perspectiva, pudieron haber molestado a algunas enfermeras sin poderlo constatar. Sin embargo y por el otro lado, observé cómo algunas veces al personal de salud se muestra distante o frío con los servidores. En ocasiones escuché a los servidores comentar sobre esta forma de dirigirse de algunas enfermeras, mostrándose descontentos. Sin embargo, en la mayoría de las veces concluían que estos asuntos no debían desviarlos de lo que verdaderamente importaba, es decir, cumplir con el

objetivo de alcanzar al alcohólico. Es por esto que también se recordaba constantemente que el personal del hospital cumplía con la atención a los pacientes, y que no tenían por qué dar una atención especial a los AA, más que permitirles acceder a los pabellones cuando las circunstancias lo permitían. En este sentido, los servidores debían sentirse agradecidos con el hospital por permitirles ingresar sin muchas restricciones. Este estado de agradecimiento también reflejaba el grado de sobriedad alcanzado por los servidores, es decir, el *equilibrio emocional* del que se habla en el 12º Paso y que es resultado de aceptar las circunstancias, y no dejarse llevar por sus impulsos egocéntricos.

Acciones concretas frente a los pacientes hospitalizados.

Teniendo el permiso para ingresar, los servidores se dirigen a una de las salas de hospitalización. Puesto que los servidores no siempre cuentan con información precisa sobre la existencia y ubicación de prospectos, lo normal es que recorran todas las salas de hospitalización y se acerquen a cada uno de los pacientes esperando encontrar a uno con antecedentes de consumo problemático. De esta manera, el servicio de llevar el mensaje abarca a todos los pacientes, incluyendo a los hospitalizados por causas distintas a las relacionadas con el alcohol. Esto también sucedió cuando los servidores contaban con información precisa sobre un prospecto, manteniendo la misma lógica de acercarse a cada uno de los pacientes hasta llegar al prospecto identificado.

Por lo general estos encuentros son breves, la acción de llevar el mensaje tiene una duración promedio de ocho minutos, oscilando entre tres y diez minutos. En contadas ocasiones se extendía hasta 15 minutos. Cuando pregunté por las razones de esta duración, los servidores me indicaron que en los hospitales era más difícil extenderse al llevar el mensaje por las limitaciones del tiempo, la condición del paciente hospitalizado, el número grande de pacientes que visitar, y la poca privacidad que existe en las salas de hospitalización para tocar asuntos personales, como el consumo excesivo del alcohol.

Los servidores en el hospital coincidían en señalarme que uno de los principales propósitos de llevar el mensaje a los alcohólicos hospitalizados era poder aclarar que el alcoholismo era una enfermedad y no un vicio, y que los Doce Pasos de AA eran una alternativa de

solución. Lo que buscaban los servidores, en aquel breve espacio de tiempo, era presentar el tema del alcoholismo y promover el inicio de la aceptación en los prospectos. Esta intención se condensaba frecuentemente con la frase “dejar la semilla de AA”. Los servidores veían a los prospectos como *tierra fértil* para hablar del alcoholismo dadas las circunstancias en las que se encontraban: llevar el mensaje como el inicio del cambio, de la recuperación. Pero además, en esta frase también se implicaba que el proceso de la aceptación-recuperación no tenía que iniciar de manera inmediata o no necesariamente tenía que suceder este proceso. Con la metáfora de *dejar la semilla*, los servidores comprendían que su responsabilidad llegaba al punto donde ellos presentaban la existencia de AA como una solución al alcoholismo, lo que viniera después ya no estaba en su control. Tal como lo dejó ver Juan cuando me resumió este asunto: “*Mire psicólogo, algunas semillas crecen, otras tardan mucho para brotar, otras nunca lo hacen*”. Por otro lado, Manuel con poco tiempo en el servicio, me señaló que dado que el proceso de aceptación es largo en los alcohólicos, no se esperaba mucho de los prospectos en el hospital. Sin embargo, él sí tenía esperanzas, igual que otros servidores, de que llevar el mensaje hasta la cama del prospecto era un hecho que tendría un efecto hacia el futuro:

“Llevas el mensaje ¡y ya se hizo la luz! No, no, no. Es mucho pedir que todos quieran ir al grupo del hospital. La mayoría, por orgullo, no quiere decir lo que le duele y lo que le da pena. Pero algo tienen que oír, algo que escuchar. ¡La semilla ya está ahí!” –Manuel.

Con este tipo de expectativas o esperanzas sobre los alcohólicos a quienes visitan durante sus recorridos, es como los servidores encuentran sentido en su actividad. Es decir, en AA se tiene la creencia de que el alcohólico tiene que pasar por problemas derivados por el alcohol para empezar a darse cuenta de su situación. Una vez que empieza a tener dudas sobre sí mismo y sobre su control sobre el alcohol, podrá empezar a con el proceso de aceptación. Esta trayectoria que dura años, la conocen bien los servidores y la rememoran durante sus participaciones en los grupos. Es muy frecuente escucharlos decir frases como “*acuérdate de todas las veces que tu familia te decía de tu alcoholismo y tú no lo veías*” o “*me tardé más de diez años en darme cuenta de que el alcohol me tenía controlado*”. Al tener esto en cuenta, los servidores no tienen expectativas a corto plazo en relación a que

los prospectos acepten su alcoholismo y soliciten ayuda mientras estén hospitalizados, sino que tratan de solo enfocarse en lo que podría ser el inicio de un largo proceso de aceptación.

Durante mis recorridos con los servidores, mantuve un papel de observador participante. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones fui presentado a los pacientes como un compañero de AA, y solo en un par de ocasiones como psicólogo. Durante algunos recorridos fui más un *participante observador*, ya que los servidores me pedían que los ayudara a repartir trípticos y a leer en voz alta párrafos de los trípticos en los que se definen la enfermedad del alcoholismo y la persona alcohólica.

A pesar de que la acción de llevar el mensaje es breve y que cada uno de los servidores tiene su manera personal de llevar el mensaje, pude identificar cinco momentos específicos y recurrentes de la acción: 1) Presentación; 2) Hablar del alcoholismo como enfermedad; 3) Presentar a AA como una solución; 4) Obsequiar el tríptico; 5) Preguntar sobre el consumo; 6) Invitación a una junta de información sobre AA; y 7) Ficha de contactación. Estos momentos los identifiqué tanto en los novatos como en los veteranos, aunque existen diferencias en cuanto al énfasis otorgado. Algunos servidores se enfocan más en los beneficios que han obtenido en AA, mientras que otros en la dificultad por aceptar la enfermedad. También señalo que el orden en que presento los momentos de la acción, no necesariamente se respetó en todos los casos. Fue más común observar a los novatos mantener este orden que los veteranos, los cuales se conducen con mayor flexibilidad de acuerdo a las circunstancias de la acción. Estas diferencias y similitudes particulares de los servidores son señaladas en su respectivo momento.

Presentación

Cuando los servidores ingresan a las salas, lo hacen saludando de manera amable a todos los pacientes y familiares que se encuentran ahí, también tratan de hacer contacto visual con cada uno de ellos. Fue notable que los servidores con más experiencia en el servicio se mostraron con mayor soltura y seguridad en su lenguaje corporal y voz; también tienen una expresión de ser más amigables que los novatos, quienes en ocasiones parecía que dudaban al hablar o al acercarse a un paciente en particular. Después de este saludo inicial los

servidores se presentan a sí mismos como alcohólicos recuperados y miembros de AA. Algunos prefieren presentarse en voz alta a todos los pacientes para luego acercarse a cada uno de ellos, mientras otros se colocaban junto a la cama de algún paciente después de haber saludado para iniciar la conversación en un tono de voz más bajo, tratando de hacerla más privada.

Los servidores veteranos se caracterizaron por mostrar mayor facilidad al iniciar la presentación de sí mismos, por ser más espontáneos y hábiles para incorporar situaciones específicas del momento en su conversación. Por ejemplo, observé que hacían comentarios sobre el clima, sobre la comida del hospital o sobre el hecho de que estuvieran familiares o amistades visitando a los pacientes. En cambio los servidores novatos eran más formales en su presentación, dando la impresión de estar más preocupados por seguir los pasos y reglas del servicio y no actuar espontáneamente. Una manera de representar lo anterior sería a través de observar las formas típicas de los servidores veteranos y novatos. Los veteranos Neto y Paco saludaban así respectivamente: “*¡Buenas tardes, venimos mi compañero y yo a saludarlos brevemente y a ver cómo van, cómo siguen!*” y “*Buenas tardes a todos ¿jechándole ganas!?*”. Por su parte los novatos Iván y Gerardo decían algo así: “*Disculpe la molestia, mi nombre es Iván y vengo de AA*” y “*Buenas tardes, venimos de AA a traerles una información sobre el alcoholismo.*” También fue frecuente observar a los servidores veteranos acercarse a las fichas de identificación de los pacientes para llamarlo por su nombre.

Al presentarse como miembros de AA o como alcohólicos recuperados, los servidores admitían abiertamente su enfermedad ante los pacientes. Los servidores me indicaron que esta admisión es parte de la recuperación de todo alcohólico. Por lo tanto, admitirlo abiertamente en una sala de hospital, era una manera de demostrar a los pacientes, y sobre todo a los prospectos, que ellos mismos eran alcohólicos en recuperación y que seguían el programa de los Doce Pasos. Con esto, los servidores se posicionaban en el sistema de actividad como un cierto tipo de persona, identificándose como alcohólico como un recurso mediacional para iniciar el contacto subjetivo con el hospitalizado.

Después de presentarse a sí mismos como miembros de AA, los servidores expresan abiertamente su agradecimiento hacia el hospital y hacia el personal de salud por

permitirles ingresar a las salas de hospitalización para ofrecer una información sobre el alcoholismo. Esto sucedía independientemente de si estaba o no alguien del personal de salud en la sala de hospitalización. Algunos enfatizaban el hecho de contar con la autorización del personal administrativo del hospital. Algunos ejemplos de esto:

“Venimos de la agrupación de AA. Agradecemos a los médicos que nos dejen estar aquí, y que nos dejen compartir nuestras experiencias.” –Neto.

“Nosotros somos de Alcohólicos Anónimos y estamos aquí con permiso de las autoridades del hospital. Venimos a pasar información sobre la enfermedad del alcoholismo.” –Pedro.

“Las autoridades del hospital nos permiten poder venir, porque ellos también se preocupan por esta terrible enfermedad.” –Iván.

El hecho de que expresaran su agradecimiento forma parte de una tradición histórica en AA que sirve para mantener sus relaciones de cooperación con la comunidad profesional, especialmente con la médica. Tal como lo mencioné en el capítulo dos, la figura del médico ha estado presente desde el origen de AA, por ejemplo, el Dr. Silkworth fue quien ayudó a que los primeros AA pudieran visitar a otros alcohólicos hospitalizados. Por otro lado, al hacer explícito el apoyo del hospital también sirve para legitimar su presencia y la información que ofrecen sobre el alcoholismo, colocando a AA como una organización a la par del hospital que se suma para ofrecer una alternativa de solución a los alcohólicos: el programa de recuperación de los Doce Pasos.

Hablar del alcoholismo como enfermedad.

Después de que los servidores se presentaban como integrantes de la comunidad de AA y de señalar que su propósito era hablar del alcoholismo, comenzaban diciendo que este no era un vicio, sino una enfermedad. Para apoyar esta afirmación, los servidores utilizaban dos definiciones para entender el alcoholismo como una enfermedad. Por lo común, los servidores más novatos leían textualmente las definiciones contenidas en los trípticos de información, mientras que los más veteranos las parafraseaban. Para definir el alcoholismo se apoyaban en la siguiente cita:

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) dictaminó el alcoholismo como una enfermedad de carácter físico, psíquico y social, que además es progresiva y mortal” (Sección México de AA, 2008).

Para establecer quién es un enfermo alcohólico se apoyaban en la siguiente definición:

“Enfermo alcohólico es la persona que presenta de manera crónica o recurrente un desorden de la conducta, caracterizado por dependencia del alcohol, que le conduce a la ingestión compulsiva de bebidas alcohólicas de modo que interfiere con su salud, relaciones interpersonales o su capacidad para el trabajo” (Sección México de AA, 2008).

Cuando los servidores definían el alcoholismo y al alcohólico, también hacían una clara referencia a la fuente de tales citas. Para la primera referían a la OMS, y para la segunda referían a la Secretaría de Salud de México. Utilizar definiciones de otras instituciones es una práctica normal en AA, ya que la misma comunidad de AA no se considera a sí misma como una organización que genere investigación o que pueda declarar públicamente una definición sobre estos fenómenos. Aunque sí existe una concepción y una teoría del alcoholismo al interior de AA, los servidores prefieren apoyarse en instituciones médicas “oficiales”, y ser congruentes con el hospital, el cual forma parte del sector salud. Esta forma de conducirse también está determinada por las reglas contenidas en las Doce Tradiciones. Por ejemplo, en la 11ª Tradición se explicita que los servidores no deberán emitir opiniones que generen polémicas públicas. Los AA se consideran más como una comunidad dedicada a ayudar a otros alcohólicos, y no a educar o a investigar sobre el alcoholismo. Por lo tanto, prefieren evitar la discusión utilizando definiciones de organizaciones ampliamente aceptadas.

Al utilizar estas definiciones, los servidores se mantienen dentro del contexto médico del hospital, además, al decir que el alcoholismo es una enfermedad genuina reconocida por los médicos. Por ejemplo, uno de los servidores hacía comentarios que reflejaban esta aceptación y cooperación entre el hospital y AA:

“El alcoholismo es una enfermedad emocional, física y mental. No es un vicio como se dice. Si no fuera enfermedad entonces ¿por qué nos dejan entrar aquí? ¿No? – Toño.

Además, con estos comentarios, trataban de cuestionar las creencias que pudieran tener algunas personas acerca del alcohólico como una persona *viciosa o con poca moral*. Los servidores me explicaron que para ellos haber comprendido que estaban enfermos fue de gran alivio. Algunos me comentaron que al entenderse como enfermos dejaron de luchar para tratar de beber como las personas sin problemas; dos veteranos me dijeron que cuando entendieron su enfermedad dejaron de sentir vergüenza. Me dijeron que muchos alcohólicos llegan a AA sintiéndose culpables porque no haber podido beber *normalmente*, pero el hecho de saber que el alcoholismo es una enfermedad, les permitía tener otra perspectiva y dejar de culpabilizarse tanto. De esta manera, los servidores distinguían una visión en donde se evalúa o califica el consumo desde un enfoque socio-moral, de ahí que se le considere vicio, y el enfoque de AA en donde el alcoholismo se concibe como algo físico, emocional y espiritual.

La definición sobre quien es un alcohólico fue retomada del Artículo III de la Norma Técnica 197 de la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de atención médica a los enfermos alcohólicos. La definición del enfermo alcohólico fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1987 de donde AA obtuvo la definición. Sin embargo, para el caso de la definición referida a la OMS no existe información precisa con respecto a la fuente consultada.

Al preguntar a los servidores por esta referencia, algunos me respondieron que no sabían con exactitud, pero sabían que esta definición había tenido lugar en las década de 1950, algunos incluso mencionaron el año de 1952. En los primeros reportes técnicos del subcomité de alcoholismo⁶⁴ publicados por la OMS en 1951 y 1952, se utilizó el término “alcoholismo” para referirse al consumo que sobrepasa el consumo social de una comunidad dada. En ninguna parte de ambos documentos se mencionan las características que los servidores indican a los pacientes, es decir, una enfermedad física, psíquica, social,

⁶⁴ Technical Report Series: No. 42 (WHO, 1951) y No. 48 (WHO, 1952).

progresiva y mortal. Por otro lado, a partir de la década de 1970, la OMS prefirió descartar el término “alcoholismo” para utilizar la noción de “Síndrome de Dependencia Alcohólica” (Edwards y Gross, 1976), la cual ha sido utilizada hasta nuestros días. A pesar de esta evolución en la conceptualización de la OMS para definir los problemas relacionados al consumo crónico de alcohol, los servidores de AA han preferido seguir utilizando una definición de alcoholismo supuestamente dada a conocer en los primeros años de creación de la OMS.

Por un lado, se entiende los AA utilicen las definiciones “oficiales” sobre alcoholismo para mantenerse en el mismo marco conceptual que el hospital y así evitar entrar en conflictos, pero por otro lado, surge la pregunta ¿Por qué no utilizan la definición más actualizada de la OMS? Una posible interpretación para esta situación sería suponer que la definición que los servidores refieren de la OMS, representa una conceptualización es más aproximada a las nociones particulares que en AA se tiene sobre el alcoholismo, y que por eso no tienen la necesidad de hablar del Síndrome de Dependencia Alcohólica tal como la OMS lo propone actualmente.

Para ampliar más esta interpretación, analizo los comentarios que hacían los servidores inmediatamente después de haber presentado las definiciones oficiales. En estas intervenciones, los servidores además de mencionar algunas características ya señaladas en las definiciones, introducían nuevos elementos que caracterizan la enfermedad alcohólica. Por ejemplo, hacían hincapié en que el alcoholismo es una enfermedad que puede desarrollar cualquier tipo de persona. Presento un par de ejemplos de este tipo de comentarios:

“Es una enfermedad no dicha por nosotros, sino por la Organización Mundial de la Salud, la cual dice que el alcoholismo es una enfermedad progresiva y mortal. A todos nos puede dar, no respeta condición social, sexo o edad. La OMS lo acredita.” –Paco.

“El alcoholismo es una enfermedad mortal y se presenta en todo tipo de personas, hombres y mujeres, adolescentes o mayores, en todos los niveles económicos.” – Iván.

Esta característica del alcoholismo, como una enfermedad que puede ser desarrollada por personas distintas en relación a sus sexo, edad, clase socioeconómica, es una idea que también está muy presente durante las juntas grupales y reuniones de servicio. Además, está vinculada a la idea central de su 3ª Tradición en la que se explica que el único requisito para ser parte de AA es querer dejar de beber, sin depender del poder económico, diferencias religiosas, de raza, etc. La única característica a compartir es la de la enfermedad alcohólica. En su investigación antropológica, Módena (2009) señaló que el sentido básico de buscar la igualdad entre los miembros de AA, es la construcción de una identidad a través del denominador común de la enfermedad alcohólica, independientemente de las desigualdades existentes. Con estos comentarios buscan mostrar a AA como una comunidad igualitaria, en donde la discriminación o el aislamiento no forman parte.

Otra característica introducida por los servidores es que los enfermos alcohólicos no tienen una sola razón específica para tomar alcohol. Por ejemplo retomo las palabras que uno de los servidores novatos dijo al respecto:

El alcohólico ¡toma por todo! que si porque está contento, que si porque está triste, por su cumpleaños, que por si sus cuates, que por si quiere bizcocho, que si porque no tiene bizcocho ¿A poco no? Y toma mucho, no solo unas cuantas copitas” – Manuel.

Por su parte los veteranos me comentaban que es muy común entre la gente la creencia de que los alcohólicos solo beben para calmar la tristeza o para evadir los momentos difíciles. Aunque estas son razones comunes por las que se bebe, no son las únicas. Algunos servidores me comentaron que hay alcohólicos que solo beben cuando celebraban un acontecimiento agradable. Es por esto que fue común escuchar que los alcohólicos encuentran siempre un motivo en toda ocasión para seguir bebiendo.

Al hablar de las dos características anteriores (cualquiera puede ser alcohólico y no hay una razón única para beber alcohol), puede ser interpretado como una estrategia que los servidores utilizan para aproximarse a los pacientes con consumo fuerte de alcohol. Es decir, ambas características abarcan a un número grande de individuos, independientemente de sus creencias, nivel socioeconómico o las razones por las cuales

bebe alcohol. Además, si se toma en cuenta que también existe la creencia de que un alcohólico difícilmente acepta su condición de alcoholismo, es congruente que los servidores vayan preparando el terreno de la confrontación al ir eliminando posibles justificaciones relacionadas a algunas características individuales que pudieran presentar los pacientes.

Otra característica del alcohólico mencionada por los servidores es la falta de voluntad por controlar su manera de beber. Durante las reuniones registré en diferentes ocasiones la creencia de que el alcohólico posee una *alergia* particular hacia el alcohol. Esta consiste en que una vez que el cuerpo ingiere una cantidad de alcohol, por pequeña que esta sea, se *despierta* en el cuerpo una compulsión por seguir bebiendo⁶⁵. Por lo tanto, en un enfermo alcohólico no existe la fuerza de voluntad suficiente para dejar de beber una vez que se ha tomado la primera copa.

Por último, durante mis observaciones en las juntas de AA fue frecuente escuchar hablar acerca de la dimensión espiritual de la enfermedad alcohólica, sin embargo, durante la acción de llevar el mensaje, los servidores no acostumbraron hacer mención de este tema. Al preguntar sobre esto, la mayoría de ellos coincidió en que prefería no tratar este tema debido a que podían crear resistencia en el paciente alcohólico. Me comentaron que muchos alcohólicos hospitalizados pueden llegar a estar resentidos con su religión por lo que les está sucediendo. Aunque AA se identifica no como una religión, sino como una comunidad espiritual, creen que una sala de hospital no es el mejor contexto para tocar el tema, a menos que el propio alcohólico hospitalizado sea quien quiera hablar de ello.

A diferencia de lo que he señalado hasta aquí, cuando los servidores tienen previo conocimiento de un paciente prospecto, su modo de hablar del alcoholismo y de dirigirse hacia el paciente es un tanto distinto. Esto pudo observarlo cuando los servidores profundizan más en las características, y son mucho más directos en hablar sobre el

⁶⁵ A lo largo de la literatura de AA existen referencias a la idea de que él alcohólico posee cierto tipo de alergia al alcohol. Presento solo una de estas referencias: “El Dr. Silkworth (...) se vio obligado a decirme que era víctima de una compulsión neurótica hacia la bebida, para la cual no había poder de voluntad, cultura, ni tratamiento que pudiera curarla. Agregó que era víctima de un desarreglo corporal que podría consistir en una especie de alergia –una compulsión física que virtualmente garantizaba daños cerebrales, locura o muerte.” (AA, 1970c; pág. 38).

alcoholismo, pero sin señalar abiertamente el alcoholismo del prospecto. Por ejemplo, en una ocasión uno de los veteranos señaló al paciente encamado con mucha intención el carácter mortal del alcoholismo:

“Desgraciadamente ésta enfermedad es tan terrible que acaba con vidas, y no solo la del alcohólico, sino también la de otros, los que lo rodean... Mira amigo, esta enfermedad es fuerte y no es cuestión de voluntad, ¡es una enfermedad! Ahora llegaste al hospital, y puedes salir de aquí y volver ir a tomar, pero tal vez ya no regreses. El alcoholismo es mortal.” –Neto.

También pude observar, tal como se muestra también en la cita anterior, que algunos servidores hacían referencia a la relación causal entre el alcoholismo y la condición de estar hospitalizado. Así, trataban de llamar la atención del prospecto al indicarle que posiblemente ya no tendrían otra oportunidad para detener su consumo, dado que el alcoholismo es considerado una enfermedad mortal. El uso de los recursos dramáticos, como la posibilidad de la muerte por alcohol, son utilizados por los servidores como una manera de conectarse con los prospectos, movilizar sus miedos, y generar un proceso de aceptación.

Otro cambio registrado cuando los servidores estaban frente a los prospectos, fue la manera en la que compartían su experiencia como alcohólicos activos de un modo más personal. Para profundizar sobre algunas características de la enfermedad, introducían relatos breves sobre su propia historia alcohólica. Por lo común hablaban de las consecuencias negativas que les trajo el consumo excesivo de alcohol. Sobre esta cuestión, Cain (2001) señaló la importancia de los historiales alcohólicos que los miembros de AA intercambian durante las juntas, como mecanismos mediadores para objetivar las creencias alrededor del alcoholismo. De manera similar a los señalados por Cain, los servidores cuando llevan el mensaje presentan las consecuencias negativas de beber alcohol a través de sus breves relatos. Por ejemplo, uno de los veteranos habló de su experiencia alcohólica para mostrar cómo esto produjo problemas en su vida:

“La enfermedad del alcoholismo a mí me hizo sufrir mucho, hizo que perdiera trabajo, dinero, amigos y familia. También hizo que lastimara mucho a mi esposa e hijas. Pasó mucho tiempo para que yo pudiera entender que tenía una

enfermedad. Golpes, peleas, problemas de dinero, discusiones, caídas, malestares, etc. Yo cuando bebía, sentía que todos los demás estaban en mi contra y que lo único que querían, era hacerme enojar o que estaban todos de acuerdo para hacerme algo. Me tardé en reaccionar y en aceptar. –Juan.

Sobre las consecuencias del alcoholismo, las más frecuentes que escuché son aquellas relacionadas con la familia debido al maltrato, a la violencia o por la pérdida de contacto con su esposa e hijos. Otras consecuencias comunes se relacionaban con problemas económicos, peleas o problemas con la policía. Sin embargo, los servidores me señalaron que a pesar de las consecuencias negativas que se viven por el alcoholismo, un enfermo alcohólico no ve que esto tenga una relación directa con su forma de beber. Por lo tanto, lo que buscan al compartir estas experiencias, era que el prospecto alcohólico pudiera reconocerse en alguno de los relatos y poder aceptar su propio problema con el alcohol. Los servidores hablaban de sí mismos, de sus experiencias con el alcohol, como una forma indirecta de dirigirse al encamado ya que si lo hacían directamente era muy probable de que el prospecto negara su enfermedad y *levantara una barrera* que difícilmente se podría remover.

Es por esta misma razón que algunos servidores al narrar sus experiencias personales con el alcohol, incluían el síntoma de la negación en sus relatos como un elemento básico para hablar de alcoholismo:

“Ya llevo seis años de sobriedad y gracias a este programa ¡eh! Si no, ya estuviera muerto o estuviera en un hospital. ¡Mira! a mí también me vinieron a pasar el mensaje, porque de veras, igualito que tú, yo no más decía que no, yo no soy alcohólico, alcohólicos los otros y mensos, pero yo no. A mí me lo pasaron y me dijeron ¡Qué! ¿Te quieres morir ya o qué? –Manuel.

“El primer síntoma de un alcohólico es la negación. Un alcohólico no sabe, o sabe pero no la acepta, o sabe pero no quiere dejar de beber. La enfermedad que yo tengo es profunda y no es cualquier cosa.” –Paco.

En la segunda de las cita, el servidor tenía como estrategia hacer presente el síntoma de la negación como una manera estratégica de evitarla; lo cual también lo observé en otros AA.

Con este tipo de relatos, los servidores buscaban anticiparse a las reacciones que pudieran tener los prospectos. Los veteranos me señalaron que desde su experiencia los alcohólicos siempre niegan sus problemas con el alcohol, y era así porque si se acepta que uno tiene la enfermedad, esto implicaría reconocer que no se tiene control sobre sí mismo lo cual genera mucho descontento entre alcohólicos no recuperados. Aceptar la falta de control, me dijo un servidor, es un duro golpe para una persona egocéntrica y alcohólica.

Por último, se mencionaba que la enfermedad del alcoholismo no tenía cura y que aún no existía algún tratamiento médico que pudiera revertir la enfermedad y hacer que un alcohólico pudiera beber como una persona normal. Por lo tanto, decían que la única alternativa que tenían ellos era la de mantener la abstinencia total a través del programa de los Doce Pasos que encontraron en AA.

Sobre este último aspecto cabría realizar una breve reflexión para finalizar esta sección. A pesar de que en los campos disciplinarios de la medicina, psiquiatría y psicología se han logrado avances significativos en relación al desarrollo de nuevas alternativas para atender el consumo crónico y/o excesivo del alcohol (Hester y Miller, 2003) todavía no existe un tratamiento definitivo que sea considerado como *solución* indiscutible para este fenómeno, o aún no son aplicadas institucionalmente en nuestro país. Por tanto, con estas circunstancias reflejadas en la ausencia de tratamientos específicos para atender el consumo crónico de alcohol en el hospital, es posible suponer que los servidores de AA consideren al programa de los Doce Pasos como la alternativa más factible para ayudar al alcohólico. Dicho de otra manera, la ausencia de acciones concretas e institucionalizadas del personal de salud, contrasta con las actividades que los servidores de AA realizan con respecto a la atención de los consumidores crónicos.

En esta misma línea, considero oportuno retomar las interpretaciones realizadas por Valverde y White-Mair (1999) con relación al significado particular que AA ha dado al alcoholismo como una *enfermedad no médica*. Este hecho generó una nueva conceptualización que permitió una separación de la noción de *vicio* y, al mismo tiempo, se estableció que el alcoholismo fuera atendido por una comunidad de iguales y no por médicos. Estas autoras concluyeron que AA con su método de recuperación, nunca tuvo la

necesidad de subordinarse a los métodos de la profesión médica por ser una comunidad autónoma.

Durante el trabajo de campo, escuché en distintas reuniones la idea de que la medicina y la religión se habían *derrotado* ante la enfermedad del alcoholismo, significando que no existía una cura⁶⁶. En una ocasión, uno de los servidores fue todavía más explícito al señalar la imposibilidad de los médicos por atender el alcoholismo.

*“Aquí en el hospital contamos con un grupo tradicional de AA. El grupo está dentro del hospital porque los doctores no saben qué hacer con el alcoholismo. ¡A ver! ¿Qué nos dicen? Que ya no bebamos, que dejemos de beber ¡y ya! Los doctores no pueden. Te ayudan a que te sientas mejor, pero no a que dejes de beber. Uno sale [del hospital] sintiéndose más fuerte, pero al mes otra vez a la botella. Por eso ellos nos mandan a los grupos, porque ahí sí sabemos cómo le hemos hecho para dejar de beber ¿Ves? O sea, cooperamos con ellos.”*⁶⁷

Los servidores asumen que los médicos no cuentan con las herramientas suficientes para tratar el alcoholismo, en gran parte debido a que, desde sus perspectivas, el alcoholismo también es una enfermedad emocional y espiritual, no solo una enfermedad física o biológica. En este mismo sentido, otro servidor me contó su experiencia personal cuando estuvo hospitalizado por problemas en su hígado. Me contó que durante su internamiento los médicos nunca le preguntaron por su consumo de alcohol, y nunca se habló de alcoholismo. Me aseguró que aunque le hubieran hablado de su enfermedad, él no la hubiera aceptado en ese momento, pero al menos, se habría empezado a generar la duda. También me contó que cuando salió del hospital, el médico solo le recomendó que dejara de beber por un año, pero que posteriormente podría volver a beber una o dos copas solamente. Me dijo que ahora entendía que aquella recomendación del médico se debió a

⁶⁶ También existen diversas referencias a esta idea en literatura de AA, un ejemplo sería: “Casi ninguna recuperación del alcoholismo ha resultado del trabajo de los mejores profesionales del mundo, bien fueron médicos o religiosos.” (AA, 1952, pág. 203).

⁶⁷ A pesar de que el servidor reconoce la cooperación entre médicos, su lenguaje y su forma de hablar podrían ser sancionados por las normas de AA, por lo tanto he preferido mantener el completo anonimato del servidor. En AA existe la norma que nunca debe proponerse el programa de los Doce Pasos como la mejor o única solución. Se enfatiza evitar comentarios polémicos, además de que los servidores de AA deben mostrarse siempre agradecidos con la medicina, por sus contribuciones a AA.

que éste no conocía mucho del alcoholismo, pero que en el caso contrario, si el médico hubiera tenido mayor conocimiento de la enfermedad, seguramente le hubieran prohibido volver a beber.

Por un lado, los servidores saben que los médicos no tienen mucho qué hacer frente al alcohólico para que éste detenga su consumo de alcohol pero, por otro, reconocen que ellos han ayudado mucho para que la comunidad de AA creciera, ya que han remitido a muchos de sus pacientes a los grupos. Es por esto que la comunidad de AA solicita el apoyo de los médicos para difundir el programa de los Doce Pasos. Valverde y White (1999) ya habían señalado que desde el inicio de AA solicitaban el apoyo de médicos para legitimar el programa de los Doce Pasos como una alternativa para el alcoholismo. Señalaron que el caso ejemplar de esto fue el prefacio escrito por el Dr. Silkworth de la primera edición del libro *Alcohólicos Anónimos*. Pero además de esta legitimación por parte de la medicina, los servidores utilizan los comentarios que diferentes médicos de instituciones mexicanas hacen con referencia a la experiencia de cooperación con AA. Uno de los casos más representativo de esto, son las palabras del Dr. Velázquez, quien fuera el primer presidente de la Sección México, que se reproducen en un folleto titulado “Alcohólicos Anónimos como alternativa de solución... dicen los médicos”. En este folleto se reproducen citas o comentarios de diversos profesionales de la salud, entre ellos médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc. Para mostrar un ejemplo de esto, solo reproduzco algunos fragmentos de la contribución del Dr. Velázquez:

“Millones de personas de todo el mundo luchan con esta enfermedad funesta que afecta al hombre entero: física, mental, psicológica y espiritualmente. [...] El primer problema que encontramos como profesionales, es enfrentarnos con la negación. [...] Un alcohólico, cuando inicia su actividad alcohólica, hace periodos de abstinencia y esto lo hace creer que puede vivir y estar capacitado para no usar la droga en breve tiempo, piensa que *ya está curado*. Esta manera de razonar crea la peor clase de adicción, es el primer paso a la recaída a fin de recibir la negación de la realidad. No debe luchar solitario, para esto existen grupos de auto-ayuda, los Grupos de Alcohólicos Anónimos.” (Sección México de AA, 2002; pág. 11-12).

Este tipo de folletos son entregados a los profesionales, para mostrar cómo es que AA coopera con los profesionales, y cómo es que definen la enfermedad no médica del alcoholismo. Nuevamente Valverde y White-Mair (1999) argumentaron que la visión de AA sobre el alcoholismo como una *enfermedad no médica*, ha sido uno de los desafíos más exitosos hacia la autoridad experta de médicos y psicólogos del siglo pasado, puesto que en esta visión se afirma también que solo un alcoholístico, y no cualquier otro experto, puede diagnosticar y tratar el alcoholismo. Este razonamiento está basado en que el alcoholismo no puede ser diagnosticado a través de cantidades absolutas del alcohol consumido, sino que se define por la experiencia subjetiva de la falta de control. Y para que el alcoholístico acepte esta falta de control, es necesario que primero se trabaje con la negación, la cual está identificada y conceptualizada por los servidores que llevan el mensaje.

La experiencia de aceptación *versus* negación que tienen los servidores, es considerada como una clara ventaja que tiene el alcoholístico recuperado, a diferencia del médico, para trabajar con otro alcoholístico. El razonamiento contenido en la noción del *punte de comprensión*, permite al servidor entender de mejor manera lo que vive un alcoholístico cuando este niega su problema. Esta ventaja sobre los médicos propuesta en AA, se hizo más explícita cuando en una reunión se comentó que la única manera para que un médico pudiera ayudar a un alcoholístico, es que este médico fuera también un alcoholístico recuperado. Con este tipo de razonamientos los servidores justifican, en parte, su presencia en los contextos hospitalarios, en donde ellos como comunidad asumen parte de la responsabilidad para dar solución a un problema de salud pública.

Con base a las observaciones empíricas y los razonamientos derivados de estas, considero que el sistema de la actividad de llevar el mensaje está inserto en un entramado de significados que favorecen la sensación de confianza y fortaleza que experimentan los servidores al estar frente al prospecto. Por una parte, saben que se necesita de la cooperación de los médicos para tener acceso a los pabellones y cumplir con el objetivo de llevar el mensaje pero, por otro lado, también se reconocen como agentes sujetos básicos, necesarios, para dar atención a un problema ante el cual los médicos no saben cómo responder. Es en este contexto en el cual los servidores consideran que ofrecen el programa

de los Doce Pasos no como *una* alternativa para la recuperación, sino como *la* alternativa en el contexto hospitalario.

Los Doce Pasos como una solución.

Una vez que han definido el alcoholismo y presentado algunas de sus características a los pacientes encamados, por lo regular los servidores hablaban del programa de los Doce Pasos como una alternativa para el alcoholismo. Siguiendo una lógica similar a la acción anterior, cuando se estaba frente a un paciente del cual no se tenían antecedentes de consumo excesivo, su exposición se acotaba a señalar brevemente algunas características del programa. Pero cuando se tenía identificado a un prospecto, entonces en la presentación del programa se desempeñaba de maneras cualitativamente diferentes, ya que era cuando se introducían relatos con base a la experiencia personal. También observé diferencias entre novatos y veteranos, los primeros continuaron siendo mucho más esquemáticos en su forma de presentar sus ideas, mientras los segundos mantenían un lenguaje mucho más coloquial, con espontaneidad y fluidez.

Generalmente comenzaban hablando sobre lo que AA ha significado para ellos, en relación a que pudieron encontrar una solución a su consumo. Presento dos ejemplos, un novato y un veterano, sobre la manera en la que introducían el tema de AA como la solución al alcoholismo:

“Cuando un alcohólico quiere dejar de beber, en AA puede encontrar la manera de hacerlo. Los grupos y los compañeros de AA apoyan para que el alcohólico pueda pues alcanzar la sobriedad.” –Gerardo.

“Quiero decirles que en AA se puede encontrar una solución. [Pausa.] En AA ayudamos al alcohólico. Con un sencillo programa de doce pasos, nosotros encontramos la salud, la alegría y trabajando día con día nos liberamos de esta terrible enfermedad.” –Juan.

Es común que al hablar de AA como solución hablen del papel que tienen los compañeros y los grupos como parte del proceso de recuperación. Para los servidores es importante dejar en claro que en los grupos de AA se hallan ex bebedores o alcohólicos que siguen

intentando dejar de beber, manteniendo la idea de igualdad entre ellos y vinculada a la misma enfermedad. Es en esta comunidad de iguales, en donde los que han logrado dejar de beber, hablan de su experiencia para que otros que están intentando ya no beber puedan retomar ideas para aplicarlas a su propio proceso⁶⁸.

También me comentaban que al presentar a AA, preferían dejar de lado el término *tratamiento* porque se relacionaba mucho con la medicina. Los veteranos por lo común extendían los límites de los logros en AA sin centrarse solo en el consumo de alcohol. Algunos otros hablaban de AA también cómo una manera de encontrar la felicidad, paz, o una manera para ya no sentir enojo, tristeza, etc. En las intervenciones de los veteranos se mostraban relatos con un fuerte simbolismo acerca de lo que es un alcohólico y el sufrimiento por el consumo. Por esto mismo, me señalaron, ellos preferían hablar más sobre las emociones porque conocían lo que un alcohólico siente y lo que más desea: dejar de sufrir. Ellos manejaban un fuerte sentido de intersubjetividad de acuerdo al cual no se molestaban en comprobar si habían logrado convencer al paciente, lo que importaba era llevar, comunicar sus experiencias alcohólicas, cómo a ellos les tocó de una manera subjetiva el mensaje de AA y cómo igualaban sus experiencias con lo que creían estaban sintiendo los pacientes encamados.

Los servidores saben que tienen poco tiempo para estar con cada paciente, por esto solo mencionan las características de AA que consideran importantes y no trataban de dar una imagen total de la comunidad. Para esta acción, los servidores prefieren hablar de lo que AA no es. Por ejemplo, señalaban la diferencia con la religión:

“Nosotros no somos religiosos, si quieres creer en dios, pues crees en dios, si no, pos no pasa nada, no se trata de eso, se trata de dejar de beber y de dejar de sufrir... Si tú no crees en nada, no pasa nada, hay muchos en AA que no creen, pero están ahí porque ellos van por su deseo de dejar de beber, o dejar de sufrir como tú la quieras ver.” –Toño.

⁶⁸ Sobre este proceso de intercambio de experiencias a través de los relatos personales, está descrito en los trabajos de Cain (1991, 2001).

Aunque saben que el tema de la religión es un tema delicado y que puede producir resistencia en algunos pacientes alcohólicos, los servidores dejan en claro que AA no es una religión, ya que reconocen que existen creencias en la población que los percibe como si lo fueran. Por otro lado, también tratan de desvincularse con los centros de rehabilitación mejor conocidos como *Anexos*. Tales centros pertenecen a las diferentes ramas en las que se fue dividiendo el movimiento de AA durante la década de 1970. En sus explicaciones, los servidores enfatizan que en los grupos tradicionales de la Sección México de AA no existe violencia física, ni se pide dinero a terceros.

“En AA nosotros no golpeamos, ni amarramos y mucho menos pedimos dinero, ropa o zapatos. Lo único que se necesita para entrar a AA es un verdadero deseo de dejar la bebida. Nosotros apoyamos a quién de verdad quiere dejar de beber...– Juan.

“Nuestro grupo de AA es un grupo tradicional y ahí no se lleva a nadie a la fuerza. Lo único que nos interesa es decirle cómo le hemos hecho, mis compañeros y yo, para no beber la primera copa durante 24 horas ¡eso es todo! –Lalo.

Me comentaron los servidores que estos comentarios buscan separar las percepciones que se tienen de los *Anexos* con los grupos tradicionales. En este punto se muestran muy preocupados porque, incluso, algunos profesionales del hospital no reconocen la diferencia. Aunque al interior de la comunidad AA existe división en relación a la efectividad de estos *Anexos*, lo que sí interesa a los servidores al llevar el mensaje es eliminar todo motivo que pueda ser usado por los prospectos para negar su enfermedad, por ejemplo, alegar sobre el maltrato que enfrentará al entrar a un grupo.

Los servidores son especialmente cuidadosos en este asunto, y tratan de ser lo más claros para evitar cualquier confusión y cualquier motivo de negación. Es común señalar como características diferenciales entre grupos tradicionales y *Anexos*, el hecho de que se respeta la voluntad del prospecto por asistir, y la aportación económica voluntaria:

“Bueno mira, los grupos tradicionales, como el que está aquí en el hospital, es un grupo en el que solo vas una hora y media, y vas por tu propia voluntad. En estos grupos no te obligamos a que te quedes y tú sabes que no tienes que pagar, aquí

solo nos mantenemos por cuotas voluntarias, lo que tú puedas o lo que quieras.” – Iván

“AA es una fraternidad, nosotros no amarramos, no castigamos o encerramos. Existen otros que pueden llegar a hacer eso, pero no lo hace AA. Se trabaja de manera voluntaria, así que nosotros no cobramos por lo que hacemos o estamos esperando donativos de la gente, no, nada de eso. Lo único que nosotros queremos es transmitirles una información valiosa sobre el alcoholismo” –Paco.

Este tipo de comentarios son expresados por servidores más experimentados y están ausentes en los más novatos. De esta manera los servidores se distancian de las formas de trabajar de los *Anexos*, tratando de limpiar la imagen social del grupo AA que está en el mismo hospital. También ofrecen respetar la voluntad del paciente para ingresar al grupo, tratando de evitar cualquier tipo de resistencia por parte del prospecto y se enfatiza que en AA no se pide dinero a personas que no estén dentro del grupo y que además esto es de manera voluntaria⁶⁹. En este sentido, los servidores intentan adelantarse a la aparición de la negación, tratan de esclarecer los principales aspectos, reconocidos por ellos, en los cuales los pacientes prospectos pueden apoyarse para no aceptar la ayuda o para seguir escuchando lo que los servidores tiene que decir. Relacionado con esto, en una ocasión el coordinador del grupo me dijo que lo que se busca al llevar el mensaje es eliminar todas las dudas o interpretaciones erróneas que puedan ser utilizadas en contra de la aceptación de la enfermedad.

Después de que señalaban lo que la agrupación de AA no es, observé grandes diferencias entre el actuar de los novatos y veteranos. Mientras los primeros retomaban una de las estrategias propias del comité de Información al Público,-la presentación de los cinco puntos básicos del programa de recuperación-, los servidores veteranos preferían compartir sus experiencias personales en relación a su proceso de recuperación en AA.

Los novatos comentaban a los pacientes que los alcohólicos siguen un programa de Doce Pasos para la recuperación, y que este puede ser resumido en cinco puntos básicos: *I.*

⁶⁹ La práctica de aportar dinero voluntariamente es conocida como *la séptima*. Para una descripción de las tensiones alrededor de esta práctica en AA ver Módena (2009, pág. 37).

Admitir que uno es alcohólico; 2. Analizar la propia personalidad como alcohólicos y la catarsis⁷⁰; 3. Restablecer las relaciones interpersonales; 4. Creer en un poder superior o factor “x”⁷¹; y 5. Trabajar con otros alcohólicos.

Los servidores novatos como Gerardo y Pedro solo se limitaban a mencionar los cinco puntos, no los desarrollaban ni explicaban con más detalle e incluso no trataban de aclarar aquellos conceptos que probablemente los pacientes no llegaban a entender, tales como catarsis o factor “x”. Hacia al final de mi trabajo de campo fui más consciente de estas diferencias, tal vez porque el motivo de mi investigación no era dar cuenta del proceso de aprendizaje que se desarrolla en los novatos en su trayectoria como servidor, además de que el periodo de tiempo de campo es relativamente breve para el estudio de este proceso.

Por lo tanto, solo puede realizar preguntas acerca de estas diferencias entre novatos y veteranos. De las respuestas obtenidas puedo concluir que el hecho de que los novatos sean más esquemáticos es algo normal del proceso de aprender a ser servidores en hospitales. Los veteranos me comentaban que en un principio lo que era importante era que los novatos pudieran reforzar su propia sobriedad al estar frente a pacientes y prospectos, que pudieran perder el miedo a hablar y que pudieran tener la experiencia de este servicio para que ellos tomaran la decisión de si querían continuar o no. También me explicaron que es durante los primeros años que los servidores se desenvuelven poco a poco y van utilizando algunos relatos de su pasado alcohólico para ser más claros al llevar el mensaje.

Aunque no observé directamente este proceso de implicación en la participación en la que transitan de novato a experto, al acompañar a los diferentes servidores veteranos pude observar una manera cualitativamente distinta que correspondía con los comentarios de diferentes servidores. Los veteranos, en lugar de hablar de los cinco puntos básicos del programa de recuperación, elegían hablar acerca de cómo fue que pudieron ir aceptando y entendiendo su enfermedad y así poder iniciar la recuperación.

⁷⁰ Para una explicación de este concepto en AA, ver capítulo ocho (pág. 171).

⁷¹ Por factor “x” se refieren a cualquier cosa que ellos creen que es superior a ellos mismos, en la cual se apoyan para poder tener fuerza y dejar de beber. Por lo común el factor “x” es el poder superior, y este a su vez es Dios, sin embargo, algunos miembros de AA que son ateos, conciben al factor “x” como la naturaleza, el cosmos, o la unidad que existe en el Grupo de AA, lo cual representa una fuerza superior a ellos mismos que la utilizan para dejar de beber.

“Solo ahí, en los grupos, yo pude detener el consumo y entender mi problema de raíz. Entendí que el alcoholismo no es un vicio sino una enfermedad física, emocional y espiritual. Me costó mucho trabajo entender que no podía controlar mi manera de tomar alcohol.” –Neto.

“Ya una vez que entré a AA y comprendí que tenía una enfermedad y que no iba a poder con solo mi fuerza de voluntad, entonces pude estar tranquilo. En el grupo me enseñaron que hay una forma de dejar de beber, una forma de dejar de sufrir, de enfermarme. En AA me sentí mejor, sin la necesidad de tener que tomarme unos tragos con los amigos.” –Juan.

Los veteranos señalan claramente el efecto de participar en los grupos, y lo vinculan al hecho de que adquirieron una nueva forma de entender su problemática y entenderse a sí mismos como enfermos. Desde mi punto de vista, los veteranos hablan de formas distintas de percibirse a sí mismos como personas, no como alguien con vicios, sino como alguien que tiene una enfermedad y que ha recorrido un camino de experiencias en AA para apropiarse de distintas maneras de verse a sí mismo. Sin embargo, algunos señalan que este proceso de entenderse como enfermos no es fácil. Al preguntar a los veteranos sobre lo conveniente que es hablar sobre esta dificultad de aceptarse, debido a que esto podría desmotivar a algunos prospectos, los servidores me dijeron que esto está relacionado a la experiencia individual que cada servidor ha vivido en su recuperación. Existen servidores que han tenido y siguen teniendo dificultad para aceptar su enfermedad, mientras que hay otros que lo aceptaron desde el primer momento, incluso llegaron a sentirse más tranquilos al saber que estaban enfermos. De acuerdo a lo anterior, a pesar de que los alcohólicos en AA dicen sentirse unidos por padecer una misma enfermedad, existen claras diferencias en cuanto a los procesos individuales de recuperación. Es importante considerar las diferencias dentro de lo compartido porque nos da idea que el sistema de actividad de AA se moviliza no solo por los objetivos propuestos por la comunidad, los recursos a los que se tiene acceso, la fuerza de la tradición histórica que funciona como eje mediacional de toda la actividad, sino también por la agencia individual desde la cual los servidores, novatos o veteranos, interpretan el sistema y participan dentro de él.

Cuando los servidores tenían identificado al paciente alcohólico, los comentarios hechos eran algo distintos, en el sentido de que ahora incorporaban episodios específicos de su pasado alcohólico. Por ejemplo, dos de los veteranos introducían sus experiencias de haber estado hospitalizados:

“Desde los 18 años empecé a beber. Cuando era más joven, en mi etapa alcohólica pasé por muchas cosas, problemas de tránsito, llegué a estar hospitalizado en un estado grave. Obviamente fue una consecuencia por beber tanto alcohol. Me diagnosticaron una enfermedad en el hígado. Así que sé de lo que se trata estar aquí en un hospital.” –Neto.

“Bueno pues espero que se recuperen, que salgan pronto y bien de todo esto. Porque yo sé lo que es estar en un hospital, sé lo que se siente estar en una cama de estas. Yo tuve un accidente y pues estuve grave. Me intervinieron, fue un cirugía fuerte, pero pues sigo aquí viviendo (sonriendo) así que pues aún no me tocaba, y pues aquí estoy y por eso les digo, sé lo que es estar aquí y de todo corazón les digo que se recuperen pronto, y a echarle ganas que solo así salimos.” –Paco.

Al igual que cuando presentaban las consecuencias negativas del alcoholismo, los servidores presentaban el tema de la hospitalización en sus relatos, como una manera de objetivación de la trayectoria alcohólica. Por otro lado, también en este tipo de comentarios, la noción del puente de comprensión tiene un peso específico en los servidores. Esta noción, como instrumento mediador, les permitía aproximarse a los prospectos hospitalizados y tener un cuadro más completo de ellos. Pero además de compartir experiencias similares con los prospectos, los servidores añadían en sus relatos el episodio o el momento en que ellos se incorporaron al siguiente grupo de AA. Para los servidores, haber estado hospitalizados fue un escalón más para llegar a un grupo. De esta manera, los servidores presentan al prospecto la alternativa a seguir para dejar de sufrir, sin que estos hayan aceptado abiertamente su problema con el alcohol.

Durante esta acción, en la que se proponía a AA como una solución, los servidores trataban de aclarar dudas o eliminar malinterpretaciones que pudieran ser utilizadas por los pacientes alcohólicos como un punto de apoyo para su negación. Los servidores introducían sus experiencias personales sobre cómo encontraron la solución a través del

apoyo de otros alcohólicos. Con esta acción preparaban el terreno para llegar al momento central de la actividad de llevar el mensaje: preguntar al paciente o prospecto por su consumo de alcohol. Esta pregunta está enmarcada en la siguiente acción, cuando los servidores obsequian el tríptico.

Obsequiar el tríptico.

Generalmente los servidores ofrecen el tríptico hacia el final de la actividad de llevar el mensaje. Solo en un par de ocasiones observé que los servidores lo entregaron desde el inicio de la actividad, como una manera de aproximarse al paciente. Sin embargo, la explicación del contenido del tríptico no tuvo lugar en el momento, sino hasta el final de la actividad. Regularmente, al ofrecer el tríptico, los servidores hacían varios comentarios alrededor de él:

“Le entrego esta información sin costo. En él puede saber si tiene un problema con el alcohol o no. Además tiene información sobre los teléfonos de nosotros y ellos le canalizan a un grupo que esté cerca de su casa. En caso de que usted pues no tenga problema con el alcohol, pues puede dárselo a alguien que considere pueda servirle.” –Pedro.

“Aquí vienen unas preguntas para que uno mismo, pues pueda tomar consciencia de si tiene o no el problema. Nosotros no queremos decir que usted sea alcohólico, no es eso. Si usted no lo es, probablemente conozca a alguien que sí tenga problemas con la bebida y entonces usted puede ser un conducto de AA y salvar una vida.” – Iván.

Cuando los servidores entregaban el tríptico a los pacientes, señalaban que era gratis o que era un obsequio. El hecho de obsequiarlos refiere a la idea de regresar lo que uno ha recibido (*regresar la dádiva*) y a la creencia de que la única recompensa que el servidor recibe al llevar el mensaje, es mantener su propia sobriedad. Por otro lado, esta postura de los servidores los distingue de otras comunidades que sí solicitan ayuda económica para su manutención. Los trípticos son financiados con el dinero aportado voluntariamente por los servidores de los comités de IH y del grupo institucional.

En la mayoría de estos comentarios hechos por los servidores, se incluían dos aspectos centrales. El primero, era comunicarle al paciente que solo él podía determinar si tenía o no tenía un problema con el alcohol. Y segundo, que en caso de no ser un alcohólico, entonces el tríptico podría ser útil para otra persona que él considerara sí le sería de ayuda. Vinculado a esto último, está la creencia en AA de que es muy probable que una persona tenga a un familiar o amigo, o que conozca a una persona con problemas con el alcohol. En este sentido, los servidores ven en cada persona, sea paciente o no, una oportunidad de difundir el mensaje de AA, que la persona sea un conducto por el cual un alcohólico pueda preguntarse si es o no un enfermo.

Sobre el primer aspecto profundizaré un poco más para señalar el lugar específico que tiene el tríptico. Tal como mencioné al inicio de este capítulo, el tríptico “Hay una solución para ti” contiene un auto-cuestionario de doce preguntas, además está diseñado para ser contestado de manera individual (ver *Apéndice 6*, pág. 275). Al inicio del cuestionario, se indica claramente que las respuestas son confidenciales y se solicita responder con honestidad para que la persona conozca si es un alcohólico o no. A lo largo del cuestionario no se utiliza el término alcohólico para identificar al lector como tal, sino que se habla de bebedor con severos problemas.

Las doce preguntas indagan sobre la existencia de consecuencias o pensamientos característicos de un bebedor problemático y se responde de manera dicotómica (sí o no). Debajo de cada pregunta, se puede leer una breve glosa sobre alguna característica del alcohólico relacionada a la pregunta. En términos generales las preguntas abordan temas como los problemas en casa, en el trabajo o las lagunas mentales por el consumo de alcohol; la insistencia en afirmar que sí se puede controlar el consumo; la ineffectividad de las estrategias para controlarlo o para dejarlo; la molestia de ver que otros beben sin problemas o que le señalen su manera de beber.

El cuestionario también plantea otros aspectos como es el cuestionarse por qué no tienen la capacidad para decidir si se bebe o no (glosa de la pregunta seis); si existe sinceridad al responder si ha tenido problemas con el alcohol (glosa de la pregunta once); y el planteamiento del sufrimiento debido al consumo de alcohol (glosa de la pregunta doce). Además, en las glosas de las preguntas se introducen algunas ideas sobre cómo AA

responde ante ciertas características del enfermo alcohólico. Por ejemplo, se señala que en AA respetan a la persona y no le dicen lo qué tiene que hacer y cómo debe hacerle, sino que solo se comparten experiencias y se sugiere un programa, el cual ha ayudado a que muchos dejen de beber por años. El auto-cuestionario termina mencionando que cuatro o más respuestas afirmativas, son indicadores de un posible problema severo con su forma de beber, que está basado en la experiencia de millones de miembros en AA. Por último, se invita al lector a que se acerque a AA ofreciendo algunos números telefónicos.

Sostengo que el cuestionario, como instrumento mediacional, condensa gran parte del saber de AA sobre el alcoholismo y sobre quién es un alcohólico. En él se objetivizan las creencias y los supuestos principales de AA. Pero además, es un elemento mediacional por el cual el servidor pretende dirigirse al encamado de manera respetuosa y no amenazante, es decir, en el cuestionario están las preguntas que el servidor evitar hacer para no evocar la negación.

Cuando los servidores entregaban el tríptico, lo hacían sin hacer una distinción entre pacientes y prospectos ya identificados. Según me contaron los servidores, ellos trataban de no actuar como si no supieran de los antecedentes de consumo, a menos de que el paciente ya lo hubiera reconocido abiertamente antes de ese momento. La idea de no señalar al alcohólico, tiene su razonamiento en el primero de los Doce Pasos, en el cual se indica que es el alcohólico quien debe admitir su propia impotencia ante el consumo de alcohol⁷². Es en este sentido que el tríptico tiene el propósito de ayudar a que el paciente o el prospecto reflexionen sobre su forma de beber alcohol, sin tener que responder las preguntas a un tercero. Uno mismo es quien decidirá si es o no es alcohólico.

Citando nuevamente a Valverde y White-Mair (1999), retomo su interpretación sobre el papel que juega el auto-cuestionario de AA frente al ejercicio profesional médico del *diagnóstico*. Ellas propusieron que el auto-cuestionario de AA confrontó el papel de los médicos al convertir el diagnóstico del alcoholismo en una cuestión personal y universal: *“el auto-diagnóstico en AA destruye el expertise del médico al hacerlo universal, en un*

⁷² “Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables” (AA, 1952).

movimiento paralelo al laicismo de la Reforma Protestante con respecto a la autoridad papal o sacerdotal” (1999; pág. 397).

Estas autoras también propusieron que la utilización del auto-cuestionario, con el que el individuo reflexiona sobre su diagnóstico, representó un desafío a las técnicas profesionales para el diagnóstico del alcoholismo. Desde la perspectiva de AA, el alcoholismo no puede definirse por la cantidad de alcohol consumido o a través de criterios clínicos objetivos, sino por la experiencia subjetiva de la falta de control: *“solo tú sabes si realmente quieres parar, por lo tanto, solo tú puedes decir si realmente no puedes detenerte, esto es, si tú verdaderamente eres un alcohólico” (1999; pág. 397).*

Durante mis observaciones de campo fue común escuchar que la mejor manera para saber si uno es alcohólico o no, consistía en entrar a una cantina, pedir una copa de alcohol, tomársela y retirarse del lugar. Si esto lo podía hacer la persona, entonces no era un alcohólico; pero si la persona sí era alcohólica, lo más seguro es que no podría resistirse a pedir una segunda copa de alcohol⁷³.

A pesar de toda esta intencionalidad en los servidores de AA por respetar la decisión del paciente o prospecto con relación a si es un alcohólico o no, por otro lado, también existe la posibilidad de que la negación pueda obstaculizar la aceptación de la enfermedad en el caso de que el paciente o prospecto sea verdaderamente un alcohólico. Es por tal razonamiento, que los servidores no se limitaban a entregar el tríptico, sino que también preguntaban abiertamente por el consumo de alcohol.

Preguntar sobre el consumo.

Cuando los servidores indagan sobre el consumo de alcohol, toman la precaución de solo hacerlo cuando los pacientes no están en compañía de familiares o amistades, ni cuando los médicos o las enfermeras están próximos. Los servidores creen que al estar presente un

⁷³ Esta idea está escrita en la literatura de AA: *“A los A.A. no les gusta decir quién es alcohólico, sino que dejan que cada uno se diagnostique a sí mismo: ‘entra al bar más cercano y trata de beber en forma controlado. Trata de beber y dejar de hacerlo bruscamente. Haz la prueba más de una vez. No tardarás mucho en poder decidir, si eres honrado contigo mismo. Puede valer la pena sufrir una gran temblorina, si con esto te das cuenta cabal de tu condición’ (AA, 1986; pág.29).*

tercero, puede ser motivo para que el paciente modifique sus respuestas y no hable con la verdad, o que sí quiera hablar directamente pero por vergüenza prefiere callarse o mentir. Es por esto también que la pregunta tenía que ser hecha con cuidado, para que el paciente no sintiera que se le estaba identificando como a un alcohólico. Observé que las formas más frecuentes de preguntar eran las siguientes: *¿Toma alcohol?* o *¿Cree que la información en el tríptico le puede ayudar?*

De 52 ocasiones que observé la actividad de llevar el mensaje, la gran mayoría respondió diciendo que no bebía alcohol. Algunos otros decían que si tomaban alcohol pero que no se emborrachaban o que no tenían problemas con ello. Este tipo de respuestas correspondieron a 32 pacientes y a 3 prospectos que afirmaron no tener problemas con el alcohol (ver Tabla 9.1). En estos casos, cuando los servidores estaban frente a pacientes, no hacían más preguntas y solo les recordaban responder honestamente el cuestionario. Pero cuando sabían que estaban frente a un prospecto, los servidores trataban de indagar un poco más sobre el consumo de alcohol. Sobre esto, más adelante lo estaré describiendo.

Tabla 9.1 Distribución de los 52 pacientes o prospectos que recibieron el mensaje y su evolución en relación a la aceptación de problemas con el alcohol, del alcoholismo y de asistir al grupo institucional.

	Con problemas		→	¿Alcohólico?		→	Visita al Grupo	
	No	Sí		No	Sí		No	Sí
37 Pacientes	32	5	→	3	2	→	2	-
11 Prospectos	3	8	→	5	3	→	2	1
4 Prospectos en seguimiento					4	→	1	3

El resto de los 17 pacientes, dijeron que sí bebían alcohol y también reconocieron tener algún tipo de problema por el alcohol. Aquí muestro algunas de las respuestas más comunes que registré:

- *Sí, por eso estoy aquí.*
- *¡Pus chance! La verdad pos si soy medio borrachote (risas).*

- Pues sí tomo. Unas cervecitas, a veces un tequila, lo que se ofrezca. Y pues sí, a veces se me va la mano. Una vez que empieza uno pues ya sabe que va acabar medio mareado y pues así...

Para mí fue algo inesperado observar que la pregunta que hacían los servidores (*¿Usted toma alcohol?*) no solo provocara respuestas afirmativas o negativas, sino que también daba pauta a que los pacientes hicieran comentarios diversos sobre el consumo de alcohol. Es de suponer que el contexto que se había desarrollado a través de los comentarios de los servidores, establecía ciertos tipos de respuestas. Sin embargo, esta suposición no puede corroborarla ya que no realicé entrevistas posteriores a los pacientes.

De los pacientes que sí aceptaron tener algún tipo de problema, solo cinco (dos pacientes y tres prospectos) también aceptaron la posibilidad de ser alcohólicos. Por otro lado, cuatro pacientes eran considerados prospectos en seguimiento, es decir, que ya habían tenido contacto previo con el mismo servidor u con otros, incluso tres de ellos ya habían asistido a una junta de información en el grupo institucional.

Cabe señalar que la distribución de los pacientes y prospectos que presento en la Tabla 9.1, no representa ningún intento por presentar datos estadísticos o porcentuales para mostrar la efectividad de la actividad de llevar el mensaje. Mi intención es representar la distribución de los pacientes en los distintos momentos delimitados por los servidores al hacer sus preguntas o comentarios sobre el consumo de alcohol. Lo que a continuación presento son ejemplos representativos de lo que decían los servidores cuando estaban frente a prospectos que afirmaban no tener problemas con el alcohol. Por lo común, fueron los servidores veteranos los que seguían esta línea.

Cuando los servidores se encontraban en esta situación, era compartir más experiencias de su etapa activa del alcoholismo y después volver a insistir en preguntar sobre el consumo de alcohol. En una ocasión, el veterano Neto estaba frente a un prospecto, identificado por las enfermeras, quién había negado previamente su consumo de alcohol. Neto le platicó que él había estado hospitalizado, y que le habían diagnosticado una enfermedad de hígado a consecuencia de beber alcohol. También le dijo que él se había tardado más de diez años para poder entender que tenía un problema de alcoholismo, hasta que tocó fondo. Después de compartir sus experiencias, Neto preguntó al paciente si este bebía alcohol. El paciente

respondió que *“pues tantito”*. Entonces Neto dijo rápidamente: *“¿Y cuánto es tantito? Porque yo también tomaba bien poquito y por eso me enfermé”*. El paciente se le quedó mirando fijamente sin expresión, y sin decir nada. Neto hizo una pausa y después empezó a describir más la enfermedad del alcoholismo.

A los pocos minutos de terminar la actividad de llevar el mensaje, Neto me señaló que ese tipo de comentarios que había hecho eran para no dejar que la negación de la enfermedad le ganara al alcohólico. Me advirtió que la negación es el síntoma más duro de eliminar, recordándome que él se tardó diez años en lograrlo. Una de las razones más comunes de la negación que escuché en las juntas y reuniones de servicio, era que la mayoría de los alcohólicos, antes de reconocer su enfermedad, creían que el alcohólico era la persona que bebía y vivía en la calle, es decir un *teporocho* o parte del *escuadrón de la muerte*. En AA se cree que debido a la existencia de estereotipos como estos, muchos alcohólicos que no han llegado a tales extremos, se resisten a aceptar su enfermedad.

Otro veterano, Juan, se confrontó con otro prospecto que sí había admitido su consumo de alcohol y problemas relacionados, pero que no tenía razones para cambiar. A la pregunta de Juan sobre si bebía alcohol, el prospecto respondió que sí y añadió:

“¿Qué le puede uno hacer? Soy macuarro, ya así soy desde hace mucho tiempo. Así somos, nos gusta tomar y tomar mucho.”

Juan le contestó:

“Pues mira nomás, yo soy músico y dejé de beber alcohol. Dejé de beberlo aun cuando en mi trabajo hay puro borracho y el alcohol está por todas partes. Imagínate nomás esto: acá con las mujeronas, los cuates, la música, los trajes de charro ¡No pos ya estuvo, saquen la botella y órale! Y así estuve por muchos años ¡eh! Así como te lo describo ¡Así! Pero decidí ya no beber. Y es lo único que sé hacer ¡eh! ser músico, y lo seguiré siendo. Pero ya no bebo ni una sola gota de alcohol, a pesar de que frente a mis ojos pasan la botella. ¿Te imaginas que yo le vuelva a tomar? De seguro me encuentras aquí en el hospital, ahí en el otro pabellón, ahí con los desahuciados. No, yo ya no puedo, ya no puedo beber alcohol, es jugar con la muerte.”

El prospecto empezó diciendo que por el hecho de ser albañil existía una determinación a seguir bebiendo mucho alcohol. Juan le contestó hablando de su pasado alcohólico, describiendo que en su profesión también existen muchas condiciones que justifican el consumo del alcohol, condiciones que son atractivas para un prototipo de hombre macho. Sin embargo, Juan señaló que él pudo decidir ya no volver a beber, independientemente de si seguiría trabajando en lo mismo. Juan colocó su decisión en sí mismo y no en el ambiente, tratando así de destruir la creencia de que es el ambiente el que lo hace a uno alcohólico. Hacia el final de su intervención Juan afirmó que él ya no puede jugar con la muerte, no puede seguir bebiendo, porque si no terminará allí mismo, en el hospital listo para morirse.

El prospecto volvió a argumentar sobre lo difícil que es para él dejar de beber:

“Lo que pasa es que en el trabajo de ser albañil, pues siempre hay tiempo para una cervecita, a la hora de la comida. Luego los compañeros no dejan que uno se vaya, siempre andan queriendo que se quede uno. Y pues a mí se me sube rápido y luego ya ni me acuerdo, o ya no le paro.”

Juan interrumpió cuestionándolo:

“Bueno y ¿dónde están tus cuates ahora? Yo aquí no veo a nadie ¿dónde están? (Pausa) ¡Mira! Para la fiesta los amigos siempre van a estar, son los más listos, siempre hay alguien ¿o no? Pero cuando uno está en problemas ¿dónde están? ¿A ver? Es cuando uno se da cuenta. Los que se dicen amigos, nomás lo ven a uno saliendo ahí por la calle o en el trabajo y luego luego quieren echar la copa, y a veces hasta le piden prestado a uno para su alcoholito. ¿Y luego? Ya no están o ya no se acuerdan de uno. Esos no son amigos. En AA uno puede encontrar compañeros también.”

Nuevamente Juan argumentó contra las creencias del prospecto señalándole la ausencia de quienes consideraba como sus amigos. Con estos comentarios el veterano trataba de poner en duda las creencias que tenía el prospecto sobre la amistad. Ya para el final de este diálogo, Juan le recordó que en los grupos de AA podría encontrar amigos verdaderos que sí se iban a preocupar por él. El prospecto dijo:

“Pues si he estado ahí, pero pues a veces solo se la pasan diciendo cosas que hicieron, que no hicieron y cosas así. Luego puras mentadas de madre y pos cómo que a mí eso nomás no.”

Juan vuelve a interrumpir:

“¡Ay! A poco cuando andas con tus cuates de borrachera no se dicen lo mismo ¡O se dicen puras cosas bonitas! (risas de ambos) ¿Cómo es que ahí sí te asustas pero cuando estás con ellos no? No te fijas mucho en eso, lo que pasa es que uno defiende a sus amigos de borrachera a como dé lugar ¿a poco no?”

Después del servicio, Juan me dijo que el alcohólico siempre tiene un pretexto para no dejar de beber. Juan me señaló que el prospecto negaba su enfermedad diciendo que él era *macuarro* o que en lo grupos se habla muy fuerte. Para Juan estas ideas no eran más que pretextos de un típico alcohólico, mentiras para seguir bebiendo una vez que estuviera afuera del hospital, y por esto mismo, era muy difícil hacerle ver a un alcohólico su enfermedad.

Para uno de los coordinadores del comité de IH, según me platicó, existían dos formas de negación, una en la que el alcohólico ya sabe que sí es alcohólico pero no quiere hacer nada para cambiar, y la segunda forma, que es una negación absoluta donde en verdad el alcohólico no sabe que está enfermo. A este último tipo de alcohólicos, los consideraba más difíciles de hacerles ver su enfermedad, debido a que ellos pensaban que así es la vida, andar borracho al igual que los demás. Me contó que hay alcohólicos que desde niños vieron a sus padres alcohólicos y que aprendieron que el alcoholismo era lo normal. Es por eso, concluyó el coordinador, que muchas veces el servicio de llevar el mensaje es un trabajo en el que hay que estar eliminando los pretextos o las creencias erróneas de los alcohólicos para que puedan ver y luego aceptar su problema.

Parte de las estrategias que desarrollaba Juan también tenían su referencia en la literatura de AA, en donde se establece claramente que el alcohólico es una persona mentirosa. Por otro lado, también se señala que el alcohólico recuperado es capaz de reconocer estas mentiras de manera inmediata:

“Los “terapeutas” en AA han tenido su doctorado en los cuatro campos donde el alcohólico es rey supremo: *Falsedad, Autoengaño, Evasión y Autoconmiseración*. Al alcohólico no se le pregunta qué está pensando, a él se le dice lo que está pensando. Nadie espera agarrarlo en una mentira... se le anticipa qué mentira va a usar. Al final de cuentas, comienza a ser sincero por falta de recursos, pues no tiene gracia el tratar de engañar a quienes inventaron el juego que él está queriendo jugar (AA, 1970b, pág. 29)

En este marco de significados, los servidores buscan contrarrestar la resistencia o la negación del prospecto. Esto también se entiende con la noción de *desinflar el ego*, para referirse a que el alcohólico es una persona fuertemente egocéntrica, y que por lo tanto hay que atacar y cuestionar ese egocentrismo desde un principio, para que el alcohólico pueda reconocer su enfermedad⁷⁴. Sin embargo, los veteranos me comentaron que gran parte de este trabajo de desinflar el ego, no es tan fácil de llevarlo a cabo en las salas de hospitalización, dado que las condiciones de las salas no ofrecen la privacidad necesaria y el tiempo suficiente para un *diálogo abierto y profundo* con el alcohólico. En general los servidores consideran que lo más importante al llevar el mensaje, era disminuir la negación del prospecto a un nivel suficiente para motivarlo a asistir a una junta del grupo institucional en el hospital. El hecho de que un prospecto aceptara estar en una junta de información, escuchando las experiencias de otros servidores, significaba una gran oportunidad para que el prospecto empezara a identificarse a sí mismo como alcohólico.

Por otro lado, y a diferencia de otros servidores novatos, Manuel se desenvolvía frente a los prospectos de manera similar a la de un veterano. Se mostraba seguro cuando confrontaba a quienes creía que eran alcohólicos en negación. En una ocasión que lo acompañé a llevar el mensaje a un paciente con una pierna inmovilizada y vendada, Manuel se le acercó preguntándole por el motivo de hospitalización. De acuerdo a las reglas de AA, esta pregunta no debería haberse hecho, sin embargo Manuel sabía, a través del

⁷⁴ También sobre esta noción existen varios pasajes en la literatura de AA. Un ejemplo: “*Algunas veces el alcohólico se desinfla como un globo al que se le hubiera aplicado un hierro candente. Pero esto es precisamente lo que en AA buscamos. Es nuestra experiencia universal de que mientras no podamos ‘desinflar’ al enfermo y hacerle ver las cosas como son, no tendremos ningún éxito. Cuando más completamente logremos destruir la ilusión del alcohólico de que podrá recuperarse por sus propios medios, o que algún día podrá beber como un caballero, más éxito tendremos.*” (AA, 1970c; pág. 14).

coordinador del grupo, que este paciente era un prospecto y que estaba en negación de su alcoholismo. El diálogo que se produjo fue el siguiente:

Prospecto: *¡Chale! Pos mira lo que me pasó, ya no saben si me dejan la pierna...*

Manuel: *Pues sí ¡Y déjame adivinar! ¿A poco no, esto te pasó mientras andabas bien pedo?*

P: *Pos sí (sonriendo).*

M: *¡Y mira que es leve comparado con otros compitas que he visto eh! Todavía no has quedado mongol ¿O sí? (risas de ambos).*

Después, Manuel hizo varias preguntas personales al prospecto. De ellas obtuvo información para conocer que el prospecto tenía 31 años, estaba soltero, sin hijos y que seguía viviendo con su mamá. Manuel exclamó:

M: *¡Uy! Pos ahí estás en blandito, soltero, sin responsabilidades.*

P: *Ahí está el asunto (riendo).*

M: *Sí claro. ¡Nombre! Y sí te pasa algo ¿adivina quién va a responder por ti? Pos tu jefecita ¿A poco no?*

P: *Sí, pos sí.*

M: *¡No pos sí! Si las madres quieren a sus hijos aunque estos estén locos, ahí todos mensos, huevones, ¡mojón con ojos! Pero ¿pos ella qué? ¡Mira! Date la oportunidad. Tú date la oportunidad de que nosotros te pasemos el mensaje ¡Date esa chance hombre!*

P: *... (Silencio).*

M: *¡Mira! date la oportunidad de que nosotros te pasemos el mensaje. ¡Date esa chance hombre! No te pedimos nada, no lana, no ropa, ni nada, solo que nos regales un tiempcito y que nos dejes compartirte nuestras experiencias, lo que vivimos y lo que hacemos para que hoy yo pueda estar aquí frente a ti y ¡sobrio!*"

Manuel me explicó que con ese prospecto tuvo que ser directo, pero con algo de humor para ayudarlo a que viera su enfermedad. También me dijo que buscó hacer presente la relación que tenía con su mamá, para que empezara a ver cómo él dependía de ella. Los servidores de AA concebían al alcohólico como una persona inmadura, la cual necesita de

los demás para poder resolver sus problemas. Por otro lado, me dijo que el prospecto estaba en un estado de negación fuerte, y que había percibido en él mucho miedo manifestado en la risa o en la actitud *valemadrísta*, las cuales son características comunes de un alcoholíco, según Manuel.

Aunque en esa ocasión el prospecto no reconoció algún tipo de problema con el alcohol, Manuel me dijo que mientras ese prospecto estuviera en el hospital, otros compañeros le seguirían llevando el mensaje. Por otra parte, me dijo que él se había sentido muy satisfecho de haber llevado el mensaje a un alcoholíco de este tipo, y que esto era una gran experiencia para él. A pesar de que Manuel no tenía ni un año de estar en el servicio, pudo apoyarse en las nociones de puente de comprensión y de la negación para poder confrontar al llevar el mensaje. Por último, me contó que este tipo de experiencias le ayudan mucho a entender más la enfermedad del alcoholismo, porque solo así uno puede ver el grado de afectación de la enfermedad; circunstancias por las que él mismo tuvo que pasar años atrás.

En una sola ocasión durante el trabajo de campo, pude observar que un paciente se haya molestado por la presencia de un servidor de AA. Una vez que el servidor estaba saludando al paciente y presentándose como miembro de AA, el paciente le dijo en voz alta y expresando molestia que él no quería escuchar nada de ellos ni del programa de AA. El servidor intentó explicar cuál era su intención de estar ahí, cuando el paciente se incorporó en su propia cama para solicitarnos que nos fuéramos de ahí. El servidor me volteó a ver y me indicó con la mirada que nos saliéramos de esta sala de hospitalización. Sobre ese paciente no existían datos sobre consumo de alcohol, ni tampoco otro servidor lo había identificado como prospecto. Al salir del pabellón el servidor me indicó que esta tipo de experiencias nunca las había vivido y que había sido muy fuerte para él haber visto cómo la enfermedad del alcoholismo podía hacer actuar de tal forma a las personas. Concluyó recordándome, que el alcoholíco no solo era aquel que no podía dejar de beber, sino una persona enferma de sus emociones, *desequilibrada emocionalmente*, refiriéndose a la reacción de molestia del aquel paciente.

Cuando los servidores estaban con prospectos que afirmaban no ser alcoholícos, dejaban de preguntar y solo mencionaban que en el hospital se realizaban juntas de AA por si algún día durante su hospitalización sentía interés por conocer más. Sin embargo, cuando estaban

frente a los pacientes que sí aceptaron un problema fuerte con el alcohol o la posibilidad de ser alcohólicos (5 pacientes), mencionan algunas características del grupo y su dinámica en las juntas, para luego invitarlos a que asistan a una de ellas.

Invitación a una junta de información sobre AA.

Independientemente de si el servidor estaba frente a un paciente o frente a un prospecto previamente identificado, los servidores extendían la invitación a asistir a una junta de AA al GP, para que pudieran observar cómo se trabaja en un grupo tradicional. Como he señalado a lo largo de este capítulo, los servidores novatos hablaban con menor soltura y menor espontaneidad que los veteranos. Presento algunos ejemplos de esto para contrastar las diferencias entre ellos:

“Aquí en el hospital existe un grupo de AA al cual usted puede ir si gusta y tener mucho más información sobre el alcoholismo.” –Gerardo.

“Nosotros somos de grupos tradicionales y sesionamos una vez al día y solo hora y media. Aquí en el hospital tenemos un grupo que tiene juntas los lunes, miércoles y sábado de siete y media a nueve de la noche. Y si ustedes quisieran ir a conocer pueden hacerlo.” –Pedro.

Por otra parte, los servidores más experimentados mencionaban algunas de las características generales del grupo institucional del hospital, así como de la existencia del acuerdo con los médicos, para permitir que los pacientes interesados en AA, pudieran salir de su pabellón para asistir a las juntas de AA, siempre y cuando tengan la autorización del médico. Esta manera de invitar a los prospectos por parte de los servidores más experimentados la ejemplifico a continuación:

“Aquí en el hospital tenemos un grupo de AA. Sesionamos los lunes, miércoles y sábado. Si tú crees que sería bueno ir a la junta, yo puedo ir con los médicos y pedirles autorización para que tú puedas acompañarnos. ¿Qué dices? ¿Quieres ir a la junta ahora a las siete?” –Neto.

En una ocasión Juan estaba frente a un prospecto que sí había aceptado un problema fuerte con el alcohol. Al invitarlo a una junta, el prospecto dijo que sí aceptaba, pero Juan observó que no estaba en condiciones para poder salir del pabellón. Le preguntó cuánto tiempo llevaba en el hospital, el prospecto dijo que tenía un día. Juan le dijo:

“Pues yo creo que tienes que esperar primero unos días, para que te revisen bien los doctores. Ya luego les pediremos permiso para que puedas salir y que vayas a tus juntas al grupo. Nosotros estamos los lunes, miércoles y sábados. Más o menos a esta hora podríamos venir por ti, siempre y cuando los doctores lo autoricen.” – Juan.

En otras ocasiones, cuando se enfrentaban a pacientes que aceptaban su alcoholismo pero que no querían ir a una junta, los servidores introducían nuevamente relatos personales para profundizar en el proceso de recuperación. Por ejemplo Neto habló del momento que él vivió cuando le pasaron el mensaje otros compañeros de AA:

“En AA, los compañeros te vamos a decir cómo le hemos hecho para tener más de tantos años sin probar una sola gota. ¡Mira! A mí me pasaron el mensaje, gracias a dios, después de tener problemas de tránsito y de salud fuertes. Y desde ese día, por la gracia de dios, no he vuelto a beber.” –Neto.

Con estos comentarios, Neto comunicó que él mismo había estado en una situación parecida al paciente, en la cual le pasaron el mensaje de AA. Además, Neto relacionó el haber recibido el mensaje, con haber logrado mantenerse sin tomar alcohol hasta ese día. Por otro lado, Manuel también al conversar con un prospecto que no había aceptado la invitación a una junta, prefirió señalar la solución que tiene AA y el beneficio que tenía para su propia recuperación el hecho de estar frente al prospecto y estar llevándole el mensaje:

“¡Mira! ya llevo seis años de pura sobriedad y venir aquí es porque de veras quiero contarte que sí hay una solución, que sí se puede ¡hombre! Solo venir aquí contigo, pues para mí ya es una aliviane. Tú me estás regalando algo, hoy ya me siento mejor ¡así como la ves!” –Manuel.

En la cita anterior, Manuel comunicó al prospecto al efecto positivo que tenía para él poder estar llevándole el mensaje, como una manera de mostrar parte del programa de recuperación en AA. Sin embargo, esta acción de Manuel es parte del conjunto de estrategias que los servidores despliegan frente a los prospectos hospitalizados. Lo que Manuel realizó forma parte de las recomendaciones que vienen descritas en el capítulo siete del libro de *Alcohólicos Anónimos*, en donde se propone que al estar frente a otro alcohólico, hay que hacer explícito que el hecho de estar ahí, llevándole el mensaje, es parte importante del proceso de recuperación del alcohólico (AA, 1986; pág. 87). Manuel me comentó que esto se lo había aprendido de su padrino de servicio y que él lo seguía haciendo porque era una forma de decirle al prospecto que no se le venía a pedir nada. Por lo contrario, Manuel buscaba mostrarse agradecido con los prospectos porque lo escuchaban y podía mostrarse con una nueva actitud distinta al egocentrismo. Por último, me dijo que los alcohólicos hospitalizados lo ayudan más de lo que él mismo los puede ayudar, y que entre más *negados* estén por el alcoholismo, más ayuda recibe porque podía ver lo difícil de esta enfermedad.

Ya por último, cuando los servidores están frente a cualquier tipo de prospectos, utilizan las fichas de identificación para obtener los datos personales de estos pacientes, para ponerse en contacto con ellos una vez que sean dados de alta por el hospital.

Ficha de contactación.

Algunos servidores utilizaron las fichas de contactación como una medio para que AA siguiera en contacto con el prospecto. Al solicitar los datos personales, los servidores explican que otros compañeros estarían pasando nuevamente con él a su cama de hospital, y que una vez dado de alta, lo buscarían para invitarlo a alguno de los grupos afuera del hospital.

“Mira, voy a apuntarte aquí (en la hoja de registro) y vamos a seguir viniendo, yo u otros compañeros. Y ya cuando puedas salir pues nos vamos para el grupo. Mientras, pues haz caso de lo que te digan los doctores, porque pues es para tu

bienestar, tu salud ¡eh! Te dejo esta información, cuando puedas lo lees, es para ti. Espero que estés mejor mañana y que pronto te recuperes.” –Juan.

Bueno y ¿dónde vives? Te lo pregunto para que cuando salgas del hospital unos compañeros puedan irte a visitar (el paciente dio una dirección). De todos modos voy a apuntar el número de la cama dónde estás para que otros compañeros te visiten mientras estés aquí en el hospital. Ya para cuando estés listo y puedas salir pues te llevo para que visites el grupo, y cuando quieras ¡eh! A ver, ahora dame tu nombre y tu edad. Bueno, de todos modos estaré pasando en los próximos días para verte y saber cómo vas.” –Neto.

Con estos comentarios los veteranos adelantaban a los prospectos que ellos mismos u otros servidores de AA continuarían pasando con ellos para seguir invitándolos a las juntas del grupo institucional, o ya fuera para ir por ellos y llevarlos a las juntas. Por otro lado, obtener los datos de los pacientes los autorizaban a seguirlos buscando una vez que estuvieran fuera del hospital, ya que los datos personales eran dados de manera voluntaria. Los servidores creen que un alcohólico al estar hospitalizado se siente más vulnerable y puede estar más consciente de su enfermedad que cuando está “sano”, por lo tanto, ven en estas circunstancias el mejor momento para obtener los datos.

Solo en una ocasión observé que un prospecto no quiso dar sus datos para la ficha de contactación. El prospecto alegó que él vivía muy lejos y que era difícil que AA pudieran llegar hasta allá. Manuel le respondió:

“¡Uy amigo! AA está en todos lados, estamos en más de cien países, aquí hay más de doscientos grupos entre el DF y el Estado de México, así que por eso ni te preocupes, de que llegamos ¡llegamos! Mira, ya no te hagas, ya no te pongas más pretextos ¡hombre! Ya sabemos que nosotros buscamos cualquier cosa para tomar y para dejar de beber. Ya no te hagas, date la oportunidad. A ver ¿cuántas veces has dicho ya no voy a tomar, ahora sí ya no tomo jefecita, y luego vas y juras, y que por las lágrimas de mamá, de tu esposa, cuántas? (el prospecto asintió con la cabeza). Entonces ya no le busques, si aquí estamos es por algo, te traigo este mensaje. ¡Aprovecha, solo escúchanos! y luego ya tú haces lo que quieras, ¿vas o no vas?”

El prospecto decidió no dar sus datos, y Manuel se despidió mencionando que él mismo u otros compañeros seguirían pasando con él. Al salir del pabellón, Manuel me dijo que a pesar de que se puede presionar un poco para obtener los datos de un prospecto en negación, no se le puede obligar a que los den o buscarlos con las enfermeras o los médicos. Me recordó que dentro de los grupos tradicionales todo tiene que ser de buena voluntad, porque sí no se ponían en riesgo los principios de AA. Me recordó que la 3ª Tradición hablaba sobre el único requisito necesario para ingresar a AA, el cual era *dejar de beber*. De esta manera, no los servidores ni el personal de salud podían obligar a que los pacientes reconocieran su enfermedad o que asistieran a una reunión, solo el prospecto decide si ya no quiere beber alcohol.

Una vez que ha terminado la interacción con el paciente, los servidores salen de las salas de hospitalización y se dirigen de regreso al GP. Al llegar regresan los trípticos que no se utilizaron y entregan la hoja de registro al responsable del grupo. Los datos de estos registros después son pasados a una bitácora en la cual se lleva un control general de las actividades de los servidores, y en la cual se basan para elaborar un reporte semestral de actividades de AA en el hospital, mismo que es entregado al área de trabajo social del hospital.

Asistencia al Grupo Institucional en los Pabellones (GP)

Durante el trabajo de campo, con previa aceptación del grupo para que yo pudiera estar presente, pude observar ambos tipos de juntas en 21 ocasiones, estando presente en más juntas cerradas, 16 veces. Cuando se realizaban juntas sin presencia de pacientes hospitalizados, las juntas se desarrollaban al estilo de los grupos tradicionales ya descritas por Brandes (2004b) y por Rosovsky (1998b). Sin embargo, cuando un paciente hospitalizado estaba presente, la dinámica de la junta mostraba algunos cambios significativos. En primer lugar, se percibía mucho menos ruido, conversaciones espontáneas, y mayor concentración en la misma junta. Los prospectos eran muy bien recibidos por los demás miembros del grupo. Algunos servidores hacían comentarios *en corto* a otros servidores expresando su emoción: “*¡Va a estar buena la junta!*” “*¡De aquí somos!*” “*¡Ahí está mi pasado papá!*”. Con estos comentarios los servidores demostraban

que el objetivo de la actividad de llevar el mensaje se estaba cumpliendo, lo que generaba en ellos emociones colectivas de satisfacción, de alegría, y una sensación de que el trabajo de servicio previo tenía un valor y un sentido para continuar.

Las razones que tenían los pacientes por asistir a las juntas de AA, eran que ellos mismos reconocían tener algunos problemas relacionados al consumo de alcohol o que dudaban sobre si ellos eran alcohólicos. De cualquier manera, los pacientes se sentían interesados por conocer más del alcoholismo y de AA. Entonces, al escuchar tales razones, los servidores solicitaban permiso al personal de salud, enfermeras o médicos de guardia, para que los pacientes pudieran asistir a la junta durante hora y media, asumiendo la responsabilidad de llevarlos y regresarlos a la hora que se les indicara. Cuando el paciente estaba en condiciones de salir de acuerdo a los expedientes médicos, los servidores eran los responsables de trasladar y llevar de regreso al paciente. La mayoría de los pacientes que observé llegaron con los dispositivos de suero y en sillas de ruedas, como una manera de extremar el cuidado de los pacientes por parte de los servidores: evitar los accidentes y los conflictos con el hospital.

Durante estas juntas, el centro de atención eran los pacientes visitantes. Aunque se mantenía el formato y la secuencia normal de las juntas cerradas, los servidores se mostraban más comprometidos en la reunión. Las participaciones de los servidores durante las juntas consistían en desplegar una narrativa a través de la cual hacían un recuento de sus experiencias en la etapa alcohólica de su vida, enlistando los problemas por los que pasaron y que afectaron a las personas cercanas ellos. También narraron de manera breve la manera en la que tocaron fondo, es decir, cuando tomaron conciencia del grado de la afectación alcohólica por lo que decidieron solicitar ayuda para dejar de beber. Por último, mencionaron su encuentro con AA y su estado actual de recuperación.

A diferencia de las juntas cerradas centradas en un tema específico del alcoholismo o en algún principio básico del programa de recuperación, las participaciones de los servidores cuando estaba presente un paciente, tenían la intención de mostrar diferentes panoramas o la diversidad de experiencias que podían resultar de la enfermedad alcohólica. Algunos servidores, al preguntarles sobre estas diferencias que había notado entre las juntas, me dijeron que a pesar de que el alcoholismo es una enfermedad general, la forma en la que se

manifestaba podía variar de un alcohólico a otro. Por lo tanto, lo que ellos trataban de hacer era presentar la mayor diversidad posible de formas de alcoholismo, para que los pacientes pudieran identificarse con alguno de ellos. Esta misma idea me fue referida por otro servidor voluntario: *“Todos contamos nuestras experiencias, para que el nuevo que llega al grupo pueda ver su propio alcoholismo reflejado en algunos de nosotros”* (Neto). Con esta manera de participar en las juntas en donde hay un paciente interesado por conocer más de AA, se está buscando crear un gran abanico de experiencias diversas para aumentar la probabilidad de identificación y aceptación de la enfermedad.

Una vez que terminaban este tipo de juntas, y que los servidores responsables de los pacientes los llevaban de regreso a los pabellones, las conversaciones en torno a la junta mantenían una carga de entusiasmo. Eran frecuentes los comentarios que giraban alrededor del objetivo final de AA: llevar el mensaje. Algunos de los comentarios que escuché fueron: *“De esto se trata AA, de estar unidos para la llegada del alcohólico.”* *“Esta junta ya me puso bien.”* *“Que agasajo es ver que siguen llegando nuevos compañeros...”*. Estos comentarios me hacen suponer que existe una preocupación de los servidores por lograr que otros alcohólicos encuentren a un grupo de AA como una alternativa de solución. Es una preocupación que está más en el lado de la agenda colectiva, de la Quinta Tradición. El entusiasmo por las juntas con pacientes nuevos también es una expresión de la conexión intersubjetiva entre los AA, la percepción compartida de que se concretan los objetivos de la actividad, de que se trabaja por la propia sobriedad y se expone ante un “otro” que busca ser integrado.

Por último, también observé que en las juntas de información no solo se aceptan a los pacientes hospitalizados, sino también son bienvenidos los familiares o las amistades de aquellos que quieren conocer más del alcoholismo. Solo en un ocasión observé a un trabajador del hospital presente en una junta de AA, quién se identificó como un compañero de la comunidad de AA. De esta manera, el grupo se mantiene abierto a todo aquel que busca conocer más la alternativa del programa de los Doce Pasos, para ayudar a su amistad/familiar hospitalizado; o para aquellos trabajadores del hospital que desean dejar de beber.

A lo largo de este capítulo he descrito y analizado la actividad que los servidores, novatos y veteranos, desarrollaban cuando llevaron el mensaje a los pacientes hospitalizados del hospital. Por razones del ejercicio analítico, dividí la actividad en siete acciones específicas, que durante el trabajo de campo fueron recurrentes. Estas siete acciones corresponden a: presentación; definir el alcoholismo como una enfermedad; proponer a AA como una solución; obsequiar el tríptico con el auto-cuestionario; preguntar si se consume alcohol; invitar al prospecto a un junta al grupo; y solicitar datos personales para la ficha de contactación (ver Figura 9.2). Cada una de estas acciones se encuentra mediada por diferentes instrumentos de AA. Algunos son instrumentos materiales como el tríptico o la ficha de contactación, mientras otros son nociones que conllevan significados que han sido desarrollados durante las reuniones del comité de IH, por ejemplo, el puente de comprensión y regresar la dádiva, o conceptos que se han venido desarrollando durante toda la permanencia del servidor en la comunidad de AA, como son la idea del alcoholismo como enfermedad, la negación como el principal síntoma del alcohólico, o el egocentrismo como la raíz de esta enfermedad.

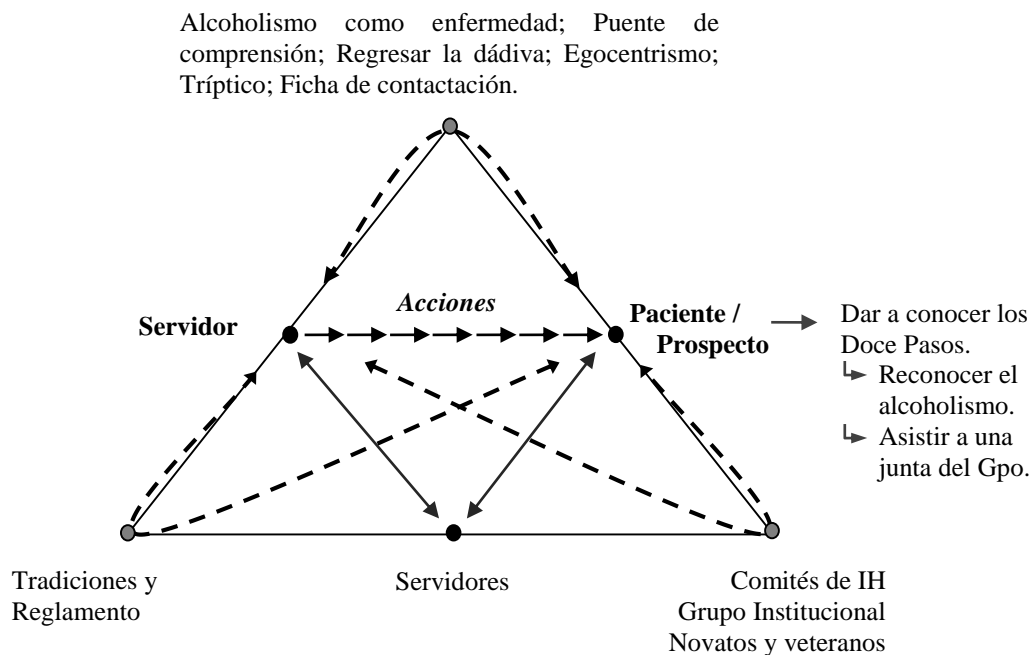


Figura 9.2 Acciones y mediación al llevar el mensaje al paciente o prospecto.

Todas estas acciones mediadas están entrelazadas o vinculadas en un marco más amplio que es la actividad de llevar el mensaje. Cada una de estas acciones están orientadas al paciente o prospecto hospitalizado, y su realización en conjunto constituye el resultado de la actividad de llevar el mensaje, el cual supone dar a conocer el programa de los Doce Pasos de AA al alcoholístico que aún no ha dejado de beber. Sin embargo, existen otros resultados alternativos de esta actividad.

En repetidas ocasiones se establece en la literatura y en las juntas que el objetivo principal de AA es llevar el mensaje de recuperación al alcoholístico, además de ser la mejor estrategia para mantener la sobriedad de quien lleva el mensaje, por otro lado, también fue notorio que los servidores están preparados, durante ese breve tiempo frente a los pacientes y prospectos, para el momento cuando el alcoholístico reconoce su problema con el alcohol y se le invita a una junta grupal. Pareciera que la manera que tenían los servidores de promover que eso sucediera, era aclarando las dudas o malinterpretaciones que se tuvieran alrededor de AA como comunidad y su forma de trabajar, para luego dejar una sola duda, la de ser alcoholístico o no. Esta duda solo puede ser aclarada por el prospecto, sin embargo, los servidores promovían nuevamente la respuesta a través del tríptico (cuestionario) que regalaban. En este sentido, la noción de los AA sobre *dejar la semilla* adquiere nuevos significados.

Por otro lado, las siete acciones de llevar el mensaje, también están mediadas por las reglas y las tradiciones de AA (Figura 9.2), como por ejemplo, no pasar a los pabellones sin previa autorización del personal de salud, no interrumpir las labores de las enfermeras y médicos, no realizar preguntas que incomoden a los pacientes, etc. Por otra parte, las acciones también están mediadas de acuerdo a la división del trabajo de la comunidad de AA. Algunos provenían de los comités de IH, mientras otros pertenecían al grupo institucional, lo cual también se reflejaba en los años de experiencia que habían acumulado los veteranos a diferencia de los novatos. Este tercer y último capítulo de análisis estuvo dirigido a describir y analizar las acciones que realizan los miembros de AA cuando llevan el mensaje al paciente hospitalizado. En el siguiente capítulo se presenta la discusión y conclusiones.

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde la Teoría de la Actividad histórico Cultural analice la actividad de *llevar el mensaje* de AA en un contexto hospitalario para analizar y comprender la organización, los significados y el sentido personal alrededor de esta actividad. *Llevar el Mensaje* es una actividad con fuerte tradición y de gran valor al interior de la comunidad de AA. Esta actividad reproduce el origen de AA y es parte del programa de los Doce Pasos para la transformación de la personalidad alcohólica y para el mantenimiento de la sobriedad. La idea central de esta actividad de los servidores es poder ayudar a otros alcohólicos de la misma manera en la que ellos fueron ayudados para dejar de beber alcohol.

En la literatura de AA sobre la historia del origen de la comunidad, se relata el encuentro entre dos alcohólicos: uno de ellos buscaba mantener su sobriedad a través de hablar con el otro que aún continuaba bebiendo. Desde la teoría de la actividad, Leontiev (1981c) señaló que el fin último de cualquier actividad humana es la satisfacción de las necesidades que van surgiendo para la vida. Cuando una persona se encuentra ante el objeto que satisface una necesidad, ésta se objetiva y la actividad se origina. En ese sentido, de acuerdo con los principios simbólicos de la comunidad de AA los primeros miembros que visitaron a otros alcohólicos hospitalizados, observaron que podían mantenerse sin consumir alcohol, es decir, satisfacer su necesidad de abstinencia. Desde mi punto de vista, el alcohólico hospitalizado objetiva la abstinencia y la actividad de llevar el mensaje emerge. Los relatos de experiencias de abstinencia de los primeros alcohólicos recuperados fueron suficientes para demostrar a otros que llevar el mensaje y el programa de los Doce Pasos ayudaba a no beber lo que permitía atraer nuevos alcohólicos a los grupos de AA en busca de la abstinencia.

Como documenté en el primer capítulo de la tesis, llevar el mensaje tiene en sí una herencia religiosa protestante y misionera derivada de los Grupos Oxford de los años 1920. Entre los miembros de este movimiento, había personas que no podían controlar su consumo de alcohol y que en el programa de conversión espiritual de este movimiento protestante intentaba encontrar una solución a su problema. Posteriormente, de este movimiento se heredarían los principios para promover un cambio en la transformación de la persona:

amor, generosidad y honestidad. También se mantuvo la tradición de mantener grupos pequeños para facilitar la comunicación uno a uno.

En esta investigación identifiqué que dos de las actividades básicas para AA son herencia directa de los Grupos Oxford: la confesión colectiva de los pecados/experiencias alcohólicas y el compromiso por ayudar a otras/otros alcohólicos. En un inicio existían dos aspectos centrales para ayudar a otros en los Grupos Oxford: el carácter obligatorio como parte de la conversión personal y el carácter altruista de la ayuda al prohibirse la remuneración económica. Buscar y ayudar a nuevos miembros fue central para los Grupos Oxford y sus objetivos evangelizadores. Actualmente, AA promueve una adaptación de esta actividad para mantener su crecimiento y como parte del programa de recuperación personal.

Los fundadores de AA se enfocaron principalmente en los problemas relacionados con el alcohol y dejaron de lado los asuntos de la fe religiosa. Con el tiempo, llegó la ruptura y AA se estableció como una comunidad independiente, enfocada en la búsqueda de la abstinencia. Utilizaron el modelo que les ofrecía el movimiento de los Grupos Oxford para dejar de beber y solo buscaban otros alcohólicos a quienes compartirles sus experiencias alcohólicas. Dado que los primeros alcohólicos en AA habían sido hospitalizados por las consecuencias del consumo en más de una ocasión, los hospitales se convirtieron en lugares a donde ir a buscar a otros alcohólicos para ayudarles.

De esta manera, la comunidad emergente de AA adaptó un modelo específico para alcanzar y mantener la sobriedad. Sostengo que el encuentro con otros alcohólicos, los relatos de las propias experiencias con el alcohol y la satisfacción de su necesidad por mantenerse en abstinencia, son componentes que se entretejieron para establecer una identidad colectiva al interior de una comunidad de alcohólicos bajo los principios de recuperación, unidad y servicio.

Buscar a otros alcohólicos para compartirles experiencias alcohólicas llegó a ser una actividad que ayuda a mantener la propia sobriedad. Autores como Riessman (1965) proponen que ayudar a otros tiene un efecto en la sobriedad porque establece un compromiso con uno mismo al ofrecer una solución a un problema en común, además de promover el desarrollo de habilidades para enfrentar el consumo de alcohol. Al mismo

tiempo, al narrarse una y otra vez, tanto consigo mismo como con otra persona, produce el efecto de que la identidad como persona sobria se afirma. La narración se convierte en un instrumento a través del cual el alcohólico de AA trabaja permanentemente sobre su intención de permanecer sobrio. Evidentemente, ésta actividad no es en solitario, es siempre una acción dialógica, tanto por el relato que el AA utiliza para hablar consigo mismo, como por la interlocución que despliega con aquellos a los que se dirige en las actividades de servicio. El habla y la escucha, es decir el diálogo, son una actividad central en los miembros de AA para sostener la sobriedad y la identidad como miembros de una comunidad. En ese sentido, Antze (1988) y Swora (2004) proponen que llevar el mensaje representa un nuevo propósito de vida y la transformación de la personalidad egocéntrica del alcohólico.

En esta investigación, describí y analicé cómo los miembros de AA aprenden y realizan la actividad, y cómo construyen un sentido personal, de llevar el mensaje a partir de los significados de la comunidad. Parte esencial para la comprensión de este proceso fue haber analizado la organización de la actividad, sus reglas e interacciones entre los miembros y la manera en la que orientan las acciones particulares frente al alcohólico hospitalizado. La propuesta teórica de Engeström (1999, 2001) acerca de un modelo sistemático de la actividad humana orientada a un objeto, me permitió analizar los componentes de *llevar el mensaje* e identificar los procesos de mediación en ella.

Para iniciar, considero que llevar el mensaje de AA en el contexto hospitalario se conforma centralmente por las acciones del servidor de AA -sujeto de la actividad- dirigidas al alcohólico hospitalizado -objeto de la actividad- (Figura 10.1). Estas acciones están mediadas por los significados –instrumentos- sobre el alcoholismo y la recuperación, por las Doce Tradiciones -reglas- y por las relaciones sociales a través de estructura de servicio -comunidad- particularmente en los Comités de Instituciones Hospitalarias. Al llevar el mensaje se buscan dos resultados: a) mantener la sobriedad alcanzada en AA, y b) atraer nuevos miembros al dar a conocer la alternativa de AA para el alcoholismo.

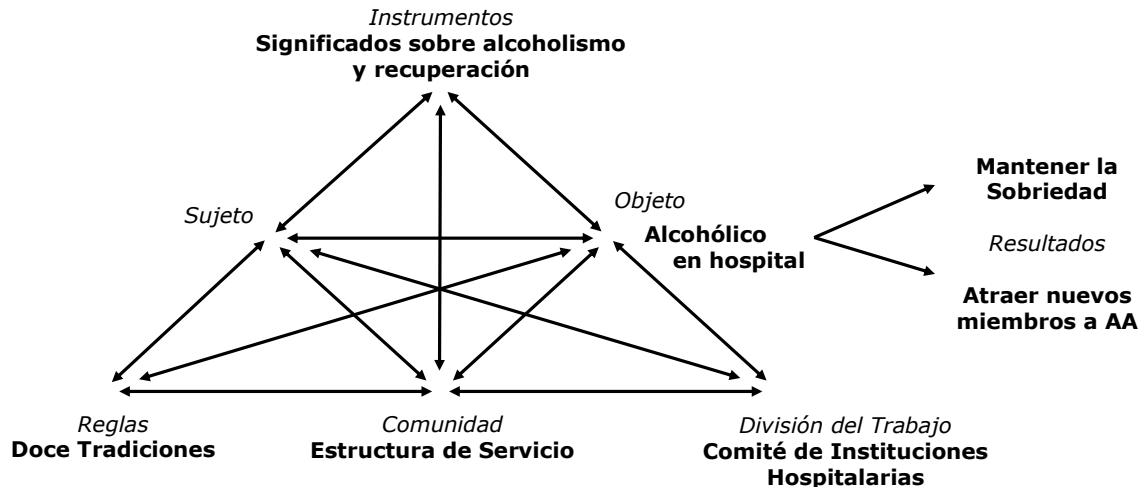


Figura 10.1. Sistema de actividad *llevar el mensaje de AA*.

Para comprender el primer resultado de llevar el mensaje, primero me fue necesario entender que este sistema de actividad representa un contexto social donde las personas que se autoidentifican como alcohólicas, interpretan sus acciones frente al paciente hospitalizado como un proceso de transformación de la personalidad egocéntrica hacia una caracterizada por la resignación, humildad y serenidad, en el mismo sentido descrito por Swora (2001, 2004). Llevar el mensaje de manera constante señala el cambio de la personalidad alcohólica por el estado de sobriedad, es decir, el equilibrio emocional y espiritual. Estos son los valores que se promueven en AA como los necesarios para no regresar al consumo de alcohol.

Con respecto al segundo resultado, al llevar el mensaje los servidores de AA presentan los Doce Pasos para dejar de beber como una estrategia para atraer nuevos miembros a los grupos de su comunidad. En este sentido, tal como lo observaron Eisenbach-Stangl y Rosenqvist (1998), la comunidad de AA ha establecido múltiples relaciones con otras organizaciones, por ejemplo las instituciones de salud, para satisfacer la necesidad de conseguir nuevos adeptos.

No obstante el primer resultado se relaciona al plano individual y el segundo a lo colectivo, dos están relacionados entre sí. Buscar alcohólicos hospitalizados está relacionado con la recuperación personal. El significado de la actividad que ellos denominan como *regresar la dádiva*, señala la necesidad del servidor -un alcohólico en recuperación- de compartir y

regresar lo que él mismo ha recibido de otros en AA. Además, la búsqueda constante de nuevos miembros, no solo responde a la alta deserción que existe en los grupos, tal como señalaron Eisenbach-Stangl y Rosenqvist, sino a la necesidad de establecer una relación con el recién llegado (*apadrinamiento*, relación novato-veterano) lo cual forma parte del proceso de recuperación en AA (Cain, 2001; Lave y Wenger, 1991).

Regresando a la conformación del sistema de llevar el mensaje, señalo que el componente central es el paciente alcohólico (el objeto de la actividad). El alcohólico hospitalizado se entiende como el objeto que da significado y sentido a AA. De acuerdo con la teoría de Leontiev (1981a), al definir al alcohólico hospitalizado como el objeto de la actividad, éste tiene un doble significado: material e ideal. Por un lado, el alcohólico en el hospital se encuentra en la sala hospitalaria por una consecuencia objetiva en su cuerpo derivada del consumo excesivo o crónico de alcohol. Por otro lado, el alcohólico hospitalizado existe como imagen en los servidores de AA producida durante la actividad de llevar el mensaje y mediada por sus significados de esta comunidad. De este modo, la imagen del alcohólico hospitalizado, según los AA, no se limita a sus propiedades físicas, también se incluyen las propiedades culturales y sociales (Leontiev, 1981b). A lo largo de la tesis busqué resaltar el fuerte trabajo interpretativo que los AA realizaban sobre la persona del alcohólico hospitalizado.

Las propiedades culturales y sociales que atribuyen los AA a la persona del alcohólico hospitalizado se observan en los significados que se reproducen en el contexto de la estructura de servicio. A lo largo de la historia de AA, los significados en torno al alcoholismo y a la personalidad alcohólica se desarrollaron hasta llegar a una caracterización amplia de la personalidad alcohólica, en la que resaltan los aspectos emocionales y morales. En el capítulo cuatro presenté la caracterización de la persona alcohólica en AA. Algunas de las características que se discuten con mayor frecuencia en el servicio de AA son el egocentrismo, la hipersensibilidad emocional, la inmadurez, la deshonestidad y la negación de los problemas producidos por el alcohol. Las creencias que se reproducen en AA sobre el consumidor de alcohol evidentemente tienen un sustrato añejo y sincrético derivado de los vínculos que los fundadores establecieron con la medicina de su época y los grupos Oxford que tenían un carácter religioso del protestantismo. Particularmente, estas creencias tienen un fuerte carácter individualizante,

por ejemplo, es el consumidor de alcohol quien, por sus defectos de carácter, se deja dominar por el alcohol. Sin embargo, la recuperación -o como he venido señalando: la reconstrucción de una nueva identidad, la actividad en la que el alcohólico debe participar para empezar a ser AA-, siempre es pensada en el diálogo con el otro, sea el grupo, sea la narrativa que se hereda y se utiliza para repensar el yo, sea el paciente hospitalizado, etc. Así, se transita de un yo egocéntrico, a un yo-otros que le permiten al AA dejar de consumir alcohol, aunque su identidad siempre será la de un alcohólico.

A lo largo de la tesis analicé cómo, desde el punto de vista de los AA, el egocentrismo, la egolatría, son características que constituyen al alcohólico hospitalizado que los servidores tienen frente a sí cuando llevan el mensaje. Si retomo lo señalado por Leontiev (1981b), sostengo que el significado de la persona alcohólica en AA presenta una generalización en forma de conceptos, características y experiencias. Todo esto en conjunto, conforma el contenido de la conciencia social de la comunidad de AA, dado que este significado del alcohólico se aplica tanto al hospitalizado como quien lleva el mensaje. El significado que se le otorga a una persona alcohólica en AA pasa a definirla como parte de cierto grupo que comparten características similares, fundamentalmente de la personalidad y experiencias negativas con el consumo de alcohol, siendo la más significativa en ese momento, la hospitalización.

Durante mi trabajo de campo los servidores me explicaron que al llevar el mensaje a las salas del hospital, comprobaban la existencia del alcoholismo en muchos de los pacientes hospitalizados, sin necesidad de contar con antecedentes o con un diagnóstico por parte de los profesionales de la salud. Lo que observe en las reuniones de los comités de servicio me permitió analizar cómo los servidores se orientaban por la imagen simbólica de la persona del alcohólico compartida en AA. Una característica general de esta imagen es *la negación* por parte del alcohólico de su condición de enfermo alcohólico. Esta condición refleja la complejidad de la enfermedad desde la perspectiva de AA, dado que la mayoría de los pacientes niegan el consumo problemático del alcohol a pesar de su condición de hospitalizado. Esta negación por parte del paciente hospitalizado, era una acción rápidamente ubicada por los AA dentro de la secuencia de interacción que tenían con ellos. Diría yo que era un poderoso acicate para que los servidores empezaran a desplegar con fuerza la actividad de llevar el mensaje. Aunque los AA decían que no se trataba de obligar

a ningún paciente a hacer lo que no quisiera (participar en AA), el cuidado con el que pensaban y planeaban sus acercamientos con los encamados para no generar actitudes de negación en ellos, me dio idea de la importancia con lo que cuidaban el resultado de la interacción que buscaban tener. Así, no se trataba simplemente de pasar una información, sino de construir un contexto de actividad mediada tanto por los instrumentos de AA (preceptos, folletos que obsequiaban a los encamados, etc.) sino que la persona misma del encargado de llevar el mensaje estaba moldeada con intensidad para generar un resultado a través del actuar. Considero que el haber captado la sensibilidad e intensidad de las acciones planeadas por parte de los servidores en sus breves encuentros con los encamados, es una de las aportaciones de mi investigación que me permitieron adentrarme en el microcosmos de consolidación de la propia comunidad de AA y de, como he venido sosteniendo, la sobriedad.

Por otro lado, la negación que el encamado podía presentar ante el acercamiento de un miembro de AA fortalecía la motivación de algunos servidores para continuar informando sobre el carácter mortal del alcoholismo y para mantenerse alerta ante su propia enfermedad porque, según afirman, en las características de su propia enfermedad está la tendencia a pensar que ya no son alcohólicos (negación) lo cual los situaría en el camino de la recaída.

De acuerdo con lo anterior, identificar al alcohólico hospitalizado para llevarle el mensaje requiere de un conocimiento de sí mismo como alcohólico por parte del servidor. Por supuesto, la noción de sí mismo como “alcohólico” es distinta de la que llegan a utilizar los pacientes hospitalizados o quienes no pertenecen a AA. Como ya lo he venido señalando, ser “alcohólico”, desde el punto de vista de los AA, supone un constructo sobre el sí mismo que parte desde considerar el consumo de alcohol como una enfermedad, hasta considerar las características individuales y problemáticas que están a la base de la no contención para el consumo. Es por esto que se recomienda en AA que antes de llevar el mensaje, el servidor haya adquirido conocimiento sobre el programa de los Doce Pasos y sobre las principales características de la personalidad alcohólica. La mayoría de los servidores participantes en esta investigación comenzaron a llevar el mensaje después de participar en un grupo durante dos años por lo menos.

Interpretarse a sí mismo como una persona alcohólica es el resultado de un proceso de transformación de identidad. En el capítulo dos, expuse algunos de las conclusiones de la investigación de Cain (2001) sobre el desarrollo de una nueva identidad a partir de los significados del alcoholismo y del alcohólico en AA. Cain se enfocó en el uso de los relatos personales como mecanismos de mediación para interpretar el pasado alcohólico desde una nueva perspectiva e iniciar la elaboración de una nueva identidad. Explicó que al escuchar otras historias personales y relatar la propia, los recién llegados interiorizan paulatinamente los nuevos significados sobre el alcoholismo y la persona alcohólica. Cain se enfocó principalmente en la transformación del recién llegado al grupo, es decir, en el alcohólico que ha empezado a considerar tener un problema con el alcohol. Los resultados de la presente investigación complementan el análisis de Cain al presentar datos sobre el momento previo a la llegada a un grupo de AA, específicamente sobre la organización y preparación de los servidores para atraer nuevos miembros.

Como venía señalando antes de la digresión sobre la investigación de Cain, aquellos miembros de AA que deciden participar en la actividad de llevar el mensaje han pasado por un proceso de reinterpretación de su pasado desde la perspectiva de AA y el significado de la personalidad alcohólica. Una vez transcurrido este periodo, se introducen al contexto de la estructura del servicio para participar en las reuniones del comité de instituciones hospitalarias para revisar y discutir nuevos significados de la literatura de AA sobre la actividad de llevar el mensaje.

No solo siguen explorando nuevos significados sobre la enfermedad del alcoholismo o sobre la personalidad alcohólica, también aprenden las estrategias para aproximarse al alcohólico que aún no reconoce o no sabe que tiene un problema con su manera de beber. Una vez más, el conocimiento que se adquiere en lo comités de servicio supone la acumulación del saber experiencial de generaciones pasadas de alcohólicos recuperados que ha tenido buenos resultados para atraer a nuevos alcohólicos a la comunidad. Estas experiencias están contenidas en la literatura de AA, pero son los servidores veteranos los responsables de introducir y transmitir este conocimiento a los novatos en el servicio. Desde mi enfoque teórico, lo que está siempre en juego en las actividades de AA es una constante reproducción/reactivación del corpus heredado y transmitido de una generación a otra de grupos de miembros de AA.

A través de la interacción con los veteranos, los novatos se orientan en el sistema de actividad, mientras adquieren el conocimiento y la habilidad para llevar el mensaje por sí solos. Este proceso de mediación es similar al descrito por Lave y Wenger (1991) cuando analizaron el proceso de participación en la práctica del relato personal por parte de los recién llegados. Cuando los servidores novatos llegan a los comités de servicio, son introducidos por los servidores veteranos a una nueva actividad a través de una red de significados. A este proceso se le conoce como *apadrinamiento*. Los veteranos utilizan relatos de sus experiencias y pasajes de la literatura para comunicar los significados sobre llevar el mensaje: *regresar la dádiva, despertar espiritual y puente de comprensión* (Mediación 1; Figura 10.2). Progresivamente, al interiorizar tales significados, los novatos dirigen sus acciones hacia el alcohólico hospitalizado desde una nueva perspectiva (Mediación 2).

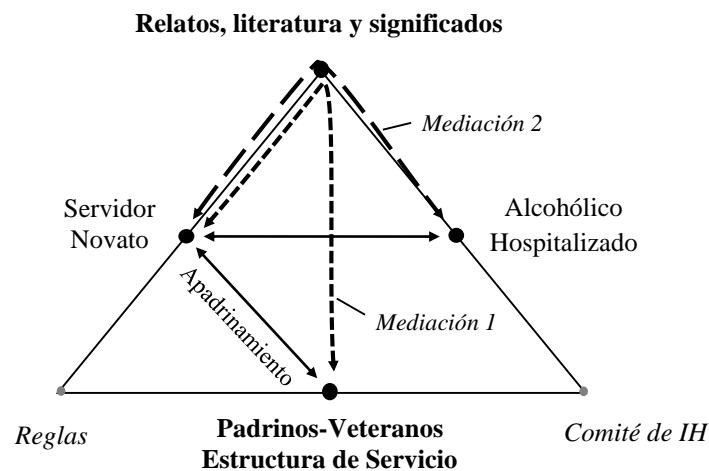


Figura 10.2 Mediación por instrumentos y por interacción social en la actividad de llevar el mensaje por parte del novato en el comité de IH.

De acuerdo con la ley general del desarrollo psicológico propuesta por Vygotsky (1979), las funciones psicológicas y la consciencia se desarrollan en la interacción social, pasando de un plano interpsicológico a uno intrapsicológico. Si traslado el anterior precepto para el caso de mi investigación, puedo afirmar que en la interacción entre servidores veteranos y novatos, los últimos desarrollan una consciencia de sí mismos como alcohólicos en recuperación con necesidad de llevar el mensaje para mantener su estado de sobriedad.

Durante el apadrinamiento, el servidor novato es acompañado por un veterano, quien ayuda a dirigir las acciones al alcohólico hospitalizado y a interpretar las experiencias de llevar el mensaje, es decir, actúan conjuntamente en un plano compartido, en una intersubjetividad en la que el veterano “jalonea” al novato y lo conduce a aprender cómo interactuar con los encamados. Cuando los servidores novatos realizan la actividad por su propia cuenta, su atención y su consciencia son generadas en el plano intrapsicológico. El novato puede dirigir sus propias acciones y utilizar los significados de AA como instrumentos para interpretar sus propias experiencias, pero constantemente se coloca en un plano interpsicológico para buscar que el encamado sienta que se le está comprendiendo y que ambos comparten experiencias similares relacionadas al alcohol.

Principalmente, los significados establecen el marco interpretativo para el desarrollo de esta nueva necesidad. El significado de *regresar la dádiva* señala la necesidad del AA por seguir trabajando en su egocentrismo y por demostrar la transformación de su personalidad. En AA, el alcohólico recibido y apoyado por otros compañeros para que deje de beber, adopta el compromiso de realizar lo mismo con otro alcohólico a través del apadrinamiento. De esta manera, el significado de regresar la dádiva se establece también como un deber, una regla en el sistema de la actividad la cual tiene como referente la 5ª Tradición que señala que llevar el mensaje es el objetivo principal de todo grupo de AA. Además, esta regla conlleva una advertencia implícita al no ser cumplida: si no se lleva el mensaje, se corre el riesgo de recaer en el consumo del alcohol.

Fue importante para mí conocer, a través de los relatos de los AA, cómo habían aprendido estrategias por parte de los padrinos expertos para acercarse a los alcohólicos y llevar el mensaje. Si bien ellos aprendieron a utilizar recursos materiales, simbólicos y narrativos con los que cuenta AA (folletos, libros, narrativas dominantes), cada uno se lo apropió, integró a su vivencia subjetiva y lo utilizó con su propio estilo. Las interpretaciones particulares sobre llevar el mensaje son las que constituyen el sentido personal de la actividad, lo cual a su vez tiene una fuerza medidora durante la participación frente al alcohólico hospitalizado.

El significado del *punteo de comprensión* contribuye de manera similar al establecimiento de este deber moral por ayudar a otro alcohólico. En los comités de servicio, los veteranos

y en la literatura misma se resaltan las cualidades que tiene el alcohólico recuperado para identificar y confrontar a los alcohólicos. Este significado también ayuda a definir las condiciones particulares del objeto de la actividad, al enfatizar el estado emocional vulnerable de los alcohólicos hospitalizados. Saben que el paso por el hospital es un momento crítico para abordar a un alcohólico, pero también reconocen que deben ser cautelosos en su aproximación para, como señalé líneas arriba, no provocar la negación de la enfermedad. Este conocimiento del alcoholismo basado en su propia experiencia durante el proceso de aceptación, los hace sentir que tienen más recursos sobre el personal de salud de los hospitales para la identificación del alcohólico y la aproximación. Es por ello que el compromiso por ayudar se hace más fuerte, dado que ellos tienen un saber que otros no tienen; un saber que se traduce en AA como la salvación de vidas. A este aspecto se relaciona lo que Rosovsky (1998a) señaló sobre la adquisición de un poder y prestigio social que fuera de AA es imposible tener. Puedo decir que los AA me dejaron entrever una subjetividad reflexiva. Ellos se ven a sí mismos con mayor sensibilidad, experiencia y comprensión que el personal médico para atender a los alcohólicos hospitalizados. Sus experiencias en el consumo de alcohol, crisis de salud y el rechazo por otras personas en su propio contexto social los colocan, según sus perspectivas, en el lugar privilegiado para entender qué significa ser alcohólico. Tal como señalaron Valverde y White-Mair (1999), desde la perspectiva de AA los profesionales de la salud no están capacitado para identificar y ayudar a un alcohólico. Evidentemente, esta nueva comprensión está saturada por la perspectiva teórica de AA, de la cual se apropian, así como también por los múltiples significados que retoman para su vida al participar en la comunidad.

El significado sobre el *despertar espiritual* establece un marco conceptual en el cual el servidor experimenta un propósito o sentido de vida. Los veteranos compartían conmigo y entre sí relatos del despertar espiritual durante un recorrido por el hospital o de regreso a su casa. En estos relatos se señala la sensación de tranquilidad, de paz o de mucha felicidad. En un primer momento, los servidores veteranos relatan sus experiencias en las salas hospitalarias y el efecto que han tenido en su desarrollo espiritual y en no confiarse por el hecho de llevar varios años de abstinencia. Son comunes los relatos en los que señalan que es en el servicio donde encuentran la esencia de AA o donde se experimenta el despertar espiritual. Progresivamente, los servidores novatos narran sus primeras experiencias en los

hospitales o discuten pasajes de literatura recomendados por los veteranos –sus instrumentos de mediación– para interpretar algún aspecto de su personalidad alcohólica o de su proceso de recuperación. La mayoría de los novatos que observé identificaba que llevar el mensaje ayudaba a enfrentar el deseo de beber, pues los alcohólicos hospitalizados les recordaban su propio pasado o su posible futuro, en caso de no seguir en AA.

De nueva cuenta, para mí fue importante identificar cómo los AA tienen una fuerte actividad de lectura de libros, de discusión entre ellos acerca de cómo interpretar los distintos pasajes que les interesan en cada ocasión, de cuestionamiento mutuo para aclararse si están entendiendo o no de la misma manera los preceptos que les darán a ellos mismos la pauta para mantener su identidad reconstruida y para establecer el vínculo con los no AA. Sus participaciones en el sistema de actividad de AA, entonces, tienen una fuerte orientación tanto en relación con la lectura como en el encuentro dialógico con los compañeros. Quienes se sentían más hábiles en esta actividad confrontaban con gusto y entusiasmo a sus compañeros y salían de las juntas con un estado de ánimo muy confortable. Pienso que este trabajo consigo mismo no es aclarado por los propios AA; ellos hablan de los principios, de los pasos, de las lecturas, de las teorías que manejan. Sin embargo, yo sí pude identificar, tanto en las juntas de AA como en el trabajo que realizaban con los encamados, ese fuerte monitoreo de su actividad según la cual los AA se escuchan a sí mismos, se complacían al saber que estaban participando en las actividades, sobre todo la de llevar el mensaje, para regresar a un Yo que se mantiene atento para sostener la sobriedad.

Durante el proceso de apadrinamiento –mediación social–, los significados sobre llevar el mensaje ayudan a los novatos del servicio a interpretar de determinada manera a los alcohólicos en los hospitales y a comprender que a la hospitalización era como un momento crítico para ayudarlo por las circunstancias de vulnerabilidad y menor nivel de negación, de acuerdo con los principios de AA. Durante las reuniones de los comités de servicio se discutían las biografías de los primeros AA a la luz de los significados de llevar el mensaje. Se establece una percepción del alcohólico hospitalizado como alguien que requiere la ayuda urgente y como alguien que, al trabajar con él tanto en la inducción inicial como en la incorporación a cualquier grupo, puede ayudar a mantener la sobriedad. De esto modo, durante el proceso del apadrinamiento, la actividad de llevar el mensaje se establece en los

novatos por la generación de una consciencia sobre su necesidad y su deber. Es común escuchar a los servidores decir que observan y piensan su propio pasado en los alcohólicos hospitalizados, sin embargo, enfatizan que la hospitalización también puede ser su futuro si se alejan de AA. De esta manera, los servidores establecen que no existe gran diferencia entre el alcohólico hospitalizado y ellos mismos, puesto que los dos son enfermos alcohólicos y el servidor puede recaer en el alcohol en cualquier momento a pesar de tener acumulados varios años de abstinencia. Desde mi perspectiva, sí existen diferencias entre el alcohólico hospitalizado y el servidor, el simple hecho de que este último esté frente al primero para ayudarlo nos refiere a un cambio de identidad y a un conjunto de significados sobre alcoholismo y recuperación desde el marco de referencia de AA. Más bien, la afirmación que los servidores hacen sobre la similitud entre los hospitalizados y ellos mismos es una estrategia que le permite mantenerse alertas ante los riesgos de la recaída, a no olvidar su condición de enfermos y a mantenerse motivados para satisfacer su necesidad de abstinencia.

De acuerdo con el recorrido analítico que elaboré en la presente tesis, para los que recién empiezan a participar en algún grupo de AA la necesidad subjetiva que los motiva es la de dejar de beber, mientras que para el novato que ya participa en la estructura de servicio la necesidad es mantener la sobriedad alcanzada en AA. El alcohólico en AA con años de sobriedad sostiene que no puede confiarse en el hecho de que no volverá a beber solo porque ha logrado mantenerse sobrio. De nuevo cuenta sostengo que los AA manejan una noción de sí mismos según la cual tienen una personalidad alcohólica que es un riesgo latente. Por ello deben continuar participando en AA para no olvidarse de quién es y de su personalidad alcohólica. Los estudios sobre la identidad nos hablan de que las personas se narran una versión de sí misma que es múltiple en función de los contextos sociales en los que participan (Bruner, 1991). Los relatos de identidad que manejaron los AA expertos me dejaron ver que sostenían una identidad interesante: fuerte en el sentido de poseer experiencia, conocimiento y sabiduría para sostenerse sobrios; abiertos a la posibilidad de recaídas porque la persona dentro de AA no se concibe como acabada, sino como alguien que siempre tiene que estar trabajando consigo misma para sostener los cambios; en relación siempre con el otro de quien dependen por ser un escucha necesario para el dialogo interior y a quien esperan alentar para que participen en el sistema de actividad de AA.

El alcohólico hospitalizado es el *objeto* que adquiere significados durante la participación en el servicio. La idea del alcohólico hospitalizado carece de significado para los recién llegados a un grupo de AA puesto que ellos están orientados a su propia recuperación a través de los Doce Pasos. Progresivamente, se elabora la idea del alcohólico que sigue bebiendo y no ha llegado a un grupo de AA. Para aquellos miembros de AA que deciden ingresar a la estructura de servicio, la noción del alcohólico hospitalizado se construye a partir de significados específicos transmitidos por los expertos en la actividad, las juntas de grupo para la formación como servidores y la literatura de AA.

Reitero nuevamente, el alcohólico hospitalizado es una construcción a partir de los significados en la estructura de servicio. Éstos definen quién es el hospitalizado que requiere la ayuda y cómo es que hay que ofrecérsela para que no derive en negación y rechazo. No solo se trata de platicar uno minutos con el hospitalizado y entregarle un tríptico, el servidor sabe que requiere invertir tiempo y esfuerzo, comprometerse con la actividad y representar a AA ante el hospital. Además, sus acciones deben ser sinceras frente al alcohólico, pues sabe que si no lleva el mensaje de manera honesta no habrá conexión de alcohólico a alcohólico, además de que se estará engañando a sí mismo, incluso poniendo en riesgo su propia sobriedad. Este conocimiento lo actualiza cada vez que se habla de las numerosas experiencias de recaída que se discuten y leen en las reuniones de AA.

Considero que el significado de *despertar espiritual* orienta a los servidores de AA a llevar el mensaje con un carácter de personas honestas. Ellos saben que por ser alcohólicos tienen una personalidad que los lleva a mostrarse ante los demás como una persona exitosa, superior y fuerte, aunque esto no sea necesariamente cierto cuando se refieren al hecho de que continúan teniendo una personalidad alcohólica. La dimensión espiritual de llevar el mensaje orienta al servidor a centrarse en las acciones frente al encamado, sin esperar que la comunidad de AA se lo reconozca o aplauda. Es por esta razón que en la organización de la actividad en el hospital, no es necesario que el servidor visite constantemente al mismo hospitalizado, por el contrario, se promueve que los servidores lleven el mensaje a diferentes pacientes. De esta manera, se intenta evitar que un servidor se adjudique el crédito de haber convencido a un alcohólico hospitalizado a asistir al grupo de AA. Si los alcohólicos comenzaran a señalar cuántos pacientes han llevado a algún grupo se correría

el riesgo de recaer en el alcohol, pues comenzaría la competencia entre ellos y el egocentrismo emergería nuevamente. Por otro lado, aquellos servidores que no lograran convencer a los alcohólicos hospitalizados para ir a una junta, se sentirían frustrados y probablemente volverían a consumir. Es por esto que el significado de *despertar espiritual* centra al servidor solo en las acciones frente al alcohólico y no en los resultados posteriores. Compartir la experiencia personal de manera sincera es lo que importa, lo demás está fuera del alcance. La frase *dejar la semilla de AA* es utilizada constantemente por los servidores, para señalar su compromiso por presentarse ante el hospitalizado y para deslindarse del resultado de sus acciones con respecto a la solicitud de ayuda por parte del alcohólico.

En breve, a través de la mediación por instrumentos (significados) y de la interacción social (estructura de servicio) los servidores novatos perciben al alcohólico que aún continúan bebiendo y no han llegado a un grupo de AA. Para los servidores, el encuentro con los alcohólicos hospitalizados en el contexto del servicio, establece una necesidad para participar en la actividad de llevar el mensaje. Con esto afirmo que el alcohólico hospitalizado es concebido como el objeto por el cual los servidores de AA pueden extender la duración de su sobriedad.

Los significados de *regresar la dádiva*, *el puente de comprensión* y *despertar espiritual* permiten vincular el objeto de la actividad con la necesidad de mantenerse en sobriedad. Los novatos al participar en el servicio y escuchar a los veteranos ingresan nuevamente a un campo de significados diferente al que se maneja en los grupos. En el contexto del servicio, los novatos adquieren una perspectiva diferente sobre su enfermedad y sobre el mantenimiento de la sobriedad. Constantemente se recuerda que estos principios son el resultado de la acumulación de experiencias de los primeros alcohólicos en AA para mantenerse en sobriedad. Es por esto que la enseñanza a través del ejemplo personal y el relato de las experiencias personales son consideradas como las mejores estrategias para motivar a aquellos que aún no conocen el servicio. Fue importante para mi entender que el uso del propio Yo al cual recurrían los servidores era uno de los principales instrumentos de la actividad de llevar el mensaje. El servidor se coloca como objeto a ser conocido, transmitido, compartido. Si bien lleva en sí mismo múltiples tradiciones que ha practicado en AA, las mismas no son puestas independientemente de su Yo. No se trata de una medicina o de un tratamiento que se objetiva en el exterior, es la propia persona del AA la

que visualiza el camino hacia la abstinencia.

Durante la investigación observé que estos temas y aspectos del mantenimiento de la sobriedad son tratados permanentemente en los comités de servicio. Los significados sobre llevar el mensaje están presentes en los diferentes instrumentos del comité de instituciones hospitalarias, principalmente en los textos específicos sobre llevar el mensaje y cooperación con los hospitales, en las narraciones estructuradas de los servidores veteranos, y en las habilidades mismas de los veteranos cuando simulan llevar el mensaje o cuando efectivamente lo llevan al alcohólico hospitalizado. Tal como lo señalaron Valverde y White-Mair (1999) el conocimiento sobre el alcoholismo y la recuperación en la literatura de AA solo se justifica en la práctica, en la actividad de los miembros. De esta manera, cuando el servidor novato participa en el contexto de servicio, se sitúa en una estructura social e histórica con significados sobre llevar el mensaje acumulados por años desde el comienzo de AA. Es por esto mismo que existe también una necesidad por atraer a nuevos miembros hacia AA y hacia sus comités de servicio para preservar la herencia de significados culturales sobre al alcoholismo y la recuperación.

Desde mi punto de vista, en el proceso de transformación del servidor novato a uno veterano se observan los principios teóricos de la psicología histórico-cultural: la unidad conciencia-actividad y la naturaleza social de la mente humana. Es en la actividad de llevar el mensaje, en la mediación social de la relación novato-veterano, donde surge la conciencia del servidor como un alcohólico en recuperación que necesita buscar a otro alcohólico. El contexto de AA y los significados culturales que ofrece, también son una fuerza generadora de la conciencia del servidor. A este respecto y siguiendo la propuesta teórica de Leontiev (1981a), los servidores novatos adquieren y producen conocimiento sobre la actividad de llevar el mensaje al interactuar con otros servidores y con los pacientes alcohólicos. De esta manera, la conciencia del servidor novato es un proceso que resulta de: *a)* los significados que existen objetivamente en el mundo cultural de AA, los cuales son utilizados y compartidos como instrumentos en la estructura y comités de servicio; y *b)* por el sentido personal que cada servidor construye en su trayectoria por los comités y por la participación en las actividades de servicio.

En un principio la significación es un reflejo de la realidad independiente de la relación

individual, para luego convertirse en el instrumento por el cual adquirimos conciencia de la realidad. Los novatos al participar en el servicio y al entrar en contacto con los significados de llevar el mensaje, adquieren conciencia de su propia realidad y necesidad particular por buscar a otros alcohólicos. Siguiendo a Leontiev (1981a), considero que el sentido personal es una relación objetiva y consciente que se establece en la actividad, entre lo que nos incita a actuar y hacia lo cual nos orientamos. Es por esto que existen interpretaciones diversas sobre el sentido personal sobre llevar el mensaje entre los servidores, desde ayudar a todo alcohólico como un sentido de vida, hasta una estrategia para mantenerse ocupado para evitar visitar el lugar donde antes acostumbraba beber alcohol. Sin embargo, advierte Leontiev (1981c), el *sentido personal* de las significaciones no pierden su objetividad establecida por la comunidad, tampoco o se establece una oposición entre la significación de la conciencia social y el sentido personal de la significación individual, sino que solo se establece una diferencia en la graduación de lo general y lo particular de la significación.

Para comprender los sentidos personales de llevar el mensaje, primero contextualicé los significados de AA en las trayectorias particulares de los servidores en los comités de servicio. De esto modo, considero que sentirse parte de la estructura de servicio y buscar el mantenimiento de la sobriedad a través de las actividades de los comités también están mediado por los significados de AA. Para el caso particular de los servidores observados en este trabajo de investigación, llevar el mensaje era una manera de seguir esforzándose para resistirse a una copa de alcohol.

Para puntualizar, sostengo que los significados del *punte de comprensión, despertar espiritual y regresar la dádiva*, contenidos en los instrumentos del comité de servicio, son los instrumentos que utilizan los servidores como el marco de significación para dar un nuevo sentido a sus acciones, un sentido para mantenerse alejados del alcohol, para continuar con su crecimiento espiritual o para perseguir el propósito de ayudar a más alcohólicos que aún no han podido dejar de beber. Además, estos significados condensan la manera en cómo debe realizarse la actividad, su justificación y sus expectativas.

El sentido personal que se produce durante la participación en la actividad de llevar el mensaje y a partir de los significados culturales que se proveen en los comités de servicio,

tiene como referente el contenido material e histórico de la comunidad de AA, los cuales existen objetivamente en su literatura y en los múltiples y diversos relatos de los servidores. Siguiendo la propuesta teórica de Leontiev (1981b), puedo afirmar que los significados culturales que se ofrecen en AA, median la comprensión de los servidores acerca de su condición de enfermos alcohólicos, en la medida que adquieren conciencia sobre la necesidad de seguir trabajando en su recuperación a través de participar en la actividad de llevar el mensaje. Progresivamente, los novatos interpretan sus experiencias y dirigen sus acciones frente al hospitalizado mediante los significados de AA de manera intrapsicológica. La acumulación de experiencias permite el desarrollo del sentido personal de llevar el mensaje. Por ejemplo, el significado cultural de *regresar la dádiva*, el cual refiera a ayudar a otro alcohólico de la misma manera en la que uno fue ayudado, es la base objetiva para el desarrollo de diversos sentidos personales.

Por otro lado, la producción del sentido personal también juega un papel importante en los procesos de mediación en las acciones de los servidores (Figura 10.3). Una vez que el servidor comunica el sentido personal al llevar el mensaje a través del relato de experiencias durante las reuniones de AA, éste puede ser comprendido también como un componente mediador del sistema de actividad, al orientar al servidor frente al paciente hospitalizado.

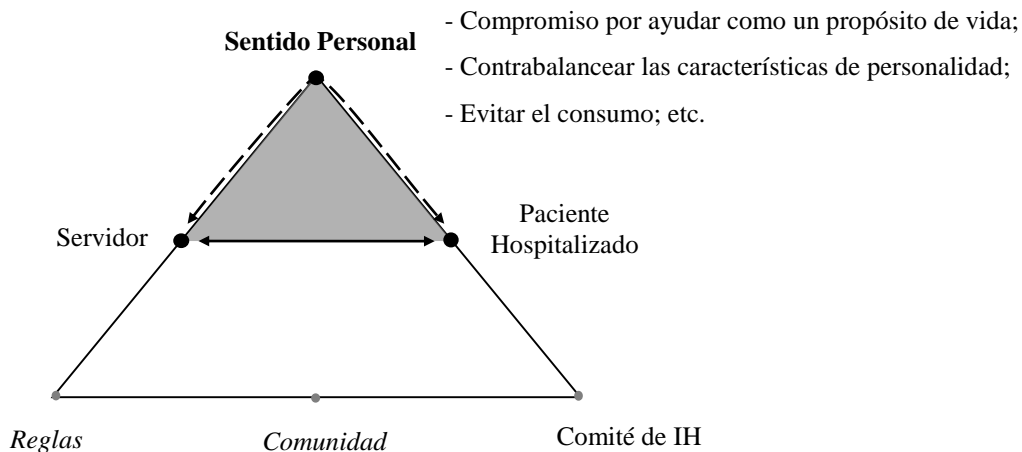


Figura 10.3 Mediación del sentido personal de llevar el mensaje

En la investigación realizada, constaté que para algunos servidores la actividad de llevar el mensaje refiere a un compromiso por buscar enfermos alcohólicos como un propósito de vida, mientras que para otros implica invertir tiempo en el hospital en lugar de estar bebiendo una copa de alcohol. Por otro lado, el significado de *punte de comprensión*, la capacidad inherente de un alcohólico para entender y ayudar a otro alcohólico, cobra sentidos personales diversos, por ejemplo, para algunos representaba una característica que los hacía valer por la facilidad que tenían para identificar a otro alcohólico al compararse con el personal de salud del hospital; para otros el puente de comprensión implicaba un punto de encuentro comunitario para hablar del dolor y la alegría de la recuperación del alcoholismo. De este modo, la actividad de llevar el mensaje representa de manera general una forma de vencer la mentalidad alcohólica, que es la condición principal que los han llevado a beber alcohol de manera incontrolable.

El sentido personal es el resultado de las relaciones conscientes que establecen los servidores al vincularse concretamente con el contexto (comité de servicio o sala hospitalaria) durante su participación en las actividades: lectura y discusión de textos de AA, simulacros y retroalimentación de los veteranos, compartir experiencias con otros servidores; hablar de su alcoholismo frente a los pacientes hospitalizados. Los servidores, mediados por los significados culturales y por los veteranos, establecen una relación consciente entre el alcohólico hospitalizado y la sobriedad, es decir, entre el motivo y el objetivo de acuerdo con la propuesta teórica de Leontiev (1981a): entre el objeto y el resultado según la terminología empleada por Engeström (1999).

Desde mi perspectiva, el sentido personal, como resultado de relaciones sociales y procesos de mediación, tiene lugar en la organización particular de la estructura de servicio. Por otro lado, los servidores asumen colectivamente la responsabilidad de estar presentes en los escenarios asociados a la población alcohólica. Extienden sus redes de contacto en diferentes sectores sociales y están preparados cuando un alcohólico solicita ayuda. Han desarrollado acciones específicas dirigidas a metas intermedias, por ejemplo, establecer relaciones de cooperación con profesionales.

En lo que respecta a la actividad de llevar el mensaje a personas encamadas, ésta se organiza alrededor del objetivo y reglas del comité de Instituciones Hospitalarias (IH). De

acuerdo con la literatura de AA el objetivo central del comité de IH es dar a conocer el programa de los Doce Pasos a los pacientes hospitalizados que no pueden asistir a un grupo (Sección México de AA, 2005). Sin embargo, existe otro objetivo implícito que consiste en mantener la continuidad del mismo comité. Esto se busca alcanzar a través de la atracción de nuevos compañeros al servicio y de introducir a los servidores novatos a la actividad de llevar el mensaje (Figura 10.4).

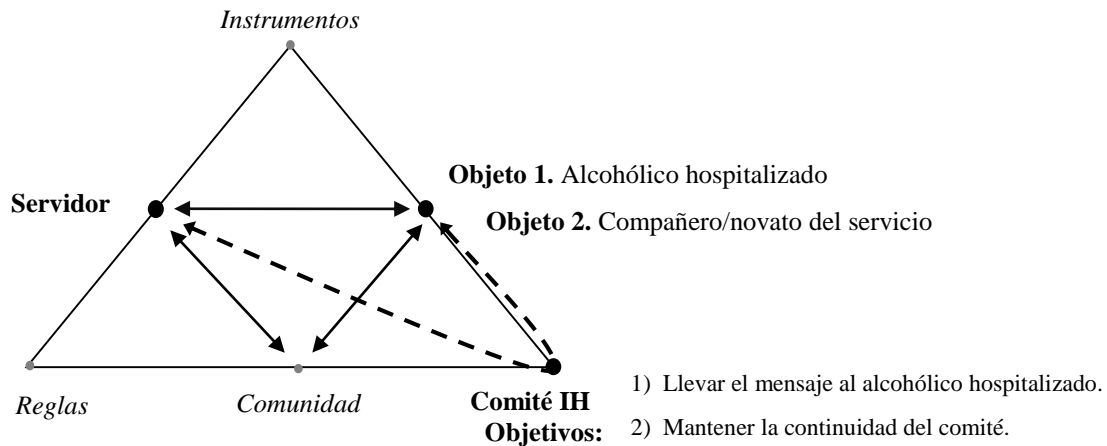


Figura 10.4 Objetivos del comité de IH en la actividad de llevar el mensaje.

En el comité de IH, las actividades para alcanzar ambos objetivos se desarrollan de manera interconectada. Por un lado, la atracción de nuevos miembros a AA es indispensable para el movimiento y los grupos de AA, y por otro lado, atraer nuevos servidores al comité de IH es necesario para mantener los canales de atracción de AA.

Los servidores más veteranos del comité de IH dirigen sus actividades tanto a los alcohólicos hospitalizados como a otros miembros de AA y novatos del servicio (ver Objeto 1 y 2 en la Figura 10.4). Mientras que los novatos del servicio dirigen sus acciones al paciente hospitalizado (Objeto 1). Sin embargo, al ir acumulando experiencias sobre llevar el mensaje, éstas podrán ser compartidas en reuniones de AA y motivar a otros compañeros a participar en la actividad (Objeto 2). De esta manera, los relatos de llevar el mensaje en hospitales se convierten en instrumentos que median las acciones dirigidas a otros compañeros.

Justamente, la presente investigación me permitió mostrar el alto grado de organización y estructura que existe al interior de la comunidad de AA. La actividad de llevar el mensaje sirve no solo para reproducir los principios fundacionales de AA, sino también para mantener al propio servidor sobrio y anclado al grupo en función de una identidad cohesionada, al mismo tiempo que para conseguir nuevos adeptos que, a su vez, mantendrán con vida a la comunidad.

La llegada del nuevo compañero al grupo o del nuevo servidor al comité es elemento esencial para la continuidad en AA. Parte del proceso de recuperación y del mantenimiento de la sobriedad es la transmisión de las experiencias, de compartir el programa de recuperación y de introducir a los nuevos a la tradición del servicio. Es por ello que el proceso de apadrinamiento es tan promovido tanto para el novato como para el veterano. Cuando un alcohólico recién llegado comienza a asistir a las juntas, el grupo siente y piensa que revive la razón de su formación: ayudar al otro a lograr la sobriedad. De igual manera, cuando un nuevo servidor se une a un comité de servicio, se garantizan los mecanismos de atracción de AA. En breve, el alcohólico que llega a AA rara vez le hace por sí solo, comúnmente es invitado por un miembro activo de un grupo. De aquí que la estructura de servicio sea la forma en la que AA se organiza para promover el encuentro con otros alcohólicos y dar continuidad a los grupos.

Cuando analizo los componentes del sistema de la actividad sostengo que llevar el mensaje constituye en sí mismo un contexto que fomenta el mantenimiento de la sobriedad. Desde la participación en el comité de instituciones hospitalarias, los servidores reproducen el origen de su comunidad al realizar las actividades que los miembros fundadores de AA hacían cuando buscaban a nuevos alcohólicos en los hospitales para evitar la recaída. Además, los servidores orientan sus actividades hacia la conservación y reproducción de las actividades del propio comité. Se interesan por asistir a los grupos para compartir sus experiencias y así poder mostrar que AA no se limita a los Doce Pasos. Su intención es comunicar la importancia de las actividades en la estructura de servicio, enfatizando la tradición de llevar el mensaje como el objetivo principal de AA como una comunidad.

Los significados, las relaciones sociales y la organización de AA conforman el contexto desde el cual el servidor dirige sus acciones y construye su sentido personal. El contexto

del servicio permite seguir interpretando el pasado alcohólico, la necesidad de mantenerse sin beber y el compromiso con la comunidad por ayudar a otros, lo cual se manifiesta en años acumulados de sobriedad. La actividad de llevar el mensaje significa mucho más que el solo momento frente al alcohólico hospitalizado.

AA es una comunidad de experiencias acumuladas, entre más se lleva el mensaje a los hospitalizados, más experiencias se tendrán para luego ser compartidas a otros compañeros. En este sentido, el relato de las experiencias se convierte en un instrumento cultural de gran valor, tanto para la recuperación personal, como para atraer a nuevos servidores. Esto mismo puede ser observado en los servidores novatos, quienes a pesar de no contar con experiencias de contacto directo con alcohólicos hospitalizados, compartían sus primeras experiencias de apadrinamiento en el servicio, lo cual era suficiente para ser compartido a otros miembros que no tenían contacto con el servicio. Así, tanto veteranos como novatos, hacían uso de sus experiencias personales para cumplir con el objetivo del comité en relación con la atracción de nuevos miembros.

Por último, resalto un par de aspectos implícitos de la relación entre AA y la institución hospitalaria, desde el entendimiento de la actividad de llevar el mensaje como un contexto para la sobriedad. Históricamente AA surgió como una alternativa para hacer frente al consumo crónico y dependiente del alcohol. Los primeros miembros de AA en Estados Unidos acudían a los hospitales para buscar a otros alcohólicos. De igual forma, el movimiento de AA en México consolida su crecimiento en la década de 1970 a partir del establecimiento de relaciones de colaboración con las instituciones hospitalarias y penitenciarias.

En esos mismos años, en el sector salud mexicano no contaba con un programa nacional que atendiera el consumo crónico y excesivo del alcohol. Generalmente, solo se atendían las consecuencias médicas del consumo. En el marco de estas circunstancias, el acercamiento de AA a algunas de las instituciones hospitalarias del sector público fue bien recibido puesto que complementaba el tratamiento médico con un modelo de ayuda mutua. Actualmente, la situación no ha cambiado, por lo que la opción de los Doce Pasos sigue vigente en diversos hospitales públicos. Seguimos careciendo de estrategias nacionales

dirigidas específicamente a los pacientes hospitalizados debido al consumo crónico de alcohol o pacientes diagnosticados con dependencia alcohólica.

En algunos hospitales esta relación se ha mantenido por más de tres décadas. La práctica de canalizar pacientes hacia los grupos de AA por parte de algunos profesionales de la salud es común y en ocasiones se fomenta a través de guías de práctica clínica (Secretaría de Salud, 2009b, 2013). La colaboración con y la promoción de AA por parte de los profesionales de salud es de gran valor para la comunidad de AA. Desde la perspectiva de la estructura de servicio las relaciones de colaboración son complementarias para ayudar al paciente alcohólico. Con base en la propuesta de Engeström (2009) sobre la tercera generación de la Teoría de la Actividad Histórico Cultural, la relación de colaboración entre AA y el hospital estaría representada mediante el siguiente esquema:

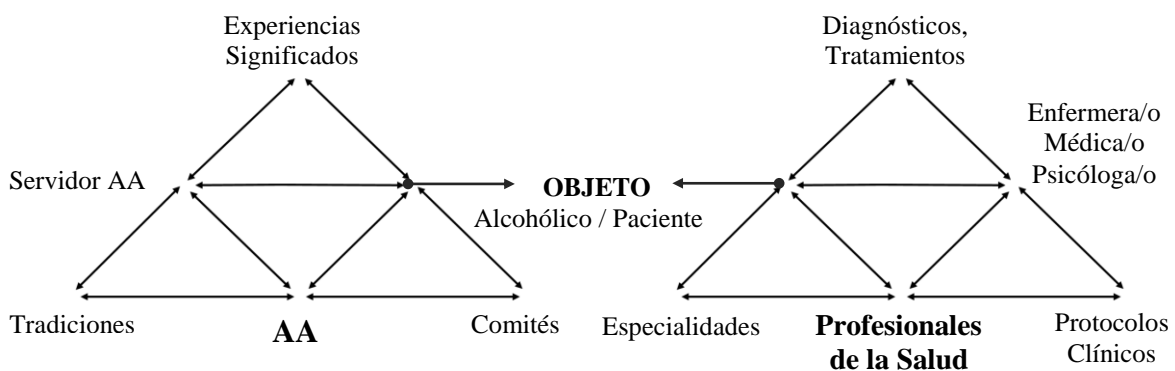


Figura 10.5 Sistemas de actividad relativos a la comunidad de AA y a profesionales de la salud que comparten un mismo objeto desde distintas perspectivas.

La comunidad de AA se reconoce como la alternativa de tratamiento para el alcoholismo en un contexto donde no existen más opciones. La ausencia de estrategias por parte de los profesionales de la salud da lugar a que el programa de los Doce Pasos se posicione como un recurso necesario para el sector salud. Ello da lugar a que se atribuya un valor sobre AA como una alternativa válida en esta relación de colaboración, además de que la misma visión de AA sobre el fenómeno del alcoholismo se legitima. Por ejemplo, la definición del alcoholismo como una enfermedad tal como se entiende en AA, se legitima por el mismo permiso de acceso al contexto hospitalario. Sin embargo, para evitar conflictos de opinión sobre la conceptualización del alcoholismo, los servidores de AA utilizan las definiciones

provenientes de instituciones u organismos reconocidos por los profesionales para mantener la relación de colaboración.

En este mismo sentido, el permiso de acceso a las salas del hospital que tienen los servidores, también legitima las acciones y significados propios de la actividad de llevar el mensaje. Uno de los novatos lo presentó de esta manera: “*El alcoholismo es una enfermedad, no un vicio. Si no fuera así entonces ¿por qué nos dejan entrar aquí?*”.

Sin embargo, AA no solo busca legitimarse en el contexto médico del hospital, también diferenciarse de éste al ofrecer una alternativa para enfrentar una enfermedad sin cura. Los pacientes con consumo crónico o excesivo son atendidos por sus consecuencias médicas, mientras que los servidores se centran en el consumo de alcohol y en las experiencias de sufrimiento que conlleva padecer una enfermedad sin cura y mortal. Un dato concreto que ofrece el mismo contexto hospitalario para reforzar la percepción del alcoholismo como una enfermedad mortal es el índice de defunciones por enfermedades hepáticas alcohólicas en el hospital donde realicé la investigación. A pesar de que la prevalencia de enfermedades relacionadas con el consumo crónico del alcohol no es una de mayor incidencia, la cirrosis hepática es una de las principales causas de defunción. Todo esto en conjunto, tiene un significado que se vincula directamente con el compromiso de los servidores de AA por continuar llevando el mensaje a los alcohólicos hospitalizados, que de no ser por AA, no recibirían ayuda alguna para dejar de beber.

Reflexión metodológica y teórica

Considero que el método etnográfico para la observar y registrar las acciones de los servidores, fue la aproximación adecuada para los objetivos de esta investigación. El acceso al contexto de investigación fue facilitado por las características de AA como una comunidad abierta a los profesionales y por su interés en las relaciones de cooperación. El lugar de *profesional* que los servidores me adjudicaron me dio la ventaja para acceder a una diversidad de contextos de la comunidad, sin embargo esto me trajo limitaciones con respecto al acceso a opiniones críticas de los servidores sobre el personal de salud del hospital. En contadas ocasiones pude observar gestos de inconformidad por parte de los

AA en torno a algunos miembros del hospital (enfermeras, médicos) pues los servidores, como ya lo he sostenido en la presente discusión, eran expertos en cuidar el manejo de su actuar ante propios y extraños.

Con relación a la selección de hospital obtuve diversidad de registros de observación, sin embargo las características del hospital de tercer nivel dan lugar a que las acciones de los servidores sean más breves y esquemáticas que en hospitales con menor capacidad de atención. Además, la presencia de AA en hospitales de tercer nivel no es tan usual puesto que existe mayor número de hospitales con menor grado de especialización.

Con respecto al modelo del sistema de actividad propuesto por Engeström (1999, 2001), visualizo su utilidad como una herramienta analítica para la organización e interpretación de los datos recolectados. La definición del sistema de la actividad de llevar el mensaje como la unidad de análisis se conformó bajo dos perspectivas: la del sujeto con sus acciones dirigidas a metas y una perspectiva estructural de la actividad colectiva con una organización compleja y orientada al objeto. Por otro lado, un aspecto que no analicé con profundidad fue el componente de instrumentos del sistema de actividad. Analicé diferentes significados (regresar la dádiva, puente de comprensión, etc.) que median la actividad de llevar el mensaje, sin embargo no incluí la dimensión histórica evolutiva de tales significados.

Basarme en los antecedentes de la Teoría de la Actividad Histórico Cultural (TAHC), me permitió introducir la relación entre sentido personal y significado social propuesto por Leontiev (1981c). En la propuesta de Engeström se hace poco énfasis en el concepto del sentido personal puesto que su atención se dirige a la colectividad y al análisis de los significados sociales de la comunidad. Desde la perspectiva de Leontiev, se señala la necesidad de situar las acciones de las personas en su contexto, ya que se puede perder el sentido de relación entre objeto y motivo. De esta manera, al analizar el sistema de actividad se puede prever la no coincidencia directa entre objetos que motivan la actividad y objetos hacia los cuales se dirige, dado que es una característica de la actividad humana. El análisis de los comités de servicio, es decir, de la división del trabajo en AA, me permitió identificar las diversas formas de participación de los servidores en actividades distribuida socialmente y con su consecuente producción de sentido personal particular.

La investigación que llevé a cabo ofrece la oportunidad de adentrarse en la comunidad de

AA entendiendo a la actividad de llevar el mensaje como un sistema de actividad colectiva. Esta actividad, que a lo largo de la tesis quedó condensada en breves pasos realizados con pacientes hospitalizados por consumo excesivo de alcohol, conlleva en sí misma un cúmulo de prácticas, teorías sobre el yo, creencias y métodos de actuación que la comunidad de AA ha ensayado y sistematizado a lo largo del tiempo.

La investigación me permitió ofrecer al terreno de la psicología la posibilidad de repensar las estrategias de los AA para mantenerse sobrios. A partir de ello, sostengo que en esta comunidad es posible controlar el consumo de alcohol gracias a una forma distinta de ser persona, a estrategias de vida insertas en la estructura de participación de AA, a fuertes simbolismos anclados con la dialogicidad desarrollada para reconstruir la identidad de los participantes.

Sin duda, para la psicología el tema del alcoholismo continuará siendo una temática difícil de abordar dado que no se han podido consolidar estrategias que contengan el consumo excesivo de alcohol. No es mi intención decir que la propuesta de AA sea la alternativa a esta problemática, pero lo que es cierto es que las opciones para el cambio en el consumo de alcohol deberán contemplar la reestructuración del Yo de la persona que consume, así como también las estructuras de participación de vida en las que se encuentran. Por último, señalo que la penetración y participación de AA en hospitales mexicanos puede reflejar algunas limitaciones de disciplinas como la medicina y la psicología al no ofrecer programas y servicios de tratamiento a una población con necesidades específicas como son los consumidores crónicos de alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcohólicos Anónimos (1952). *44 preguntas y respuestas acerca del programa de A.A.* Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. México, D.F.
- Alcohólicos Anónimos (1952). *Doce Pasos y Doce Tradiciones.* Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. México, D.F.
- Alcohólicos Anónimos (1953). *Esto es A.A.* Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. México, D.F.
- Alcohólicos Anónimos (1970a). *Cómo cooperan los miembros de A.A.* Central Mexicana de Servicios Generales de AA, A.C, México.
- Alcohólicos Anónimos (1970b). *Un Punto de Vista Sobre Alcohólicos Anónimos.* Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. México, D.F.
- Alcohólicos Anónimos (1970c). *Tres charlas a sociedades médicas.* Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. México.
- Alcohólicos Anónimos (1986). *Alcohólicos Anónimos.* Central Mexicana de Servicios Generales de AA, A.C, México⁷⁵.
- Alcohólicos Anónimos (1992). *“Transmítelo”. La historia de Bill Wilson y de cómo llegó al mundo el mensaje de A.A.* Central Mexicana de servicios Generales de A.A., A.C. México, DF.
- Alcohólicos Anónimos (2003). *Encuesta 2003.* Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C.
- Alcohólicos Anónimos (2009). *Encuesta 2009.* Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. Recuperado en Marzo, 2011, desde <http://www.aamexico.org.mx/cccp/pdf/encuesta2009.pdf>
- Alcohólicos Anónimos, (2007a). *Alcohólicos Anónimos en el sector salud.* En Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C. Recuperado en Mayo, 2007, desde <http://www.aamexico.org.mx>
- Alcohólicos Anónimos (2007b). *Manual de Servicio de A.A. y Doce Conceptos para el Servicio Mundial por Bill W.* Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C.
- Alcohólicos Anónimos (2007e). *Guía de Trabajo del Coité en Centros de tratamiento.* Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C.
- Alcoholics Anonymous (2010). *Estimates of A.A. Groups and Members.* En Alcoholics Anonymous World Services, Inc. Recuperado en Agosto, 2010, desde <http://www.aa.org/subpage.cfm?page=74>
- Antze, P. (1987). Symbolic action in Alcoholics Anonymous. In M. Douglas, *Constructive Drinking, Perspectives on Drink from Anthropology* (pp.149-181). US: Cambridge University Press.
- Barragán, L. (2005). *Modelo de intervención cognitiva-conductual para usuarios de alcohol y otras drogas.* Tesis presentada para obtener el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Bateson, G. (1971). The cybernetics of "self": A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34: 1-18.

⁷⁵ Este libro es conocido comúnmente como el *libro grande* o el *libro azul*.

- Berruecos, L. (1983). Aspectos Antropológicos del Alcoholismo. En V. Molina, L. Berruecos, y L. Sánchez (Eds.). *El Alcoholismo en México: II.- Aspectos sociales, culturales y económicos* (pp.1-15). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., FISAC.
- Blondell, R.D., Looney, S.W., Northington, A.P., Lasch, M.E., Rhodes, S.B. y McDaniels, R.L. (2001). Using recovering alcoholics to help hospitalized patients with alcohol problems. *Journal of Family Practice*, 50(5): 447.
- Borges, G., Mondragón, L., Casanova, L., Rojas, E., Zambrano, J., Cherpitel, C. y Gutiérrez, I. (2003). Substance and alcohol use and dependence in a sample of patients from emergency department in Mexico City. *Salud Mental*, 26(1): 23-31
- Brandes, S. (2002). Bebida, abstinencia e identidad masculina en la Ciudad de México. *Alteridades* 12(23):5-18.
- Brandes, S. (2004a). "Buenas noches, compañeros". Historias de vida en Alcohólicos Anónimos. *Revista de Antropología Social*, 13: 113-136.
- Brandes, S. (2004b). *Estar sobrio en la Ciudad de México*. México, D.F.: Plaza y Janés.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza Editorial.
- Bustamante, M. (1974). Aspecto socioeconómico. *Gaceta Médica de México*, 107(3): 227-253.
- Bustamante, M. (1980). Aspectos epidemiológicos. *Gaceta Médica de México*, 116(6): 240-252.
- Cabildo, H. (1970). Consideraciones sobre el alcoholismo. *Salud Pública de México*, 12(4): 433.
- Cabildo, H., Silva, M. y Juárez, J. (1969). Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebida alcohólicas. *Salud Pública de México*, XI(6): 759-769.
- Cain, C. (1991). Personal Stories: Identity Acquisition and Self-Understanding in Alcoholics Anonymous, *Ethos*, 19(2): 210-253.
- Cain, C. (2001). Personal stories in Alcoholics Anonymous. In D. Holland, W. Lachicotte, D. Skinner, C. Cain (Eds.) *Identity and agency in cultural worlds* (pp. 66-97). MA: Harvard University Press.
- Calderón, G. (1973). Alcoholismo y sociedad. *Psiquiatría*, 3(1): 26-34.
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5): 409-422
- Campillo, C. y Romero, M. (1999). Alcoholismo y medicina. *Salud Mental*, Número Especial.
- Campillo, C., Díaz, R. y Romero, M. (2001). La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico. En R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 187-191). México: Manual Moderno.
- Clark, W. (1951). *The Oxford Group: Its History and Significance*. New York: Bookman Associates.
- Cole, M. (1999). *Psicología Cultural. Una disciplina del pasado y del futuro*. Madrid: Ediciones Morata.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC (2003). *Modelos preventivos*. México: Secretaría de Salud.

- Center for Research on Activity, Development and Learning, CRADLE (2009). Cultural-Historical Activity Theory. Recuperado en Octubre, 2009, desde <http://www.helsinki.fi/cradle/chat.htm>
- DiClemente, C. (1993). Alcoholics Anonymous and the structure of change. In Barbara McCrady y William Miller, *Research on Alcoholics Anonymous. Opportunities and alternatives* (pp. 137-152). New Jersey: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Edwards, G. (2004). *Alcohol. Su ambigua seducción social*. México: Trillas.
- Edwards, G. y Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical. *Medical Practice*, 1: 1058-1061.
- Eisenbach-Stangl, I. y Rosenqvist, P. (1998). *Diversity in unity: Studies of AA in eight societies* (No. 33). Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Elizondo, J., Macías, R. y Ramírez, A. (1977). Aspectos médico-psiquiátricos del alcoholismo. En A. Guerra, *El Alcoholismo en México* (pp.45-62). México: Fondo de Cultura Económica.
- Elizondo, J. A. (1983). Influencia de los aspectos sociales en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico. En V. Molina, L. Berruecos, y L. Sánchez (Eds.), *El Alcoholismo en México: II.- Aspectos sociales, culturales y económicos* (pp. 71-86). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., FISAC.
- Elizondo, J. (1998). Tratamiento de alcoholismo. En FISAC (Ed.), *Beber de tierra generosa* (pp. 164-183). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). México, Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by Expanding: An Activity-theoretical Approach to Developmental Research*. Helsinki: Orienta-Konsultit.
- Engeström, Y. (1999). Activity theory and individual and social transformation. En Y. Engeström, R. Miettinen y R. L. Punamäki (Eds.) *Perspectives on activity theory*. UK: Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (2000). Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work. *Ergonomics*, 43(7), 960-974.
- Engeström, Y. (2001). Los estudios evolutivos del trabajo como puntos de referencia de la teoría de la actividad: el caso de la práctica médica de la asistencia básica. En S. Chaiklin y J. Lave (Eds.). *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto* (pp. 78-118). Argentina: Amorrortu editores.
- Engeström, Y. (2008). *The future of activity theory: a rough draft*. En ISCAR Conference, 8-13 de septiembre 2008, San Diego, California.
- Engeström, Y. y Miettinen, R. (1999). Introduction. En Y. Engeström, R. Miettinen y R. L. Punamäki (Eds.). *Perspectives on activity theory* (pp. 1-16). UK: Cambridge University Press.
- Escotto, J. (1999). *El alcohol y sus enfermedades*. México: Ciencia y cultura latinoamericana, S.A de C.V.
- Forcehimes, A. (2004). De Profundis: Spiritual Transformations in Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 60(5): 503-517.

- Galanter, M. y Kaskutas, L. (2008) *Recent Developments in Alcoholism. Research on Alcoholics Anonymous and spirituality in addiction recovery*, Vol. 18. US: Springer.
- García, G. (1983). Patología social del alcoholismo; un problema de salud pública. En V. Molina, L. Berruecos, y L. Sánchez (Eds.), *El Alcoholismo en México: II.- Aspectos sociales, culturales y económicos* (pp. 123-132). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., FISAC.
- Guerra, A. (1977). *El alcoholismo en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A., Juárez, F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos. *Salud Mental*, 30(4):62-68.
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A., Saldívar, G. Juárez, F. (2009). Alcohólicos Anónimos: aspectos relacionados con la adherencia (afiliación) y diferencias entre recaídos y no recaídos. *Salud Mental*, 32(5): 427-433.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hester, R. K. y Miller, W. R. (2003). *Handbook of alcoholism treatment approaches* (3rd Ed.). US: Pearson Education, Inc.
- Hoffmann, H. C. (2003). Recovery careers of people on Alcoholics Anonymous: moral careers revisited. *Contemporary Drug Problems*, 30(3): 647-683.
- Hospital General de México (2008). *Anuario estadístico 2008*. Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas, Secretaría de Salud. Recuperado en Junio, 2009, desde <http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/interior/planeacion/anuarios.html>
- Humphreys, K. (2000). Community narratives and personal stories in Alcoholics Anonymous. *Journal of community psychology*, 28(5): 495-506.
- Humphreys, K. (2004). *Circles of recovery: Self-help organizations for addictions*. UK: Cambridge University Press.
- Kaptelinin, V. (2005). The Object of Activity: Making Sense of the Sense-Maker. *Mind, Culture and Activity*, 12(1): 4-18.
- Kaptelinin, y Nardi, B. (2006). *Acting with technology. Activity theory and interaction design*. Cambridge: The MIT Press.
- Kershenobich, D. y Vargas, F. (2001). Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo del alcohol. En R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 151-156). México: Manual Moderno.
- Koski-Jannes, A. (1999). From addiction to self-governance. En Y. Engeström, R. Miettinen y R. L. Punamäki (Eds.) *Perspectives on activity theory* (pp. 435-443) UK: Cambridge University Press.
- Kurtz, E. (1991). *Not-God. A history of Alcoholics Anonymous*. US: Hazelden.
- Kurtz, L. F. y Fisher, M. (2004). Participation in community life by AA and NA members. *Contemporary Drug Problems*, 30:875-904.
- Lara, P. y Rogel, A. (2000). Rudos versus técnicos. Las clínicas de rehabilitación. *Liberaddictus*, 39 (junio).

- Lave, J. (2001). La práctica del aprendizaje. En S. Chaiklin, y J. Lave, J. (Eds). *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto* (pp. 15-45). Argentina: Amorrortu Editores.
- Lave, J. y Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate Peripheral Participation*. NY: Cambridge University Press.
- Leontiev, A. N. (1981a). *Problems of the development of the mind*. Moscow: Progress Publishers.
- Leontiev, A. N. (1981b). The problem of activity in psychology. En J.V. Wertsch (Comp.) *The concept of Activity in Soviet Psychology*. Armonk, Nueva York: Sharpe, M.E.
- Leontiev, A. N. (1981c). *Actividad, Consciencia y Personalidad*. Cuba: Pueblo y Educación.
- Mäkelä, K. (1991). Social and cultural preconditions of Alcoholics Anonymous (AA) and factors associated with the strength of AA. *British Journal of Addiction*, 86: 1405-1413.
- Mäkelä, K., Arminen, I., Bloomfield, K., Eisenbach-Stangl, I., Helmersson, K., Kurube, N. et al. (1996). *Alcoholics Anonymous as a Mutual-Help Movement. A study in Eight Societies*. US: The University of Wisconsin Press.
- Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E., Escotto, J. y de la Fuente, J. R. (1997). Utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. *Salud Mental*, 20 (Suplemento julio): 24-31.
- Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E. y De la Fuente, J. R. (1999). Compasión de dos muestras de pacientes alcohólicos. *Salud Mental*, 22(5): 28-33.
- Marx, K. (1888). *Tesis sobre Feuerbach*. Recuperado en Julio, 2008, desde: <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/45-feuer.htm>
- Marx, K. y Engels, F. (1846 [1982]). *Ideología Alemana*. La Habana: Pueblo y educación.
- McCrary, B., Horvath, A, y Delaney, S. (2003). Self-help groups. In R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (3a ed. pp. 165-187). US: Pearson Education, Inc.
- Medina-Mora, M. E., Martínez, R. Ortiz, A. Natera, G., Borges, G. Campillo, C., et al. (1999). Adicciones. En J. R. de la Fuente, J. Sepúlveda (Compiladores), *10 problemas relevantes de salud pública en México*. Fondo de Cultura Económica, México, pp. 247-291.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, D.F.: Alianza Editorial Mexicana y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Menéndez, E. y Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México, D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS.
- Menéndez, E. y Di Pardo, R. (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos*, 20: 29-52.
- Menéndez, E. (2009). De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos. *Desacatos*, 29: 107-120.
- Módena, M.E. (2009). Diferencias, desigualdades y conflicto en un grupo de Alcohólicos Anónimos. *Desacatos*, 29: 31-46.
- Molina, V., Berruecos, L. y Sánchez, L. (1983). *El Alcoholismo en México: II.- Aspectos sociales, culturales y económicos*. México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., FISAC.
- Mondragón, L., Romero, M. y Borges, G. (2008). Ethnography in an emergency room: Evaluating patients with alcohol consumption, *Salud Pública de México*, 50(4): 308-315.

- Montaño, R. (1997). *Los grupos anónimos de ayuda mutua y su original método terapéutico entre pares: Reflexiones a partir del modelo originado en Alcohólicos Anónimos*. Tesis presentada para obtener el grado de Maestro en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, DF.
- Montaño, R. (2004). *Grupos de Autoayuda: Una cultura de espacios sociales de sostén para el trabajo grupal y la ayuda mutua*, Tesis presentada para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana, México, DF.
- Moss, R. y Moos, B. (2006). Participation in Treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-Year Follow-Up of Initially Untreated Individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6): 735–750.
- Narro, J., Lee, G. y Gutiérrez, J.H. (2001). Daños a la salud y consecuencias sociales por el consumo excesivo de alcohol. En R. Tapia-Conyer (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2ª ed., pp. 193-204). México: Manual Moderno.
- Pagano, M. E., Friend, K. B., Tonigan, J. S. y Stout, R. L. (2004). Helping other Alcoholics Anonymous and drinking outcomes: findings from project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6): 766-773.
- Pagano, M.E., Zelther, B.B., Jaber, J., Post, S.G., Zywiak, W.H. y Stout, R.L. (2009). Helping other and long-term sobriety: Who should I help to stay sober? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(1): 38-50.
- Palacios, J. (2008) Reflexiones sobre el proceso ritual en comunidades mexicanas de Alcohólicos Anónimos. *Dialectología y Tradiciones Populares*, 63(2): 143-167.
- Palacios, J. (2009) La construcción del alcohólico en recuperación. Reflexiones a partir del estudio de una comunidad de AA en el norte de México. *Desacatos*, 29: 47-69.
- Peterson, J.H. (1992). The international origins of Alcoholics Anonymous. *Contemporary Drug Problems*, 19(1): 53-74.
- Polcin, D. y Zemore, S. (2004). Psychiatric Severity and Spirituality, Helping, and Participation in Alcoholics Anonymous During Recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(3): 577–592.
- Quiroga, H. (2008). *Modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. Tesis presentada para obtener el grado de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM
- Ramírez, M. (2002). *Comunidad sin fronteras. Una historia de rehabilitación del alcoholismo en México*. México, DF.: Diana.
- Rappaport, J. (1993). Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual help context. *The journal of applied behavioral science*, 29(2): 239-256.
- Rico, H. (1983). Un Modelo de Atención para el Enfermo Alcohólico en Servicios Institucionales de Salud Mental. En V. Molina, L. Berruecos, y L. Sánchez, *El Alcoholismo en México: II.- Aspectos sociales, culturales y económicos* (pp.87-96). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., FISAC.
- Riessman, F. (1965). The “Helper” Therapy Principle. *Social Work*, 10: 27-32
- Román, C. (1983). Aspectos Históricos. En V. Molina, C. Román, L. Berruecos, y L. Sánchez. *El Alcoholismo en México: III.- Memorias del seminario de análisis* (pp.15-26). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., FISAC.

- Rosovsky, H. (1998a). Alcohólicos Anónimos. En FISAC (Ed.) *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas* (pp. 221-233). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.
- Rosovsky, H. (1998b). Alcoholics Anonymous in Mexico: A strong but fragmented movement. En I. Eisenbach-Stangl y P. Rosenqvist (Eds.) *Diversity in unity: Studies of AA in eight societies*. 33 NAD Publication (pp. 165-184). Helsinki.
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, 29 p. 13-30.
- Rosovsky, H., Casanova, L., Pérez, C. y Narváez, A. (1991). Alcoholics Anonymous in Mexico. En J. Cohén-Yañez, J. L. Amescua-Gastélum, J. Villarreal y L. Salazar (Eds.). *Drug dependence: from the molecular to the social level* (pp. 343-352) Amsterdam: Elsevier.
- Rosovsky, H. y Leyva, G. (1990). Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México. Reseña de la V reunión de investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Anales*, 5-8.
- Santamaría, J. (1974). Aspectos epidemiológicos del alcoholismo. *Psiquiatría*, 4(2): 22-25
- Sección México de Alcohólicos Anónimos (1986). *Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad. Una breve historia de A.A.* Corporación de Servicios Generales de AA, Sección México, A.C.
- Sección México de Alcohólicos Anónimos (1992). *Alcohólicos Anónimos en los hospitales.* Corporación de Servicios Generales de AA, Sección México, A.C.
- Sección México de Alcohólicos Anónimos (2002). *Alcohólicos Anónimos como alternativa de solución... dicen los médicos.* Corporación de Servicios Tradicionales de AA, Sección México, A.C.
- Sección México de Alcohólicos Anónimos (2005) *Libro de trabajo de instituciones hospitalarias.* Corporación de Servicios Tradicionales de AA, Sección México, A.C.
- Sección México de Alcohólicos Anónimos (2008). *Hay una solución para ti (Tríptico).* Corporación de Servicios Tradicionales de AA, Sección México, A.C.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa de Acción: Adicciones, Alcoholismo y Abuso de bebidas Alcohólicas.* México, D.F.
- Secretaría de Salud (2005). Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México*, 47(2): 171-187.
- Secretaría de Salud (2008a). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones.* México, D.F.
- Secretaría de Salud (2008b). *Modelo de Atención UNEME-CAPA Centro de Atención Primaria en Adicciones "Nueva Vida",* México, D.F.
- Secretaría de Salud (2010). *Hospitales Federales de Referencia.* Recuperado en Julio, 2010, desde <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/hospitales/referencia.html>
- Solís, L. y Medina-Mora, M.E. (1994). La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos Encuestas Nacionales. *Salud Mental*, 17(1): 7-10.
- Swora, M. G. (2001). Narrating community: the creation of social structure in Alcoholics Anonymous through performance of autobiography. *Narrative Inquiry*, 11(2): 363-384.

- Swora, M. G. (2004). The rhetoric of transformation in the healing of alcoholism: The twelve steps of Alcoholics Anonymous. *Mental Health, Religion y Culture*, 7(3): 187-209.
- Szasz, I. y Amuchástegui, A. (1996). Un encuentro con la investigación cualitativa en México. En I. Szasz y S. Lerner (Comps.) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp.17-30). DF: El Colegio de México.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Thomsen, R. (1975). *Bill W*. New York: Harper y Row.
- Tiebout, H. M. (1994). Therapeutic mechanisms of Alcoholics Anonymous. *American Journal of Psychiatry*, 100: 468-473.
- Turull, F. (1982). Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de alcoholismo de la ciudad de México: el Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares. *Salud Mental*, 5(2): 66-73.
- Turrull, F. (1983). Condicionantes sociomédicas del tratamiento de los problemas relacionado con el alcohol. En V. Molina, L. Berruecos, y L. Sánchez, *El Alcoholismo en México: II.- Aspectos sociales, culturales y económicos* (pp. 133-149). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., FISAC.
- Valverde, M. y White-Mair, K. (1999). 'One day at a time' and other slogans for everyday life: The ethical practices of alcoholics anonymous. *Sociology* 33(2): 393-410.
- Vasconcelos, R. (1974). El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas. II. Lo Sociocultural. *Gaceta Médica de México*, 107(3): 182-195.
- Velasco, R. (1975). Anteproyecto de un programa de acción contra el alcoholismo y el abuso de alcohol. *Psiquiatría*, 5(3): 11-24.
- Velasco, R. (1977). Programa de acción contra el alcoholismo y el abuso de alcohol. En A. Guerra, *El Alcoholismo en México* (pp.161-170). México: Fondo de Cultura Económica.
- Vygotsky, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Wikipedia (2010). *Movimiento por la Templanza*. Recuperado en Febrero, 2010, desde: http://es.wikipedia.org/wiki/Movimiento_por_la_Templanza
- World Health Organization (1999). *Global Status Report on Alcohol 1999*. Geneva.
- World Health Organization (2002). *Summary report dissemination of brief interventions for alcohol problems in primary health care: a strategy for developing countries* (Alicante, Spain; September 2002). Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- World Health Organization (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Wright, K. (1997). Shared Ideology in Alcoholics Anonymous: A Grounded Theory Approach. *Journal of Health Communication*, 2: 83-99.
- Yamagata-Lynch, L.C. (2007). Confronting Analytical Dilemmas for Understanding Complex Human Interactions in Design-Based Research from a Cultural-Historical Activity Theory (CHAT) Framework. *The Journal of the Learning Sciences*, 16(4): 451-484.
- Yamagata-Lynch, L.C. (2010). *Activity Systems Analysis Methods. Understanding Complex Learning Environments*. New York: Springer.

- Zemore, S.E. (2008). An Overview of Spirituality in AA (and Recovery). En M. Galanter y L. Kaskutas (Eds.) *Recent Developments in Alcoholism. Research on Alcoholics Anonymous and spirituality in addiction recovery*, Vol. 18 (pp.111-123). US: Springer.
- Zemore, S.E. y Kaskutas, L.A. (2008). 12-Step Involvement and peer helping in day hospital and residential programs. *Substance Use & Misuse*, 43(12/13):1882-1903.
- Zemore, S.E., Kaskutas, L. A. y Ammon, L. N. (2004). In 12-step groups, helping help the helper. *Addiction*, 99: 1015-1023.
- Zemore, S.E. y Pagano, M.E. (2008). Kickbacks from helping others: health and recovery. In Galanter y L.A. Kaskutas (Eds.) En M. Galanter y L. Kaskutas (Eds.) *Recent Developments in Alcoholism. Research on Alcoholics Anonymous and spirituality in addiction recovery*, Vol. 18 (pp.141-166). US: Springer.

APÉNDICE 1

PRINCIPIOS BÁSICOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Doce Pasos para la Recuperación

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

Doce Tradiciones para la Unidad

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

2. Para el propósito de nuestro Grupo solo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese 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 A.A., considerando como un todo.
5. Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un Grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos 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.

Doce Conceptos del Servicio Mundial

1. La responsabilidad final y la autoridad fundamental de los servicios mundiales de A.A. deben siempre residir en la conciencia colectiva de toda nuestra comunidad.
2. La Conferencia de servicios Generales se ha convertido, en caso todos los aspectos, en la voz activa y la conciencia efectiva de toda nuestra Comunidad en sus asuntos mundiales.
3. Para asegurar su dirección eficaz, debemos dotar a cada elemento de A.A., la Conferencia, la Junta de Servicios Generales, y sus distintas corporaciones de servicio, personal directivo, comités y ejecutivos de un Derecho de Decisión tradicional.
4. Nosotros debemos mantener, a todos los niveles de responsabilidad, un “derecho de Participación” tradicional, ocupándonos de que a cada clasificación o grupo de nuestros servidores mundiales les sea permitida una representación con voto, en proporción razonable a la responsabilidad que cada uno tenga que desempeñar.

5. En toda nuestra estructura de servicio mundial, un “Derecho de Apelación” tradicional debe prevalecer, asegurándonos así que se escuche la opinión de la minoría, y que las peticiones de rectificación de los agravios personales sean consideradas cuidadosamente.
6. La Conferencia reconoce también que, la principal iniciativa y la responsabilidad activa en la mayoría de estos asuntos, debe ser ejercida en primer lugar por los miembros Custodios de la Conferencia, cuando ellos actúan como la Junta de servicios Generales de Alcohólicos Anónimos,
7. La Carta Constitutiva y los Estatutos son instrumentos legales, y los Custodios están, por consiguiente, totalmente autorizados para administrar y dirigir todos los asuntos de servicios. La Carta de la Conferencia en sí misma no es un instrumento legal; se apoya en la fuerza de la tradición y en las finanzas de AA para su eficacia,
8. Los Custodios son los principales planificadores y administradores de los grandes asuntos de política y finanzas globales. Con respecto a nuestros servicios constantemente activos e incorporados separadamente, los Custodios, como síndicos fiscales, ejercen una función de supervisión administrativa, por medio de su facultad de elegir a todos los directores de estas entidades.
9. Buenos directores de servicio en todos los niveles son indispensables para nuestro funcionamiento y seguridad en el futuro. La dirección básica del servicio mundial que una vez ejercieron los fundadores de Alcohólicos Anónimos, tiene necesariamente que ser asumida por los Custodios.
10. A cada responsabilidad de servicio, le debe corresponder una autoridad de servicio equivalente, y el alcance de tal autoridad debe ser siempre bien definido.
11. Los Custodios deben siempre contar con los mejores Comités permanentes y con directores de las corporaciones de servicio, ejecutivos, personal de oficina y consejeros bien capacitados. La composición, cualidades, procedimientos de iniciación y derechos y obligaciones serán siempre asuntos de verdadero interés.
12. La Conferencia cumplirá con el espíritu de las Tradiciones de A.A., teniendo especial cuidado de que la Conferencia nunca se convierta en sede de peligrosa riqueza o poder; que fondos suficientes para su funcionamiento, más una reserva adecuada, sean su prudente principio financiero, que ninguno de los miembros de la Conferencia sea nunca colocado en una posición de autoridad desmedida sobre ninguno de los otros, que se llegue a todas las decisiones importantes por discusión, votación y, siempre que sea posible, por unanimidad substancial; que ninguna actuación de la Conferencia sea punitiva a personas, o una incitación a controversia pública, que la Conferencia nunca deba realizar ninguna acción de gobierno autoritaria, y que como la Sociedad de Alcohólicos Anónimos, a la cual sirve, la Conferencia en sí misma siempre permanezca democrática en pensamientos y en acción.

APENDICE 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Los siguientes temas y preguntas sirvieron como eje para la realización de la entrevista semi-estructura. Cabe aclarar que no representan el total de las preguntas realizadas, sino solo los puntos centrales en torno a los cuales la entrevista se desarrolló.

1) Trayectoria en el servicio:

Debido a que durante las observaciones de campo no se pudo obtener datos sobre cómo los servidores habían llegado al servicio en los hospitales, creí conveniente que la necesidad de preguntar por la trayectoria de su servicio a través de los grupos, comités y distritos. Además, derivado de este tipo de preguntas busqué obtener datos concretos sobre la duración en AA y los tiempos en cada uno de los servicios:

Durante el tiempo que estuviste en tu grupo ¿participaste en los servicios internos?

¿Cómo fue tu experiencia?

Una vez que ya eras parte de un grupo de AA ¿cómo fue que llegaste a la estructura de servicio y a llevar el mensaje en los hospitales?

¿Tuviste un padrino de servicio? ¿Podrías hablarme de tu apadrinamiento?

2) Razones para llevar el mensaje:

Para explorar sobre cómo está actividad ayuda a mantener la abstinencia en la vida cotidiana, realicé varias preguntas que me permitieran conocer las motivaciones de llevar el mensaje y su relación con el estado de sobriedad.

¿Actualmente que significa para ti estar llevado el mensaje?

¿Qué es lo que te motiva para realizar este servicio?

¿Cómo podría entender mejor los que es sobriedad, si no significa solo dejar de beber alcohol?

3) Conceptos que orientan la actividad de llevar el mensaje y su abordaje.

Con base a las observaciones de *llevar el mensaje* en las salas del hospital y a los comentarios que los servidores me hacían con respecto a esta actividad, surgieron conceptos particulares a AA que requirieron de mayor comprensión, debido a que ejercían una orientación en torno a la significación de la actividad.

En AA existen muchas ideas que son poco comunes fuera de los grupos, por ejemplo el “puente de comprensión” ¿A qué se refieren con esto?

¿Qué es “regresar la dádiva”, “desinflar el ego”, “sembrar la semilla”?

APENDICE 3

LITERATURA DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

	Título	Formato	Comentarios
1	Alcohólicos Anónimos	Libro	Es el libro fundamental de A.A., conocido como el Libro Grande o Libro Azul. Me fue recurrentemente recomendado leerlo, sobresaliendo la recomendación del capítulo siete.
2	Doce Pasos y Doce Tradiciones	Libro	Se explican los Doce Pasos y Doce Tradiciones. Al igual que el anterior, es un libro de referencia para las reuniones.
3	A.A. en los Hospitales	Folleto	Es un folleto anterior al Libro de Trabajo de IH, sin embargo, en grupos como en comités de distritos y de áreas, se siguen leyendo.
4	Libro de Trabajo de Instituciones Hospitalarias	Libro	Este libro, como el anterior, son materiales que se revisan constantemente en las juntas del Comité de Instituciones (Hospitalarias y Carcelarias).
5	Esto es A.A.	Folleto	Fue de los primeros folletos que me regalaron para conocer más de A.A. Me lo obsequiaron en la Junta de Servicios Generales.
6	Manual de Servicios	Libro	Compré el libro por recomendación del CCP
7	A.A. como Alternativa de Solución...	Folleto	Es material con el que trabajan y obsequian los miembros del CI y del CCP.
8	A.A. llega a su Mayoría de Edad	Libro	En el grupo institucional me recomendaron que leyera este libro para entender más de la historia de A.A. como Comunidad. Junto con este me recomendaron el Folleto “La Tradición...”
9	Cómo Cooperan los Miembros de A.A.	Folleto	Iniciativa Personal para conocer más del mundo intencional del servidor A.A.
10	Transmítelo	Libro	Obsequió de un grupo tradicional durante su semana de unidad.
11	La Tradición cómo se desarrolló	Folleto	Recomendación del grupo institucional.

	Título	Formato	Comentarios
12	Tres Charlas a Sociedades Médicas	Folleto	Recomendación en del grupo institucional para que conociera como los profesionales escucharon a uno de los fundadores de A.A. De las primeras recomendaciones.
13	Un Punto de Vista sobre A.A.	Folleto	Igual que el anterior.
14	Viviendo Sobrio...	Libro	Iniciativa Personal para conocer más del mundo intencional del servidor A.A.
15	Hay una Solución	Trípticos	Obsequio del grupo institucional al realizar mis observaciones en pabellones.
16	Conozca un Mundo Diferente	Trípticos	Igual que el anterior
17	¿Qué tanto sabe acerca de A.A.?	Trípticos	Igual que el anterior

APÉNDICE 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Agradezco su presencia y disposición. El motivo por el cual me interesa entrevistarle es para conocer su opinión y experiencia en Alcohólicos Anónimos. Actualmente estoy realizando un estudio que tiene como objetivo conocer las diversas actividades del servicio que los miembros de Alcohólicos Anónimos realizan en un contexto hospitalario.

A continuación se enumeran algunos puntos que pueden ser de interés para usted en relación a la entrevista que le solicito. Si algún punto no está claro, tiene todo el derecho de solicitarme una mayor explicación:

- La entrevista es confidencial. Se puede utilizar un seudónimo o solo su nombre de pila; es decisión del entrevistado. Se respetará el *anonimato* como una tradición fundamental de la comunidad de Alcohólicos Anónimos.
- Se utilizará una grabadora de audio para registrar la entrevista.
- Además de mí, solo mi comité tutorial tendrá acceso a la información.
- La entrevista audio-grabada será transcrita para un mejor manejo de la información. En caso de que usted necesite una copia de la transcripción, o del audio, está en todo derecho de solicitármela. Me comprometo a entregársela lo más pronto posible.
- La entrevista tiene una duración aproximada de 2 horas. En caso de necesitar más tiempo se la pedirá bajo su autorización, reprogramar posteriores encuentros.
- Una vez iniciada la entrevista, si surge algún inconveniente u otra situación que le haga desistir de la entrevista, lo podrá hacer inmediatamente y se eliminará cualquier registro de audio en su presencia.
- Si después de la entrevista (semanas, meses) usted desea que no se utilice la información que ha ofrecido, tiene el derecho de solicitarlo. En tal caso todo registro de usted no será utilizado y será borrado inmediatamente.

Si está usted de acuerdo con los puntos anteriores, podemos dar inicio a la entrevista. Si tiene alguna duda sobre estos puntos puede solicitar mayor explicación.

APÉNDICE 5

REGLAMENTO PARA LLEVAR EL MENSAJE

El primer grupo se refiere al comportamiento general que los servidores deben mantener en el hospital en lo general:

- No interrumpir el trabajo de las enfermeras, médicos o personal de limpieza.
- Obedecer las indicaciones que el personal de salud haga, siempre y cuando no comprometan o rompan con una de las tradiciones.
- Respetar el tiempo permitido por la institución
- Identificarse correctamente como un miembro de la agrupación de A.A.
- No hacer mal uso de la identidad de A.A. para motivos personales.
- No bloquear el libre el paso de otros pacientes y personal de salud o familiares. Caminar y dirigirse por los lugares asignados (no pasearse).
- Presentarse en los días y horarios señalados.
- No hablar en voz alta o provocar alborotos.
- No involucrarse sentimentalmente, ni faltar al respeto al encamado o al personal de salud.
- En caso de confusión, solicitar apoyo con el responsable del grupo para pedir consejo. En caso de que exista un problema, se recomienda obedecer las instrucciones de las autoridades del hospital o del personal de salud sin provocar una discusión. Guardar silencio y salirse. Posteriormente comentarlo con el responsable del grupo.

Segundo grupo de reglas para no interferir en el proceso de hospitalización del paciente:

- No hablar en voz alta o provocar alborotos.
- No pasar si el personal médico, enfermeras o afanadoras, nos lo impiden por cualquier circunstancia; daremos las gracias retirándonos de inmediato y regresar otro día.
- No molestar a los pacientes cuando estos se encuentran dormidos o comiendo.
- No tener contacto físico con el paciente.
- No ofrecer ningún tipo de ayuda al paciente: pasar la almohada, la cobija, el cómodo, acomodarlo en otra pastura, etc. En todo caso uno puede pedir permiso a la enfermera, pero nunca hacerlo por sí mismo.
- No llevar recados, ni mensajes entre pacientes y familiares.
- Utilizar lenguaje adecuado: volumen y tono de voz suave.
- No saludar de mano, pues venimos de la calle.
- No regular el paso del suero.
- No cambiar de posición la cama.
- No suministrarle ninguna clase de alimentos.
- No pasar cuando estén en curación.

- No prescribir ningún medicamento.
- No pasar cuando tenga visitas.

El tercer grupo de reglas dirigidas a la interacción con el paciente, enfocándose a lo que el servidor debe y no debe decir:

- No hablar de Dios o de religión.
- No preguntar: *¿Cómo está?* Ni preguntar sobre el motivo de hospitalización.
- Hablar de lo único que importan en AA: de la enfermedad del alcoholismo y de su recuperación a través del programa de los Doce Pasos.
- Lo único que se puede dar a un paciente son los trípticos de información sobre AA.
- Dar información breve sobre lo que es la enfermedad alcohólica.
- Dar información sobre los horarios del grupo institucional y extenderles una invitación para quién guste asistir, siempre y cuando exista autorización del médico.
- En el caso de que un paciente quiera y pueda ir a una junta al Grupo Institucional, el servidor de AA será responsable del traslado y de respetar los horarios establecidos por el personal de salud.
- Alcohólicos Anónimos no tiene privilegios ni concesiones, por lo tanto, no trate de manipular al personal o a la institución al respecto.
- Piense antes de comprometerse, si lo puede cumplir o no, pues la impuntualidad y las excusas hablan mal de AA.
- Practique la tolerancia, no discuta con el personal, ni con los pacientes.
- No asegure que A.A. es la única entidad que tiene la solución para el alcohólico
- Si al llevar el mensaje el paciente se molesta, lo mejor es retirarse y regresar en un mejor otro momento.
- Recordemos que no somos oradores profesionales; no hablar con palabras rebuscadas o temas fuera del Programa de AA.

APÉNDICE 6

CUESTIONARIO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

El siguiente cuestionario es absolutamente confidencial. Por lo tanto, le sugerimos lo resuelva con honestidad, sin duda alguna le ayudará a tomar una decisión.

Decisión que solo usted puede tomar.

¿Tiene problemas en su casa por su forma de beber? Sí () No ()

La mayor parte de los bebedores justifica su forma excesiva de beber diciendo que lo hace por problemas familiares, pero nunca llegó a pensar que así empeoraban los mismos y no los solucionaría.

¿Piensa que una bebida en especial, o cuando mezcla varias, es lo que lo emborracha y lo hace perder el control? Sí () No ()

El tratar de beber en forma normal nos lleva a toda clase de cambio en cuanto al tipo y contenido de alcohol y la limitación de días o tiempo para beber y así, encontramos finalmente sin salida.

¿Se ha comprometido una y otra vez a dejar de beber sin conseguirlo? Sí () No ()

Nosotros insistíamos en que podíamos dejar de beber cuando quisiéramos y además, que bebíamos porque queríamos. Sin embargo, al ingresar a AA descubrimos el autoengaño y pudimos ver muchas veces que ni siquiera queríamos beber, pero terminábamos borrachos.

¿Se propuso alguna vez no tomar una sola copa al día siguiente? Sí () No ()

A pesar de nuestros propósitos y temores, nos fuimos viendo en la imperiosa necesidad, no solamente de una sola copa y sí, de otras borracheras.

Cuándo asiste a reuniones sociales ¿busca conseguir bebidas extras por no tener suficiente? Sí () No ()

Nosotros solíamos beber antes de llegar a estos lugares por temor que no hubiera bebida suficiente; así salíamos, incluso, a buscar a otros sitios.

¿Se molesta con las personas que beben sin meterse en problemas? Sí () No ()

Alguna vez nos hemos preguntado, por qué no somos como aquellas personas, que cuando les ofrecen una copa tiene la capacidad de decidir en tomarlo o dejarla.

¿Ha fallado a sus obligaciones por causa de la bebida? Sí () No ()

La mayoría de los que estamos en AA, admitimos que las ausencias al trabajo o al estudio las justificábamos de muchas formas. La más común era enfermándonos, cuando en realidad nos encontrábamos indispuestos por nuestra manera de beber.

¿Le molesta la intervención de otras personas en su manera de beber? Sí () No ()

En nuestras Reuniones compartimos experiencias con relación al alcohol y la aplicación del Programa a nuestras propias vidas, sin indicarle a nadie, cómo manejar sus asuntos, pues el Programa de AA es sugerido; únicamente les pedimos nos permitan ser sus amigos.

¿Ha intentado dejar de beber, con base en: juramentos, promesas o fuerza de voluntad, sin resultados? Sí () No ()

A pesar de la honestidad sinceridad de nuestros propósitos, llegó el momento en el que estamos incapacitados para alcanzar las metas. Pero en AA hemos pasado días, semanas, meses y años, sin beber, y lo que es más importante: sin reprimirnos; viviendo un día a la vez (solo por hoy).

Después de una borrachera se ha preguntado: ¿En dónde, estoy? ¿Qué día es hoy?

¿Quién me trajo? O ¿Qué hice? Sí () No ()

Nosotros los alcohólicos sabemos cuando empezamos a beber, pero nunca sabemos cuándo y cómo terminaremos una borrachera. Esta es una señal de lo avanzado de nuestra enfermedad; nosotros lo hemos aprendido en AA.

¿Durante los últimos meses ha tenido problemas relacionados con el alcohol?

Sí () No ()

La sinceridad es fundamental. La ciencia médica considera al alcoholismo como una enfermedad incurable y de consecuencias fatales, además, el que la padece será empeorando, nunca mejorará; de seguir bebiendo morirá o será confinado en una institución: dejar de beber es la única salida.

¿Ha pensado que sería mejor la vida sin alcohol?

Sí () No ()

La mayoría de quienes hemos hecho uso del alcohol, sabemos que, al menos por un tiempo, el inicio fue placentero, después, fue un constante sufrimiento: desear beber con moderación o abstenernos por completo y no poder lograrlo. En AA hemos aprendido a vivir sin beber. Fue al dejar la bebida cuando verdaderamente tuvimos consciencia de lo hermoso que es vivir: nos dimos cuenta que... **una copa es demasiado y que mil no bastan.**

En AA hemos encontrado la solución a nuestro problema; le pedimos nos permita compartir con usted nuestra experiencia.

Sus respuestas son confidenciales.

Si respondió afirmativamente a cuatro o más preguntas, es posible que tenga un severo problema con su forma de beber. Esta es la experiencia de millones de miembros de AA. Lo esperamos para aclarar sus dudas respecto a lo que es Alcohólicos Anónimos.

Acérquese con nosotros.