



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CONFIGURACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON
ALCOHOLISMO DE UN CENTRO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE
XOCHIMILCO.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

RUTH ARELI REYES OCAMPO

TUTORA DE TESIS:

MTRA. ZOILA ROMUALDO PÉREZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2023



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.

Dedicatoria

A las personas en recuperación del alcoholismo.

A todas aquellas personas que durante mi formación académica y como pasante de enfermería me permitieron brindarles cuidados, sin ellas no sería la persona y profesional que soy ahora.

A mí, que sé cuánto he trabajado para alcanzar mis sueños.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme culminar una etapa más, por guiarme y estar conmigo en los momentos más difíciles.

A las personas que participaron en esta investigación, por confiar en mí, compartirme un momento de su historia y por estar dispuestos, mi más sincero agradecimiento.

A mi tutora de tesis, la Mtra. Zoila Romualdo Pérez que me dio su tiempo y conocimiento, por su paciencia y por animarme a seguir creciendo en el campo de la investigación, un ejemplo a seguir sin lugar a duda.

A mi abuelito, Panchito, por educarme cuando era niña y enseñarme como se debe luchar en la vida.

A mi familia, mis padres Alma y Rafael.

A mis amigas y a todos los que estuvieron al pendiente de mí, dándome aliento, cariño y esperanza durante este camino.

A mis sinodales, la Dra. Rosa María Ostiguín Meléndez y el Dr. Rabin Amadeo Martínez Hernández, por disponer de su tiempo en la revisión de esta tesis, muchas gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi segunda casa, gracias por una educación gratuita.

Índice

Introducción.....	6
Capítulo 1.....	9
1. Planteamiento del Problema.	10
1.1 Objetivos.....	12
Capítulo 2.....	13
2. Marco Conceptual.....	14
2.1 El Alcohol y Alcoholismo	14
2.3 Modelo biomédico del Alcoholismo.....	15
2.4 Vulnerabilidad Estructural, Vulnerabilidad Relacional y Cohesión.....	20
2.5 ¿Qué es Alcohólicos Anónimos?	24
Capítulo 3.....	30
3. Revisión de la Literatura.	31
3.1 Enfermería y Alcoholismo.....	31
3.2 Alcoholismo en hombres y mujeres.....	32
3.3 Factores protectores y de riesgo.....	33
3.4 Trayectoria del consumo de Alcohol	34
Capítulo 4.....	36
4. Contextualización del Estudio.....	37
4.1 Xochimilco.....	37
4.2 Historia.....	38
4.3 Cultura y tradiciones	39
4.4 Turismo, comercio y economía.	39
4.5 Escolaridad, vivienda, conformación de familias	41
Capítulo 5.....	42
5. Metodología.....	43
5.1 Fundamentación metodológica	43
5.2 Inmersión al grupo de Alcohólicos Anónimos	43
5.2 Recolección de datos	45
5.3 Análisis de la información	47
5.4 Consideraciones éticas	48

5.5 Rigor metodológico	49
Capítulo 6.....	52
6. Hallazgos.	53
6.1 Características de los participantes.	53
6.2. Configuración del proceso de recuperación de las personas con alcoholismo de un centro de Alcohólicos Anónimos de Xochimilco.	54
6.2.1. Categoría 1. Identificación de la historia de vida: Estar en la oscuridad.....	56
6.2.2. Categoría 2. Recibir una invitación a vivir.	60
6.2.3. Categoría 3. Viviendo entre luchas y confrontaciones.	63
6.2.4. Categoría 4. Experiencias en el proceso de recuperación	69
6.2.5. Categoría 5. Resignificación de sí mismo.	71
6.2.6. Categoría 6. Estar en luz.....	74
Capítulo 7.....	76
7. Discusión.	77
Capítulo 8.....	83
8.1 Conclusiones.....	84
8.2 Propuestas.....	86
Referencias Bibliográficas.....	88
Anexos.....	98
Anexo 1. Guía de entrevista.....	98
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	100

Índice de tablas

Tabla 1. Síndrome de dependencia de alcohol (DSM-IV)	17
Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alcohol	17
Tabla 3. Abstinencia alcohólica (DSM-IV-TR: F10.0).....	18
Tabla 4. Fracturas Relacionales.....	23

Introducción.

En la actualidad el alcoholismo es un problema de salud pública que afecta a millones de personas, en los últimos años ha aumentado su incidencia y prevalencia. Con la pandemia de COVID-19 el problema incrementó, lo que ha despertado la preocupación de organismos gubernamentales, fenómeno que requiere intervención inmediata. El personal de salud debe indagar y ser sensible ante esta problemática, ya que la interacción entre estos dos no ha sido la mejor (1,2,3), en aras de contribuir a la sensibilización del profesional de salud a través de la investigación, en el presente trabajo se configura el proceso de recuperación de personas con alcoholismo de un grupo de Alcohólicos Anónimos de Xochimilco.

La aproximación a este fenómeno de estudio estuvo marcada por el acercamiento que tuve desde la práctica profesional y en el ámbito familiar-comunitarios, esto es, en las prácticas de un diplomado titulado: "Curso-taller de Investigación Acción en Salud Pública, una estrategia interdisciplinaria" implementado por el departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina -UNAM, donde se trabajó con personas en situación de calle, de manera específica, con mi equipo abordamos uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales (incluido el alcohol) donde pude observar las dinámicas y prácticas del consumo, las razones para consumir o no, y acciones de reducción de riesgos y daños que las personas utilizan. Por otra parte, la comunidad del que formo parte es muy elevado el consumo de alcohol en festividades, encuentros familiares, etc., por lo que muchas familias, incluida la mía tiene al menos un integrante con problemas de adicciones al alcohol y/o otras sustancias psicoactivas.

El presente documento, está organizado de la siguiente forma:

En el primer capítulo se describe el planteamiento del problema, donde se dan a conocer las cifras sobre la mortalidad del consumo de alcohol. En los últimos años, el consumo del alcohol ha incrementado considerablemente, por lo que se considera un problema de salud pública que en la actualidad que afecta a miles de personas. Ante este panorama, los servicios de salud no son suficientes e idóneos para atender a las personas que viven con alcoholismo porque los servicios que se brindan tienen especial enfoque en la perspectiva biomédica, el equipo de salud, entre ellos enfermería carece de recursos teóricos y prácticos para abordar

el cuidado de manera integral a una persona con dependencia al alcohol, situación que dio lugar al desarrollo de la presente investigación.

En el segundo capítulo se encuentra el marco conceptual donde se realiza una discusión conceptual sobre el alcoholismo desde una perspectiva biomédica y social. Se rescató el modelo biomédico del alcoholismo, mismo que ha guiado la gran mayoría de los estudios sobre el alcoholismo en el área de la salud, mismo que hace referencia al alcoholismo como una enfermedad, dejando de lado los determinantes sociales. Durante la recolección y análisis de los datos, dicho modelo no correspondía a la realidad identificada desde la voz de las, los y les participantes, en este sentido, fue necesario incorporar los conceptos de vulnerabilidad estructural y vulnerabilidad relacional, para esclarecer, como el proceso de recuperación de una persona con alcoholismo, está determinada por las condiciones y lazos sociales de vida, tomando en cuenta las desigualdades sociales para describir los procesos que implican el proceso de vivir y recuperarse del alcoholismo. En este mismo capítulo se describe la comunidad de Alcohólicos Anónimos y sus principios, entre otros puntos importantes de la misma.

En el tercer capítulo se presenta la situación actual en la aproximación al tema del alcoholismo en el área de la salud, producto de la revisión de la literatura, en el cual se encontraron datos sobre enfermería y alcoholismo, alcoholismo en hombres y mujeres, factores de riesgo y protectores relacionados al consumo de alcohol y trayectoria del alcoholismo.

En el cuarto capítulo se describe la contextualización del estudio, describiendo algunas características sociales y culturales de la delegación de Xochimilco ubicada en la Ciudad de México, que es donde se ubica el grupo de Alcohólicos Anónimos y donde viven las personas que participaron en esta investigación. Recordando que, uno de los aspectos clave en la investigación cualitativa es el contexto, para comprender las circunstancias específicas donde se desarrolla el fenómeno del estudio.

En el capítulo quinto se presenta la metodología que condujo el presente, se mencionan las características de las, los y les participantes, la recolección y análisis de la información. Además, se describe cómo se procedió éticamente en esta investigación, considerando los principios éticos que actualmente están vigentes en la Ley general de Salud y para la Facultad

de Enfermería y Obstetricia, y para finalizar este capítulo se describe como se alcanzó el rigor metodológico de esta investigación.

El capítulo seis, contiene los hallazgos. En el séptimo capítulo se expone la discusión de los resultados. En el octavo capítulo se encuentran las conclusiones y en el noveno capítulo se presentan algunas propuestas para poder generar e implementar estrategias de sensibilización al profesional de la salud, más allá de lo biomédico.

Por último, es relevante escribir que, la información se presente de manera secuencial o lineal, el proceso de la investigación fue complejo y requirió el ir y venir de los datos recopilados para plasmar los hallazgos obtenidos, recordando que es así como se construye y las características de una investigación de tipo cualitativa.

Capítulo 1

Problematización y objetivos

La razón más importante es que la investigación en sí misma proporciona una perspectiva importante a largo plazo sobre los problemas que enfrentamos en el día a día.

Ben Bernanke.

1. Planteamiento del Problema.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en el 2016, el consumo nocivo de alcohol causó 3 millones de muertes en el mundo (5.3% de todas las muertes), la mortalidad resultante del consumo de alcohol es mayor que la causada por enfermedades como la tuberculosis, la infección por el VIH/SIDA y la diabetes, por lo que se considera un problema de salud pública (4).

En el 2018, en México, la prevalencia global de consumo anual de bebidas alcohólicas entre los adultos fue de 94.3% (49, 812, 800 consumidores); en los hombres de 94.7% (29 907 700 consumidores) y en las mujeres de 93.7% (19 905 100 consumidoras). Entre los adultos que han referido consumir bebidas alcohólicas, el 1.8% (937 300 consumidores) tienen un patrón de consumo diario, el 9.3% (4 718 500 consumidores) un consumo mensual y el 35.5% (18 773 600 consumidores) un consumo excesivo (5).

En la Ciudad de México, de acuerdo con el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de Centros de Integración Juvenil (CIJ), el índice de consumo de alcohol en los pacientes de CIJ fue del 88.5 %, manteniéndose en primer lugar, mientras que los derivados del cannabis alcanzaron un segundo lugar del 84.8%, el tabaco se ubica en la tercera posición 84.4%, seguidos en menor proporción por el consumo de la cocaína 36.7%. Específicamente en Xochimilco, hay una proporción similar entre el alcohol, el tabaco y el cannabis del 85.7% (6).

En los Centro de Integración Juvenil Xochimilco, en el 2018, la población atendida fue en su mayoría hombres 71%, a comparación de las mujeres que fue de un 29%, hay una razón de 2.5 hombres por cada mujer, es decir, en el hombre está el mayor porcentaje de consumo. La edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas fue de 14.7 años, siendo el cannabis, seguida por el alcohol, el tabaco, y los inhalables las drogas de mayor impacto (6).

A pesar del contexto estadístico del consumo de sustancias adictivas como el alcohol, tabaco, drogas en personas jóvenes menores de edad y adultos hay escasa intervención por parte de las autoridades e instituciones para frenar esta problemática, mismo que se debe a diversos factores como la inaccesibilidad a los servicios de salud, rezago educativo e incompreensión social sobre el tema.

La afiliación a los servicios de salud, en Xochimilco, es de 76.31%, de los cuales el 32.51% son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pero en la demarcación no existen clínicas ni hospitales de esta institución, el 21.36% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) o Secretaría de Marina (SEMAR) 1.05%, con Seguro Popular el 41.21%¹, instituciones privadas 3.88%, y el 23.22% no cuenta con derechohabiencia a algún servicio de salud (7), por lo que se muestra gran parte de la población sin servicios de atención a los procesos de salud-enfermedad. En este contexto, las personas con alcoholismo no quedan exentas de estar desprotegidas por la falta de acceso a los servicios sanitarios sumado a la incompreensión social y predominante en la comunidad y en el equipo sanitario. El alcoholismo es una enfermedad y un problema de salud pública, que requiere la participación de diversos organismos y profesionales de la salud para su abordaje integral.

Sin embargo, en el sector salud, son limitadas las instituciones y profesionales de la salud encargadas de abordar el alcoholismo en la vida de las personas, familias y comunidades. Ante esta necesidad se han creado los Centros de Alcohólicos Anónimos dedicados a recibir a personas que tienen “problemas con su manera de beber”, la integración a estos grupos tradicionales es totalmente gratuita (39) y ha sido de gran utilidad para las personas con alcoholismo, al respecto existe escasa bibliografía que documente como da ese proceso de recuperación en esos centros.

En la evidencia científica, la mayoría de los estudios se han enfocado en describir la prevalencia del consumo de alcohol en los diferentes grupos etarios y en diferentes grupos sociales; los factores de riesgo que propician el consumo nocivo de alcohol, sabemos que tanto en el plano individual como en el social, se han encontrado e identificado diversos factores que influyen en el hábito de consumo de alcohol (8,9,10,11,12,13); otros artículos hablan de la trayectoria del alcoholismo (14,15,16,17) desde el inicio del consumo hasta la rehabilitación; y las diferencias del consumo de alcohol en hombres y mujeres (18,19, 20,21, 22). La mayoría de los estudios se han realizado desde las disciplinas de medicina, psicología,

¹ Información emitida en el 2018, el seguro popular fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) desde el 1 de enero 2020.

trabajo social, ciencias políticas y sociales, etc., enfermería por su parte, ha enfocado su atención en el cuidado desde el biomédico de salud-enfermedad mismo que ha sido atravesado por diversas barreras durante la atención a las personas alcohólicas, como lo son la estigmatización del paciente y la falta de conocimientos para ofrecer cuidados especializados. (23, 24, 25 y 26)

En relación con lo antes expuesto, se identifica la imperiosa necesidad del profesional de enfermería en la prevención del consumo de alcohol y en el cuidado de las personas con alcoholismo a través de acciones que consideren los aspectos físicos, psicológicos, morales, sociales, familiares, etc., (26, 27, 28); en este sentido, los centros de Alcohólicos Anónimos son los que han tenido mayor éxito en dichos procesos. En este contexto surge la pregunta de investigación: ¿Cómo es el proceso de recuperación de las personas con alcoholismo, integrantes activos de un centro de Alcohólicos Anónimos en Xochimilco?

1.1 Objetivos.

General:

- Configurar el proceso de recuperación de las personas con alcoholismo, integrantes activos de un centro de Alcohólicos Anónimos en Xochimilco.

Específicos:

1. Conocer e identificar el proceso de recuperación de personas con alcoholismo, integrantes activos de un centro de Alcohólicos Anónimos en Xochimilco.
2. Describir el proceso de recuperación de personas con alcoholismo, integrantes activos de un centro de Alcohólicos Anónimos en Xochimilco.



Capítulo 2

Marco Conceptual

*Admitir nuestros errores es el primer
paso para repararlos.*

Alcohólicos Anónimos

2. Marco Conceptual.

2.1 El Alcohol y Alcoholismo

En términos químicos, los alcoholes constituyen un gran grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas; el etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. El término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas, que es el líquido que contiene alcohol etílico y que está destinado al consumo humano. (29)

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, el consumo de alcohol no es un problema, si éste se realiza de manera moderada, cuando se hace uso indiscriminado del alcohol, pasando a un consumo dependiente es cuando aparece el problema, donde el individuo se convierte en dependiente y todas sus actividades giran en torno al alcohol; el consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para la sociedad (30).

El abuso de alcohol se refiere al patrón desadaptativo de consumo que lleva a un deterioro o malestar significativo, expresado por el consumo recurrente de alcohol, dando lugar a: incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa, a problemas legales repetidos, el consumirlo en situaciones en la que es físicamente peligroso, o el consumo continuado a pesar de tener problemas sociales o interpersonales o continuos debido a los efectos de la sustancia. (30)

En 1990 la American Society of Addiction Medicine y la National Council on Alcohol and Drug Dependence (31) definió el alcoholismo como:

“El alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales, que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Se caracteriza por presentar en forma continua o periódica: pérdida de control sobre la bebida, preocupación por la

droga alcohol, uso del alcohol a pesar de sus adversas consecuencias, y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación”.

2.3 Modelo biomédico del Alcoholismo

El acercamiento que se tiene al tema del alcoholismo y lo que corresponde al proceso de enseñanza-aprendizaje, en la formación profesional del personal de salud, está enfocado al consumo de alcohol como un proceso patológico, por lo que la dependencia derivada del consumo sostenido de alcohol tiene importantes consecuencias agudas y crónicas, asociándose a una variedad de enfermedades físicas y mentales. Desde la perspectiva biomédica del alcoholismo, existen tratamientos para un cuadro agudo de intoxicación y tratamiento a largo plazo, tratamiento farmacológico que interviene en procesos neuronales. Por lo anterior, se describe el alcoholismo como enfermedad, para ello se incluye etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

De acuerdo con Ochoa E, et al. (32), el alcoholismo desde la perspectiva biomédica se define y caracteriza de la siguiente manera:

Etiología

Los fenómenos que contribuyen al desarrollo de dependencia de alcohol son aquellos relacionados directamente con el sistema de recompensa (refuerzo positivo) y los que implican a otros sistemas de forma que el consumo de alcohol se comporta como un refuerzo negativo. En ambos procesos intervienen diferentes sistemas de transmisión, se implican en la dependencia de alcohol los circuitos anatómicos de recompensa: haz prosencefálico medial, área tegmental ventral, hipotálamo lateral y áreas de la corteza prefrontal. También están implicadas las vías de neurotransmisión dopaminérgica, noradrenérgica, serotoninérgica, glutamatérgica, de opioides endógenos, GABA, y canales del calcio.

El consumo agudo de alcohol produce sedación y euforia por liberación de dopamina, inhibición de los canales de calcio, inhibición de los receptores para glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato) y potenciación del GABA. En cambio, el consumo crónico produce deseo de consumo por disminución niveles de

dopamina, incremento canales del calcio, incremento de los receptores de NMDA y disminución del GABA.

En la abstinencia se produce un estado de excitabilidad neuronal en el que están implicados el elevado número de receptores NMDA, y canales de Calcio y la disminución de gaba-adrenérgicos. La actividad del receptor NMDA en hipocampo puede provocar convulsiones y el aumento de liberación de dopamina en hipocampo puede provocar alucinaciones en el delirium.

Farmacocinética y Farmacodinamia del Alcohol

El alcohol etílico (CH₃-CH₂-OH) es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable e hidrosoluble, su molécula es pequeña y poco polar, por lo que atraviesa bien las membranas biológicas. 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 kilocalorías.

Se absorbe rápidamente en el estómago (20%) e intestino delgado, por difusión simple. La rapidez de absorción depende de presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y tipo de bebida. Parte del alcohol se metaboliza en estomago por la alcohol-deshidrogenasa (ADH) que es menor en la mujer. Se distribuye rápidamente por todo el organismo, excepto por el tejido graso, y alcanza la máxima concentración a los 30-90 minutos de su ingesta. Se metaboliza en su mayor parte por vía hepática, eliminándose principalmente por vía renal.

La duración de un episodio de intoxicación depende de factores como la cantidad y el tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta, y de la absorción dependiendo si la ingesta se realizó o no con comida. Cuando la intoxicación se hace progresivamente más intensa pasa por tres fases: excitación psicomotriz, incoordinación con depresión cerebral y coma. Puede asociarse a amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación. Con el desarrollo de tolerancia, los efectos motores, sedantes y ansiolíticos del alcohol disminuyen de intensidad.

Diagnóstico

Los trastornos relacionados con el alcohol se clasifican en abuso (DSM-IV-TR), consumo perjudicial (CIE 10) y dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia, como se muestra en las siguientes tablas.

Tabla 1. Síndrome de dependencia de alcohol (DSM-IV)

<p>Síndrome de dependencia de alcohol</p> <p>Patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento continuado de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerancia 2. Abstinencia 3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía 4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos del alcohol 6. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de alcohol 7. Persistencia del consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales
--

DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado. Masson, Barcelona 2002. pp. 203.

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alcohol

<p>Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alcohol (DSM-IV-TR: F10.0)</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Ingestión reciente de alcohol B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que se presentan durante la intoxicación o a pocos minutos tras la ingesta de alcohol C. Al menos uno de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> Lenguaje farfullante Incoordinación Marcha inestable Nistagmus Deterioro de la atención o de la memoria Estupor o coma D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental
--

Tabla 3. *Abstinencia alcohólica (DSM-IV-TR: F10.0)*

Abstinencia alcohólica
A. Interrupción (o disminución) de un consumo prolongado de alcohol y en grandes cantidades
B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A: Hiperactividad autónoma (sudoración o más de 100 pulsaciones) Temblor distal de manos Náuseas o vómitos Insomnio Ansiedad Agitación psicomotora Alucinaciones visuales, táctiles, o auditivas transitorias o ilusiones Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad sociolaboral.
D. Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico, como el delirium por abstinencia alcohólica

DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado. Masson, Barcelona 2002. pp. 204.

Se habla de consumo problemático cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial CIE-10 (34) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida. El abuso de alcohol de acuerdo con el DSM-IV-TR (33) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas. El síndrome de dependencia de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas. La vinculación patológica al alcohol evoluciona durante 5-15 años hacia una expresión de alteraciones físicas y psíquicas, consecuencia de la intoxicación prolongada. En este tiempo las alteraciones que produce el alcohol son subclínicas, después surgen las alteraciones psíquicas (32).

Complicaciones del alcoholismo

La mayor complicación de la intoxicación etílica son los accidentes de tráfico. Se relaciona también con actos criminales y suicidios, accidentes y caídas que producen fracturas y traumatismos craneoencefálicos. La exposición a la intemperie puede ocasionar congelación o quemaduras y por la supresión de los mecanismos inmunológicos puede predisponer a las infecciones. La intoxicación patológica se define por alteración conductual importante incluyendo, casi siempre, agresividad, que aparece a los pocos minutos de la ingestión de alcohol en una cantidad que es insuficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente (32).

El delirium por abstinencia alcohólica (delirium tremens) se caracteriza por confusión de conciencia, agitación, temblor intenso de manos, alucinaciones, delirio ocupacional e hiperactividad autonómica. A veces se precede de crisis convulsivas generalizadas de abstinencia. Suele iniciarse al segundo o tercer día de haber interrumpido o reducido la ingestión de alcohol, aunque ocasionalmente puede aparecer antes, o transcurrido una semana de abstinencia. El síndrome se desarrolla en general en dos o tres días a no ser que se presente alguna complicación debido a la asociación con otras enfermedades. El primer episodio de esta alteración suele darse de 5 a 15 años después de haberse establecido un hábito persistente de beber alcohol. La presencia de una enfermedad física concomitante puede predisponer a este síndrome. La mortalidad del delirium tremens afecta al 10% de los pacientes no tratados y al 25% de los pacientes con enfermedades concomitantes. La alucinosis alcohólica es una alucinosis orgánica de desarrollo breve (48 horas) con alucinaciones vívidas y persistentes (auditivas o visuales) tras la interrupción o disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica, pero que no cursa con delirium. El primer episodio de esta alteración suele darse después de diez años de ingesta exagerada de bebidas alcohólicas. El trastorno puede llegar a tener una duración de varias semanas o meses (32).

Tratamiento

No es posible hablar de un tratamiento genérico de elección para el alcoholismo. En la actual concepción del trastorno adictivo como procesual, con fases de recaída y abstinencia, parece más adecuado situar el estado de la cuestión en elegir aquella opción terapéutica que mejor se adapte a las necesidades del paciente concreto y en su situación actual.

Alcoholismos crónicos con patrones de consumo marcados, de dosis moderadas a altas, con repercusiones físicas o psíquicas graves (se incluyen también trastornos psiquiátricos previos o concomitantes severos), con historia previa de fracasos en las desintoxicaciones ambulatorias y/o sintomatología severa de abstinencia (convulsiones, delirium), así como falta de apoyo social, son candidatos a tratamiento hospitalario. Los programas de desintoxicación se realizan suprimiendo de forma brusca el consumo de alcohol (lo que generaría un cuadro de abstinencia) y empleando diferentes sustancias (en función de las características y necesidades del paciente) para prevenir dicho cuadro de abstinencia. Benzodiacepinas principalmente, entre otros son las sustancias habitualmente empleadas, se ha señalado el uso de otros fármacos como oxcarbamecina, gabapentina, topiramato, como coadyuvantes en el proceso de desintoxicación, y en algunos casos como agente único en dicho tratamiento (32).

En relación con la patología psiquiátrica que se deriva del abuso y dependencia de alcohol, la primera de las opciones terapéuticas es la abstinencia absoluta. El consumo de alcohol puede ocasionar por sí solo cuadros de contenido depresivo y ansioso, también psicótico, que mejoran y desaparecen con la abstinencia. Para aquellos episodios que persisten no obstante la misma, se propone el empleo de fármacos antidepresivos y ansiolíticos, procurando evitar aquellos que como las benzodiacepinas supongan riesgo de abuso (32).

2.4 Vulnerabilidad Estructural, Vulnerabilidad Relacional y Cohesión.

Esta investigación inició con un referente conceptual sobre el alcoholismo desde la perspectiva biomédica, sin embargo, al iniciar con la recolección y análisis de los datos se encontró que el alcoholismo va más allá de una cuestión individual, sino que involucra factores sociales, políticos, económicos, culturales, etc., por lo tanto, se vio la necesidad de integrar los siguientes conceptos: vulnerabilidad estructural, vulnerabilidad relacional y cohesión, que permitieron describir en su complejidad el proceso de recuperación de una persona con alcoholismo, que además viven en contextos de vulnerabilidad social, así nace este apartado.

Desde una visión integral, las adicciones aparecen en contextos de desventaja social, por lo tanto, los vínculos y las estructuras sociales serían corresponsables de los problemas que

enfrentan las personas en la sociedad, colocándolos en una situación de vulnerabilidad. Según, Ruiz (citado en Torres y Estrada, 2019), el concepto de vulnerabilidad se ha estudiado desde diversas perspectivas epistemológicas de investigación (35).

Desde un enfoque psicosocial, García (citado en Torres y Estrada, 2019) define la vulnerabilidad como el “nivel de sensibilidad o de sensación de afectación que cualquier individuo puede mostrar frente a diversos problemas (p. 4)” (35), como es de observarse, esta definición está centrada en lo personal. Para esta investigación, los datos sugieren la necesidad incorporar el concepto de vulnerabilidad estructural y vulnerabilidad relacional, conceptos que, aunque tienen sus propias características, están estrechamente interrelacionados, ya que la vulnerabilidad estructural genera vulnerabilidad relacional.

En otras palabras, la vulnerabilidad:

“encuentra sus antecedentes en los estudios que dan evidencia científica de la relación entre las desventajas sociales o pobreza; su análisis se enfoca en la posición socioeconómica de los individuos y/o jefes de familia, el nivel educativo, el número de miembros en la familia y la presencia de uno o ambos progenitores” (p. 4) (35).

Por otro lado, Carruth y colaboradores (2021), describe la vulnerabilidad estructural como:

“...la vulnerabilidad estructural, resalta las formas en que los riesgos elevados de resultados negativos para la salud a menudo no son el resultado de fallas individuales o culturales, sino que son causados por estructuras sociales, políticas y económicas. Esto permite centrarse en responsabilizarse y trabajar para cambiar las poderosas estructuras que dan forma y limitan las vidas, las elecciones y los comportamientos de los individuos y los grupos” (p. 2) (36).

El concepto de vulnerabilidad estructural surge como una forma “de combatir el individualismo, el biologismo, la invisibilización de los procesos de determinación estructural y la culpabilización de la víctima (p. 1)” (37). Este concepto, fue propuesto desde la medicina social, desarrollado por James Quesada y otros autores contemporáneos

anglófonos, y tienen como antesala los trabajos de la antropología médica crítica estadounidense

El concepto se ha propuesto como una aproximación necesaria para establecer la sensibilización en cuanto a componentes socio-estructurales en el encuentro clínico de los profesionales de la salud con las personas usuarias en situaciones de vulnerabilidad social, como migrantes y personas con adicciones (37).

Ante la vulnerabilidad estructural los lazos o relaciones sociales se vuelven conflictivas, los diversos problemas económicos causan estrés familiar, que un progenitor o familiar incurriere en el uso de alcohol, etc., hace que las redes de apoyo sean escasas y, por ende, sea un factor de riesgo para que la persona incurriere en el alcoholismo o en el uso de otras sustancias psicoactivas (35).

Se utilizó el concepto de vulnerabilidad estructural porque en las narrativas fue evidente que los participantes eran vulnerados socialmente, con desventajas del sistema, la mayoría con bajo nivel educativo, crecer en familias disfuncionales, pobreza, etc., que los llevó a estar más propensos al consumo del alcohol.

Por su parte, la vulnerabilidad relacional que hace referencia a la fragilidad o ausencia de los lazos sociales, de acuerdo con Bonet J. la vulnerabilidad relacional es:

“...aquella situación generada por la ausencia o debilidad de los vínculos de inserción comunitaria” (p.4) (38).

Esta vulnerabilidad relacional puede caracterizarse en dos situaciones:

1. La persona está aislada o dispone solo de una red social de apoyo que no le permite disponer de vínculos de inserción sanitaria,
2. La persona está dentro de una subred que se encuentra marginalizada de manera que no dispone de suficientes vínculos de inserción comunitaria (38).

Las subredes vulneradas, constituyen elementos que dificultan el acceso a los recursos disponibles en el espacio comunitario. Finalmente cabe reseñar que los sujetos pueden encontrarse en redes vulnerables como resultado de trayectorias de exclusión heredadas

(pobreza familiar o estigma étnico) o a causa de fracturas relacionales que los exponen a situaciones de vulnerabilidad relacional (38).

Bonet J, describe que las “fracturas relacionales “exponen a las personas a situaciones de vulnerabilidad relacional, algunas de estas fracturas relacionales se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 4. Fracturas Relacionales

Fracturas Relacionales	
Migración/Movilidad residencial	Fractura con las redes de apoyo de origen y la necesidad de recomponer las redes sociales en la sociedad receptora. En el caso de migrantes hay que añadir las barreras lingüísticas y los prejuicios culturales con un posible grado de estigma.
Separación conyugal	Reducción de las redes de apoyo primarias (familiares, amistades).
Mortalidad de familiares y/o amistades cercanas	Reducción (o eventual extinción) de las redes de apoyo familiares y de amistad.
Matrimonio	En los casos en los que la pareja no quiera que se mantengan los vínculos con la familia de origen y/o con las amistades de larga duración
Accidente, discapacidad, enfermedad crónica, dependencia	Pérdida de autonomía, mayor dependencia de la red de apoyo con riesgo de saturación y dificultad de generar nuevos vínculos sociales.
Tóxico-dependencias	Inserción en redes con un bajo nivel de integración comunitaria, cargadas de estigma social y posible fractura con las redes familiares, amistad y ocupacionales anteriores.
Pérdida de empleo	Fractura con la red de apoyo en el ámbito sociolaboral y posible situación traumática que repercute en la vinculación del sujeto con sus redes primarias.
Violencia doméstica y situaciones de malos tratos	Reducción e invasión/control de las redes primarias del sujeto por parte del agresor asociadas a situaciones de dependencia y situación de pérdida de la significancia vital.
Internalización	En el caso de la hospitalización fragilización de las redes primarias y desconexión con las redes comunitarias. En el caso de residencialización añadir posible sentimiento de abandono y desarraigo comunitario y en el caso de internamiento penitenciario se le incorpora al estigma social y la dificultad de recomposición de las redes una vez obtenida la libertad.

Bonet J. La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención. REDES. 2006; 11(4): p.6.

La vulnerabilidad relacional, se encuentra vinculada a la cohesión, una variable clave para disminuir la vulnerabilidad. La cohesión es contemplada como la capacidad de la familia para funcionar integrada y coherentemente con un todo articulado beneficiando el desarrollo individual y grupal de sus miembros. Se enfatiza que la dilución de los vínculos familiares coadyuva a la aparición de problemáticas como adicción, violencia en las relaciones, maltrato de padres a hijos y negligencia; de igual forma las relaciones conflictivas reducirán también los vínculos y cohesión en la familia (35).

2.5 ¿Qué es Alcohólicos Anónimos?

Alcohólicos Anónimos (AA) es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su experiencia para resolver su problema en común y ayudarse unos a otros para recuperarse del alcoholismo. El único requisito para acudir y ser parte de Alcohólicos Anónimos es el deseo de dejar la bebida, es decir, se acude por voluntad propia. Alcohólicos Anónimos subsiste por las contribuciones de sus integrantes, no se pagan honorarios ni cuotas; esta comunidad no está afiliada a ninguna religión, partido político, organización o institución alguna (39).

Historia de Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos nace el 10 de junio de 1935 en la ciudad de Akron, Ohio en los Estados Unidos de América, cuando dos alcohólicos crónicos: el Dr. Robert H. Smith (Bob S.) y William Griffith Wilson (Bill W.) cofundadores, se reúnen y compartiendo de sus experiencias como consumidores de alcohol, alcanzan un estado de sobriedad. La efectividad de este resultado se basa en la idea de que una persona alcohólica puede ayudar a otra, a través de un “puente de comprensión” (39).

En México el programa de AA puede ubicarse a principios de la década de 1940. Como en otros países latinoamericanos, AA comenzó a ser conocido en el país tanto por mexicanos que viajaban a los Estados Unidos, como viceversa. Los grupos iniciales en México tuvieron una corta duración, el primer grupo que se estableció con mayor permanencia fue de habla inglesa y se comenzó a reunir en 1946 en la Ciudad de México, los miembros eran ciudadanos de Estados Unidos que habían emigrado a este país al terminar la Segunda Guerra Mundial (40).

Después se incorporaron personas mexicanas, quienes, posteriormente, intentaron formar grupos en español. El crecimiento de AA desde la década de 1940 hasta mediados de la de 1960 fue muy lento, pero en 1964 se realizó en México la “Segunda Convención de AA para México, Panamá y el Caribe”, lo cual permitió la reunión de muchos miembros de AA de distintos lugares y de uno de los fundadores de AA, Bill W. Lo que contribuyó a la creación de una Oficina Intergrupala en México que, durante algún tiempo, hizo las funciones de Oficina de Servicios Generales de AA. Este hecho, además de la disponibilidad creciente de literatura AA en español y el apadrinamiento recibido de grupos del extranjero, dio como resultado que aumentara aceleradamente el número de grupos, así entre 1964 y 1974, el número de grupos AA en México pasó de 36 a 928 (40).

Los doce pasos y las doce tradiciones

Como organización AA han mantenido como referentes fundamentales los conocidos los Doce Pasos y las Doce tradiciones, en el que se plasma la ideología de sus creadores.

Los Doce Pasos son la médula del programa A.A. de recuperación de alcoholismo y no son teorías abstractas, sino que están basados en la experiencia de la prueba y el error de los primeros miembros de A.A. Describen la actitud y actividades que éstos creyeron importantes para ayudarlos a lograr la sobriedad. La aceptación de los “Doce Pasos” no es obligatoria en ningún sentido (41).

Dichos Doce Pasos, según Anonymous World Services, Inc. (41), son:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que sólo un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin ningún temor, hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos dispuestos a dejar que Dios elimine todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos a Dios 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 que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudica a ellos mismos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para aceptarla.
12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

Como sustento ideológico para darle fortaleza a los Doce Pasos, se implementaron otros principios que se denominaron las Doce Tradiciones, las cuales “son principios sugeridos para asegurar la supervivencia y el crecimiento de los miles de grupos que constituyen la fraternidad; los cuales están basados en la experiencia de los grupos durante los primeros y críticos años del movimiento” (41).

Las Doce Tradiciones que menciona Alcoholics Anonymous World Services, Inc., son (41):

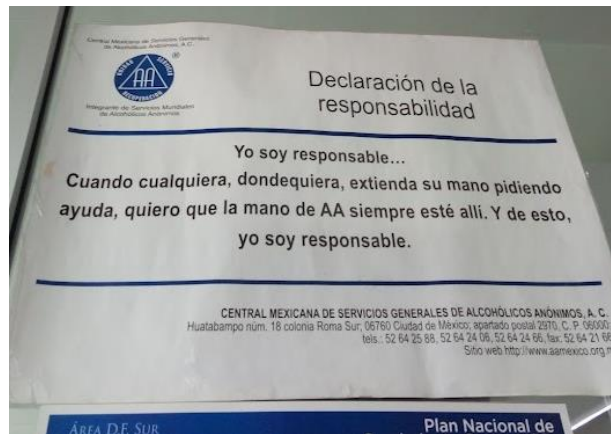
1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de AA.
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza, no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de AA es querer dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a AA, considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.

6. Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros Centros de Servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. AA como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o Comités de Servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe de mezclarse con 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.



Fotografía 1. Literatura actual de Alcohólicos anónimos.

Fotografía 2. Declaración a la responsabilidad de Alcohólicos anónimos.





Fotografía 3. Sesión informativa de Alcohólicos anónimos en la explanada de la delegación de Xochimilco.

Fotografía 4. Sesión informativa de Alcohólicos anónimos en un centro de salud de Xochimilco.



Fotografía 5. Invitación para asistir a evento de Alcohólicos anónimos en el DIF Xochimilco.

Capítulo 3

Revisión de la literatura

*Las enfermeras han recorrido un largo camino.
En el pasado nuestra atención se enfocaba en la
salud física, mental y emocional. Ahora
hablamos de sanar tu vida, sanar el ambiente y
sanar el planeta.*

Lynn Keegan

3. Revisión de la Literatura.

A continuación, se presenta la revisión de la literatura, se realizó la búsqueda sobre el proceso de rehabilitación de alcoholismo en diferentes bases de datos como: PubMed, BVS, Redalyc, Scielo y Google académico, de los últimos 5 a 10 años, textos completos en español e inglés. A partir de lo anterior se encontró literatura con enfoque cuantitativo y cualitativo, se analizó y se construyeron los siguientes apartados.

3.1 Enfermería y Alcoholismo

Bettancourt y Arena señalan que, el profesional de enfermería que brinda atención a personas con problemas de dependencia de alcohol en una institución de segundo nivel de atención se enfrenta al cuidado de estos pacientes en un medio adverso, es decir, con inadecuadas instalaciones y falta de protocolos para su atención, todo esto provocando un rechazo y miedo a dichas personas. (23)

También es importante destacar que la estigmatización hacia la persona drogodependiente es una barrera más para el profesional de enfermería y puede intervenir en la calidad del cuidado (24), que la enfermera perciba a los alcohólicos como personas sensibles y tengan la opinión de que consumir bebidas alcohólicas convierten las personas en débiles y tontas, es arriesgado, porque conceptualizan al alcohólico como un paciente irrecuperable (25). Por otro lado, un estudio muestra que, sí la enfermería logra enfatizar la perspectiva del paciente alcohólico y logra comprender su historia de vida, las personas se sienten humanizadas, y así se logra establecer un vínculo de significado mutuo durante su atención.

Noeremberg y col. (28), evidenciaron que enfermería juega un papel importante para favorecer la participación de la familia en el cuidado de la persona dependiente de alcohol, proporciona los medios para una adecuada interacción del binomio (familia-paciente alcohólico) durante su estancia hospitalaria. Siu-Man y col. (9), mostraron evidencia empírica preliminar, que intervenciones holísticas dirigidas por enfermeras tienen efectividad para reducir el deseo y el consumo de alcohol en pacientes experimentan dependencia del alcohol en la India

En un estudio en Adultos Mayores (9), se identificó que los participantes comenzaron a beber en la infancia o la adolescencia, se establece que es necesario capacitar a los profesionales de la salud para que identifiquen, el alcoholismo como antecedente de agravamiento de enfermedades crónicas, ya que los ancianos no buscan los servicios de salud para tratar el alcoholismo, y así implementar políticas públicas para la atención de los adultos mayores alcohólicos y tener una mejor calidad de vida.

3.2 Alcoholismo en hombres y mujeres

El alcoholismo se presenta de diferente manera en hombres y mujeres, desde el ámbito biológico psicológico y social hay diferencias muy significativas. Por muchos años el consumo de alcohol estuvo vinculado solamente a los hombres, no es que las mujeres no consumieran, sino que su consumo era menor y oculto, la abstinencia de la mujer estaba dictada por los códigos sociales (18). Con la superación de los roles de género ha cambiado la tendencia del consumo de alcohol, sin embargo, la estigmatización social no se ha erradicado en su totalidad.

Desde el punto biológico, la mujer tiene mayor susceptibilidad a la intoxicación aguda y desarrollar enfermedades. El organismo femenino absorbe más rápido el alcohol y lo metaboliza de forma más lenta, debido al mayor porcentaje de tejido graso, la menor cantidad de agua y sangre y la menor presencia de enzimas que lo metabolizan. Estas características biológicas generan en las mujeres un mayor riesgo de desarrollar daños hepáticos, cerebrales y cardíacos (19).

Se ha reportado que es diferente el consumo de sustancias psicoactivas entre mujeres y hombres, por ejemplo, en un estudio hecho por Ortiz A. et al. (11) refieren como posible explicación la diferencia del consumo entre ambos sexos, la baja autoestima de la mujer y permisividad social, pero tanto hombres como mujeres existe “la fantasía de que el consumo resuelve los problemas”. Específicamente sobre el alcoholismo, Cáceres D. et al. (12) plantean que esta problemática no debe ser observada sin distinción de género pues existen condiciones de desigualdad social entre hombres y mujeres, determinando un consumo marcado por el estigma social respecto al deber “ser” según roles históricos.

En consecuencia, el uso de servicios asistenciales y busca de ayuda, las mujeres alcohólicas hacen un menor uso del tratamiento para trastornos por consumo de alcohol que los hombres, tienden a ocultar su problema en mayor medida que los hombres puesto que el consumo de alcohol en mujeres recibe una mayor sanción social, y un obstáculo importante para solicitar ayuda (19). Por lo tanto, se señala que se debe plantear la aplicación de tratamientos específicos con mujeres que consumen sustancias ilícitas y que los programas deberían estar creados de modo que respondan tanto a las necesidades de la población en general como a las de determinados grupos de la población (22).

3.3 Factores protectores y de riesgo

Los factores de riesgo y/o protectores son una serie de circunstancias o situaciones de naturaleza biológica, psicológica, social o ambiental, cuya presencia o ausencia modifican la probabilidad de la aparición de un problema. La importancia de un factor puede cambiar de un grupo a otro o de un individuo a otro y su interacción es dinámica (10,11). Estos factores no influyen de manera precisa en la elección del consumo, estos factores se interrelacionan entre sí, aumentando o disminuyendo la probabilidad de consumo de alcohol, lo que hace difícil encontrar una causa específica del origen de la conducta de consumo (9).

El consumo de alcohol es un fenómeno de naturaleza multicausal, desde la perspectiva de factores de riesgo es abundante y puede ser clasificada como: factores biológicos, personales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales (9). En la literatura describen que los factores de riesgo más cercanos al consumo de sustancias se encuentran el entorno social, la baja percepción de riesgo, la alta tolerancia del contexto hacia el consumo, la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo, así como algunos eventos estresantes de la vida (12). Por ejemplo, se describen algunos factores de riesgo como son los factores sociales del alcoholismo, las dependientes del medio donde se desenvuelve el sujeto, se encuentran los niveles de tensiones derivados de los conflictos sociales, el desempleo, la carencia de educación, la falta de atención médica, la delincuencia, la violencia, la propaganda, los elementos económicos y ocupacionales. Los factores de riesgo psicológicos determinantes o causales del alcoholismo más frecuente son los conflictos emocionales y los rasgos de personalidad (8,42).

El inicio del consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos, la adolescencia es una etapa crítica para iniciarse en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, donde los adolescentes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y así pueden desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, al sentimiento de invulnerabilidad y al interés de experimentar con nuevos comportamientos (13).

Los factores protectores han sido definidos como, los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo. Se ha encontrado que estos factores no siempre son los opuestos a los factores de riesgo. Al igual que los factores de riesgo, los factores protectores se pueden clasificar en, individuales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales y sociales (9).

Algunas características familiares generan mayor vulnerabilidad en sus integrantes, siendo potencialmente influyentes y/o favorecedoras del consumo de drogas o que sean resilientes a este problema (43). Si alguno de los padres o ambos tienen un consumo problemático, la probabilidad de que los hijos e hijas presentan un consumo excesivo se incrementa en un 35% si es el papá, y en 120% si es la mamá, o si son ambos padres (44). La familia, se considera, el primer agente socializador, concierne a la familia la responsabilidad de preparar a sus miembros para su correcta adaptación a la sociedad, y es evidente que cuando la familia no realiza adecuadamente su función se derivan problemas en la maduración de sus miembros, y en consecuencia aparecen trastornos en su relación con la sociedad (44,45). La escuela y la familia aún siguen siendo ámbitos de socialización importantes, pero están perdiendo fuerza en las sociedades modernas. Su capacidad de control compite cada vez en mayor medida con otras fuentes de influencia social como son los medios de comunicación y las nuevas tecnologías (13).

3.4 Trayectoria del consumo de Alcohol

En un estudio realizado en hombres dependientes de alcohol, sobre el comportamiento anterior y actual en su proceso de rehabilitación, se encontró una transición de una actitud violenta a un patrón de interacción positiva, se menciona que los grupos de AA logran desde el ingreso de la persona un cambio drástico en la conducta y de esta manera una pronta

reintegración social. (46) Por otra parte, un estudio realizado en mujeres se encontró que tienen una trayectoria de “vida sufrida”, permeada por el alcohol, desde su infancia ya estaban involucradas en situaciones familiares de abuso de alcohol. El uso de bebidas alcohólicas puso en vulnerabilidad a estas mujeres para vivir situaciones de violencia, sin reconocerlo como tal (47).

En un estudio sobre Inicio y trayectoria del consumo de alcohol y otras drogas en hombres aborígenes en prisión (donde ingresaron a un programa de rehabilitación), los hombres creían que no habrían delinquido y posteriormente podrían haber sido encarcelados si no tuvieran un trastorno por uso de sustancias. Se llega a la conclusión que sin más apoyo después de salir de prisión, es probable que los hombres regresen a la misma situación y continúen con su uso de sustancias. (48) En un estudio de cohorte, del 2004 al 2016 en miembros del personal militar del Reino Unido, las trayectorias de abuso de alcohol se mantuvieron, el 68 % continuó bebiendo de forma peligrosa o dañina. La falta de cambios en la mayoría de la muestra indicó la necesidad de estrategias para abordar el abuso del alcohol en estas personas (49).



Capítulo 4

Contextualización del estudio

*Xochimilco, en tu tierra y en tus aguas se siembra el
tiempo, para que germine tu memoria haciendo
historia.*

Armando Florero Olivares

4. Contextualización del Estudio.

4.1 Xochimilco

Localización, demografía y sociedad.

En el Sur de la Ciudad de México se localiza la alcaldía Xochimilco que cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 118.13 km², colinda al norte con las delegaciones Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; al este con las delegaciones Tláhuac y Milpa Alta; al sur con las delegaciones Milpa Alta y Tlalpan; al oeste con la delegación Tlalpan (50). Como se muestra en la Imagen. 1.

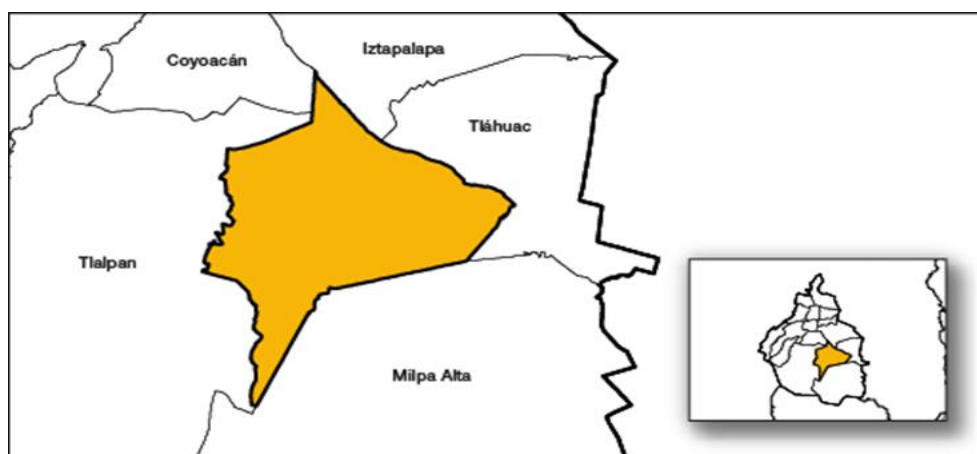


Imagen 1. INEGI. Xochimilco, Ciudad de México. [Mapa topográfico]. México: INEGI; 01/05/2023. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09013#collapse-Herramientas>

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2020 (51) la población total fue de 442, 178 personas, con un total de 117,113 de viviendas particulares habitadas. En el mismo año, el grado promedio de escolaridad de personas con 15 años y más fue de 10. 8 años. El número total de personas de la población de 5 años y más hablante de lengua indígena fueron 10, 596. En cuanto a la religión que profesan, el 77.8% profesa la religión católica y un 7.4% profesa la religión protestante y evangélica. El número total con derechohabientes de servicios de salud fue de 304, 373 personas, el 43.65% afiliado al IMSS, seguido del seguro popular con un 27.1%, el ISSSTE con un 23.8%, el 3% usuaria de instituciones de servicios médicos privados y 1.3 % derechohabiente de PEMEX, SEDENA o SEMAR.

Significado

Xochimilco tiene raíz es una palabra del náhuatl con tres vocablos; Xóchitl: "flor"; milli: "sementera" o "campo cultivado", y co: "lugar" por lo que Xochimilco se traduce como: "sementera de flores" o "lugar donde crecen flores" (52).



Fotografía 6. Yáñez Fot. Mujer en canoa en el lago de "Xochimilco"[Fotografía]. [México]: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1935. 1 fotografía, 12.7 - 17.8 cms (5 - 7 pulgadas) Impresión plata sobre gelatina. Disponible en: https://mediateca.inah.gob.mx/islandora_74/islandora/object/fotografia%3A438458

4.2 Historia

Los orígenes de la población del territorio que es hoy Xochimilco se remontan al periodo precolombino cuando los xochimilcas, la primera de las siete tribus Nahuatlacas llegó al Valle de México y se asentaron hacia el año 900 en Cuahilama, en los alrededores de Santa Cruz Acapulxca. En enero de 1929 se crean nuevas Delegaciones para la Ciudad de México entre las que contaba Xochimilco y que incluía los pueblos de Mixquic, San Juan Ixtayopan y Tetelco. Pero no fue sino hasta 1931 que se da a Xochimilco su actual definición geográfica.

Xochimilco se divide en 18 barrios; El Rosario, Santa Crucita, Caltongo, San Lorenzo, San Diego, La Asunción, San Juan, San Antonio, Belem, San Cristóbal, San Esteban, La Santísima, La Guadalupita, La Concepción Tlacoapa, San Marcos y Xaltocan. Además, existen 14 pueblos: Santa María Tepepan, Santiago Tepalcatlalpan, San Mateo Xalpa, San

Lorenzo Atemoaya, Santa Cruz Xochitepec, San Lucas Xochimanca, San Francisco Tlalnepantla, Santa María Nativitas, San Gregorio Atlapulco, Santiago Tulyehualco, San Luis Tlaxialtemalco, San Andrés Ahuayucan, Santa Cecilia Tepetlapa y Santa Cruz Acalpixca.

4.3 Cultura y tradiciones

En la época colonial es donde nacen importantes celebraciones que en la actualidad se siguen llevando a cabo en la alcaldía Xochimilco. Como la *Fiesta de Xaltocan o Nuestra Señora de los Dolores*, que comprenden 15 días consecutivos, del 9 al 24 de febrero, cuya leyenda de aparición se dio en los años 1700. Otra festividad importante es la Fiesta del Niño Pa o Niño Pan (el niño del lugar); imagen milagrosa de un niño dios que se venera desde hace más de 400 años y que desde el siglo XIX peregrina por los hogares de Xochimilco. Dada su importancia en la sociedad xochimilca se ha creado una mayordomía especial para custodiarlo, misma que comienza habitualmente el 2 de febrero (53).

La Feria de la “alegría y el olivo”, en honor al dulce de la “alegría”, se celebra entre el 2 y el 23 de febrero en el pueblo de Santiago Tulyehualco. Otras celebraciones son: La fiesta del santo patrón de Xochimilco, las procesiones en Semana Santa, el día de la Santa Cruz (2 de mayo), el día de los fieles difuntos (2 de noviembre), el día de la Virgen de Guadalupe (12 de diciembre), las fiestas de los santos patronos de barrios y pueblos, etc. (53).

El virrey Conde de Revillagigedo estableció una fiesta típica actualmente conocida como “La Flor más Bella del Ejido” en la actualidad se realiza en Xochimilco. Se realiza 15 días antes de la Semana Santa, el viernes de Dolores se corona a la triunfadora del certamen, que se elige entre las señoritas participantes de las delegaciones que aún conservan ejidos vistiendo trajes típicos del Valle de México (53).

4.4 Turismo, comercio y economía.

Las chinampas significan para los habitantes parte de sus creencias y costumbres que los caracteriza y diferencia como xochimilcas. Hoy en día recorrer la zona chinampera por los canales y lagunas son parte de turismo en Xochimilco, los canales importantes son el de

Apatlaco y el de Canal Nacional; y lagunas tales como el Toro, La Virgen, Tlilac, Cuemanco etc. (53).

El recorrido por la región lacustre nos permite conocer los embarcaderos y mercados de artesanías, como los de Nuevo Nativitas y Cuemanco. Otros embarcaderos son: Caltongo, Nativitas Zacapa, Fernando Celada, Belem, Salitre y San Cristóbal. Con respecto a los mercados, precisamente uno de los atractivos de Xochimilco es su céntrico mercado donde se puede adquirir verdura fresca, comida hecha, plantas de ornato, etc. (53). También se puede adquirir en sus múltiples viveros una gran variedad de flores, árboles frutales, plantas, tierra negra y de hoja, macetas de diferentes figuras y materiales entre otros productos para el jardín, como lo es Madreselva o el de Cuemanco. Xochimilco también cuenta con áreas boscosas, un ejemplo de esto son los bosques de San Luis Tlaxialtemalco y el de Nativitas (53).

En México existen 57 zonas de monumentos históricos declaradas por el Ejecutivo Federal, nueve de ellas inscritas en la Lista del Patrimonio Mundial por la UNESCO, dentro de este universo de bienes culturales se encuentra Xochimilco, que cuenta con un rico patrimonio, tanto de elementos naturales como culturales, por ello el 4 de diciembre de 1986, es declarado zona de monumentos históricos, y en 1987 pasa a ser Patrimonio Cultural de la Humanidad sobre todo por su zona chinampera (54).

Por ser una alcaldía que conserva zonas rurales como San Lorenzo Atemoaya, San Mateo Xalpa, San Andrés Ahuayucan, San Francisco Tlalnepantla y Santa Cecilia Tepetlapa, así como canales y chinampas la alcaldía es atractiva y provoca gran afluencia de turismo nacional e internacional la mayoría del año.

También se pueden observar corredores comerciales, tanto de establecimientos formales como del mercado informal a lo largo de calles y avenidas principales, como es en el Centro Histórico, la avenida Guadalupe I. Ramírez, parte de la carretera Xochimilco-Tulyehualco, el centro del Pueblo de Santiago Tulyehualco y otros.

Xochimilco se destaca por contar con viveros de plantas y flores, los cuales le han dado un gran impulso comercial, ya que la propia gente de Xochimilco los produce y los vende, siendo esta actividad, muchas veces, su principal fuente de ingresos. También hay importantes

mercados de alimentos perecederos y comida en el centro de Xochimilco, saturándose los domingos y días festivos por la gran concurrencia de visitantes de la propia Alcaldía y vecinas.

Por su rica historia, sus chinampas, arte colonial, fiestas, tradiciones y ambiente ecológico, Xochimilco es hoy en día uno de los sitios más atractivos e interesantes de la ciudad de México que todo visitante, nacional y extranjero está obligado a visitar, por lo anterior el turismo deja una derrama económica importante.

4.5 Escolaridad, vivienda, conformación de familias

Esta alcaldía cuenta con instalaciones educativas que dan atención a población de las delegaciones vecinas, o incluso tiene cobertura metropolitana como es el caso de la Facultad de Artes y Diseño y la Escuela Nacional Preparatoria. No.1 |de la UNAM. En el 2020 los principales grados académicos en la población de 15 años y más en Xochimilco fueron, secundaria con un 29,6%, preparatoria o bachillerato general 24,3%, licenciatura 19,3% y primaria 16,1% de la población total (55). La tasa de analfabetismo en Xochimilco en el 2020 fue del 1,95%, del total de la población analfabeta, el 34,8% correspondió a hombres y el 65.2% a mujeres (55).

De acuerdo con el censo de población y vivienda en el 2020, la mayoría de las viviendas particulares habitadas contaba con 4 y 6 o más cuartos, 21.5% y 19% respectivamente. El número de dormitorios de las viviendas particulares habitadas en el mismo periodo fueron de 1 y 2, 31.5% y 31.1% respectivamente (55). El 66.5% de las viviendas tienen el acceso a internet, el 50, 1% disponen de un computador y el 91, 2% de un teléfono móvil. El 32,4 dispone de televisión pagada y el 22,9 dispone de servicios de películas. Entre los bienes que se disponen el 56.4 dispone de un horno, el 76,1% de una lavadora y el 89,4% de un refrigerador. Solo el 43,1% dispone de un automóvil y el 10,5 % de una motocicleta (55).

Las familias de Xochimilco regularmente son tradicionales extensas, estas son constituidas por papá, mamá, hijos y algún otro integrante de otra generación como los abuelos o nietos. Seguidas se observan las familias en transición que son las mamás solteras e hijos y familias de nido vacío. Recientemente hay familias emergentes que son las familias con pareja del mismo sexo (56).

Capítulo 5

Metodología

La investigación es ver lo que todos los demás han visto, y pensar lo que nadie más ha pensado.

Albert Szent-Gyorgyi.

5. Metodología.

5.1 Fundamentación metodológica

La investigación cualitativa produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, es inductiva porque los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de los datos obtenidos. En esta investigación se ve el escenario y a las personas como un todo, no solo como una variable de estudio, los investigadores tratan de comprender a las personas dentro de su ambiente, es importante experimentar la realidad de la otra persona para poder comprender cómo ven las cosas (57).

Los métodos cualitativos son humanistas, las personas son más que datos estadísticos de enfermedad, si se estudia cualitativamente a una persona es posible conocerle como persona y experimentar lo que ellos “*sienten*” en su vida cotidiana en la sociedad.

Los métodos mediante los cuales estudiamos a las personas tienen impacto sobre cómo las vemos, la indagación cualitativa puede llevar por varios caminos para comprender el fenómeno, tomando en cuenta las perspectivas y experiencias de las personas por lo que se decidió un diseño cualitativo, descriptivo y exploratorio (57).

5.2 Inmersión al grupo de Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos tiene varios centros o grupos en la alcaldía de Xochimilco. Santiago Tepalcatlalpan, la colonia donde vivo hay dos, los números telefónicos de atención están colocados en la puerta de uno de los grupos, entonces, me comuniqué a través de ellos porque los horarios en el que estaban abiertos los grupos de mi localidad no se ajustaban en ese entonces a mis actividades de servicio social.

Me comuniqué a uno de los teléfonos y me presenté como pasante de enfermería de servicio social, expliqué que mi objetivo era conocer a la comunidad de Alcohólicos Anónimos y de igual manera el programa. El número al que me comuniqué fue el de la persona encargada de la oficina intergrupal de Alcohólicos Anónimos en Xochimilco, que respondió de manera amable y me recibió en una reunión en dicha oficina un día de abril del 2022.

En aquel día que me citó a las 9:00 horas, yo estaba nerviosa por saber que me esperaba en esa primera reunión, estaba allí con el objetivo de explicar mi propósito de acercarme con la comunidad. En todo momento la persona se dirigió con respeto y amabilidad, me ofreció el primer café de muchos más que iba a recibir. Cuando llegué había otras personas, compañeros del grupo.

Le expliqué a esta persona mis intenciones de conocer a la comunidad para realizar una investigación y plasmarlo en mi proyecto de tesis, sobre el consentimiento informado, la grabación de su voz, etc. A lo que esta persona me respondió que sí era posible siempre y cuando siempre mantuviera el anonimato de las personas del grupo, que no habría problema en integrarme y de igual manera se les preguntaría a los demás compañeros su opinión.

Estuvimos platicando sobre el grupo, las reuniones, el horario de servicio y las distintas actividades que se tienen en la semana. En estos grupos de Alcohólicos Anónimos tradicionales se trabaja y mantienen reuniones de lunes a domingo, todos los días del año. Ese mismo día me regaló un libro de Alcohólicos Anónimos, el texto básico que cualquier miembro debe de tener y también pude escuchar algunos testimonios de dos personas acerca de su experiencia de recuperación del alcoholismo.

Después del primer acercamiento asistía esporádicamente a las reuniones porque estaba de lleno con el servicio social, pero no dejaba de estar en contacto con ellos. Desde Julio del 2022, estuve más activa en las reuniones con el objetivo de conocer y entender a esta comunidad, asistí a eventos informativos, plenos de la Oficina Intergrupala de Xochimilco, todas y todos en el grupo estaban enterados que no soy alcohólica y era pasante de enfermería.

En un principio la persona encargada que me recibió, mencionada anteriormente, me sugirió a algunas personas que podían proporcionarme información por el tiempo que llevaban. Conforme se iba asistiendo a las reuniones, se empezó a identificar a los potenciales informantes, las personas entrevistadas se eligieron porque asistían frecuentemente a las sesiones, llevaban bastante tiempo en Alcohólicos Anónimos y hacen servicio en el grupo. Cuando tuve lista mi guía de entrevista, comencé la primera entrevista. Las entrevistas que se realizaron siempre fueron con consentimiento sin obligarlo o insistir en su participación, a toda persona se le explicó el objetivo y se le permitió expresar sus inquietudes.

Características de las, los y les participantes

Personas mayores de edad, integrantes activos de un centro de Alcohólicos Anónimos ubicado en Xochimilco, con al menos 3 años de recuperación en dicho centro.

Tipo de muestreo

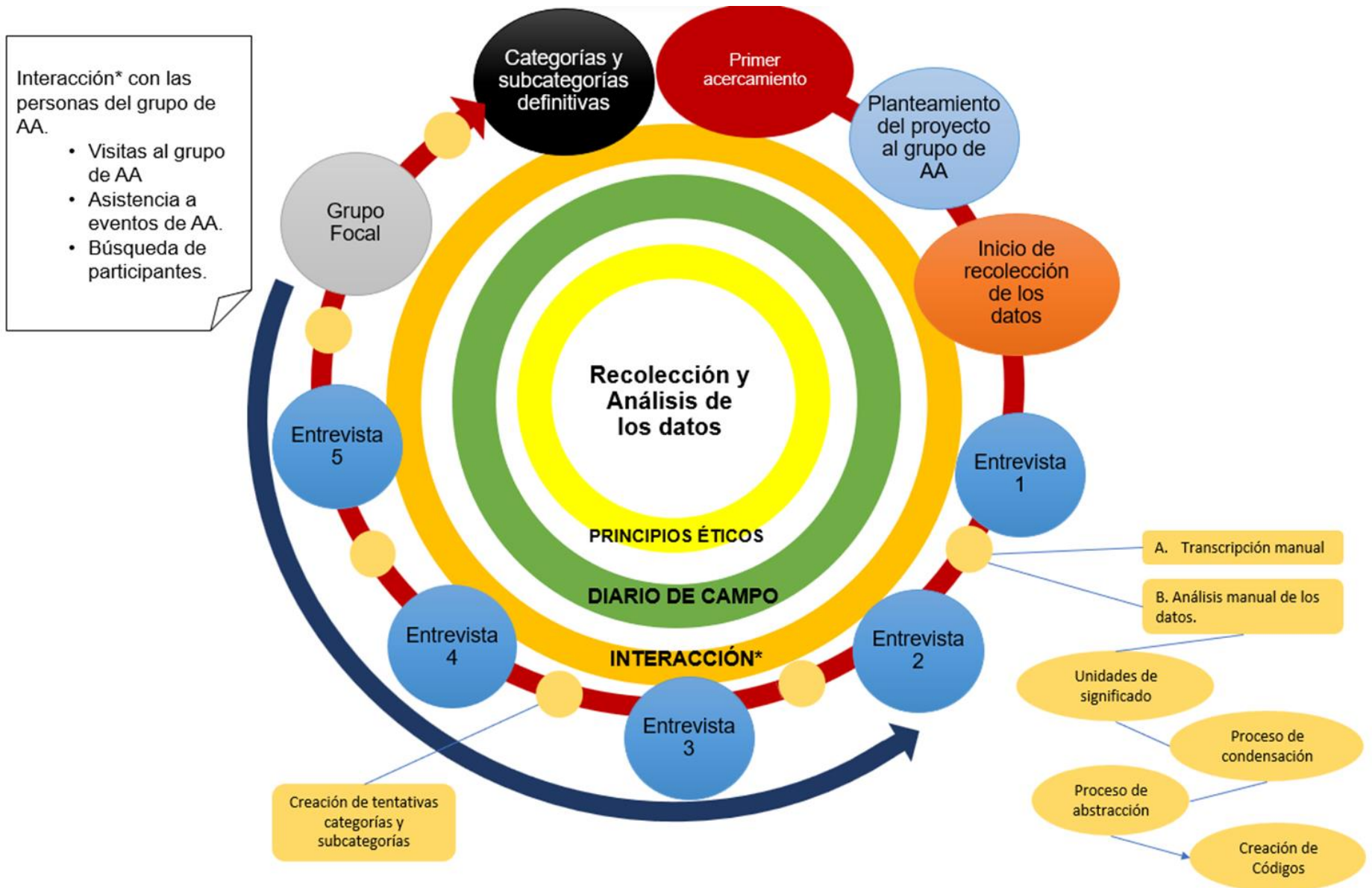
El muestreo fue no probabilístico, se realizó de manera intencional (58), ya que se eligieron a personas que reunieron ciertas características para limitar la muestra a personas mayores de edad y llevar al menos 3 años dentro del grupo de AA, y así poder obtener información rica y amplia.

5.2 Recolección de datos

Como parte del estudio, se realizaron entrevistas cualitativas a las personas del grupo de AA, en el periodo de junio 2022 a abril del 2023, mismas que fueron programadas de acuerdo con la disponibilidad de la persona informante. Previo al inicio de cada entrevista se le informó al participante que de ser necesario se tomarían algunas notas, sin interrumpir la conversación establecida. Se tomaban notas muy breves notas frente a la persona entrevistada y se ampliaban después de las entrevistas en las mismas instalaciones del centro.

Las entrevistas fueron realizadas en el centro de Alcohólicos Anónimos, en la oficina intergrupala que es un espacio privado donde se generó un ambiente tranquilo y sin ninguna interrupción, mismo que fue facilitado por la persona encargada de la oficina intergrupala. Se siguió una guía de entrevista previamente planificada, las entrevistas tuvieron una duración de 25 a 60 min, fueron grabadas a través de una radiograbadora (previa autorización), al término de la entrevista se agradeció la participación. También se realizaron notas de campo durante las conversaciones informales mantenidas en las instalaciones del centro, las notas fueron realizadas de manera discreta con previa explicación.

Se realizaron visitas informales en las cuáles se observó la interacción entre los miembros del grupo, así mismo se realizó un grupo focal para profundizar en la información que iba emergiendo en el proceso de análisis. El grupo focal se llevó a cabo en junio del 2023, con una duración de casi dos horas, con la participación de nueve personas, dos mujeres y siete hombres, de edad entre los 35-65 años, estos participantes también cumplían con la característica de tener más de tres años en el grupo de Alcohólicos Anónimos.



Esquema 1. Recolección y análisis de los datos, elaboración propia.

5.3 Análisis de la información

Se realizó el análisis de contenido de acuerdo con Graneheim y Lundman (59) su método de análisis de contenido se basa en la identificación de temas y patrones comunes en los datos para desarrollar una comprensión más profunda del fenómeno estudiado. Se llevan a cabo en diferentes etapas que incluyen la preparación, organización e interpretación de los datos.

Nuestras unidades de análisis fueron entrevistas cualitativas y notas de campo, las entrevistas fueron escuchadas y posteriormente se hizo la *transcripción literal* (60) de manera minuciosa de las mismas, se depuraron ciertos rasgos conversacionales, como: muletillas, pausas y repeticiones, que las personas tuvieron durante la entrevista, procurando no alterar el contexto o la idea principal de las oraciones. Se consideró todo el texto transcrito para realizar el análisis del contenido

De cada una de las entrevistas se tomaron las unidades de significado, pequeños textos que se fueron colocando en tablas para su codificación, se realizó el proceso de condensación, se acortaron cada una de las unidades de significado, pero se mantuvo el núcleo. Seguido, pasamos a la abstracción del núcleo, para finalmente etiquetarlo con un código. De igual manera se realizó una lista de códigos con su respectiva definición para tener claridad a que nos referíamos con dicho código y así poder codificar de manera adecuada en próximas entrevistas.

Después de la tercera entrevista y viendo la repetición de la información que los participantes proporcionaban, se procedió a revisar los códigos y empezar a compararlos para crear tentativas categorías con los códigos que compartían similitudes de información. En un inicio se crearon las siguientes categorías: antecedentes, inicio del consumo del alcohol, proceso de recuperación, ¿qué es el alcoholismo?, experiencias del proceso de recuperación, redes de apoyo en la recuperación, después de sanar y vida diaria con alcoholismo.

Conforme se fue avanzando en la recolección de los datos seguido del análisis de estos (es importante señalar que, desde la primera entrevista se empezó a realizar el análisis de la información), al término de la quinta entrevista se fue dando luz a las categorías finales; y terminando de analizar el grupo focal se establecieron cinco categorías y ocho subcategorías.

5.4 Consideraciones éticas

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud (61) en Materia de Investigación para la Salud, título II. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, artículo 17, donde refiere que una investigación sin riesgo es cuando se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, además donde no se realiza una intervención o una modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los sujetos de estudio, el presente proyecto de investigación cumple con todos los criterios antes mencionados de una investigación sin riesgo.

De acuerdo con los lineamientos establecidos por la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UNAM en el documento: *“Principios Éticos para la investigación en la ENEO”* (62) se tomaron en cuenta los aspectos éticos que se mencionan durante el proceso investigativo con el fin de respetar y proteger la individualidad, de preservar el bienestar de los participantes de esta investigación, a continuación, se describe cómo se logró cuidar este aspecto ético.

Respecto a las personas participantes en la investigación, se respetó en todo momento las decisiones de los participantes, desde que se le hizo la invitación a la investigación, no hubo persuasión o se forzó la participación de ninguna persona. Antes de la entrevista se les dio el consentimiento informado, se les explicó el objetivo de la investigación y que estaban en la libertad de negarse a participar y abandonar en cualquier momento su participación. Se procedía a iniciar la entrevista, sólo si aceptaban, firmaban y no tenían dudas del consentimiento informado o de la investigación y su participación.

Aunque la investigación no involucró un beneficio económico o de otra índole para la persona que participó y se hizo de su conocimiento, se les mencionó que sería un aporte a la práctica disciplinar de enfermería para así comprender su proceso de recuperación.

Durante toda la investigación se estableció una relación de respeto con cada uno de los participantes, en todo momento se respetó su individualidad, se guardó el anonimato a través de pseudónimos. Para guardar la confidencialidad se informó al participante que la información proporcionada es meramente con fines académicos, y que no será divulgada sin su previo consentimiento. El manejo de la información estuvo restringido solo a las personas involucradas en la investigación, en este caso a la tesista y tutora de tesis.

5.5 Rigor metodológico

A continuación, se describen los criterios de rigor metodológico los cuales se llevaron a cabo en toda la investigación, de acuerdo con Lincoln y Guba (citado por Ryan-Nicholls y Constance W) (63). Así mismo se agrega el criterio de rigor metodológico, que es la reflexividad, ya que agrega a la investigación credibilidad, con este criterio se comprenden los valores y puntos de vista de la persona que realiza el estudio (64).

Credibilidad

La investigación obedeció al enfoque del estudio cualitativo, se cuidó el proceso de selección del del contexto y participantes y el método y técnica de recolección de datos. También se realizó el análisis y la selección adecuada de unidades de significado para asegurar que todos los códigos se incluyeran en las categorías y subcategorías para no excluir o perder datos relevantes. Cada uno de los procesos llevados a cabo en la investigación estuvieron sustentados en la evidencia científica.

Confiabilidad

Se alcanzó a través de las entrevistas grabadas, escuchadas y fielmente transcritas, así como con la observación participante, el apoyo del diario de campo y grupo focal para enriquecer la información. Se tuvo asesoría a lo largo de la investigación para evitar rezago de la información.

Transferibilidad

Se describió el contexto del lugar de donde se llevó a cabo la investigación, se incluyeron datos de cultura, tradiciones, economía y tipos de familia de la alcaldía de Xochimilco, así como las características de los participantes. También se describió la manera en la que se hizo la recopilación de los datos y el proceso de análisis de estos y por último se hizo la presentación de los hallazgos de la forma más clara y explícita posible.

Reflexividad: Implicación del investigador

En mi núcleo familiar no hay personas con problemas de alcoholismo, mi familia y yo no consumimos alcohol. De mi familia materna, tengo algunos primos que abusan del alcohol, en especial hay una persona que en la actualidad abusa del alcohol y otras sustancias psicoactivas. He visto cómo esta dependencia ha afectado su vida, su salud física y

emocional, y ha empeorado la dinámica familiar porque llegó a ser rechazado por involucrarse en robos de su propia familia. Ha asistido a centros de rehabilitación, pero no ha tenido éxito. En lo personal, siento que la disfuncionalidad de su familia o el desinterés de sus padres, lo llevaron a esta situación.

Otro caso de alcoholismo es el de mi vecino. Recuerdo que empezó a hacer fiestas, como un joven cualquiera para divertirse, pero después fue más frecuente ya no cada fin de semana, también entre semana, fue molesto para todos los vecinos ya que no se podía dormir con las fiestas que llevaba a cabo. En ese entonces era un joven sin responsabilidades, ahora es un adulto con familia en la misma situación, bajo el efecto del alcohol y otras drogas ha llegado a insultar a su familia y a varios vecinos, y se le ha relacionado con personas que cometen delitos de robo.

En mi colonia, cuando yo estaba en la secundaria no recuerdo haber visto a personas que se encontraban en situación de calle, consumiendo alcohol o drogas, de hecho, era una colonia segura. En los últimos años se ha vuelto lo contrario, la venta de droga es común y ver a personas en situación de calle, drogadictas o alcohólicas es bastante normal, tanto hombres como mujeres. Los grupos de jóvenes y adultos tomando en la calle también se hacen presente.

He tenido experiencias conviviendo con personas en situación de calle, consumidoras de alcohol. Por parte de la iglesia a la que asisto, se iba los sábados al jardín que está a lado de la delegación Xochimilco, donde se les brindaba alimento y ropa. Esas experiencias me hicieron reflexionar sobre muchas cosas, que el alcohol afecta indistinto a la edad porque llegué a ver a adolescentes hasta adultos mayores. Y como el alcohol los llevó a vivir en la calle, y perder todo.

En el ámbito hospitalario no he atendido a una persona que esté en abstinencia, o que tenga problemas de adicciones. Solo en una ocasión llegué a ver a una adolescente de 13 años que había consumido alcohol, la llevaron a urgencias y los papás entraron en crisis.

¿Por qué elegí investigar sobre alcoholismo?

Elegí este tema porque todas mis experiencias personales y sociales me han hecho reflexionar que el alcoholismo afecta principalmente la salud física y mental de la persona, pero no solo

la de ella, sino que también la de su familia. Creo que esta situación se puede evitar, se pueden reducir los riesgos y daños, y también se puede intervenir el proceso de recuperación. Es una población que está desprotegida y está estigmatizada como “peligrosa” por la sociedad y los profesionales de la salud. Es un reto conocer y saber cómo podemos contribuir como profesión en su proceso de recuperación.

Durante la investigación se logró establecer una relación de respeto y confianza, para lograr este vínculo se invirtió tiempo para asistir al grupo de Alcohólicos Anónimos para así poder escucharlos y conocerlos más a fondo. Esta investigación me hizo abrir mi mente y dejar de lado estigmas y prejuicios propios.



Capítulo 6

Hallazgos

El amor no es consuelo. Es luz.

Simona Weil

6. Hallazgos.

6.1 Características de los participantes.

Las personas participantes de este estudio estuvieron integradas por dos mujeres, dos hombres y una persona no-binaria. Las edades comprendieron desde los 35 años hasta 50 años, estas personas iniciaron el consumo de alcohol en su adolescencia entre edades de 12 a 15 años, eran integrantes activos del centro de Alcohólicos anónimos, llevaban en promedio 13 años en proceso de recuperación. En cuanto a escolaridad va desde primaria a nivel superior incompleta.

No. entrevista	Seudónimo	Género	Edad	Escolaridad	Inicio del alcoholismo edad	Años en AA
1	Girasol	Mujer	45 años	Secundaria incompleta	12 años	11 años
2	Azucena	Hombre	38 años	Secundaria	15 años	12 años
3	Orquídea	Hombre	46 años	Media superior	12 años	19 años
4	Rosa	No binario	35 años	Primaria incompleta	14 años	4 años
5	Casa Blanca	Mujer	50 años	Superior incompleta	14 años	18 años

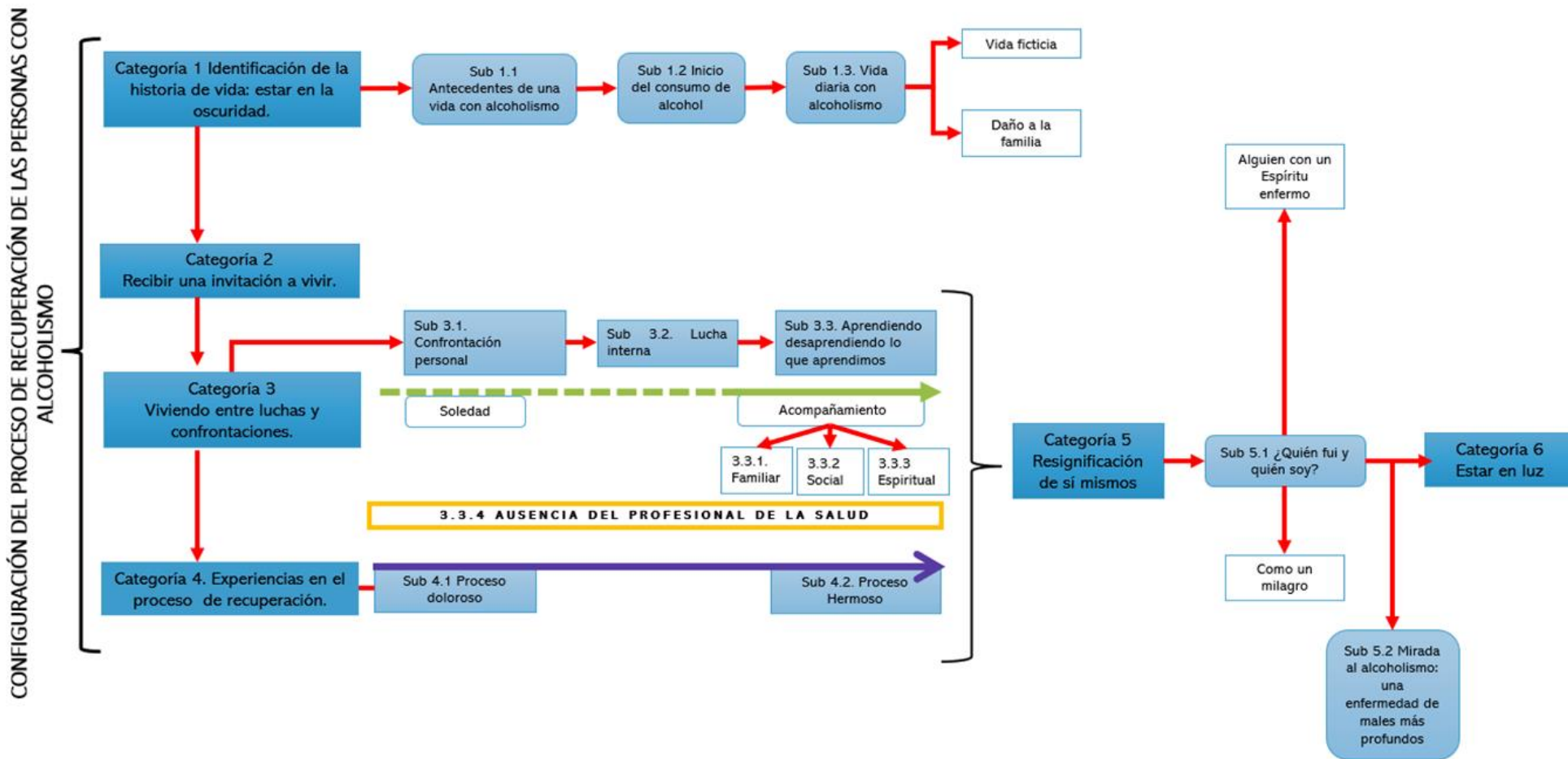
6.2. Configuración del proceso de recuperación de las personas con alcoholismo de un centro de Alcohólicos Anónimos de Xochimilco.

El proceso de recuperación de las personas con alcoholismo del Centro de Alcohólicos Anónimos de la Delegación de Xochimilco, Ciudad de México, está configurado de la siguiente manera:

Una historia de vida caracterizada por pobreza y violencias mismas que dieron lugar al inicio del consumo del alcohol y marcaron una vida diaria con alcoholismo que en la voz de los participantes era una vida ficticia cuya característica principal era el daño a la familia. Ante esta situación llega un momento de crisis en todos los sentidos de la vida de la persona y es alguien externo quien los invita a seguir viviendo y de esta forma inician su incorporación a un grupo de AA, donde atraviesan un proceso de luchas y confrontaciones acompañada de experiencias dolorosas que transitan aun proceso hermoso, de vivir el proceso en soledad hasta ser acompañado por la familia y por la sociedad, principalmente el grupo de Alcohólicos Anónimos. Es entonces cuando ocurre una resignificación de sí mismo, de cuestionarse el ¿Quién fui y quién soy? Y entender que el alcoholismo una enfermedad de males profundos, lo que tiene sentido con la historia de vida por la estás personas han atravesado desde la infancia, así el proceso de recuperación llega a una etapa de “*estar en la luz*”, si bien parece un proceso lineal en esta breve descripción de la configuración del proceso del proceso de recuperación, esto no ocurre así en la vida de las personas, se trata de subidas y bajadas.

A continuación, las principales categorías que configuran este proceso de recuperación:

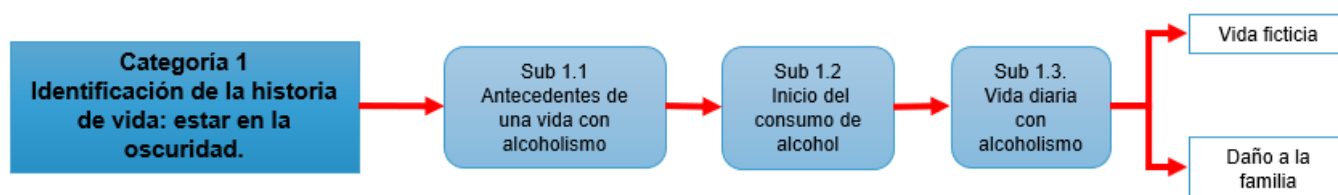
Categoría 1. Identificación de la historia de vida: estar en la oscuridad, con tres subcategorías, a) Antecedentes de vida con alcoholismo, b) Inicio del consumo de alcohol, y c) Vida diaria con alcoholismo. **Categoría 2.** Recibir una invitación a vivir. **Categoría 3.** Viviendo entre luchas y confrontaciones, con tres subcategorías a) Confrontación personal, b) Lucha interna y c) Aprendiendo, desaprendiendo lo que aprendimos. **Categoría 4.** Experiencias en el proceso de recuperación, con dos subcategorías a) Proceso doloroso y b) Proceso hermoso. **Categoría 5.** Resignificación de sí mismos con dos subcategorías, a) ¿Quién fui y quién soy? y, b) Mirada al alcoholismo: una enfermedad de males más profundos. Por último, **categoría 5.** Estar en luz.



Esquema 2. Configuración del proceso de recuperación de las personas con alcoholismo, integrantes activos de un centro de Alcohólicos Anónimos en Xochimilco.

6.2.1. Categoría 1. Identificación de la historia de vida: Estar en la oscuridad.

Esta categoría se le denominó identificación de la historia de vida: estar en la oscuridad porque las personas identifican y recuerdan su vida anterior, así describen las personas su vida con alcoholismo, la oscuridad son todas aquellas experiencias desagradables por las que se tuvo que pasar principalmente en la vida diaria con alcoholismo, pero también antes de que iniciaran a incursionar en el mismo, como violencia familiar, abandono de los padres, carencias económicas, etc. En esta categoría los participantes narran su vida antes del primer contacto con el alcohol, cómo inició su consumo y cómo fue su vida diaria como consumidores de alcohol, las cuales son las subcategorías que se enuncian a continuación.



Esquema 3. Categoría 1. Identificación de la historia de vida: estar en la oscuridad. Elaboración propia.

Subcategoría 1.1 Antecedentes de la vida con alcoholismo

En primer lugar, los participantes narraron como fue su vida antes de iniciar el consumo de alcohol, esta etapa se caracteriza por tener padres ausentes, violencia familiar, discriminación y una familia con antecedentes de consumo de alcohol. Todo lo que se aprendió en su núcleo familiar lo replicaron.

[...] mi padre fue alcohólico toda la vida yo me di cuenta como no le importaba, digámoslo así y yo me quise vengar siempre de los hombres [...] (Casa Blanca)

Parte de lo que pienso que contribuyó a esta parte de los excesos en mi cuestión personal, fue que yo crezco en un ambiente de mucha discriminación [...] cuando regresamos al DF llegamos a una comunidad donde prácticamente puro nativo, entonces había mucha discriminación, agresiones, insultos y todo ese tipo de cosas, eso como que me van dando una personalidad muy, muy, cómo se puede decir, retraído, muy retraída, siempre solo. (Orquídea)

Mis padres pues son separados, mi padre llegaba ahí de vez en cuando, [...] entonces no había como tal una imagen paterna, mi madre pues ella siempre trabajando para que nosotros comiéramos y demás, nuestras necesidades, entonces, mi crecimiento se fue dando hasta de cierta manera solo [...] (Orquídea)

Algunos de los participantes tienen la certeza de que todo empezó en su niñez, como se muestra en la siguiente entrevista.

[...] te preguntan, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde? Se inició el descoyunte de tu sexualidad, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde? te dañó la sociedad, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde? empezaste a odiar [...] ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde?, empezaste a desear más dinero, la gente te dañó, entonces me di cuenta de que todo estaba en mi niñez. (Casa Blanca)

La situación familiar condiciona las decisiones de vida, algunos de los participantes deciden salir de su núcleo familiar, como escape a las exigencias y en algunos casos rechazos familiares, para buscar aceptación en otro lugar, lo que trajo como consecuencia el tener contacto con el alcohol.

[...] por las reglas de mis papás, yo decido salirme de mi casa, como a los 13 años, porque aparte tengo preferencias sexuales, no me gustan las niñas, me gustan los niños, entonces, eso me lleva a que en mi casa pues un rechazo, al rechazarme digo – “bueno, si mis papás no me quieren, pues puedo encontrar la vida, al amor en otro lado”-, aquí es donde fue que vienen esos amigos, que yo pensaba que en verdad me aceptaban, que en verdad eran mis amigos, cuando solamente era para poder tomar o para poder tener alguna relación ya sea sexual conmigo. (Rosa)

Subcategoría 1.2 Inicio del consumo de alcohol

El contexto ya descrito, los condicionó a probar el alcohol, ser parte de una familia que consume alcohol y que es normalizando, el sentirse rechazado, vivir violencia y discriminación, orillaron el inicio del alcoholismo. La mayoría de los participantes comenzó el consumo de alcohol cuando era menor de edad, desde los 12 años.

[...] yo inicié bebiendo a los 12 años fue la primera vez que bebí [...] (Girasol)

Yo empecé a beber a los 18, empiezo a beber, no, mentira empecé a beber más chica, empiezo a beber a los 14, sí a los 14 empecé a beber. (Rosa)

En algunos de los casos se inicia probando otras drogas para también comenzar el consumo del alcohol o viceversa, se inicia el consumo de alcohol y se va experimentando con otras sustancias.

[...] trabajaba en un taller mecánico y llega en una ocasión un vecinito que al igual que yo parece que tenía las mismas características, me invita a drogarme, nos invita a drogarnos a mí y a otro compañerito que trabajaba ahí en otro taller [...] (Orquídea)

[...] empecé a trabajar en un bar, posteriormente ahí es donde empiezo a conocer más al fondo el alcohol, al grado de que, el alcohol para mí ya no era algo que me llenaba, tuve que buscar otras sustancias más allá que del alcohol. (Rosa)

Subcategoría 1.3 Vida diaria con alcoholismo

La vida diaria de consumo de alcohol fue llena de excesos, como actuaban y desenvolvían en ese momento con su familia y en la sociedad no era la adecuada como ellos refieren. Esta etapa se caracteriza por no tener un control sobre el alcohol, el alcohol los controlaba, en su interior desean ya no beber más, juraban ya no volver a tomar, pero era difícil dejarlo.

[...] ya no controlaba yo el alcohol sino el alcohol ya me controlaba a mí, empezaba yo a beber y ya no paraba [...] (Azucena)

[...] viviendo en la calle, trabajando solamente para consumir y cosas como esas [...] el tiempo que me mantenía en abstinencia era muy corto, a veces imagínese que en la noche me dormía arrepentido que del consumo que tenía en ese día y jurándome que ya no me iba a drogar que ya no iba a consumir, y al otro día con los temblores, con todas las secuelas del consumo, volver a consumir inmediatamente sin pensarlo, llega un estado en el que uno, aunque quisiera salir es muy difícil. (Orquídea)

[...] y más, y cada vez fue más, pues fueron borrachas de más tiempo, con más duración, pues ya no hubo un control, ya no hubo un control. (Rosa)

Vida ficticia

En este punto le dan un significado a lo que estaban viviendo, al alcohol, mientras estaban bajo los efectos del alcohol ellos tenían una vida ficticia, lo describen así porque el alcohol los llevaba a vivir una realidad distorsionada, creían ser felices cuando era felicidad ficticia y momentánea, creían que iban en el camino correcto.

Empiezas a darle vida a una vida ficticia que no existe, pero tú crees que así es la vida, y que tú estás haciendo lo mejor, que tú vas por el camino del bien, cuando no es verdad. (Rosa)

[...] era el de tomar en la mañana, irme a la fiestas, no faltaban las fiestas ... yo una individua que ya tomada me quitaba yo toda la ropa, era esa típica individua que ya tomada quería pegarle a alguien o quitarle al novio, pues como yo trabaja en un lugar de estos, de malos pasos, pues me dedicaba yo a hacer cosas que no eran adecuadas,

el diario vivir en ese entonces era de ir a este lugar, tomar llegar a casa, dormir, despertar volver a tomar y esa era rutina de vida que yo pensaba que era la correcta [...] (Rosa)

Las personas durante su periodo de consumo de alcohol vivieron, conflictos como peleas, participaron en robos, “situaciones incómodas”, “cosas feas” que sin alcohol ellos no harían, poniendo en riesgo su vida.

[...] yo me vi envuelta en esos embrollos alcoholizada, un día en una laguna mental que tuve, cuando menos vi ya me estaba yo apedreando con otros de otro pueblo y este nosotros exponemos la vida cada que bebemos (risas) [...] (Girasol)

[...] la bebida me llevó a muchas situaciones incómodas, que sin alcohol no las haría [...] (Azucena)

[...] conozco una personita que además de drogarse, robaba y empiezo a convivir con él, empiezo a ir a lugares con él, a robar y practicar lo que él hacía, yo dejo el trabajo donde estaba, empiezo una vida de más desorden, tuve la ocasión de llegar al consejo tutelar a la edad de trece años [...] (Azucena)

Además de que, el vivir día a día de esa manera los llevo a normalizar el poner su vida en riesgo, al principio solo era alcohol, pero no fue suficiente y se inició con otras sustancias.

[...] el que nos parezca normal, a mí en una borrachera intentaron quitarme la vida, un individuo me estaba ahorcando y yo si perdí el conocimiento, pero hasta cierto punto para mí era normal, pensaba yo que esa vida alcohólica mía era normal porque veía yo cosas peores, y decía yo -ay, pues esto es cualquier cosa- y no, yo ya en AA aprendí que no es normal. (Girasol)

[...] empecé a trabajar en un bar, posteriormente ahí es donde empiezo a conocer más al fondo el alcohol, al grado de que, el alcohol para mí ya no era algo que me llenaba, tuve que buscar otras sustancias más allá que del alcohol. (Rosa)

Daño a la familia

Cada uno de los participantes dañó a su familia siendo consumidores activos del alcohol, lastimaron y quebraron lazos principalmente con sus hijos, pareja y padres. Este daño engloba el emocional donde descuidaron sus relaciones, ellos expresan que eran egoístas porque no les importaba ver como su familia sufría al verlos en una condición tan desfavorable, lastimarlos con sus actitudes, etc. También hubo un daño económico, por ejemplo, si era cabeza de familia y otros dependían directamente de ellos, el alcohol los llevó a no aportar a su casa, y además los llevó a robar a su propia familia.

[...] a quienes más dañamos fue a quienes tuvimos cerca y este, por ejemplo, en mi caso, mis hijas, pues mis hijas eran muy pequeñas cuando yo empecé a beber y cuando empecé más mi alcoholismo y fueron unas niñas que se convirtieron mamás de su mamá, entonces ahí andaban por teléfono -“¿dónde estás?”- y yo decía -“ash pinches chamacas ya van a empezar a molestar”- y ellas sufrieron, sufrieron estos períodos de alcoholismo (llanto) que hijole no se da uno cuenta todo el daño que hace uno [...]
(Girasol)

[...] yo ya había perdido realmente a mi familia, a mis hermanos [...] pero si el trato con mis hermanos, con mi madre, con todos ya estaba muy deshecho. (Orquídea)

[...] y comencé a “sexiar” y hacer mil aberraciones y enfrente de mis hijos por quedarme con los \$1000 pesos y no me daba cuenta de que empezaba a dañar más a mis hijos. (Casa Blanca)

[...] llega un momento en que empecé a beber con mis yernos y me valía hacer el ridículo, [...] y su esposa que es mi hija se metió muy avergonzada y me dijo -no que no ibas a beber, volviste a beber y hasta me avergonzaste- entonces yo me di cuenta de que yo avergonzaba en todos los aspectos a mis hijos. (Casa Blanca)

[...]me ayudan a recordar los cuadros cuando esa mujer andaba con su rebocito cargando cosas para vender, para darle de comer a su hija porque el pinche borracho prefería andar bebiendo [...] (Persona 8. GF)

6.2.2. Categoría 2. Recibir una invitación a vivir.

Al estar en toda esta oscuridad y entrar en un periodo de crisis, las personas son invitadas a Alcohólicos Anónimos, frecuentemente es porque a la mirada de un tercero ellos son vistos devastados y afectados por el alcohol, no están bien física y emocionalmente necesitan ayuda urgentemente porque temen por su vida, pero muchas de las veces ellos no lo veían así, querían seguir en esa vida ficticia. En Alcohólicos Anónimos la persona que los guía en su proceso de recuperación dentro de Alcohólicos Anónimos son llamados “Padrinos”.

Yo llegué por medio de otro miembro de AA, ya que mi manera de beber estaba siendo muy persistente, lo que nosotros le llamamos padrinos, yo ya lo conocía de unos diez años atrás o quince más o menos y él fue quien me invitó a AA, fue como yo llegué. [...] (Girasol)

[...] ella me decía vamos a alcohólicos anónimos te van a ayudar, van a sacarte de ese modo de vida que tienes, y decía mucho -“te va a dar una vida útil y feliz”-, decía algo así y no quería, no quería [...] y me decía -“no, yo como voy a ir con esos cuates, pues si están mal, yo todavía no”-, pesaba cuarenta y seis kilos, imagínese el día de

hoy peso setenta, imagínese cómo estaba de cuarenta y seis kilos y yo todavía expresando que a mí no me iba a servir [...] (Orquídea)

Algunos de ellos desean salir de la oscuridad en la que viven, pero la obsesión por el alcohol es mucha. Algunos dudaron del programa de Alcohólicos Anónimos, pero iniciaron para complacer a terceras personas.

[...] Cuando llego, la verdad que yo no tenía mucho interés de estar, yo prácticamente me autoengaño, ahora lo veo, que iba a ir a Alcohólicos Anónimos para darle un regalo de 10 de mayo a mi madre y bueno la verdad que el regalo fue para mí [...] (Orquídea)

[...] empiezo el proceso por esta persona que me hace la invitación, yo ya conocía estos lugares [se refiere a los grupos de Alcohólicos Anónimos], pero no como que no, decía –“ay no, no funciona, pues yo sigo igual, estoy joven y no pasa nada”- [...] (Rosa)

Por otra parte, las personas aceptan necesitar ayuda, por la necesidad de querer platicar, la búsqueda de un método de recuperación, o como en el siguiente caso perder todo para decidir buscar ayuda.

[...] entonces ya pensaba quitarme la vida, conozco esta persona que me invita al grupo y la vi y dije: - “quiero platicar con alguien porque me siento muy mal”- y no sé qué vaya a hacer, pues seguí a esta persona, la sigo y esa es una experiencia porque la sigo y sin darme cuenta, yo pensaba platicar con ella un ratito, se hicieron horas [...] (Rosa)

[...] ahora digo que mi tío decidió quitarme mi casa y me enciende, me prende fuego, se acaba mi casa y todo lo que yo construí, esa casa, todos los muebles y se acaba mi salud. Quedo postrada durante un año y me dicen que no voy a volver a caminar y cuando empiezo a caminar lo primero que me acuerdo es que no quiero volver a beber [...] (Casa Blanca)

Pero ¿cómo llega la ayuda?, las personas que están dentro de Alcohólicos Anónimos pueden identificar a otro alcohólico porque estos saben lo que es “*fuego*”, se refieren a que han experimentado lo que es vivir con alcoholismo, como lo expresa la siguiente persona.

Solo el que se ha quemado, sabe lo que es el fuego. Dicen que el que está cerca de un alcohólico es porque ha vivido lo de un alcohólico, es la experiencia que tenemos de vida [...] (Persona 3. GF)

Nosotros este desde lejos ya vemos porque vivimos esa parte, entonces sabemos, si andamos cabizbajos para todos lados buscando a ver quién nos ayuda, decía el compañero sabemos lo que se viene sufriendo. (Persona 2. GF)

En otras palabras, ellos ya vivieron y han experimentado el ser un alcohólico, por lo anterior ellos están capacitados para transmitir el mensaje, su experiencia.

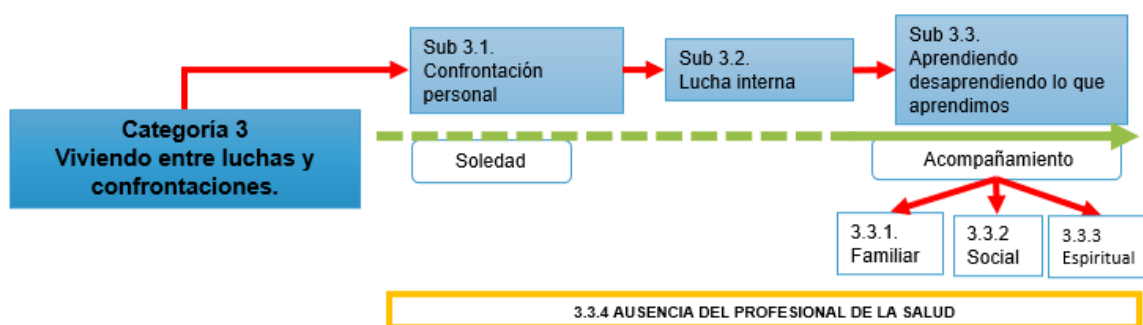
[...]Eso es lo que a nosotros nos atañe y estar convencidos de que nosotros llegamos de la misma forma y que eso que se nos dio desinteresadamente, nosotros lo tenemos que dar [...] Precisamente nuestro programa nos dice que nosotros estamos capacitados para transmitir el mensaje, hablarle de lo que nosotros hemos vivido. (Persona 2. GF)

La manera más adecuada de transmitir el mensaje de Alcohólicos Anónimos es que llegue la invitación por medio de familiares, amigos, profesionales de la salud, sacerdotes u otra persona, pero idealmente no debe ser una persona de doble AA directo con el alcohólico.

[...] nosotros no le podemos dar esa motivación inicial porque lo único que vamos a hacer es que se vuelva más renuente a la situación que vive. En mi caso personal, pues a mí me decían infinidad de veces, -te pueden ayudar en alcohólicos anónimos- y para mí era una ofensa, ya estaba bien amolado, pero todavía me sentía ofendido. [...] lo que sí podemos hacer es transmitir un mensaje en su entorno y él va a recibir esa ayuda. Ahí es donde juega un papel muy importante la familia, ustedes los médicos, este los sacerdotes, los profesores, hasta los de la cantina, ahí es donde juega un papel muy importante, porque de cierta manera el mensaje les llega [...] (Persona 4.GF)

6.2.3. Categoría 3. Viviendo entre luchas y confrontaciones.

El proceso de recuperación es amplio y como algunos de las, los y les participantes mencionaron, un proceso de altas y bajas, primeramente, hay un trabajo interno, una confrontación personal y una lucha interna, que se inicia en soledad y termina en un aprender y desaprender con un acompañamiento de sus redes de apoyo. Em este momento tan crucial para las personas con alcoholismo los profesionales de la salud se encuentran fuera de este proceso.



Esquema 4. Categoría 3. Viviendo entre luchas y confrontaciones. Elaboración propia.

Subcategoría 3.1 Confrontación personal

De manera individual sucede lo siguiente. Al principio del proceso hay una confrontación consigo mismos, en reflexionar que han ido demasiado lejos en su consumo de alcohol y no pueden seguir en ese camino, en esa vida ficticia.

[...] en una derrota definitiva del alcohol, en una aceptación que con una copa en la mano yo he torcido mi vida, torcido, no es así como que -medio me desvié porque yo- no, se torció la vida en la bebida [...] (Girasol)

[...] para mí, mi mente, -hubieras evitado todo esto, si hubieras hecho caso a tus seres queridos-, pero una como en el proceso del alcoholismo no entiende, no entiende hasta que ve uno esa realidad, pero en verdad la realidad, no nuestro mundo de fantasía como cree que es lo correctos. (Rosa)

Hay una aceptación del problema, de que estar viviendo en desorden, no es correcto, como refieren el siguiente participante:

[...] al final pues ya te das cuenta de que no era mejor como estabas antes [...] ya ves diferentes situaciones que uno alcanza a ver dentro de la familia [...] (Azucena)

Subcategoría 3.2 Lucha interna

Hay una lucha interna, los participantes describen una lucha que sucede diariamente, entre querer dejar de beber y querer beber, la lucha está en sus pensamientos, pero también síntomas físicos de querer volver a beber, a esta parte del proceso le llaman periodo de abstinencia.

[...] viviendo en la calle, trabajando solamente para consumir y cosas como esas ...el tiempo que me mantenía en abstinencia era muy corto, a veces imagínese que en la noche me dormía arrepentido que del consumo que tenía en ese día y jurándome que ya no me iba a drogar que ya no iba a consumir, y al otro día con los temblores, con todas las secuelas del consumo, volver a consumir inmediatamente sin pensarlo, llega un estado en el que uno, aunque quisiera salir es muy difícil. (Orquídea)

[...] pero todas esas ideas estaban en mi cabeza, quién sabe cómo [...] me di cuenta de que muchas de esas ideas de no querer llegar pues eran como eso que quería que volviera yo a alcoholizarme, volverme a drogar, era como que la parte que no quería dejarme ir, que no quería que yo dejara ese modo de vida [...] (Orquídea)

Sí, tuvimos el periodo de abstinencia, es algo fuerte porque tú quieres, quieres regresar allá fuera, porque piensas que estás mejor. Darte cuenta de que allá fuera es pura destrucción a ti mismo, y al estar acá dentro te das cuenta de muchas cosas y que estás mejor, entonces es algo duro estar entre sí y entre no, tienes que empezar a luchar por salir adelante. (Rosa)

En este punto del proceso las personas están en un ir y venir de pedir ayuda y asistir al grupo, se deja de beber en un lapso y recaen, pero volver a empezar y volver al grupo de Alcohólicos Anónimos.

[...] yo quería dejar de beber en verdad, pero algo me llevaba de nuevo a recaer [...] Había veces que me hincaba y lloraba y veía al cielo y decía quiero dejar de beber, yo no quiero ser como mi papá [...] (Casa Blanca)

[...] y yo decía -sí quiero, pero no puedo- y volvía a recaer, o sea recaía y volvía a buscar el grupo. (Casa Blanca)

Subcategoría 3.3 Aprendiendo, desaprendiendo lo que aprendimos.

Ya pasada esta lucha interna o bien su periodo de abstinencia, las personas aprenden una nueva forma de vivir. Se van desaprendiendo todo lo que ellos vieron, aprendieron y replicaron en su niñez, lo que les enseñaron en su núcleo familiar o bien, lo que aprendieron durante su vida diaria con alcoholismo. Las personas se dan cuenta que sus acciones y/o

actitudes no eran las mejores, entonces empiezan a cambiar totalmente su forma de vivir, de pensar y actuar con su entorno. Ese aprender y desaprender implica para las personas transitar de una recuperación en soledad a una recuperación acompañada por la familia, por lo social principalmente el grupo de AA y por una compañía espiritual. El acompañamiento del profesional de la salud no logra establecerse como lo esperan las personas con alcoholismo.

Pero vamos aprendiendo, desaprendiendo lo que aprendimos, cuando nos dijeron que [...] aquí se aprende a tener solamente una pareja, a que sea feliz y a que los hijos que tienen juntos sean felices, ya no es como que “no, sí tú golpéala por eso eres el macho y puedes tener las mujeres que quieras”, entonces vamos a aprendiendo a una vida social, ahora sí como la sociedad lo marca [...] (Girasol)

[...] porque al paso del tiempo solucionas tus deudas, empiezas a ser un poco más responsable de los gastos de un hogar y al final pues ya te das cuenta de que no era mejor como estabas antes [...] (Azucena)

Las actitudes y las acciones no son las mismas que antes, tratan de ser mejores día con día, aclarando que siempre tendrán fallas como seres humanos. Con este desaprender y aprender se va sanando, dejar todo lo que vivió en el pasado.

[...]y entonces vamos teniendo un cambio de juicios y actitudes, ya no gritamos tanto, amamos a mamá, amamos a papá, amamos al enemigo, es algo así como la, lo que le llaman, así como la abnegación, no somos tapetes de nadie, pero ya no queremos pasar sobre de los demás como lo hacíamos cuando bebíamos [...] (Girasol)

[...] tiene que ir sanando también cosas que trae uno arrastrando, ... o sea, expulsar esos miedos, frustraciones, ansiedades [...] (Azucena)

Mientras se va avanzando en el proceso de recuperación, en este aprender y desaprender en su vida diaria, las redes de apoyo se van recuperando y este proceso que se inició en soledad comienza a darse en acompañamiento. Es importante señalar que el acompañamiento de Alcohólicos Anónimos es desde un inicio, cuando se hace la invitación al grupo, pero conforme se va avanzando los lazos son más fuertes, en el sentido de que se van sintiendo parte de esa comunidad. Nos referimos con acompañamiento a las redes de apoyo que se crearon y con las que contaron las personas en su proceso de recuperación del alcoholismo, los participantes tuvieron un acompañamiento familiar, social y espiritual de las siguientes maneras:

Subcategoría 3.3.1. Acompañamiento Familiar

La familia, también juega un papel importante dentro de la recuperación, puede involucrarse desde un inicio, siendo estos los que animen a asistir a su familiar al grupo, o no puede ser así, en otras ocasiones en la medida que las personas avanzan en el proceso de recuperación los familiares se van involucrando.

Pues mi mamá, ella es una de las únicas que al último no se rinde o no se rindió, pues está también mi esposa y mi hija que estaban ahí, entonces son las tres que de una u otra manera pues estaban ahí esperanzadas a lo mejor a que pues yo quisiera cambiar. [...] (Azucena)

Sobre todo, mi madre, sobre todo ella, mi familia lo tengo que decir me han apoyado mucho, mucho me han apoyado [...] ellos me han acompañado, me han apoyado en todo esto, me ha apoyado económicamente [...] (Orquídea)

En un principio, los familiares dudan del proceso de recuperación y hay desconfianza, la persona en recuperación tarda en ganar la confianza de su familia por el daño que causó (que se ha descrito antes) o las veces que los participantes juraron no volver a beber y recayeron, como en los siguientes casos:

Ellas fueron las primeras quienes no creyeron, cuando yo llegué a AA decían - ¿y vas a ir a tu junta? -Y les decía -pues sí tengo que ir-, -ash, ¿para qué? Nunca vas a cambiar- [...] entonces pues la familia tarda en creer mucho, mis hijas vivieron mi período de abstinencia en la neurosis tan grande, en mi trabajo, lo vivieron igual y pues son los que menos creen, pero en AA nos enseñan a callarnos, a ya no ponernos como antes nos poníamos todos locos [...] (Girasol)

Subcategoría 3.3.2. Acompañamiento social

El acompañamiento de los compañeros de Alcohólicos Anónimos juega un papel importante en el proceso de recuperación, las personas de doble AA los enseñan a sobrellevar cada parte del proceso de recuperación, los guían y aconsejan en este caso a su “padrino” o a la persona a la que le tengan más confianza, este apoyo o acompañamiento principalmente es moral, pero si está dentro las posibilidades también puede ser económico. ¿Por qué es tan importante este acompañamiento por parte de sus iguales? Porque ellos ya pasaron por el mismo proceso, es importante que ellos se sientan parte de, que se sientan iguales y en casa.

[...] porque si me encontré triste llamaba a algún compañero, -oye es que me pasa esto me siento deprimida-, -no mi querida Girasol, échale ganas-, y en sus capacidades me fortalecieron en una junta de alcohólicos anónimos [...] (Girasol)

[...] escuchar compañeros que muy amistosamente me recibían, ya no me sentía yo rechazado, ya no me sentía yo aislado, ya no me sentía yo solo, me sentía en un lugar donde cabía [...] (Orquídea)

[...] pero los mismos compañeros de aquí, son los que -échale, ganas, tú puedes, no te caigas, vamos para adelante, eres un guerrero, eres una guerrera- y sobre todo esta compañera, es de las personas que agradeces que este en el camino, porque es una persona que te da que el mensajito, que la llamada y -¿a qué hora vas a venir? y ¿en dónde estás?, ¿qué estás haciendo?, no te hagas tonta vente a tu junta porque tú sabes que esto es para ti-, y esas son cuestiones que te motivan a seguir [...] (Rosa)

Subcategoría 3.3.3. Acompañamiento espiritual

De acuerdo con Palacio C. (65) entendemos por espiritualidad el reencuentro con la esencia de lo que el ser humano es, que somos más que un cuerpo, un anhelo de lo que quiere ser, esta espiritualidad supera la razón y ayuda en el desarrollo de la persona, ayuda a trascender para transformarse, sabemos que, aunque espiritualidad y religión no es lo mismo, sintonizan en algún punto de la vida para conocer a ese Otro, que se puede llamar Dios, o como cada quién lo conciba.

El ámbito espiritual es importante en su proceso de recuperación, las personas buscan fuerzas y esperanza en su poder superior, no en las personas porque saben que como seres humanos todos tienen fallas, pero pueden poner la confianza en ese Otro, como se les ha enseñado en Alcohólicos Anónimos en su poder superior, como cada uno lo conciba.

A mí nunca Dios me ha soltado desde que nací, mis hijos, yo platicaba con mis hijos que tenía yo una vecina de dinero, que su esposo tiene cargos de la basura en una zona residencial, entonces siempre me regalo zapatos, yo nunca les compre zapatos y ropa a mis hijos, pero yo sé el día de ahora que era Dios a través de esas personas que nunca que me abandonó, o sea nada de lo que he vivido bueno ha sido porque yo he sido buena, nada, todo lo he vivido ha sido porque Dios ha estado al pendiente de mí, y de mis hijitos. (Casa Blanca)

[...] pero yo sabía que no, que no hay poder humano que pueda con la enfermedad, solamente es teniendo el deseo y pedirle a algo superior [...] (Azucena)

[...] pero algo que me ayudó en eso fue creer en alguien superior a mí. (Girasol)

Subcategoría 3.3.4. Participación del profesional de la salud.

En algunas de las entrevistas se mencionó a los profesionales de salud, pero en ninguno de los casos hubo una participación de estos, por lo anterior en el grupo focal que se realizó se preguntó sobre la participación de estos.

Las personas de Alcohólicos Anónimos han tenido contacto con las y los profesionales de la salud porque estos se han acercado, este acercamiento ha sido mediante juntas informativas de Alcohólicos Anónimos, por ejemplo, en centros de salud. Este acercamiento se comenta por los participantes como positivo, pero cabe señalar que en este punto las personas ya están recuperados.

[...]tal vez en una o dos ocasiones si estuvimos dispuestos a ir a una junta pública, junta de información del alcoholismo, una ocasión fuimos a la facultad de medicina en la UNAM, ahí con los profesionales a darles una junta de información del alcoholismo [...] (Persona 1, GF)

[...] pues tenemos contacto con los profesionales de la salud, estamos trabajando con el centro de salud de Tepalcatlalpan, Xochitepec, estamos trabajando con el de Ampliación Tepepan, estamos trabajando con algunos centros institucionales [...] estamos teniendo ese contacto, precisamente llevando esta información de cómo son tan importantes ustedes para nosotros porque ustedes conocen aquel alcohólico que llega con problemas de salud, físicos, entonces esta labor es que ustedes les puedan informar que existen grupos [...] (Persona 2, GF)

La otra cara del acercamiento a los profesionales de la salud es cuando la persona está en la actividad alcohólica o el periodo de abstinencia, necesitan ayuda de los profesionales, pero saben que son estigmatizados y no aceptados por “borrachos”, ya sea por experiencia propia o ver ese rechazo con otras personas.

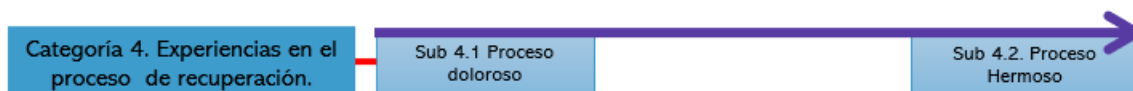
[...] pero ya todo es con receta médica y ¿ahorita quién me ayuda? Pero que te ayude un doctor de esta parte, pues no, ahorita si está muy egoísta la parte de la salud con la vida, con la enfermedad, decían en los hospitales no los quieren, en psicología no los quieren [...] y sin saber que es una enfermedad. Ahora nadie quiere, una enfermera que quiera ir inyectarle un suero a uno, estamos tan denigrados, tan mal vistos en la sociedad que también -pues vete al hospital, al infantil- no te curan, -vete al toxicológico-, ahora, ¿cuánta gente anda afuera que sí necesita ayuda?, de un centro de un profesional, lo único que contamos aquí es con el toxicológico. (Persona 3, GF)

[...] y a nosotros difícilmente en un hospital como borrachos nos atienden porque nos volvemos despreciables, tenemos actos totalmente horribles, entonces va siendo un proceso difícil. (Girasol)

[...] llegó un conocido a un negocio de mi papá el cual yo atendía, temblando por el consumo de alcohol, entonces ahí empezó a tener una convulsión. Hay un hospital como le llaman seguro social, está enfrente del negocio de mi papá en Iztapalapa, clínica 37, ahí en Iztapalapa, entonces yo lo lleve, ahí en emergencias y salió el médico y así como que lo vio, y [se refiere a lo que el médico dijo] - “ah, este cuate es por borracho, aquí no atendemos a borrachos”-, y no lo atendieron [...] (Orquídea)

Por lo anterior ellos mismos crean y tienen herramientas para ayudar a los que están mal físicamente. Aunque se ha dejado de hacer por miedo a que a ellos se les eche la culpa de matar a las personas.

[...] Luego la familia piensa que nosotros lo matamos, ya venía muerto, ya lo había matado el alcohol, ya no tengamos esa calidad humana como alcohólicos de poder ayudar a un alcohólico en esta parte, nosotros ya nos deslindamos de la responsabilidad como médicos porque le hacemos de todo, pues dale la pastilla, métele alcohol en la panza, ponle unas torundas, voltéalo, los ataques, dale clonazepam ponle cebolla en la nariz para que se aliviane y cuídalo y nada más se te



muere. Solamente Dios y nosotros hemos visto cómo nos vemos rehabilitado porque lo que respecta a la medicina adúltera con la vida, o sea, no nos quieren, hay algunos que estamos resentidos. [...] (Persona 3, GF)

6.2.4. Categoría 4. Experiencias en el proceso de recuperación

De acuerdo con Dilthey W. (66), la experiencia representa una unidad de sensaciones y sentimientos, e integra tanto el recuerdo que proviene del pasado como la anticipación del futuro.

Las personas experimentaron diversos sentimientos y sensaciones en el proceso de recuperación, inicia con un proceso doloroso que finaliza en un proceso hermoso.

Esquema 5. Categoría 4. Experiencias en el proceso de recuperación, Elaboración propia.

Subcategoría 4.1 Proceso doloroso

Las personas describieron que en un principio del proceso fue doloroso y difícil por el cual ellos atravesaron diferentes procesos, donde experimentaron diferentes sentimientos como

tristeza, dolor, enojo, miedo etc., experimentan depresión, ansiedad, frustración, se sienten infravalorados etc.

[...] en total de presión, en total depresión, a mí me devastó mucho el mirar y ver quien no creía yo que era, fue algo muy frustrante, fue algo muy doloroso para mí. Y el proceso de estar dentro de alcohólicos anónimos, hoy veo que no es fácil para nadie, y que por eso muchos se vuelven a ir a beber porque no es nada fácil [...] (Persona 5, GF)

[...] venía de haber sido, como decimos aquí, sacado de la familia, de la sociedad, completamente solo, entonces pues obviamente mi proceso también fue ya ver todo eso sin sustancia, les decía hace rato la cantidad de ideas que venían a mi cabeza, mucho miedo, muchas ideas de enfermedades, una sensación de frustración, de mediocridad muy fuerte. [...] (Persona 4 GF)

[...] uno sigue sufriendo, nada más dejas el alcohol entra la neurosis aunada a eso le pegas a que te quitan el dinero, todo lo que te decía ahorita, te quitan el gasto, las deudas y como dejas de consumir pues la neurosis está ahí. (Azucena, 35-39)

[...] cumplí los treinta años y fue muy triste ver que había perdido más de diez años de mi vida consumiendo y eso a veces daba una sensación de frustración, de “ya mejor, para qué”, pero estaba bien equivocado porque apenas empezaba lo bonito de vivir [...] (Orquídea.114-119)

[...] como a los nueve meses, ya empiezo trabajar, entonces, tenía miedo de ir a buscar trabajo, tenía miedo de reintegrarme a la sociedad [...] (Orquídea.128-135)

[...] siempre estaba enojada, como no bebía seguido siempre estaba en neurosis porque mi mente quería beber, generaba beber y como no bebía pues siempre estaba de malas, gritándoles, ofendiéndoles, pegándoles [...] (Casa Blanca. 119-122)

Sin embargo, dentro de este proceso difícil, el acompañamiento de Alcohólicos Anónimos sigue siendo clave para que el proceso sea un poco más ligero.

¿cómo fue?, pues difícil, yo no creo que haya un alcohólico que su proceso haya sido fácil, pero hay algo importante que precisamente los alcohólicos me dicen todas las noches que - yo tengo que ir acompañado de un padrino porque si no el camino se me va a hacer más difícil-. Y eso en el proceso, en mi caso, yo lo tuve que vivir porque se tarda muchos años, el proceso puede durar meses, 1 año, para que uno pueda empezar a modificarlo, para que uno pueda empezar a cambiar. [...] (Persona 2, GF)

[...] me ha alejado del alcohol, nada más he sustituido el alcohol, los alcohólicos activos por los anónimos, ha sido difícil, pero con la ayuda de un compañero ha sido más fácil, solo no voy a poder, ha sido pesado, la verdad es pesado, fuerte. [...] (Persona 3, GF)

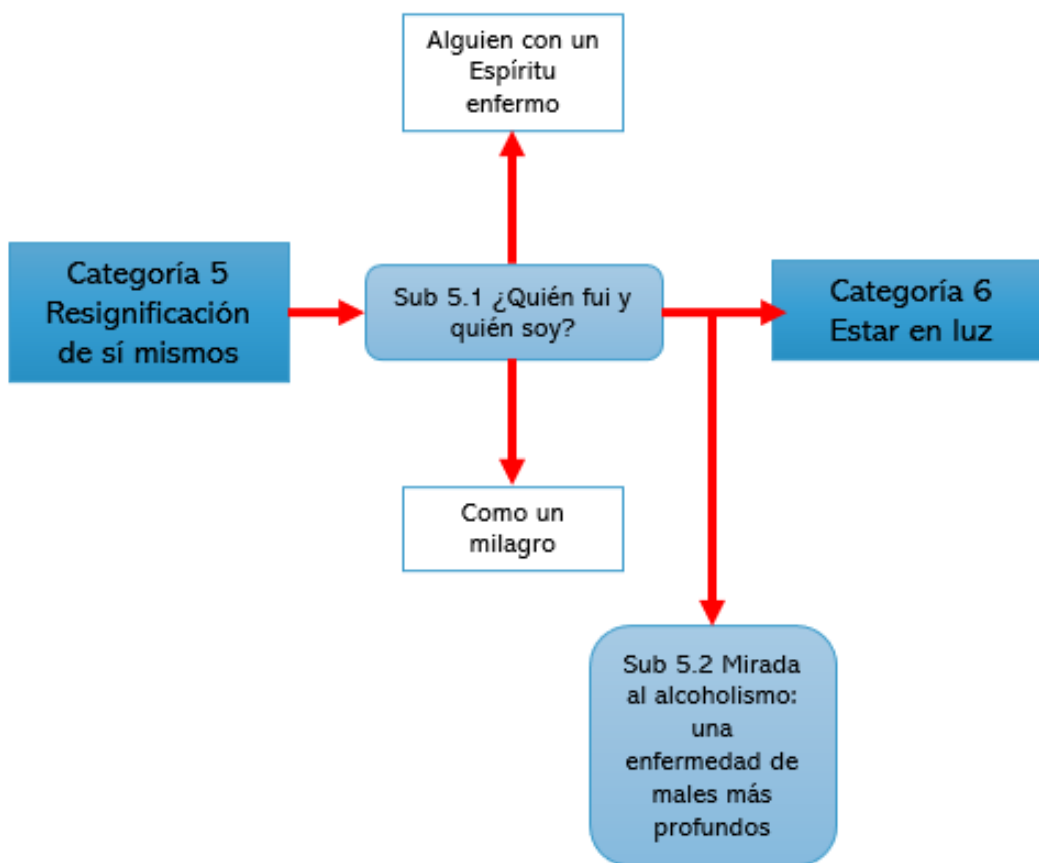
Subcategoría 4.2 Proceso hermoso

Después de un proceso difícil, las experiencias de la actualidad son mejores, algunos llevan años en el grupo de alcohólicos anónimos y haciendo retrospectiva las experiencias son más gratas que cuando comenzaron el proceso.

Ha sido, a la misma vez hermoso y a la misma vez doloroso, por muchas cuestiones, hermoso porque darme cuenta de que aún pues hacer algo, y darme cuenta de que estando en una recuperación pues lograr muchas cosas [...], y hoy en día estar en este proceso de recuperación, recuperar a mi familia, y poder recuperarme a mí misma como ser humano, es algo grandioso. (Rosa. 54-61)

[...]Yo el día de hoy, pues veo una perspectiva de vida, muy próspera, de muchas oportunidades y eso pues tengo que reconocer lo que ha sido gracias a la familia de alcohólicos anónimos. (Persona 4. GF)

6.2.5. Categoría 5. Resignificación de sí mismo.



Esquema 6. Categoría 5. Resignificación de sí mismo. Elaboración propia.

De acuerdo con García-Maldonado (67), entendemos por *resignificación* otorgar un nuevo significado a los arquetipos o códigos de creencia que posee el individuo.

Después de un proceso de recuperación las personas generan un nuevo significado de lo que es el alcoholismo, lo que es para ellos, de acuerdo con su experiencia.

Subcategoría 5.1. ¿Quién fui y quién soy?

Las personas miran al pasado, y recuerdan cómo eran antes, cómo pensaban, cómo actuaban y se describen como alguien un “*espíritu enfermo*” porque de manera personal, ellos narran como “torcieron su vida”, se refieren a la manera que se afectaron personalmente, sea espiritual o psicológicamente.

[...] ve cómo estaba mi espíritu, todo enfermo que todo es normal, llegó un momento en el que me metía con los que me daban asco [...] (Casa Blanca)

[...] ¿quién en su sano juicio va a hacer esto que yo hacía?, sano juicio quiere decir “cordura”, nunca tuve cordura y el día de ahora empiezo a recordar la cordura y a darme cuenta y decir – hójole, creo que, si debo de aplastar mi ego, esa concentración en mí misma y empezar a actuar diferente- [...] (Casa Blanca)

Las personas describen cómo eran y cómo actuaban, eran personas egoístas, egocéntricas, se sentían omnipotentes y con muchos defectos de carácter, etc.

[...] solo me preocupaba porque sufría mucho porque había sufrido mucho daño en la niñez porque nadie me entendía porque no tenía una pareja y no volteaba a ver a mí alrededor que tenía yo cinco hijitos, que tenía un papá y una mamá que los avergonzaba o a mis hermanos, que había más allá de estar preocupada de mí misma [...] era yo una mujer muy egoísta [...] concentración en mí misma, solamente, jamás le dije a nadie como trataba a mis hijos, como los humillaba, como los sometía, como les pegaba [...] (Casa Blanca, 364-378)

[...] porque yo siempre me sentí la omnipotente y por eso aplastaba yo a todo mundo y me creía la llamadora de atención, los aplausos [...] (Casa Blanca, 258-260)

[...] lo que hizo en mí el alcohol fue distorsionar mi realidad, entonces yo me veía como una señora rica, aunque vivía yo en una casa de puros tabiques y de techo de lámina[...] veo mi realidad, veo que no tenía casa, no tenía una familia bien formada, no tenía yo el dinero que yo creía tener. [...] (Persona 5, GF)

Por otro lado, hacen referencia que los alcohólicos son débiles emocionalmente y que estando en el alcoholismo tienen una inestabilidad emocional.

[...] porque nosotros los alcohólicos somos muy débiles emocionalmente, nosotros nos tendemos a la depresión o nosotros nos tendemos a la ira y nunca estamos en algo medio [...] (Girasol, 78-83)

[...] pues siempre me agobio mi inestabilidad emocional y mis disturbios mentales, ya que, a final de cuentas, cuando uno entra en el alcoholismo y la drogadicción a gran escala, que crea un disturbio emocional donde tienes miedos tienes, tienes falta de confianza en ti mismo o falta de amor propio tienes hondos resentimientos con familia, con la sociedad, tienes un falso ego donde tú crees ser el chingón, la flecha de evolución de tu vida, y ese exceso de confianza muchas veces me hacía caer en una constante frustración porque no era así [...] (Persona 7, GF)

Ahora, las personas se miran de diferente manera, como un milagro, expresando que ya no son los mismos que antes.

[...] el día de hoy me veo como un milagro o una nueva oportunidad de vida, algo que yo escuchaba a veces y decía - ¡este wey, fanfarrones! -, pero es verdad, es una nueva vida, no tiene nada, no se parece para nada a la de ese entonces y obviamente, pues se siente una alegría y una sensación de fortuna de haber llegado. [...] (Persona 4, GF)

Subcategoría 5.2. Mirada al alcoholismo: una enfermedad de males más profundos.

El alcoholismo para las participantes es como una alergia a la inversa, por ejemplo, cuando tenemos alergia a un alimento lo evitamos a toda costa, pero en ellos genera una obsesión la primera copa o una “probadita” y ya no pueden dejar de beber.

[...] es muy diferente a las alergias como cuando uno come camarones no, que brotan granitos y dice -me hizo daño, yo ya no lo cómo- nosotros no, nuestra enfermedad es que esta alergia nos hace seguir bebiendo, nos despierta algo, esa alergia despierta y aunado a nuestra compulsión nos obliga a beber, muchas veces nosotros no quisimos beber, muchas veces yo no quería beber [...] (Girasol)

También es una enfermedad de males más profundos, es una enfermedad la cual no solo causa estragos en el cuerpo hablando en términos biomédicos, sino que también afecta el espíritu y la mente.

Aquí he llegado a aprender que yo estoy muy enferma de la mente, del cuerpo y del espíritu, de la mente porque tengo una obsesión muy grande hacia el alcoholismo, del cuerpo porque a través de alcoholizarme fui dañando mi hígado, mis riñones, mi tracto digestivo, tengo una gastritis tremenda porque tomaba mucho alcohol [...] (Casa Blanca)

[...] a mí me compartieron el mensaje de que tengo una enfermedad que es física, mental y espiritual. Y fíjate como se me hizo chistoso, raro, místico, ¿no?, dice que a través de curar mis resentimientos la parte física se iba a componer, cuando tú te alivianes y empieces a sacar los resentimientos y esa parte físicamente se va a ir. [...] (Persona 3, GF)

6.2.6. Categoría 6. *Estar en luz.*

Después de un proceso difícil y en la mayoría de las veces largo, las personas logran sanar. Hay una reintegración a la sociedad, sus relaciones familiares y sociales mejoran, antes no los aceptaban, pero en la actualidad ya pueden interactuar con los demás sin miedo que los rechacen, cuentan con un círculo de apoyo como lo es Alcohólicos Anónimos y logran recuperar a su familia, por último, pero no menos importante logran aceptarse a sí mismos.

[...]me ha ayudado a reintegrarme a la sociedad, a poder tener amigos, a poder tener amigas, el poder estar dentro de un trabajo, pero, sobre todo, este mi integración personal, dado que si yo estoy bien todo a mi alrededor estará bien [...] (Girasol)

[...] conservo mi trabajo del gobierno, mi vida diaria es irme temprano a trabajar, tengo por hay unos negocios [...] ya llego a mi casa, como y me vengo para el grupo y si hay que hacer cualquier cosa del grupo se hace, o si hay que atender una situación también de la familia [...] pues vamos al cine, pues órale"-, ya no vengo al grupo y nos vamos al cine [...] se vive diferente a como antes. (Azucena)

[...] mi convivencia con la familia ha sido más buena, ha sido mejor, por ejemplo, hoy que tembló, pues platicar ahí con los sobrinos, con mi madre, los hijos de mis sobrinos, o sea algo que anteriormente yo no podía hacer, anteriormente [...] (Orquídea)

Yo cuando anduve en el alcoholismo, pues no sabía ni leer ni escribir y llegar aquí, y esa fue una de la metas que estaban y dije –“yo tengo que aprender a leer, tengo que aprender a hablar correctamente”- [...] y al día de hoy poder leer un libro, el poder estar enfrente de gente y darte cuenta que vales como ser humano y que pude lograr algo es algo maravilloso, el de poder tener algo que te cuesta y sabes cuánto te costó ahora lo aprecias como un tesoro, y el tiempo que llevo aquí, ese es mi tesoro, apreciar mi tiempo que llevo aquí, que no he tomado. (Rosa)

[...] alegría de vivir, el ser una persona que de no saber vivir y llevar una vida totalmente incorregible, por así decirlo, pues hoy en día, puedo disfrutar de un café, puedo disfrutar con unos compañeros, que, aunque yo sé que a lo mejor él no me conoce, pero si yo le pido ayuda, me va a ayudar, si están sus posibilidades [...] (Persona 7, GF)

Además, algunas personas realizan servicio en el grupo de Alcohólicos Anónimos, lo cual para algunos en una ayuda a su recuperación y a para mantener su día ocupado.

[...] estamos acá bajo haciendo un volanteo para que sepa la gente que hay una solución al problema de su borracho que nosotros podemos ir a visitarlo y decirle nuestro método de recuperación y vamos a visitar a aquel que todavía está sufriendo, nos hemos encontrado con dificultades, pero el día de hoy sabemos que nosotros así fuimos y que también el así será [...] (Girasol)

Otro aspecto es que las personas generan un sentido de responsabilidad de sí mismos y de lo que son su familia.

Hoy ya para terminar, voy saliendo de mi primer festival como día del Padre [...] A veces es pesado, pararte y llévala a la escuela, dale de comer, lávale la ropa, vela a traer, vete al servicio, vete a trabajar, tienes que ir al grupo tal [...] (Persona 8. GF)

[...] me echo un clavado al pasado y digo, -pues hoy se me enseña a valorar, valorar lo que tengo, valorar que ya soy una persona útil en la sociedad, que tengo un trabajo, que trabajo con mi familia, que he sabido perdonar, que he podido integrarme de alguna manera útil con los demás [...] Hoy en día me hago responsable de mis decisiones y de lo que yo quiero de aquí en adelante. [...] (Persona 7, GF)

Por último, las personas actualmente describen que están en luz, o ven la luz porque han logrado salir del alcoholismo y ven el cambio en ellos y los beneficios.

[...] me dio otra oportunidad en la vida, de vivir la vida como se debe, no en la oscuridad no como yo pensaba, que era entre pues el alcohol, las drogas y pues la calle [...] y ser más humano con la gente que llega y no nada más enfermos, con todo a mi alrededor con toda la sociedad. (Azucena)

[...] como que estaba yo en la oscuridad en un cuarto oscuro donde yo solo daba topes y hacia puras cosas incoherentes y en esta etapa que estoy me doy cuenta de que he abierto esa puerta y que no se, a lo mejor son 10 km, pero yo abrí la puerta y yo veo la luz [...] (Casa Blanca)

[...] el irme documentando y el ir viendo parte de mi enfermedad, cuál es el método de recuperación, cómo voy desmenuzando mi enfermedad, entonces es esa parte que voy saliendo de las tinieblas y voy viendo hacia a la luz, como cuando uno se va despertando y vas abriendo los ojos y ve la luz del día, así es lo que me ha sucedido [...] (Persona 5 GF)

Capítulo 7

Discusión

*Las “fuerzas” que mueven a los seres humanos
como seres humanos y no simplemente como
cuerpos humanos... son “materia significativa”.
Son ideas, sentimientos y motivos internos.*

Jack Douglas

7. Discusión.

El objetivo de esta investigación fue configurar el proceso de recuperación de las personas con alcoholismo, integrantes activos de un centro de AA de Xochimilco. En esta investigación se encontró que el alcoholismo está atravesado por la historia de vida de la persona desde la infancia hasta el inicio del consumo del alcohol, por factores sociales, económicos y políticos, en este sentido los conceptos de vulnerabilidad estructural y relacional (35,38), cobran gran sentido, pues se trata de un proceso complejo que va más allá de una enfermedad individual.

En este estudio, el fenómeno del alcoholismo se presenta como un problema con ente social, económico, espiritual, etc., aspectos que han sido poco considerados desde el modelo biomédico porque se ha considerado como una variable más de la historia natural de la enfermedad. Desde la biomedicina, a la persona dependiente del alcohol y otras drogas, se les considera como personas enfermas, por lo que el tratamiento se enfoca a los biológico, físico y fisiológico. Por ejemplo, el alcoholismo es una de las principales causas de cirrosis hepática, por lo que, desde la perspectiva biomédica, el tratamiento se enfoca a curar el hígado, así, dependiendo del órgano que afecta el alcohol se diagnostica y se otorga tratamiento, dejando el problema de alcoholismo como algo secundario (69).

Con relación a lo anterior, el modelo biomédico ha estigmatizado a lo largo de los años a las personas con alcoholismo, como personas problemáticas, inmorales que causan daño a la sociedad; también han acuñado el alcoholismo a un sector que ha sido segregado lo largo de los años por la sociedad, a las personas que viven en pobreza o en zonas rurales (70) tal como lo manifestaron los, las y les participantes de este estudio, las personas con alcoholismo o “borrachos” son mal visto por la sociedad y por los profesionales de la salud por causar desorden o vivir en condiciones deplorables.

De acuerdo a Menéndez Di Pardo (2006), la resignificación de un “vicio” en enfermedad, implicó que el personal de medicina estableciera una serie de signos físicos, psíquicos y sociales, incluyendo criterios sociales, como el identificar el consumo de ciertas bebidas alcohólicas sólo con determinados grupos sociales, entre ellos los pobres y los indios convirtieron a las personas como sujetos negativos para la sociedad, ya que de manera continua se generaron críticas por parte de los facultativos hacia las clases bajas a través del

alcoholismo y señalándolo como causal de desorden, pobreza, delincuencia y degeneración” (p.87)(70), situación que no ha cambiado en nuestros días, ya que las, los y les participantes se describieron como despreciables, que no son atendidos ya sea por experiencia propia o que han visto que no se atienden a “borrachos”.

Si bien los enfoques biomédicos son importantes para mantener la salud, el alcoholismo es un fenómeno de ente multifactorial, donde intervienen factores políticos, sociales, económicos y culturales, que dan “forma” a la vida de las personas y deben tomarse en cuenta, lo que nos da pie a nuestro segundo punto de discusión.

En los resultados de esta investigación se encontró que las determinantes sociales intervinieron en la vida de las personas para que estas fueran vulnerables ante el alcohol y el consumo de este, no fue un problema que nació de su individualidad o de decisión, sino que intervinieron los determinantes sociales. Esto concuerda con la investigación de Duffy D y de Lellis M. que refiere:

“Limitar el análisis del proceso de alcoholización a las manifestaciones que se expresan en los alcohólicos denominados dependientes y/o excesivos, plantea el inconveniente de asociar el fenómeno y su abordaje a una estricta consideración patológica, invisibilizando el modo en que los bebedores moderados y los abstemios también participan en los procesos económico-políticos y socioculturales que operan para sostener las características dominantes del uso y del consumo de alcohol en un conjunto social determinado” (p.207)(69).

En la literatura hay bastante evidencia sobre la naturaleza multicausal del fenómeno de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Entre los factores de riesgo, se han identificado factores biológicos (como la predisposición genética) y factores psicológicos (p. ej., la autoestima, los estados emocionales, los problemas de comportamiento, el autocontrol, las habilidades sociales y emocionales, los estilos de afrontamiento, etc.) y factores sociales y ambientales (las relaciones familiares, grupales e institucionales, la influencia del entorno social, económico, cultural y político, la influencia mediática, etc.) (71). Esto concuerda con nuestra investigación ya que los participantes comenzaron el consumo por tener un progenitor alcohólico, vivir discriminación o no ser aceptado por su familia, vivir violencia familiar, etc., lo que hace compleja el proceso de recuperación porque las personas niegan

tener un problema con la manera en la que consumen alcohol, afectando su propia persona y a la de las personas que lo rodean. Lo que da lugar a que el proceso de recuperación comience con la idea de querer satisfacer a un tercero, puede ser su pareja, sus padres, hijos, etc., no por voluntad propia y existe renuencia para iniciar el proceso.

Por todo lo anterior, pasamos a nuestro tercer punto de discusión. La vulnerabilidad estructural y relacional atraviesan el proceso de recuperación de la persona con alcoholismo, antes y durante su alcoholismo (35). En este estudio, las personas que sufren alcoholismo han sufrido de vulnerabilidad estructural, por diferentes circunstancias, simplemente por la zona geográfica en donde nacieron, las características socioeconómicas de su familia, la clase social, la discriminación social, la dinámica familiar caracterizada por violencias y abusos tanto físicos como a las sustancias adictivas.

En una entrevista dada en el Institute for the Study of Societal Issues del Berkeley Center for Social Medicine, se discutió el término de vulnerabilidad estructural y que esta debe contribuir para reformar la manera en que se ofrece la atención médica: “mejora la comprensión demográfica, individualizada, privatizada y conductualizada de la vulnerabilidad con un entendimiento de cómo las estructuras sociopolíticas y económicas sistemáticamente producen la vulnerabilidad en diferentes personas de diferentes maneras” (p.8)(37).

En este estudio, la vulnerabilidad estructural, llevó a las personas a tener pocas o nulas redes de apoyo y poca cohesión familiar, y finalmente agregarse a una subred segregada por la sociedad como son las personas drogodependientes. A medida que el proceso de recuperación avanza y se le permite formar lazos más fuertes esta cohesión familiar y social aparecen, pues la vulnerabilidad relacional, se encuentra vinculada a la cohesión, una variable clave para disminuir la vulnerabilidad (35), la familia en este estudio empezó a funcionar de manera integrada y coherente beneficiando el desarrollo individual y grupal de sus miembros y coadyuvando de manera positiva al proceso de recuperación de la persona con alcoholismo.

Como se encontró en esta investigación, el cambio comienza en la individualidad, con una confrontación personal y lucha interna, con un cambio de juicio y valores, constante decisión de cambio como describe Díaz-Heredia. et al., en su meta-síntesis para obtener características del proceso de recuperación de personas con alcoholismo:

“La transformación se realiza gradualmente, desde el interior del ser hacia el exterior, lo que genera cambios de sentimientos, emociones y comportamientos que implica nuevas formas para enfrentar las situaciones estresantes de la vida y los malos momentos. La transformación conduce a otras maneras de ver las propias actuaciones y las de los demás, se elimina el resentimiento, la culpabilidad y, en general, lo negativo que pueda ser fuente de frustración y motivos para el consumo de alcohol” (p.129) (72).

En esta investigación se describieron dos categorías que marcan un antes y un después, el estar en la oscuridad, nos referimos a oscuridad en el periodo de tiempo que las personas estuvieron sin rumbo alguno bajo el consumo perjudicial del alcohol y aun del este, y nos referimos estar en luz en su vida después de la recuperación, como las personas la describen, salieron de un cuarto de oscuridad para ver la luz. Así lo describió Díaz-Heredia (2012) en su estudio, la recuperación se caracteriza por llevar al individuo a través del movimiento ascendente desde la oscuridad, la soledad, el aislamiento, la culpabilidad y, en general, los aspectos negativos de sí mismo hacia la luz, la iluminación, hacia todo aquello que es considerado positivo y enriquecedor (72).

Al ir avanzando en el proceso de recuperación, se van armando de redes de apoyo, la cohesión familiar aparece el acompañamiento de alcohólicos anónimos para que las personas avancen y permanezcan en el proceso de recuperación ha sido fundamental, esta información concuerda con Díaz-Heredia. et al., que plantea que:

“Al crear conexiones se pueden establecer planes de vida hacia el futuro, las metas están relacionadas con los demás y consigo mismo, esto permite encontrar sentido en la vida. En la recuperación, la oportunidad de participar en grupos de autoayuda —como Alcohólicos Anónimos— y en actividades comunitarias fortalece la conexión consigo mismo y con los demás, y da un nuevo sentido a lo que se es y se hace” (p.130) (72).

En esta investigación se encontró que la espiritualidad es parte del acompañamiento en la recuperación de las personas con alcoholismo, apoyarse en un ente superior, les ayuda en la recuperación para poder trascender, hallazgos que concuerdan con Díaz-Heredia. et al., donde se habla de “la madurez espiritual” en el proceso de recuperación, la conexión con

Dios o el ser superior o la energía interior es fundamental en el logro de la recuperación, en algunos casos está asociada al reconocimiento de Dios, en otros es vista como la aceptación de la energía que está presente en el universo y dentro de sí, es la fuerza que lo mueve a ser mejor persona (72).

Sobre la relación entre el personal de salud y las personas con alcoholismos, esta es nula o mínima durante el proceso de recuperación. Si bien desde la biomédica se conoce que, el consumo de bebidas alcohólicas es la causa principal o complementaria, directa o indirecta, de toda una serie de padecimientos físicos y mentales que han pasado a ser parte de las primeras causas de mortalidad y de hospitalización psiquiátrica en México, ya sea a nivel general o de ciertos grupos etarios en particular (p.32) (68). Sin embargo, en este estudio en ninguno de los casos, las personas refirieron ser ayudadas, asesoradas o atendidas por un profesional de la salud, al contrario, refieren que eran personas despreciadas por la sociedad y por esto no pueden ser atendidas. Las personas con alcoholismo se sienten infravaloradas, no se sienten merecedoras de atención por la estigmatización que la sociedad les ha impuesto. Así, una persona con problemas de consumo de sustancias psicoactivas es difícil tomar la decisión de consultar a un personal de salud (73).

Se ha documentado que el personal de salud tiene poca sensibilización sobre las cuestiones sociales y familiares en la presentación del fenómeno del alcoholismo, el conocimiento está orientado principalmente hacia las patologías asociadas al consumo excesivo de alcohol. Concordamos con de la Fuente y Kershenobich, D, que

“El problema radica fundamentalmente en la falta de información y de sensibilidad de los médicos ante este problema. Dada la frecuencia con la que éste se presenta, es imperativo incorporar estos conocimientos a los planes y programas de estudio de los médicos como parte de su formación integral...”
(p.51) (74).

Con este acercamiento a la configuración del proceso de recuperación del alcoholismo, se hace hincapié y se reafirma que el trabajo multidisciplinario es primordial para atender y abordar a las personas que sufren de alcoholismo. Como refiere Laguna J, el manejo de las personas con alcoholismo exige enfoques multidisciplinarios, provenientes de la psicología,

trabajo social, sociología y la antropología porque la medicina no maneja el lenguaje social y psicológico (75).

Con lo que respecta al gremio de enfermería, se requiere el desarrollo de habilidades para comprender lo que está sucediendo internamente en la persona que se está recuperando o desea recuperarse, es necesario que sea capaz de establecer una relación terapéutica que permita tanto el crecimiento del otro como el propio (72).

Como se encontró en esta investigación, es importante para el profesional de enfermería reconocer, que la persona en recuperación o recuperada de alcoholismo ha tenido o tendrá un proceso largo y complejo de recuperación, de luchas internas, de procesos aprendizaje y desaprendizaje, que lo llevaran a la luz. Su papel se debe centrar en motivar e identificar qué motivos pudieran frenar su recuperación, por ejemplo, la negación de la situación, la frustración, la soledad, la desesperanza, es decir, se deben explorar todos los aspectos que mantienen el consumo (72).

Capítulo 8

Conclusiones y Propuestas

*Donde haya un árbol que plantar, plántalo
tú, donde haya un error que enmendar,
enmiéndalo tú. Donde haya un esfuerzo
que todos esquivan, hazlo tú. Sé tú el que
aparta la piedra del camino.*

Gabriel Mistral.

8.1 Conclusiones.

El alcoholismo es un fenómeno complejo atravesado por factores sociales, familiares y económicos que afecta lo fisiológico, mental y espiritual de la persona, así como a sus familiares, a su comunidad y todo su entorno. Existen una serie de determinantes sociales para que la persona empiece el consumo de alcohol y se vuelva dependiente del mismo. Esto como profesionales de la salud nos debe sensibilizar para no caer en la idea de que “*es borracho porque quiere*”.

El alcoholismo es una *enfermedad de males más profundos*, ya que está atravesado por una historia de vida caracterizada por violencias, discriminación, rechazo, pobreza, etc., situaciones que condicionaron el consumo inicial del alcohol hasta convertirse en una adicción que destruyó todo a su paso, mismos que necesitan ser sanados para recuperarse del alcoholismo, lo que hace necesario el acompañamiento familiar, social y de un equipo de salud multidisciplinario a la persona con alcoholismo.

El proceso de recuperación es un camino difícil y largo en la mayoría de los casos, donde la persona en un principio se encuentra envuelta en tinieblas, en la oscuridad, es decir, en una condición desfavorable de salud, un entorno conflictivo familiar y social, con una red social fragmentada que no favorece su salud, ni su crecimiento personal y espiritual. El proceso no es lineal, ni tiene un tratamiento establecido, las personas empiezan su lucha manera individual, sin embargo, con el tiempo a través del acompañamiento que hacen los grupos Alcohólicos Anónimos y otras redes de apoyo son fundamentales para continuar en el proceso de recuperación.

Vivir con alcoholismo es crítico para la salud, es estar inmerso en un mundo del cual es difícil salir, el proceso de recuperación implica luchas internas, peleas consigo mismos, una constante toma de decisiones entre querer elegir una mejor manera de vida y tomar la sustancia alcohólica porque el cuerpo lo pide. Frecuentemente el entorno social no favorece la lucha interna y es cuando vuelven a caer, vuelven a iniciar el consumo y empieza otro proceso de recuperación. Xochimilco, se caracteriza por tener múltiples festividades en el año que frecuentemente vienen acompañadas del alto consumo de alcohol, por lo tanto es difícil que una persona alcohólica se mantenga lejos del consumo de esta sustancia.

Conforme avanzan los procesos de recuperación, hay historias que coinciden y se comparten entre los grupos, lo que favorece la creación de redes de apoyo y lazos sólidos, ven la realidad y se dan cuenta de que es mejor la vida sin alcohol, trascienden para ser mejores personas día a día, experimentan diversos sentimientos, como sentirse plenos y satisfechos consigo mismo y les da señal de que les gusta su vida sin alcohol. Finalmente, ven la luz, la cual no habían visto en un largo tiempo. Por lo tanto, los grupos de ayuda, de apoyo, de acompañamiento, etc., juegan un papel muy importante para lograr el bienestar integral en las personas.

Los conceptos de vulnerabilidad estructural y relacional atraviesan el proceso de recuperación de las personas con alcoholismo y explica las causas fundamentales que fomentan el consumo del alcohol, con estos conceptos la persona deja de ser solo una patología u órgano que debe ser tratado, sino es vista como una persona que es atravesada por factores sociales, económicos y políticos que aumentan o disminuyen su salud.

Dentro del proceso de recuperación, el acompañamiento de los profesionales de la salud es mínimo o nulo por la poca sensibilización ante este fenómeno, las personas en su fase de alcoholismo activo o período de abstinencia, periodos caracterizados por presentar síntomas físicos, acuden para recibir atención sanitaria, pero han sido rechazados o estigmatizados en la atención.

El fenómeno del alcoholismo abordada desde la perspectiva biomédica patologiza e individualiza, lo que representa un área de oportunidad para seguir contribuyendo con investigaciones como estas, haciendo énfasis en los procesos de formación de los profesionales de la salud. Enfermería, por ejemplo, deberá incluir en su plan curricular el estudio del alcoholismo con un enfoque bio-psico-social, con todo lo que involucra la parte social, no solo como variable. Es importante que se dialogue sobre el alcoholismo para abordar y brindar cuidados a las personas que lo sufren, que sin duda alguna aqueja y si no es abordado tempranamente seguirá prevaleciendo y afectando la salud de las personas mexicanas.

8.2 Propuestas.

En primer lugar, las y los profesionales de enfermería deben de mostrar empatía, un vale que caracteriza a la profesión, los cuidados deben de llevarse a cabo sin distinción, las personas que sufren de alcoholismo son personas y como tales deben de ser tratados con dignidad, no se debe de victimizar a la persona con alcoholismo porque hay un “*todo*” que lo lleva a consumir. El alcoholismo va más allá de una condición patológica, se trata de una situación compleja y muy difícil su afrontamiento desde el ámbito individual, familiar y social por lo cual no se puede reducir este problema de salud pública en la perspectiva del modelo biomédico.

Como propuestas concretas, con base a lo encontrado y vivido en esta investigación en la interacción con las personas que han vivido en carne propia situaciones de rechazo, prejuicios, revictimización, propongo las siguientes intervenciones como profesional de enfermería:

- Conversatorios entre profesionales donde se aborde este problema de salud.
- Fomentar la participación y colaboración interprofesional entre el equipo de salud y las personas con alcoholismo y sus familias, para crear programas de atención primaria para la prevención del consumo de alcohol, programas sobre reducción de riesgos y daños, atención y manejo de personas con sobredosis de alcohol y/o periodo de abstinencia.
- Fomentar el trabajo coordinado y planificado con las redes de apoyo disponibles en las comunidades, como lo son los grupos de autoayuda, grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos.
- Integrar cursos, optativas, talleres o micro talleres, en la formación del profesional de salud que aborden el tema del alcoholismo, personas con uso de sustancia psicoactivas y demás grupos vulnerables, donde se incorporen evidencia científica disponible desde la voz de las personas que viven con estas situaciones, para generar una autentica y legitima preocupación por esta población.

Finalmente, esta investigación puede dar pie a que se ahonde más en el proceso de recuperación del alcoholismo y cooperación con grupos de autoayuda en otros contextos, y grupos de edad, realizar un análisis desde la perspectiva de género.

Referencias Bibliográficas

1. Brito G, y Iraizoz A. Repercusión social y análisis bioético del alcoholismo en pacientes del Grupo de Alcohólicos Anónimos de La Habana. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011[citado 2023 Nov 07]; 27(3): 307-322. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252011000300002&lng=es
2. López P, Noa L, Creagh Y, Viel H. Repercusión médico- ética y social del alcoholismo en el adulto mayor. *Revista Información Científica* [Internet]. 2010;66(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757305023>
3. Reyes, P y Antonia L. Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* [Internet]. 2004; 12 (spe):420-426. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000700018>
4. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2020. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>
6. Centros de Integración Juvenil. A.C. diagnóstico del consumo de drogas del área de influencia del CIJ Xochimilco. [Internet]. México: EBCO; 2018 [revisado 2018; citado 2022 marzo 31]. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9441/9441CD.html>
7. Centros de Integración Juvenil. A.C. Consumo de alcohol según jóvenes características diagnóstico del contexto sociodemográfico del área de influencia del

- CIJ Xochimilco. [Internet]. México: EBCO; 2018 [citado 2022 marzo 31]. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9441/9441CSD.html>
8. Belén M, Fernández A. y Loba da Costa M. Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 18 a 24 años. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2013 [consultado 31 Mar 2022]; 47 (5): 1-7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HDTg3mcnw68DnBRh6Cx7Mph/?format=pdf&lang=es>
 9. Siu-Man N, Rentala S, Chan C, Bheemappa R. Nurse-Led Body–Mind–Spirit Based Relapse Prevention Intervention for People with Diagnosis of Alcohol Use Disorder at a Mental Health Care Setting, India. *Journal of Addictions Nursing*. [Internet] 2020 [consultado 26 abril 2022]; 31 (4):276-86. Disponible en: 10.1097/JAN.0000000000000368
 10. Míguez M. y Permuy B. Características del alcoholismo en mujeres. *Rev. Fac. Med.* [Internet] 2017 [consultado 19 Mar 2022]; 65 (1):15-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00015.pdf>
 11. Ortiz A., Soriano A., Meza D., Martínez R. y Galván J. Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*. [Internet] 2006 [consultado 19 Mar 2022]; 29 (5):32-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-32.pdf>
 12. Cáceres D., Cáceres C., Colimil F. y Ramírez D. Análisis interdisciplinar con perspectiva de género del alcoholismo en mujeres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. [Internet] 2020 [consultado 19 Mar 2022]; 36 (1):1-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi201e.pdf>
 13. Morales B, Plazas M, Sanchez R, Ventura C. Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2011 [consultado 31 Mar 2022]; 19 (x): 673-683. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/LfYwnqQfnTmHSJBJ6Y34RRN/?format=pdf&lang=es>

14. Mosqueda-Díaz A. y Ferriani M. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2011 [consultado 31 Mar 2022]; 19 (x):790-795. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/LMkjkMJtXCspXhKV4v9FzRf/?format=pdf&lang=es>
15. Villatoro J., Bustos M., Amador N., Gutiérrez M., Mondragón R y Medina-Mora M. ¿Estamos haciendo lo necesario para prevenir y disminuir el consumo de alcohol? *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*. [Internet] 2022 [consultado 19 Mar 2022]; 8 (1):3-6. Disponible en: <https://doi.org/10.28931/riiad.2022.1.01>
16. Carratalá E, Segura M. y Lloret Daniel. Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Salud y drogas*. [Internet]. 2008 [consultado 19 Mar 2022];8(2):119-135. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83912986001>
17. Urquieta J, Hernández-Avila M. y Hernández B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de México*. [Internet] 2006 [consultado 31 Mar 2022]; 48 (S1): S30-S40. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s1/a05v48s1.pdf>
18. Viegas R, Siqueira J, Donato M, Mauro M, Farias S, Silva B. Vivências de idosos alcoolistas: contribuições para a enfermagem gerontológica. *Rev enferm UERJ*. [Internet] 2020 [consultado 26 abril 2022]; 15 (1):1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.31376>
19. Souza J, Lima J. y Santos R. Alcoolismo Feminino: Subsídios para Prática de Enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet] 2008 [consultado 19 Mar 2022]; 12(4): 622-629. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TBWYWqbKDLZy5hdGMWhjTYw/?format=pdf&lang=pt>
20. China M. Conflictos éticos derivados de cuidar a pacientes drogodependientes. *ENE. Revista de Enfermería*. [Internet] 2012 [consultado 19 Mar 2022]; 6 (I): 60-69. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/11/10#>

21. Ahumada-Cortez J., Gámez-Medina M. y Valdez-Montero C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra ximhai*. [Internet] 2017 [consultado 19 Mar 2022]; 13 (2): 13-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
22. Colimil F. y Ramírez D. La opresión del género sobre las trayectorias de vida de mujeres alcohólicas. *Revista Temas Sociológicos*. [Internet] 2016 [consultado 19 Mar 2022]; xx (20): 111-135. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6780035>
23. Bettancourt, L. y Arena C. Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas. *Rev Esc Enferm*. [Internet] 2013 [consultado 19 Mar 2022]; 47 (6): 1381-88. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/7k8DL3kLms4pwyxt5tM6Ypw/?format=pdf&lang=es>
24. Vázquez A. y Stolkiner A. Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de Investigaciones*. [Internet] 2009 [consultado 12 abril 2022]; XVI, (X): 295-303. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945027.pdf>
25. Reyes P. y Villar M. Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Rev Latino-am Enfermagem*. [Internet] 2004 [consultado 19 Mar 2022]; 12 (número especial): 420-426. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tZvJMhT96m7TXs3pQq7Qsfg/?format=pdf&lang=es>
26. Bové H, Lisby M, Brúnés H, Norlyk A. Considering “the more” of patients suffering from alcohol use disorders. An illustration of acute nursing care from a lifeworld-led perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* [Internet] 2018 [consultado 26 abril 2022]; 26 (e31376): 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1783860>
27. Díaz-Heredia L., Muñoz-Sánchez A. y Durán-de Villalobos M. Recuperación de la adicción al alcohol: una transformación para promover la salud. *Aquichan*. [Internet] 2012 [consultado 19 Mar 2022]; 12 (2): 122-133. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n2/v12n2a04.pdf>

28. Noeremberg A, Schneider J, Nasi C, Wagner M, Barbosa de Pinho L., Ferraz L. Alcoholism in rural areas: biographical situation of relatives of patients admitted to a general hospital. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2019 [consultado 26 abril 2022]; 23 (4): 1-9. Disponible en: [10.1590/2177-9465-EAN-2019-0040](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0040)
29. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994 [revisión 1994; consultado 2022, marzo 01]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
30. Comisión Nacional Contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016. Disponible en: <https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/>
31. American Society of Addiction Medicine. New Definition for Alcoholism. *ASAM NEWS*. [Internet] 1990 [2022 marzo 01]; V (2): 1-9. Disponible en: https://www.asam.org/docs/default-source/publications/asam-news-archives/1990s/1990-3-4vol5-2ocr.pdf?sfvrsn=9ddb5bc2_6
32. Ochoa E, Madoz-Gúrpide A y Vicente N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de Alcohol. *Med Segur Trab* (2009); 55 (214): 26-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003&lng=es.
33. DSM IV-TR. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado. Masson, Barcelona 2002.
34. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de las enfermedades mentales. 1992
35. Torres A y Estrada C. Vulnerabilidad estructural y vulnerabilidad relacional. Historias de personas drogodependientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*; 2019; 22(1): 293-318. Disponible en: [epi191q.pdf \(medigraphic.com\)](https://www.medigraphic.com/epi191q.pdf)
36. Carruth L, Martinez C, Smith L, et al. Structural vulnerability: migration and health in social context. *BMJ Global Health*. 2021; 6: e005109 Disponible en: https://gh.bmj.com/content/6/Suppl_1/e005109

37. Rivera C, Quesada J y Holmes S. Structural vulnerability and new perspectives in social medicine on the health of immigrants: Interview with James Quesada and Seth M. Holmes. *Salud Colectiva*. 2019; 15: e2146. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2146/1515>
38. Bonet J. La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención. *REDES*. 2006; 11(4): 1-17. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/26450457>
39. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. Alcohólicos Anonimos México. 2019. Disponible en: <https://aamexico.org.mx/>
40. Rosovsky H. Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. Saberes y razones. [Internet] 2009 [consultado 31 Mar 2022]; X (29): 13-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n29/n29a2.pdf>
41. Alcohólicos Anónimos. Doce pasos y doce tradiciones. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc; 1995.
42. Castillo P. y Gutiérrez A. Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental*. [Internet] 2008 [consultado 19 Mar 2022]; 31 (5): 351-359. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n5/v31n5a3.pdf>
43. Ruiz G. y Medina-Mora M. La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*. [Internet] 2014 [consultado 19 Mar 2022]; 37 (1): 1-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n1/v37n1a1.pdf>
44. Fonte D, Cabrera G, Acevedo G. Características del alcoholismo. Policlínico Carlos Manuel Portuondo Municipio Marianao, 2012- 2013. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. [Internet] 2014 [consultado 19 Mar 2022]; 11 (S1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54476>
45. Manzano M, y Fernandez-Conde M. El profesional de enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes. ¿Es eficaz nuestra intervención en el medio escolar? *Rev. enferm. CyL*. [Internet] 2009 [consultado 19 Mar 2022]; 1 (1): 2-12. Disponible en:

- <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/11#:~:text=Conclusiones%3A,de%20enfermer%C3%ADa%20a%20los%20adolescentes>
46. Casique L., Muñoz T. y Herrera J. Estudio comparativo en el comportamiento anterior y actual del dependiente de alcohol en proceso de rehabilitación. *Rev Cuid.* [Internet] 2015 [consultado 31 Mar 2022]; 6(2): 1070-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a07.pdf>
 47. Monteiro C., Dourado G., Graça Junior C., Freire A. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. *Esc Anna Nery.* [Internet] 2011 [consultado 31 Mar 2022]; 15 (3): 567-572. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bwffjGg98KvY3sGFqPgBJDjj/?format=pdf&lang=pt>
 48. Doyle M., Guthrie J., Butler T., Shakeshaft A., Conigrave K., Williams, M. Onset and trajectory of alcohol and other drug use among Aboriginal men entering a prison treatment program: A qualitative study. *Drug and Alcohol Review.* [Internet] 2020 [consultado 31 Mar 2022]; 39 (6): 704-712. Disponible en: <https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/149496>
 49. Palmer L, Norton S, Jones M, Rona R, Goodwin L, Fear N. Trajectories of alcohol misuse among the UK Armed Forces over a 12-year period. *Addiction.* [Internet] 2021 [consultado 31 Mar 2022]; 117 (1): 57-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34288194/>
 50. Consejo de Evaluación del Desarrollo Social. Documento de Trabajo Estadísticas Socio-demográficas Delegación: Xochimilco Censo de Población y Vivienda 2010. EVALUA; 2010 [consultado: 2023, mayo 31]. Disponible en: https://evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/files/Estudios/Estadisticas/doc_Xochi_10_15.pdf
 51. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Xochimilco, Ciudad de México (09013) [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09013#collapse-Indicadores>
 52. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Compendio de Información Geográfica Municipal 2010, Xochimilco, Distrito Federal. 2012. Disponible en:

- https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/09/09013.pdf
53. Alatraste, O. Xochimilco: Aspectos histórico-culturales. Decires [Internet]. 2021 [Consultado 31 mayo 2023]; 7(7): 119-139. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/cepe.14059134e.2005.7.7.127>
 54. Peralta, A. Xochimilco y su patrimonio cultural: memoria viva de un pueblo lacustre [Internet]. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2011. [consultado: 2023, mayo 31]. Disponible en: <http://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/libro%3A474>
 55. Data México. Xochimilco. Municipio de Ciudad de México [Internet]. México: Gobierno de México [Consultado: 20 septiembre 2023] Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xochimilco>
 56. López, H. Los once tipos de familias en México. Instituto de Investigaciones Sociales. 2016; Disponible en: <https://www.amai.org/revistaAMAI/47-2016/6.pdf>
 57. Taylor S. y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987
 58. Otzen, T. y Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int. J. Morphol. [Internet] 2017 [consultado 20 octubre 2022]; 35(1):227-232. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
 59. Graneheim U. y Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today [Internet] 2003 [consultado 20 octubre 2022]; 24: 105–112. Disponible en: 10.1016/j.dent.2003.10.001
 60. Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa. España: Ediciones Morara; 2012.
 61. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: Diario oficial de la Federación; 1983. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
 62. Principios Éticos para la Investigación en la ENEO; 2020. Disponible en: <https://web.eneo.unam.mx/wp-content/uploads/2021/11/Documento-3-PRINCIPIOS-ETICOS-INVESTIGACION-ENEO.pdf>

63. Ryan-Nicholls y Constance W. Rigour in qualitative research: mechanisms for control. *Nurse researcher*; 2009, 16 (3). Disponible en: [10.7748/nr2009.04.16.3.70.c6947](https://doi.org/10.7748/nr2009.04.16.3.70.c6947)
64. Jootun, D, McGhee, G, y Marland, G. Reflexivity: promoting rigour in qualitative research. *Nursing Standard*. 2009; 23(23): 42–46. Disponible en: [10.7748/ns2009.02.23.23.42.c6800](https://doi.org/10.7748/ns2009.02.23.23.42.c6800)
65. Palacio C. La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones Teológicas*. 2015; 42(98): 459-481. Disponible en: [v42n98a09.pdf](https://doi.org/10.15446/ct.v42n98a09) (scielo.org.co)
66. Dilthey, W. *La esencia de la filosofía*. LOZADA. Buenos Aires: 2003.
67. García-Maldonado A. Modelo de enfermería: Resignificación. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2022;30(2):21-24. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1288/1177
68. Menéndez E y Pardo R. Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales [Internet]*. 2006; (20):29-52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13902002>
69. Duffy D, y de Lellis M. Concepciones de los profesionales del sistema de salud sobre el consumo de alcohol. *Anuario de Investigaciones [Internet]*. 2014; XXI ():207-2015. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994020>
70. Menéndez, N. Los médicos como cronistas del alcoholismo, de la mortalidad y de la criminalidad (1870-1910). *Cuicuilco. Rev. cienc. antropol. [Internet]*. 2018; 25(71):85-109. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/crca/v25n71/2448-8488-crca-25-71-85.pdf>
71. Lema LF, Varela MT, Duarte C, Bonilla MV. Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011; 29(3): 264-271. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000300007
72. Díaz-Heredia L., Muñoz-Sánchez A. Durán-de Villalobos M. Recuperación de la adicción al alcohol: una transformación para promover la salud. *Aquichan [Internet]*.

2012;12(2):122-133. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124103004>

73. Campillo Serrano C. V. La formación de especialistas en problemas de adicción.

RFM [Internet]. 1992 ; 2(2). Disponible en :

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74580>

74. de la Fuente JR, Kershenobich D. I. El alcoholismo como problema médico. RFM

[Internet]. 1992 ; 2(2). Disponible en :

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74093>

75. Laguna J. VI. Las instituciones de educación superior frente a las adicciones. RFM

[Internet]. 1992 ; 2(2). Disponible en :

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74098>

Anexos.

Anexo 1. Guía de entrevista

CONFIGURACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PERSONAS CON ALCOHOLISMO DE UN CENTRO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE XOCHIMILCO

Objetivos:

General

- Describir la configuración del proceso de recuperación de personas con alcoholismo de un centro de Alcohólicos Anónimos de Xochimilco.

Específicos

- Conocer el proceso de recuperación de personas con alcoholismo de un centro de Alcohólicos Anónimos de Xochimilco.
- Identificar el proceso de recuperación de personas con alcoholismo de un centro de Alcohólicos Anónimos de Xochimilco.
- Identificar la configuración del proceso de recuperación de personas con alcoholismo de un centro de Alcohólicos Anónimos de Xochimilco.

GUIA DE ENTREVISTA

DOMINIOS DEL TEMA	CATEGORÍAS DEL TEMA	PUNTOS DE LAS PREGUNTAS	REFLEXIONES DEL INVESTIGADOR
<i>Inicio de la Recuperación</i>	Decisión de rehabilitarse. Inicio de la recuperación	<ul style="list-style-type: none">● ¿Qué le motivó o llevó a iniciar el proceso de recuperación? o ¿Cómo fue que inició el proceso? (platiqueme)	En este apartado pretendo escuchar sobre el inicio de su recuperación. Si la respuesta es escasa podría preguntar sobre el día en el que ellos llegaron y cómo.
<i>Proceso de recuperación</i>	Desarrollo de su recuperación	<ul style="list-style-type: none">● Cuénteme, ¿cómo ha sido el proceso de recuperación?● ¿Cómo ha sido su vida diaria ahora que se encuentra	En este apartado busco que me narren su proceso de recuperación, como ha sido su experiencia.

		en el proceso de recuperación?	Se puede preguntar sobre un día específico: “Cuénteme un día normal de su vida diaria”
<i>Configuración del proceso de recuperación</i>	Redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes le han acompañado en este proceso y como ha sido? • ¿Qué lo motiva a seguir en proceso de recuperación? o ¿qué significa para usted este proceso de recuperación? 	<p>Quienes la han acompañado en todo el proceso, y cómo ha sido el acompañamiento.</p> <p>En este apartado pretendo conocer cuál es su configuración de su proceso de recuperación.</p>

Anexo 2. Carta de consentimiento informado



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Configuración del proceso de recuperación de personas con alcoholismo de un centro de Alcohólicos Anónimos de Xochimilco.

Estimada (o) participante, por favor tómese el tiempo que usted necesite, para leer la siguiente información.

Usted ha sido invitada (o) a participar en el presente proyecto de investigación, elaborado por mí, Ruth Areli Reyes Ocampo, actualmente soy pasante de la Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia- UNAM. Esta investigación se realiza con el objetivo de comprender la configuración del proceso de recuperación de personas con alcoholismo, que asisten a un centro de Alcohólicos Anónimos.

Toda información que usted proporcione durante la entrevista será de manera confidencial, se protegerá en todo momento su identidad, la información será utilizada con fines de investigación sin riesgo alguno, conservando completamente la confidencialidad y el anonimato de los datos, ya que la identidad se manejará con pseudónimos. Esta información será plasmada en un proyecto de titulación, una tesis que será publicada, pero se guardará el anonimato en todo momento. Se grabará su voz, se tomarán algunas notas durante la entrevista y si es posible la toma de fotografías para alcanzar el objetivo de la investigación.

Usted no tiene que participar forzosamente, está en plena libertad de negarse a participar. La información que usted nos proporcione ayudará a los profesionales de enfermería a comprender el proceso de recuperación de una persona que padece la enfermedad de alcoholismo. Muchas gracias.

Cualquier duda se puede comunicar al siguiente correo electrónico o número telefónico:

- rutharely99ocampo@gmail.com
- 55-25-66-34-82

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

Nombre y Firma