



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA EXPERIENCIA DE TOCAR FONDO EN  
ALCOHOLICOS ANONIMOS:

- a) MANIFESTACIONES DEL ALCOHOLISMO,
- b) UNA CONSTRUCCION SOCIAL

## TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
p r e s e n t a

**LOURDES GONZALEZ URIBE**

Director: Cuauhtémoc G. Pérez López

México, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA LE CR.GEN



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 está 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.

## **INDICE**

### **INTRODUCCION**

**CAPITULO I. Panorama general del alcoholismo** 1

**CAPITULO II. Alcohólicos Anónimos: una propuesta social de tratamiento** 11

**CAPITULO III. Experiencia de Tocar Fondo: una construcción social** 22

### **METODO Y RESULTADOS**

*Selección de muestra* 28

*Instrumento* 28

*Procedimiento* 29

*Resultados* 31

*Análisis* 32

**DISCUSION Y CONCLUSIONES** 36

**ANEXOS, CUADRO Y GRAFICAS**

**REFERENCIAS**

## **INTRODUCCION**

*En la actualidad, el alcoholismo es uno de los problemas sociales y económicos cuya influencia es cada vez mayor en la sociedad mexicana. Diariamente se pierden horas-trabajo a consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Asimismo, un porcentaje significativo de accidentes son provocados por personas que han ingerido bebidas embriagantes. Por otro lado, preocupa el hecho de que la aparición en el mercado de bebidas "legales" como los coolers y sangrías, con reducido grado de alcohol, haya producido un incremento de consumo de alcohol entre los adolescentes.*

*No obstante el esfuerzo del sector salud en casi todos los países del mundo, por reducir el consumo de alcohol en la población, las empresas productoras de bebidas alcohólicas incrementan día a día sus volúmenes de producción. Su influencia es tal que gran cantidad de eventos y espectáculos políticos, culturales, sociales y deportivos son patrocinados y/o subvencionados por estas compañías. Esto se refleja en la cantidad de espacios comerciales ocupados por la publicidad de bebidas alcohólicas, en los diferentes medios de comunicación.*

*Si bien el consumo de alcohol ha estado siempre presente en las diferentes épocas y culturas, de la historia de la humanidad, su estudio, definido como una problemática social, da inicio a partir de la segunda mitad del presente siglo. Tras un periodo de indefinición e incertidumbre, actualmente, los psiquiatras, psicólogos, médicos y profesionistas de otras disciplinas, parecen estar de acuerdo en definir al alcoholismo como una enfermedad en la que multiplicidad de factores propician su desarrollo; de ahí la dificultad para conocer su etiología, formas de prevención y, desde luego su opciones de tratamiento.*

*No obstante, bajo esta perspectiva, han emergido una serie de propuestas terapéuticas para su tratamiento y, en los últimos años, se han generado diversos programas para su prevención.*

*Dentro de los tratamientos y terapias que han surgido para la atención del paciente alcohólico y sus familiares, en nuestro país ha tenido, en los últimos diez años, un auge considerable, la propuesta de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA). Los miembros de AA reconocen haber logrado dejar la bebida en forma más efectiva que la alcanzada a través de otras terapias. Además reportan haber encontrado un estado de mayor equilibrio y armonía en todas sus funciones, el cual les ha permitido la reorganización de sus vidas.*

*Los beneficios alcanzados por nosotros, agregan los miembros de AA, son debidos al programa de acción y la filosofía que lo sustenta.*

*Parte fundamental para su recuperación es, sin lugar a dudas, la construcción de la experiencia de tocar fondo. La cual podría calificarse como la llave para la recuperación de su enfermedad.*

*La oportunidad de realizar trabajos que aporten información acerca del funcionamiento de esta propuesta de tratamiento, propiciará el intercambio de experiencias y conocimientos, entre este tipo de asociaciones de autoayuda y la comunidad de profesionistas dedicados al estudio, tratamiento y prevención del alcoholismo. Esto generará el fortalecimiento recíproco y, naturalmente, la posibilidad de generar nuevas y mejores opciones de atención para esta problemática.*

*El presente trabajo es parte de un estudio en el que, además de México, participan otros seis países y cuyos objetivos principales son, describir y explicar el funcionamiento de los grupos de AA y, al mismo tiempo, realizar una comparación transcultural.*

*Aquí se analizan las descripciones de la experiencia de tocar fondo, reportadas por una muestra de miembros de grupos de Alcohólicos Anónimos del Distrito Federal y Zona Conurbada.*

*En el primer capítulo de este trabajo son presentadas la descripción de los aspectos generales del alcoholismo, tales como su definición, su etiología y la personalidad del alcohólico; asimismo, son esbozados el panorama de las diferentes aproximaciones de tratamiento y los resultados de investigaciones epidemiológicas realizadas en nuestro país.*

*El capítulo II versa sobre los antecedentes, organización, normas y proceso de recuperación del programa de AA. En el mismo, se discuten trabajos que abordan el estudio de los grupos de Alcohólicos Anónimos.*

*En el capítulo tercero se revisa la experiencia de tocar fondo, como se dijo antes, pilar en el proceso de recuperación, desde una perspectiva sociológica; en donde se analiza como una construcción social generada a través de la interacción de el(los) miembro(s) con el resto de los integrantes del grupo social -en este caso, miembros del grupo AA.*

*Las características y número de los sujetos, los instrumentos utilizados, el procedimiento para la aplicación de estos últimos, así como los resultados y sus análisis son presentados en el capítulo IV.*

*Finalmente, los principales hallazgos encontrados, así como las conclusiones de este trabajo, son presentadas en el capítulo denominado *Discusión y Conclusiones*.*

***CAPITULO I***

***Panorama general del  
alcoholismo***

*A lo largo de la historia de la humanidad el alcohol se ha incorporado a la vida del hombre y ha oscilado desde el uso moderado y placentero, hasta el abuso y dependencia, convirtiéndolo en un agente patógeno de alto riesgo.*

*El origen preciso de las bebidas alcohólicas se pierde en la prehistoria humana. Desde las civilizaciones más antiguas se dio al alcohol un lugar importante en ritos y ceremonias como: muerte, nacimiento, unión e iniciación de jóvenes a la vida adulta, ritos y misas entre otras. El consumo de alcohol se extendió rápidamente convirtiéndose en parte de los hábitos alimenticios del hombre (39,47,57).*

*En la lucha del hombre por civilizarse, le acompañó el desarrollo y refinamiento de las bebidas alcohólicas; multiplicó y proliferó usos y costumbres alcoholizantes, mucho más rápido que sus propios logros alimenticios, inclusive como un determinado y específico proceso preliminar a la alimentación. Por lo que con el tiempo el hábito del consumo de alcohol se hizo costumbre y la costumbre tradición y ésta a su vez un hecho sociocultural (38,57).*

*En nuestro país, el consumo del alcohol tiene sus raíces profundamente enclavados en el México Prehispánico. Si se añade a esta tradición el legado de los españoles y la actual tendencia de la sociedad de consumir el alcohol, se encuentran cifras verdaderamente alarmantes en los que se refiere al crecimiento del uso y el abuso de las bebidas alcohólicas (57).*

*Antes de la conquista, las bebidas alcohólicas no eran producidas en México en forma industrial. La mayor parte eran producto de fermentación (como el pulque y la chicha) de bajo contenido alcohólico. No fue sino hasta la época colonial, cuando con la introducción del alambique, aparecieron los productos destilados entre los indígenas. Entonces surgieron bebidas regionales con un alto contenido alcohólico, como el tequila, y el aguardiente, entre otras (33).*

*El gran desarrollo en la producción y refinamiento de bebidas alcoholizantes ha ocasionado también un desarrollo e incremento en sus consecuencias, primeramente sobre el individuo y después en su medio.*

*El consumo de alcohol, como se mencionó anteriormente tiene grandes repercusiones en todas las esferas del individuo. Ante estas consecuencias Gybbons (19) la considera como la droga más devastadora.*

*Los problemas ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas han sido motivo de preocupación, no sólo para las autoridades de salud, sino para los diferentes sectores de la población debido a las graves consecuencias que dichos problemas traen consigo*

*abarcando todas las facetas de la existencia humana, generando desórdenes de carácter biológico-psicológico-social (3,47).*

*Actualmente el alcoholismo es un problema multifacético y multicausal que constituye uno de los mayores problemas sociales que afectan a grandes sectores de la humanidad. Esto se ve reflejado tanto en el número cada vez mayor de personas que se ven involucradas en él, como por las consecuencias negativas que acarrea en los campos familiares, social, económico laboral, etc (54,57).*

*Sin embargo, en muchas ocasiones el alcoholismo como un problema social llega a ser visto como algo "natural" en la configuración y desarrollo de grupos, estilos de vida y constelaciones familiares, con características particulares que giran alrededor de él, como son: la amplia aceptación del alcohol en nuestra sociedad; la falta de una distinción clara entre uso social y uso excesivo; y, el placer que la gente obtiene del consumo de alcohol (57). Asimismo, Kessel y cols. (23), consideran que el alcoholismo se extiende tan sólo cuando la sociedad fomenta la bebida. Cualquiera que sean las dificultades psicológicas del individuo a menos que las circunstancias sociales sean favorables, las personas conseguirán enfrentarse a ellas en otra forma que no sea a través de la bebida excesiva.*

*Algunos estudios etnográficos como los realizados por Rojas coinciden en señalar que existen algunos elementos culturales comunes, como el significado que se le atribuye al alcohol de ser una forma de estrechar los vínculos de amistad y de cohesión social (39,47).*

*Cuando se trata de estudiar un fenómeno como éste surgen invariablemente algunas preguntas referidas a su definición, orígenes y desarrollo. Preguntas cruciales que no obstante de serlo, son contestados con criterios parciales y personales de quienes las tratan de responder, y no como un problema social sumamente complejo.*

*En lo que respecta a su definición, desde que este fenómeno existe, se ha intentado definirlo de acuerdo con los conocimientos que se tienen y también conforme a la formación doctrinaria de quien propone la definición (54,57). Así, en 1952, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición a este fenómeno, la cual dice:*

*"Los alcohólicos son los que beben en exceso y dependen del alcohol a tal grado que muestran un desajuste mental notable o interferencia en la salud de su cuerpo y mente, sus relaciones interpersonales y un inadecuado funcionamiento social y económico; o aquellos que muestran signos indicativos de tales desarrollos. Por lo tanto requieren un tratamiento" (47: pág. 19; 54: pág. 24).*



*Otro concepto que ha sido propuesto es el que refiere el DSMIII-R (1) el cual define:*

*"en la dependencia al alcohol el sujeto no es consciente de la falta de control: necesita tomar cada día una cantidad determinada de alcohol, pero no existe la compulsión a exceder tal cantidad. Puede que el sujeto no reconozca que tiene un problema con el alcohol hasta que, por alguna razón, tiene que dejar de beber y experimenta los síntomas de abstinencia." (pág 211).*

*A partir de estas definiciones se han hecho diversos intentos por especificar, clasificar y redefinir lo que significa alcoholismo, pero siempre han surgido divergencias debido a su complejidad como fenómeno y a sus consecuencias. No obstante, dentro de la gama de propuestas existe cierta homogeneidad en conceptos como: consumo excesivo, enfermedad crónica, trastorno conductual, perturbación de relaciones interpersonales, laborales, familiares, dependencia, y tolerancia (1,22,53).*

*En lo que respecta al inicio del consumo de alcohol, ya sea de forma ocasional, moderada o excesiva, éste tiene su origen en patrones sociales y culturales, entre los que se destacan por la frecuencia con la que aparecen aquellos en que se comparten bebidas alcohólicas, bien sea como un mediador de las relaciones sociales e interpersonales, o por su efecto estimulante y desinhibidor.*

*De esta manera Zarate (57) considera que el consumo de alcohol generalmente se inicia en la adolescencia o en la edad adulta joven, habitualmente para sociabilizar, frecuentemente como una forma de aceptación o de adquirir prestigio, como una manera de explorar la sensación de estar dentro de la categoría de "adulto independiente".*

*Hay otros factores que pertenecen o se relacionan con motivos de índole psicosocial, como es el grado en el cual una cultura genera en los individuos fuerte necesidad de adaptación o tensiones internas; en cuyo caso la ingesta de alcohol es favorecida como un reductor de tensión, así como las actitudes que propicia la comunidad entre sus miembros respecto al consumo de bebidas alcohólicas y la medida en que posee sustitutos para la satisfacción de sus necesidades. Podría afirmarse que el alcoholismo es una enfermedad que presenta una falla en la adaptación, un rompimiento en el intento del organismo por mantener el proceso biológico autorregulado (47).*

*El impacto del alcoholismo se mide por sus consecuencias que en algunos casos son evidentes y en otros pueden ser encubiertos por la familia o el medio. Individualmente estas consecuencias no son percibidas a corto plazo, pero tomando al grupo social como referencia, se convierten en un problema de proporciones graves.*

*El cambio en la conceptualización de este fenómeno, al dejar de verlo como un vicio, para considerarlo como una enfermedad llevó posteriormente a no limitar su campo*

*de estudio exclusivamente al área médica, ya que el uso y, sobre todo el abuso, de la bebidas alcohólicas tiene raíces y grandes consecuencias que rebasan ampliamente los límites de la medicina (47).*

*Bajo esta aproximación, los problemas del consumo de alcohol deben considerarse como patrones de comportamiento socialmente adquiridos o que se mantienen por antecedentes de naturaleza sociológica o psicológica, tales como: reducción de la ansiedad, incremento en el reconocimiento social, evitación de síntomas fisiológicos por la abstinencia, entre otros. Los factores socioculturales y económicos juegan un papel causal importante en distintos grupos humanos, ya que estos intervienen estrechamente en el iniciar y mantener la conducta de beber, por lo cual debe recibir considerable atención (26,47).*

*Como se mencionó anteriormente el cambio en la concepción del fenómeno alcoholismo visto como un vicio hasta una conducta socialmente aprendida y llegar a considerarlo como una enfermedad tomando en consideración todo lo que subyace en este cambio, ha ocasionado un constante interés en diferentes disciplinas por intentar conocer el desarrollo y las repercusiones sociales e individuales de manera más precisa de las que hasta ahora ha tenido.*

*En México existen varios estudios epidemiológicos sobre alcoholismo (6,46,47) que intentan conocer los cambios que este fenómeno ha tenido a lo largo del tiempo; pero su comparación se dificulta por la diferencia de parámetros empleados y, especialmente, por la diversidad de grupos poblacionales a los que se hace referencia (población general, enfermos hospitalarios, adultos, adolescentes, población urbana, etc). Entre otras razones es difícil lograr su integración y resulta más confiable desarrollar estudios nacionales, mediante la selección de una muestra representativa.*

*Teniendo en consideración las limitaciones obtenidas en los estudios previos, las investigaciones realizadas en México sobre este problema han pasado por tres etapas generales: la primera, se caracteriza básicamente por encontrar definiciones estrictas, es decir los estudios se enfocaban exclusivamente hacia la descripción de los alcohólicos. En la segunda etapa, se trataban de buscar definiciones más amplias en grupos restringidos, como estudios de zonas rurales e indígenas en México, dirigidas hacia el análisis de aspectos monográficos, tales como descripciones ceremoniales y rituales para el procesamiento de bebidas típicas (principalmente el pulque), así como para su consumo. Después, se realizaron trabajos sobre las actitudes o valores que promueven los nuevos patrones de consumo.*

Finalmente, en la tercera etapa se encuentran las encuestas en grandes poblaciones, éstas surgen a partir de la necesidad de conocer con precisión la magnitud del problema a nivel nacional (33,39,47).

Como ejemplo de esta etapa en 1980 la UNAM llevó a cabo una encuesta entre 5,225 estudiantes universitarios, en la cual se encontró que el 27.6% no bebian, el 45.6% eran bebedores ocasionales y los bebedores habituales constituían el 26.7%. Las mujeres reportaron mayores porcentajes en los grupos de no bebedores y de bebedores ocasionales y menor porcentaje en el grupo de bebedores habituales esto es el 11.9% contra 32% en los hombres (47).

Guimaraes (18), en 1985 realizó otro estudio en la comunidad universitaria de cuatro facultades reuniendo una muestra de 161 estudiantes. Algunos de los resultados revelan que hacia los 18 años o menos, los hombres tienen ya un consumo de alcohol frecuente. En cambio, las mujeres comenzaron a beber con mayor frecuencia entre los 19 y los 21 años. La frecuencia de consumo de los estudiantes es de 1 ó 2 veces por semana, teniendo un consumo mayor de 3.5 vasos de cerveza (46.4%).

Guimaraes, concluye que en estos estudios realizados se puede constatar la ocurrencia de un cambio importante en el patrón de consumo de alcohol al pasar de un grupo poblacional de 14 a 17 años, al grupo de 18 a 24 años. Asimismo, no solo ha disminuido considerablemente el número de abstemios entre estos 2 grupos, sino también, ha habido una cierta tendencia a adoptar entre los bebedores formas más graves de consumo en el grupo de 18 a 24 años.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en 1988, realizaron un estudio a nivel nacional denominado Encuesta Nacional de Adicciones (46). Esta encuesta arrojó cifras que señalan que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población urbana de 12 a 17 años es de 27.6 % y para los individuos de 18 a 65 años es de 33.5%. Estos tienen un frecuencia de embriaguez de cuando menos una vez al mes, también se encontró que uno de cada ocho adultos mexicanos mayores de 24 años tienen problemas con el alcohol y un gran número de ellos son alcohólicos. Es importante señalar que estas cifras subestiman la magnitud del problema por considerar solamente a la población urbana (46,47).

Otro estudio realizado durante los años de 1991 y 1992 por parte de la Secretaría de Educación Pública a través del Instituto Mexicano de Psiquiatría, llevó a cabo la Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, con una muestra de 79,220 estudiantes de nivel secundaria y preparatoria.

*En los resultados de este estudio, hasta el momento se reportan prevalencias de consumo en 6 entidades: D.F., Oaxaca, Jalisco, Baja California Norte, Tamaulipas y Chiapas en estos se encontraron cifras que indican que el mayor consumo de las drogas estudiadas es el alcohol y el tabaco.*

*En cuanto al consumo de alcohol en estos 6 estados en la categoría de haber consumido en alguna ocasión durante el mes anterior al estudio fue de un rango de 9% al 21%. Entre el 5% y el 11% reportó haber consumido de 5 o más copas por lo menos una vez al mes. El 3% y el 5% de los estudiantes indicó embriagarse por lo menos 1 vez a la semana (38).*

*Un estudio periódico sobre las tendencias del consumo de las drogas es el que realiza Centro de Información en Farmacodependencia adscrito al Instituto Mexicano de Psiquiatría, el cual realiza la Aplicación de la Cédula "Informe Individual Sobre Consumo de Drogas" llevada a cabo en el Area Metropolitana. En su última aplicación (junio de 1992) con una muestra de 389 sujetos de 44 instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia, se encontró que el consumo de alcohol se ha incrementado de 36.6% en 1986 a 53.7% para 1992. A la edad 15 a 19 años (31.3%) se presentó el consumo por primera vez y la edad en la cual se inició propiamente el consumo de alcohol es de 15 a 24 años el cual representa el 65.6% (34).*

*Estos estudios como muchos otros han dado como resultado determinar y admitir que la característica principal del alcoholismo, como se ha mencionado antes, es su complejidad como fenómeno individual y social, lo que lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes, es decir, rasgos de personalidad que tienen un papel importante en la etiología del alcoholismo. Se puede decir que en una forma paralela para obtener una definición y conocer algunos aspectos relacionados con este fenómeno, se han intentado determinar estos rasgos significativos del alcohólico a partir de investigaciones o estudios. Algunos de estos estudios se basan en la aplicación de pruebas de evaluación de la personalidad (13,24,25,31). Otros a través de la evaluación de los alcohólicos en consulta externa (11,26,28).*

*En los grupos de Alcohólicos Anónimos se dice que "el alcohólico nace, no se hace", lo cual sugiere como lo considera Elsenberg y cols. (13) que pudiera existir un factor bien definido de personalidad que hace al alcohólico susceptible y lo condiciona a la ingesta excesiva de alcohol.*

*Los estudios de Levy (26), le han llevado a considerar que el alcoholismo crónico tiene repercusiones en el ego del alcohólico, lo que ocasiona que no funcionen sus defensas. Este hecho es debido a que el paciente niega la oportunidad de desarrollar otras*

*defensas, porque las funciones del ego, incluyendo la capacidad de juicio, razonamiento, retraso de acción y autoobservación están atrofiadas por el consumo crónico.*

*La gran mayoría de los estudios de carácter psicológico estudian la personalidad de los alcohólicos y se centran en los hábitos y características de personalidad y síntomas psiquiátricos que permiten distinguir a un alcohólico (49). Otras investigaciones se basan en la aplicación de pruebas que evalúan la personalidad o modificación de inventarios para aplicarlos en diferentes muestras (13,24).*

*Los resultados de este tipo de trabajos muestran que los alcohólicos presentan una personalidad neurótica, antisocial, son sexual y emocionalmente inmaduros, hay tendencia al aislamiento, son dependientes, con incapacidad de establecer relaciones adecuadamente, presentan un manejo inadecuado de la frustración y ansiedad; son individuos compulsivos con afectos depresivos, débiles de carácter, pasivos, inseguros, con sentimientos de inferioridad, egocentrismo, labilidad emocional, incremento en la conducta delictiva y la negación de su problema (3,13,22,24,27,31,54).*

*Esta gran diversidad de características determinadas en el alcohólico han llevado a considerar, señala Blumberg (3), la existencia de una personalidad pre-alcohólica y otra alcohólica. La primera es el patrón de características de personalidad que llevan a beber la primera copa. La segunda es cuando se ha empezado una carrera alcohólica "activa".*

*Sin embargo, no hay que dejar fuera los aspectos sociales ya que estos desempeñan un rol muy significativo en la adicción.*

*El rol de los factores de personalidad en el alcohólico es ya un hecho, pues éstos juegan un importante papel para fortalecer o favorecer el inicio en el consumo, el mantenerlo e incluso en muchos casos evitar la recuperación, ya que estos pueden servir como barreras para el tratamiento.*

*La diversidad de investigaciones realizadas sobre el alcoholismo, ya sean de tipo descriptivo, epidemiológico o las que intentan conocer los rasgos de los alcohólicos, han contribuido en el desarrollo de diversos tratamientos que ayudan al paciente a superar el problema de la bebida. Pero los tratamientos no sólo se limitan al alcohólico como sujeto inmerso en la problemática física, biológica y social que conlleva el consumo; sino también al grupo social principal e inmediato en el que el alcohólico se desarrolló, es decir su familia.*

*Actualmente, disciplinas como la medicina y la psicología, entre otras, han propuesto diversas alternativas de tratamiento para los alcohólicos. Ya que se reconoce que el tratamiento para este tipo de pacientes requiere principalmente un gran esfuerzo por parte de paciente durante el proceso, así como del terapeuta (23).*

*Estas propuestas se orientan principalmente a reducir el consumo de alcohol, ya sea a la abstinencia, a una ingestión moderada, o bien, a episodios aislados y breves de consumo excesivo. Este objetivo se combina con las medidas a mejorar el ajuste global de la persona con problemas de dependencia alcohólica (13).*

*Dentro de las diferentes modalidades terapéuticas se encuentran la psicoterapia familiar, individual, grupal, técnicas de autocontrol, terapias conductuales, educación acerca de los efectos del alcohol, farmacológicas, entre otras. Estas modalidades son agrupadas en tres categorías principales; 1) médica-farmacológica, 2) psicológica y 3) conductual (20).*

*Las perspectivas médicas o también conocidas como fisiológicas o biológicas, consideran al alcoholismo como una enfermedad que es causada por un mal funcionamiento fisiológico y que requiere tratamiento y una estrecha supervisión médico-psiquiátrica. Los factores de riesgo de tipo genético son vistos de manera importante en la etiología de esa enfermedad (20).*

*Los tratamientos farmacológicos que están dentro de esta modalidad incluyen el uso de sustancias clasificadas en tres categorías: a) drogas para bajar los efectos de la intoxicación, b) drogas para mejorar la desintoxicación y, c) drogas usadas a largo plazo para rehabilitación y prevención de recaídas (4,20).*

*Sin embargo, Brochey y cols. (4), coinciden que entre los fármacos más solicitados como tratamiento, se encuentran el disulfiram y la apomorfina. Estos medicamentos han tenido un uso difundido de manera amplia debido a las reacciones que provocan en el bebedor, como el aborrecer la bebida o presentarse diversos síntomas desagradables ocurridos tiempo después de ingerir alcohol (51,54).*

*Dentro de la modalidad psicológica se encuentran básicamente la psicoterapia individual, grupal y familiar o la combinación de estos tratamientos. Estas propuestas han sido bastante aceptadas por los resultados que se han obtenido.*

*Los objetivos de las psicoterapias: es crear conciencia de enfermedad, aumentar la autoestima, catarsis de ideas, emociones y sentimientos desagradables, el esclarecimiento de las actitudes y problemas que le han ocasionado el consumo. Levy (26) considera que típicamente en tres meses el terapeuta puede discutir la posibilidad de que el paciente elija entre controlar su consumo o continuar su abstinencia.*

*De manera particular en las terapias grupales el alcohólico como miembro de un grupo recibe apoyo, consejos, respaldo, aceptación y aprobación de éste. El alcoholismo no sólo afecta al individuo sino también su núcleo familiar, en este aspecto la terapia familiar ha proporcionado buenos resultados al proveer una orientación de las relaciones*

*interpersonales en este medio, ya que sus reacciones ante el alcohólico pueden bloquear e impedir su recuperación (13,20,30,51).*

*Sin embargo, no todas las terapias son efectivas, como señalan Souza y Machorro (49), las alternativas terapéuticas con orientación psicoanalítica poco directivas o bien con la participación del terapeuta, por sí solas son altamente ineficaces para el paciente alcohólico.*

*Por otro lado, las modalidades de tratamiento conductuales han hecho grandes aportaciones básicamente en la aplicación de técnicas no aversivas de modificación de conducta, tienen por objeto desarrollar en el paciente alcohólico un patrón de respuestas negativas frente al tóxico, de carácter neurovegetativo. Entre sus diversas técnicas están el premiarlos por haber evitado la bebida; del mismo modo, la confrontación con uno mismo a través de grabaciones o video, esta técnica tiene el objetivo de que el alcohólico aprecie el grado de degradación de su conducta durante su estado de ebriedad y experimentar tensiones agudas que lo llevarían a cambiar sus hábitos de consumo (27,30).*

*Algunos estudios llevados a cabo por Miguez están realizados en base a un tratamiento que engloba dos técnicas como la orientación múltiple. Esta no tiene diseño específico, ya que resulta de la aplicación conjunta de las orientaciones conductuales y psicossocial. Esta orientación tiene como objetivo evaluar y estudiar la eficacia del tratamiento, cuando actúan dos orientaciones basadas en concepciones teóricas diferentes (30).*

*Muchas de estas propuestas de tratamiento buscan la rehabilitación a largo plazo, sin embargo el tratamiento de la dependencia es también a largo plazo por lo que son complicados, ya que se requiere una valoración radical, por parte del dependiente y del terapeuta, de los hábitos y actitudes de él con respecto al alcohol; así como una estimación de los problemas y dificultades en las emociones y en el ambiente del sujeto, lo que necesariamente requiere una inversión considerable de tiempo y esfuerzo del terapeuta.*

*Una consideración importante para el tratamiento de la dependencia al alcohol radica en que el logro de la abstinencia no es el único objetivo. Aunque la abstinencia se correlaciona con beneficios en otras esferas psicossociales, de ajuste la relación está lejos de ser invariable. Pueden ocurrir mejoras en muchas áreas de funcionamiento de la persona, incluyendo en sus hábitos de beber, sin que el sujeto necesariamente se convierta en un abstemio total permanente.*

*En contraparte, señala Madden (27), a las diversas opciones de tratamiento mencionadas, una alternativa en la que los alcohólicos han obtenido una considerable*

*mejoría es a través de una modalidad de tratamiento con métodos y técnicas que evitan hacer análisis de las emociones y actitudes, así como de condicionamientos. Las propuestas que reúnen estas características son las de carácter social, las cuales considera el alcoholismo como el resultado de largos procesos de socialización. Enfocan sus estrategias en el desarrollo físico y social del individuo. Dentro de estos hay una gran variedad de técnicas, incluyendo el restructuramiento del medio ambiente, un cambio en la conducta de beber y la creación de nuevas relaciones sociales.*

*Estas estrategias de tratamiento son proporcionadas por los grupos de autoayuda tales como los voluntarios y los grupos Alcohólicos Anónimos AA entre otras (51,54,57).*

*Desde su conceptualización como opción de ayuda para individuos que sufren de está enfermedad, el movimiento de Alcohólicos Anónimos, ha crecido enormemente en diversos países, en cuanto a grupo y miembros. Pero no sólo ello, ya que actualmente el programa de AA se utiliza para tratar de controlar otras 26 adicciones, de las múltiples que se practican en nuestro tiempo, algunas como resultado de males emocionales.*

*Por otro lado, se trata de una organización de generación espontánea: sus grupos crecen, se reproducen y se sostienen por sí mismos. Además son grupos atendidos por los mismos enfermos quienes se benefician con su acción terapéutica. De manera extraordinaria, constituyen para un problema que genera la sociedad, una solución originada precisamente en el grupo mismo.*

*Esta opción de tratamiento del alcoholismo será revisada con mayor detalle en el siguiente capítulo.*



*CAPITULO II*

*Alcohólicos Anónimos:  
una propuesta social de  
tratamiento*

*Alcohólicos Anónimos es una asociación fundada en Estados Unidos en 1935, por dos alcohólicos llamados "Bill W. y el doctor Bob", ellos se reunieron en Akron, Ohio, para discutir la manera como podrían auxiliarse mutuamente para evitar recaer en la ebriedad. En poco tiempo atrajeron la atención de otros alcohólicos y decidieron fundar una organización ahora mundialmente conocida (9).*

*Este movimiento ha impresionado a médicos, psicólogos y otros profesionistas por la determinación y habilidad de muchos dependientes del alcohol para dejar la bebida que ha contribuido sustancialmente al desarrollo de sociedades similares de personas que confían en su ayuda mutua para tratar de sobreponerse al problema que comparten. Así como señala Westley (56), en el campo del tratamiento del alcoholismo debe reconocerse la utilidad del programa de recuperación de autoayuda que ofrecen los grupos de Alcohólicos Anónimos.*

*La eficacia percibida del tratamiento de AA ha ocasionado que investigadores en adicciones hayan comenzado a construir intervenciones terapéuticas basados en el modelo de AA, por ejemplo los que se aplican en el hábito de juego (juegos de azar) y la obesidad, entre muchos otros (15,21,54).*

*Los grupos de Alcohólicos Anónimos han tenido un crecimiento espectacular en más de cien países incluyendo México. Alcohólicos Anónimos es una organización de individuos que comparten una experiencia mutua y la esperanza para resolver su problema, el propósito común es ayudarse a sí mismo y a otras personas que padecen esta misma enfermedad.*

*Autores como Madden (27), Bloomfield (2), Valentín y Sánchez (51), Gybbons (19) y la literatura de AA (8,9) señalan que los alcohólicos en los grupos reciben un notable soporte espiritual enmarcado en el compañerismo simple y la comprensión. La sensación de haber compartido y participado en un peligro común es uno de los poderosos elementos que los une. El único requisito para ser miembro de AA, es el deseo de dejar la bebida. La meta inmediata es que cada uno logre y permanezca sobrio.*

*Asimismo, agrega Sheeren (48), "los únicos que no se recuperan son los individuos que no pueden, o no quieren entregarse de lleno a este sencillo programa" (pág 105) a través de la asistencia y participación en las sesiones, así, como la disposición de estar dispuestos a desarrollarse de una manera espiritual, ya que lo que se pretende es el progreso espiritual y no la perfección espiritual.*

*Madden (27) y Nace (32), señalan que la efectividad de la "terapia" se basa principalmente en el apoyo que tiene el sujeto para superar el problema del alcoholismo. En el grupo AA se le comprende, se le permite hablar de sí mismo, de sus problemas y*

*alteraciones y se le anima a dejar la bebida. El común denominador de este tipo de grupos que se autodirigen es la ausencia de control profesional y la libertad que gozan al no subscribirse a las restricciones de los tratamientos formales.*

*En esa misma línea Rosovsky (42,44) agrega que el éxito de esta organización es debido a los principios fundamentales que lo rigen y forman su filosofía. Estos son Recuperación, Unidad y Servicio. El primero se refiere a la recuperación personal expresada en los "Doce Pasos". La Unidad se refiere a la permanencia del grupo, expresados en las "Doce Tradiciones". Y, el tercero, es el principio que origina la continuidad del servicio llevando el mensaje a todos aquellos que lo necesitan y lo desean.*

*En ese sentido, Velasco (53) enfatiza que estos grupos cuentan con cuatro procedimientos básicos o esenciales para lograr la recuperación de sus miembros. El primero, es el empleo de ideas coherentes y flexibles, es decir una ideología que puede mitigar la sensación de desesperanza del individuo y explicar la naturaleza de su problema haciéndole entender que su único objetivo debe ser una abstinencia de toda la vida. No puede arriesgarse a tomar la primera copa.*

*Un segundo procedimiento, continúa el autor, es el programa de acción, y los Doce Pasos son un esbozo de las acciones que han de emprenderse. Lo que tiene prioridad es el tratamiento de su alcoholismo exigiendo que examine sus sentimientos de culpabilidad, sus resentimientos, su tendencia a culpar a los demás y sus malos pensamientos, por lo que AA es "un programa egoísta" en donde cada persona se esfuerza por lograr la sobriedad y no dejar las cosas a la suerte, por su propio bien y no para agradar a otra persona.*

*Ante esto, los miembros de Alcohólicos Anónimos (8), opinan que las ambiciones personales no tienen lugar en AA; pero también implica que cada miembro debe convertirse en un guardián activo de la comunidad. Si recae, no se le rechaza, sino que puede regresar todas las veces que desee para hacer un nuevo intento.*

*Los beneficios de la sobriedad, es el tercer procedimiento básico, en éste se propaga la idea de que la sobriedad es provechosa y ayuda al individuo a describir sus beneficios. Dentro de AA, el alcohólico conocerá nuevos amigos, lo introducen en un nuevo ambiente social, alivia su soledad, le ayuda a organizar y aprovechar su tiempo y le da una sensación de valor personal.*

*Por último, concluye Velasco, la posibilidad de recuperación, la cual es alcanzada cuando se siguen los principios que ofrece AA y se está convencido de querer solucionar el problema con la bebida.*

*Para Alcohólicos Anónimos (8,9), las "Doce Tradiciones" en la actualidad son de uso general. Estos principios son una guía hacia mejores formas de trabajo y de vida, y son al mismo tiempo, un camino para la supervivencia y armonía del grupo.*

*La Tradiciones también puntualizan muchos de los déficit individuales. Implican que cada uno debe poner a un lado su orgullo y su resentimiento. Pide sacrificios personales y comunes. Garantiza la igualdad de todos los grupos. Muestran la mejor forma en que pueden relacionarse entre los miembros, así como de los que le rodean (8).*

*Esta es una versión condensada de la "forma larga" original de las "Doce Tradiciones" que se publicó por primera vez en 1945.*

- 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 consciencia 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 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 mezclarse en polémicas públicas.*
11. *Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio o el cine.*
12. *El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.*

*Los miembros de AA tienen como objetivo seguir un programa mental de doce puntos. Los "Doce Pasos", como se les conocen, enfatizan a) la dificultad de controlar la bebida; b) la confianza en un poder superior ("Dios como sea que lo concebimos") (sic); c) la realización de una especie de autoinventario moral y, d) el propósito de ayudar a otros alcohólicos.*

*Para los grupos de Alcohólicos Anónimos (9), "Los Doce Pasos" son la guía al proceso de cambio personal que se requiere para mantener la sobriedad, este programa contiene la ideología básica de AA. Los pasos son los siguientes:*

1. *Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habfan 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 eliminase todos nuestros defectos.*
7. *Humildemente le pedimos a Dios que nos liberara 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 causamos.*
10. *Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitíamos inmediatamente.*
11. *Buscamos, a través de la oración y de la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal y como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera 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.*

*Al respecto, Madden (27), indica que la esencia de éstos, está en que el alcohólico admita su impotencia frente al alcohol y entregue su vida a un poder superior, realice un inventario moral y adquiera el propósito de ayudar a otros alcohólicos.*

*En el mismo sentido, Rosovsky (43) señala que a partir de este principio se desprende la parte fundamental del programa de AA que es el reconocer estar dominado por el alcohol. A través de esta humillación, el alcohólico acepta su impotencia frente al alcohol, es decir, reconoce conscientemente que ha "tocado fondo", y da inicio el proceso de recuperación.*

*Para los miembros de AA (8), es a través del examen de consciencia como se logra tener experiencias espirituales profundas y efectivas, cuyo común denominador es el dolor; el sufrimiento y la calamidad. Ello ocasiona la nivelación del orgullo y la confesión de las faltas facilitando aceptar ayuda del grupo.*

*De igual modo, Rosovsky (43), considera que a lo largo de la historia de consumo, los alcohólicos experimentan situaciones estresantes y diversos problemas, tales como: sentimientos de soledad, desesperación, pérdidas familiares y materiales; el sufrimiento*

emocional causado por estas y otras experiencias se convierten en "fondos". Cuando su impacto es tan fuerte en él que lo hace unirse a una profunda desesperación y lo lleva a buscar urgentemente ayuda para salvar su vida.

Esto implica que la recuperación del alcohólico en el programa de AA es un proceso activo, el cual incluye tres momentos principales: a) la participación en las reuniones, en donde los miembros cuentan la historia de sus problemas causados por la bebida, y sus experiencias para mantener la sobriedad, b) obtener ayuda y soporte de otros miembros en reuniones desafiando el recuerdo de las recaídas y el retorno a la bebida y, c) el descubrimiento de miembros de AA quienes servirán como padrinos, los cuales proporcionarán la ayuda y guiarán en tiempo de crisis a miembros que se encuentren en "peligro" de regresar a la bebida (20).

Por otro lado, un aspecto importante del proceso de recuperación es la recaída, como lo menciona Sheeren (48). La recaída, continúa el autor es un suceso común, ya que el tratamiento del alcoholismo no se logra con un "éxito" rápido y sostenido. Con mucha frecuencia el éxito implica una serie de tropiezos en la recuperación antes de lograrla plenamente, es decir, la recaída no es un fracaso en el tratamiento del alcoholismo, sino un paso para la recuperación de este problema.

Los miembros de AA (8) reconocen y aceptan este "fracaso" del alcohólico al intentar dejar la bebida, por lo que no se le niega el reingreso a los grupos cuando esto sucede. Al volver a formar parte del grupo recibe el mismo apoyo por parte de todos los miembros.

Para AA (9), la mayoría de los alcohólicos han perdido su capacidad para elegir, "Nuestra llamada fuerza de voluntad se vuelve prácticamente inexistente y se corre el riesgo de iniciar nuevamente a beber después de un periodo de sobriedad, y "al poco tiempo estamos tan mal como siempre. Si estamos haciendo planes para dejar de beber, no debe haber reserva de ninguna clase, ninguna idea oculta de que algún día seremos inmunes al alcohol" (pág 22) (enfatizado mío).

Por lo expuesto anteriormente, la recuperación del alcohólico como miembro de AA es un proceso grupal, que no sólo depende el trabajo con el programa de acción, sino de su participación activa como miembro en cada junta a la que asiste, por lo que su cooperación en las sesiones ayuda a otros miembros y principalmente a él mismo a liberarse de su enfermedad. De esta manera las reuniones son la guía principal para dicha liberación.

Como se mencionó arriba, las reuniones de AA son de gran importancia para la recuperación. Poseen una atmósfera única, caracterizada por una aparente informalidad y

amistad y al mismo tiempo es un método de trabajo serio y esencial. El foco es el compartir el reconocimiento común de problemas atendiendo y participando en la discusión (20).

*Las reuniones de los grupos se centran en los hábitos de beber de los miembros y, simultáneamente en distintos métodos prácticos para promover la abstinencia al alcohol. También tiene lugar cierta discusión a nivel superficial, de otros problemas emocionales y personales. No existen ritos formales de iniciación, ni cuota alguna a pagar y, los sujetos son libres de entrar y salir del grupo cuando lo deseen.*

*Una reunión de grupo puede describirse como un grupo psicoterapéutico abierto, sin que haya ningún líder oficial o gufu entrenado. Al respecto, la literatura de AA (9), Velasco (54) y el Institute of Medicine (20) describen al grupo compuesto de miembros autoseleccionados que comparten la misma jerarquía, podría decirse entonces, que la única diferencia entre sus integrantes es el tiempo de sobriedad.*

*La estructura común de las reuniones es la elección de un miembro para dirigir la sesión, continúan los autores, se presenta sólo diciendo su nombre, de esta manera reconoce ser un alcohólico. Estas palabras tienen muchas implicaciones: el orador no se avergüenza de su alcoholismo, al contrario, sin reservas reconoce su condición como un hecho inalterable. También, con ellas se hace hincapié en la informalidad y el rompimiento de las barreras sociales. Uno o dos miembros voluntarios hablan de su historia personal, el desarrollo de problemas de consumo, las experiencias de sufrimiento que ha soportado o causado a los demás, las decepciones, dudas y, finalmente, su experiencia de "tocar fondo" para iniciar el viaje de regreso, es decir, hacia la recuperación.*

*Velasco (53) señala que con frecuencia los oradores comentan el significado que ha tenido para ellos mismos cualquiera de los pasos y describen los esfuerzos realizados para lograr ese paso.*

*Después del relato hay comentarios y testimonios personales por parte de los demás miembros. Los oyentes escogen y analizan temas y, a menudo, hacen énfasis en su identificación con la historia del orador: "Esto también me sucedió..." (20,53).*

*De esta manera los alcohólicos son animados a conceptualizar su dependencia como enfermedad que no puede ser curada, pero sí puede ser detenida (15,20).*

*Para los miembros de AA (8,9), la reunión termina formalmente cuando todos recitan la que ha llegado a conocerse como la Oración de la Serenidad:*



*"Señor, concédeme serenidad  
Para aceptar las cosas que no puedo cambiar,  
Valor para cambiar las que sí puedo  
Y sabiduría para distinguir la diferencia".*

*Al respecto, Madden y Velasco (27,53) señalan que en el camino a la recuperación, además de las reuniones, la convivencia y la comunicación establecida en las sesiones quedan como propuestas potenciales para la superación de su enfermedad. Es posible que los miembros de AA empiecen a visitarse en sus casas, coman juntos, etc. Como consecuencia, a menudo se abandona a los viejos amigos de bebida y se encuentran nuevos amigos que piensan y hablan sobre AA. Es probable que el miembro más experimentado dedique más tiempo a "promover los Doce Pasos", ser padrino y trabajar con los nuevos miembros; también es posible que colabore con grupos en prisiones y hospitales o esté dispuesto a ser orador en reuniones de organizaciones de la comunidad.*

*En relación con la literatura científica y de cualquier índole enfocada al estudio de AA, Bebbington (citado en Madden (27)) ha hecho notar las dificultades inherentes a la evaluación de la eficacia de la organización. Entre los problemas más comunes se incluyen el anonimato de la membresía, con la dificultad resultante de conocer las características de los miembros y determinar su grado de progreso; la autoselección relacionada con factores motivacionales que afectan el resultado; la fluctuación del número de miembros con varios grados de filiación y compromisos y, finalmente, la influencia de tratamientos suplementarios simultáneos en otros Centros.*

*Madden (27) y Elsenberg y Lammoglia (13) señalan que estas dificultades para la valoración objetiva de la organización, los principios y la práctica de AA, parecen guiadas por el sentido común. Los alcohólicos que recurren a esta organización sienten beneficios al hacerlo, de otro modo no continuarían asistiendo regularmente a las reuniones.*

*El creciente número de grupos y miembros de Alcohólicos Anónimos en diversos países, así como los resultados observados y su importancia en el ámbito social y psicológico, han sido objeto de diversos estudios en los últimos años. Sin embargo, la principal característica de esta organización, es el anonimato, por los miembros (8) considerado como un "manto protector que los cubre", por lo cual éste representa dificultades teóricas y metodológicas para el abordaje de investigaciones.*

*Así, encontramos un número escaso de trabajos aún. No obstante, alguno de los temas que en la literatura revisada se reportan son, entre otros, la noción de espiritualidad para los miembros AA. En este trabajo Bloomfield (2), remarca la base de los grupos de Alcohólicos Anónimos como programa espiritual, así como la importancia de este factor en el tratamiento del alcoholismo. Para los Alcohólicos Anónimos (9), la espiritualidad es*

*mucho más que sólo creer en Dios o en un poder superior a ellos, que los guiará y ayudará en el largo camino de la sobriedad y en la recuperación de su persona.*

*Autores como Nace (32), Mc Latchie y Lamp (28) y Johnson (21), han investigado la efectividad del tratamiento: los resultados de estos estudios hacen mención al incremento del número de miembros en los grupos, así como de los grupos en diferentes países, como consecuencia de los resultados observados en el tratamiento de AA desde su fundación hasta la actualidad. Esto ha tenido como consecuencia que la filosofía de AA se emplee como parte integral del tratamiento de recuperación a largo plazo en el tratamiento institucionalizado de diferentes adicciones.*

*Por otro lado, Blumberg (3) se interesó en el estudio de la ideología de la terapia AA. El objetivo de sus investigaciones era conocer los fundamentos ideológicos que subyacen en AA. En resumen, concluye que desde principios del siglo XIX proliferaban en Estados Unidos las misiones que llevaban ayuda material y mensajes morales a los pobres, vagabundos, alcohólicos y, en general, a los caídos, fomentando la conversión religiosa y la ayuda a otros en desgracia.*

*El estudio sobre el crecimiento del movimiento AA, revisado por Robinson (37), reconoce la importancia de los grupos de Alcohólicos Anónimos entre la gran variedad de grupos denominados de autoayuda. AA ha servido como modelo de estos grupos, y se ha adoptado su programa y organización para resolver cuestiones y problemas distintos del alcoholismo.*

*Otro aspecto de los grupos y miembros de AA objeto de estudio, versa sobre las recaídas de los miembros AA, al respecto Sheeren (48), enfocó su trabajo a intentar obtener las causas de las recaídas. Encontró que éstas tenían relación con el nivel de involucramiento en el programa. La participación del miembro en el programa de AA no sólo es realizar los Doce Pasos y las Doce Tradiciones, sino que debe incluir la asistencia y colaboración en las juntas, es decir, fungir como un servidor o hablar de sus historias. Así, concluye Sheeren, el estar más involucrado en el programa es un factor que disminuye las posibilidades de padecer una recaída.*

*En nuestro país, actualmente Rosovsky coordina una investigación sobre las características de los grupos, reuniones y miembros de AA en México. Dicho estudio forma parte de un proyecto más amplio en el que participan 6 países mas: Estados Unidos, Finlandia, Suecia, Polonia, Islandia y Austria.*

*De este proyecto se han derivado varios trabajos dirigidos a analizar aspectos específicos como las características de grupo y miembros de AA (40,41). En él se presentan los avances del estudios sobre los grupos de AA en México como parte del proyecto*

colaborativo internacional. Se destaca que el 91% de los miembros son hombres y cerca de 70% tienen 30 y 50 años. Una gran mayoría inició su consumo antes de los 20 años. El 92.4% ha estado borracho más de 1 día seguido a los 3 años después de haber iniciado su consumo. La adicción de los miembros no se limita sólo al alcohol, ya que una proporción considerable de miembros reportó haber consumido drogas no médicas, por lo que la conducta adictiva se extiende simultáneamente a otras sustancias.

Otro aspecto resultado en este estudio, es la presencia de un gran número de problemas de salud, emocionales y sociales relacionados con el consumo de alcohol. Estos problemas en los alcohólicos los condujeron a buscar ayuda. Antes de su llegada a AA, algunos miembros habían acudido a especialistas como médicos, psiquiatras, sacerdotes, así como a instituciones de salud. Sin embargo una gran mayoría llegó a AA invitado por otros miembros.

En relación con el papel de la mujer dentro de los grupos de AA, los trabajos reportados hacen mención a que las mujeres representan el 10% de los grupos y ellas como miembros de AA, presentan diversas actitudes y conductas específicas en su relación con sus compañeros hombres, así como entre ellas mismas. En estos grupos la mujer es considerada como alguien que busca protección y guía (35,36).

El papel que desempeña la mujer en estos grupos están típicamente asociados con los roles femeninos: sirven el café, hacen la limpieza, reciben a los miembros en las juntas o auxilian a los alcohólicos en los hospitales.

Otro tema de interés es el relacionado con el consumo de drogas en los miembros de AA. Como se mencionó anteriormente el consumo de alguna sustancia frecuentemente se extiende a otras y el alcoholismo no es la excepción (en proceso).

Finalmente, la experiencia de tocar fondo en los miembros de AA, es otro de los temas que ya han sido analizados (43). El propósito de ese trabajo fue analizar las experiencias de tocar fondo de los miembros AA. Entre los resultados reportados en el estudio, se destaca que en los miembros existen experiencias comunes como sentimientos de soledad, desesperación, pérdidas dramáticas y sufrimiento emocional, señalan también diferentes experiencias debido a las características individuales y sociales de los miembros. También se destaca el hecho de que el 20% de los miembros reportaron sólo un problema como su experiencia de tocar fondo: los problemas de tipo psicológico y de salud fueron mencionados por la mayoría de los hombres en tanto que los problemas de tipo familiar fueron más frecuentes entre las mujeres.

*La mayoría de los miembros reportaron más de un tipo de sucesos en su experiencia de tocar fondo, principalmente en su vida familiar, en sus estados emocionales o psicológicos y en sus condiciones sociales y de salud.*

*Sin embargo, el trabajo limita su análisis a la comparación y descripción de los tipos de experiencias, según el sexo y algunas características sociodemográficas de los miembros de AA.*

*El presente trabajo pretende discutir la posibilidad de descubrir algunas manifestaciones o rasgos de personalidad de los miembros de AA, a través de análisis cualitativos de las descripciones individuales de la experiencia de tocar fondo, a la luz de los cuadros de diagnóstico clínico propuestos por el DSMIII-R y las características de personalidad de los alcohólicos reportados en la literatura.*

*Asimismo, es un primer acercamiento al estudio de lo que los miembros de AA denominan "experiencia de tocar fondo", visto como la construcción social elaborada, como todo conocimiento social, a través de la interacción de los miembros de un grupo social particular.*

*CAPITULO III*

*Experiencia de Tocar Fondo:  
una construcción social*

*En el capítulo anterior se había mencionado que a lo largo del periodo de consumo, los alcohólicos experimentan situaciones problemáticas, estas los llevan a continuar o a incrementar su consumo e incluso a permanecer consumiendo por periodos cada vez más largos, teniendo consecuencias directas en las diversas esferas donde la persona se desenvuelve, hasta llegar a un punto donde, envuelto en la desesperación, busca ayuda.*

*Esta decisión ha llevado a cada vez un mayor número de alcohólicos a considerar a AA como una alternativa para solucionar su problemática. Esto ha dado como resultado un incremento significativo en el número de grupos y miembros de AA en diversos países. Asimismo en los últimos años, el número de investigaciones sobre AA también se ha elevado. Si bien aún es reducido el número de trabajos, resalta el hecho que, en éstos, la experiencia de tocar fondo, aparezca referida en muy pocas ocasiones. Y aún es más significativo que en la literatura escrita y utilizada por los grupos y los miembros de AA, tampoco se haga mención a ésta.*

*Para los grupos de Alcohólicos Anónimos un aspecto importante en el proceso de recuperación es, precisamente, lograr que el alcohólico reconozca o tenga consciencia de su verdadero problema y lo exprese como tal. A esta "toma de consciencia" de su dependencia con la bebida y sus consecuencias en él (ella) y en otras personas, producto de realizar el programa de Acción de AA, los Alcohólicos Anónimos la denominan Experiencia de Tocar Fondo.*

*La sobrevaloración e insistencia que los miembros AA dan al logro de dicha experiencia se debe a que: "muy pocas personas tratan sinceramente de llevar a la práctica el programa de AA si no tocan fondo. Porque la práctica de los Doce Pasos, significa la aceptación de juicios y actitudes que casi ningún alcohólico, si está bebiendo, puede siquiera soñar en aceptar" (7: pág 5).*

*Esto parece ser más interesante cuando, en los resultados del presente trabajo, se observa que el 83.3% de los miembros de AA reportaron haber tenido la experiencia de tocar fondo y el 90.1% de estos miembros describen la manera en que ellos tocaron fondo.*

*Al respecto, Velasco (53), señala que el alcohólico relata ante la comunidad sus antecedentes personales y describe el desarrollo de su problema de alcoholismo, los sufrimientos que ha soportado o causado y, con frecuencia, una crisis final o una experiencia "en la que llegó demasiado bajo".*

*Por otro lado, como lo señalan Rosovsky y cols. (43), tocar fondo es el reconocer estar dominado por el alcohol y, a través de esta humillación, el alcohólico acepta su impotencia frente al alcohol. Es decir, reconoce conscientemente que ha "tocado fondo" y comienza, como se dijo antes, su proceso de recuperación.*

*De lo anterior, si consideramos lo señalado por Goffman (26) en relación con el ingreso de nuevos miembros a un grupo con características específicas (estigma), cuyo interés, es entre otros, crecer para obtener mayor fuerza frente a la sociedad. La experiencia de tocar fondo podría interpretarse como la construcción de una noción que facilita el acceso al conocimiento de la filosofía del grupo. Bajo esta perspectiva, nos parece que dicha experiencia puede ser explicada como la compilación e integración de los Pasos 1, 2, 3, 4 y 5, de los Doce Pasos mencionados en el Libro Grande.*

*Sin embargo, la integración del nuevo miembro al grupo, que le permitirá adquirir la confianza para relatar su historia personal es consecuencia única de la realización de estos primeros pasos. No debemos olvidar que esto fue adquirido en algún grado, en el momento mismo de considerar a AA la opción viable para solucionar su problema.*

*En resumen, la realización de estos 5 pasos pretenden lograr que el alcohólico reconozca su incapacidad para controlar su consumo de alcohol, asimismo tener consciencia de sus consecuencias, admitir sus defectos y el reconocimiento de la existencia de un Poder Superior que lo ayudará a recuperarse (8,9).*

*La realización de estos pasos se lleva a cabo de manera individual. Sin embargo la experiencia de tocar fondo, así como la misma recuperación del alcohólico miembro de AA es un proceso producto de la interacción social con los demás miembros. Es decir, todos los miembros participan en la realización individual del programa y la construcción de la experiencia de tocar fondo. De esta manera se puede concluir que, de forma paralela a la ejecución de estos primeros pasos, se va gestando la experiencia de tocar fondo.*

*Si bien, como señalamos arriba, el grupo participa en la integración del nuevo miembro, esta integración no sería posible sin la participación activa del miembro mismo. De este modo, podemos explicar el actuar del nuevo miembro, haciendo uso de la descripción que hace Schutz (45) de la manera que un "forastero" hace para pertenecer a un nuevo grupo. Al ingresar al grupo, el extranjero o forastero, no comparte las pautas culturales de aquel, como son su lenguaje, filosofía, formas de trabajo, costumbres, valores y creencias entre otros: "por lo que debe cuestionar a los miembros del grupo y estar dispuesto a compartir el presente y el futuro con el grupo" (pág 100).*

*Para el nuevo miembro, señala Schutz, el primer objetivo a cubrir como integrante del grupo es tratar de ser aceptado, o al menos ser tolerado, por él. En este sentido, como señala Goffman, siendo AA un grupo estigmatizado, su proceder respecto a un nuevo miembro es diferente. Pues argumenta el autor, el incremento en el número de integrantes le da mayor fortaleza y credibilidad al grupo de este modo, quizá este primer punto le sea más fácil al alcohólico que asiste a AA.*

*Conforme el nuevo miembro se va incorporando a las pautas culturales del grupo, señala Schutz: "su lejanía inicial se transforma en proximidad, sus esquemas vacíos son ocupados por experiencias vividas, sus contenidos anónimos se transforman en situaciones sociales definidas, por lo tanto, sus tipologías ya elaboradas se desintegran, para conformar unas nuevas con el grupo". (p 101, enfatizado mío)*

*En este sentido, "la pauta cultural del grupo abordado deja de ser un objeto de su pensamiento, para pasar a ser un sector del mundo que debe ser dominado mediante acciones" (pág 100). De esta manera, el nuevo miembro deja de ser un observador no participante para convertirse en parte del grupo. Participando y compartiendo obligaciones, reglas, creencias y valores que lo rigen.*

*Para Schutz, la integración del nuevo miembro a un grupo extraño y desconocido, es un "proceso continuo de indagación en la pauta cultural del grupo abordado". Si este proceso logra tener éxito, dicha pauta y sus elementos pasaran a ser, para el nuevo miembro, un estilo de vida, un refugio y una protección.*

*Esto es, igualmente, la meta del nuevo miembro AA y dadas las características, del grupo mismo, cuando el recién llegado comienza a concebir al grupo como un nuevo estilo de vida, cuenta con la herramienta principal y su primer objetivo es alcanzado. Es decir, pasa a ser parte de la comunidad, esto le da la posibilidad de participar en todas las actividades del grupo y, en especial, consolidar su camino hacia la sobriedad.*

*De manera similar a como Coll y Onrubia (10) describen la forma en que, dentro del aula, los alumnos acceden al conocimiento escolar, podrían ser descritas las interacciones de los miembros en un grupo AA. Así, concebimos a los miembros como participantes activos en la elaboración de sus propios conocimientos, estableciendo versiones personales de los mismos y, por lo tanto, construyendo significados, representaciones o modelos mentales de la información y filosofía del grupo en función de sus experiencias vividas.*

*De igual modo, para facilitar la realización del programa de recuperación y, particularmente, el logro de la experiencia de tocar fondo. Los miembros "veteranos" -regularmente los más expertos-, desempeñando el papel de maestros realizan, durante las reuniones, diversas actividades socialmente establecidas y reguladas con la finalidad de ayudar de manera sistemática y planificada a los nuevos miembros del grupo, a apropiarse de determinadas ideas y conceptos, habilidades y destrezas, normas de conducta, sistema de valores y creencias relevantes para el funcionamiento del grupo.*

*Una parte importante para la realización de la experiencia de tocar fondo y, en consecuencia, el camino hacia la sobriedad, es la participación de otros alcohólicos y*



*recuperados, que cuentan con varios años de sobriedad y saben manejar adecuadamente a los alcohólicos en crisis, para encaminarlos hacia la recuperación. Estos miembros desempeñan el papel de guía, consejero, confidente, maestro y tutor de los nuevos miembros. Entre la comunidad AA éstos son reconocidos como Padrinos.*

*En este sentido, si continuamos con la analogía de la situación escolar, los padrinos, desempeñando el papel de maestros, "tienen la responsabilidad de ayudar y guiar sistemáticamente el proceso de construcción-recuperación de los miembros, por lo que ambos van a ir compartiendo parcelas de significados cada vez más amplias respecto a los contenidos y saberes del grupo" (pág 102 enfatizado mío).*

*Estos miembros "experimentados" toman a su cuidado a miembros que buscan la salida a su problema. Cuando el alcohólico se siente en peligro de reiniciar su consumo recurre a su Padrino, este último le escuchará y con ello, facilitará la comprensión y la explicación al por qué de su posible recaída. También, le enseñará a reconocer las situaciones que para el nuevo miembro le son estresantes y pudieran ocasionarle recurrir nuevamente a la bebida.*

*Otra función importante realizada por los Padrinos, es ayudar a la conceptualización de lo que el alcohol ha hecho en la vida del alcohólico (nuevo miembro):*

*"Nuestros padrinos nos dijeron que éramos víctimas de una obsesión mental, tan sutilmente intensa, que ningún poder podría destruirla, con la sola voluntad, y sin ninguna ayuda, era imposible vencer esta compulsión" (7).*

*En síntesis, las funciones que llevan a cabo los padrinos con los miembros, permite a estos últimos conocer lo que el alcohol ha hecho con ellos y, al mismo tiempo, aprender a manejar su dependencia. En este sentido, podríamos concluir como lo hacen Coll y Onrubia, "estos procesos de enseñanza y aprendizaje, son situaciones interactivas y comunicativas en relación a problemas específicos." (pág 2 enfatizado mío)*

*Este proceso, continúan los autores, es una construcción de sistemas de significados compartidos por los participantes en relación a los contenidos. Y el discurso que mantienen es parte integral de la actividad conjunta, y es uno de los instrumentos fundamentales para negociar, contrastar, modificar y compartir de manera progresiva tales significados.*

*No sólo la función que realizan los padrinos con los miembros, permite que éstos modifiquen y compartan lo que significa el alcohol en su vida, ya que entre las actividades que realizan los miembros dentro del grupo, se destaca el contar su experiencia como*

*alcohólico, es decir, la forma en cómo el alcohol ha transformado y, sobre todo, deformado su vida. Los miembros al integrarse a los grupos participan en la acción de contar y reconstruir sus antecedentes personales describiendo su historia de consumo y, en algunos casos, los miembros también expresan la importancia de AA como un estilo de vida.*

*Con este mismo formato autobiográfico varios miembros exponen sus experiencias y no hay duda de la capacidad "natural" de algunas personas que nunca han hablado en público, para relatar sus historias personales de manera conmovedora y convincente a la vez.*

*Al respecto, Velasco (53), considera que esta acción está relacionada con las directrices tácitas en las que se propone relatar una historia personal y no dar una conferencia abstracta.*

*En este sentido, los miembros recurren a la narración como medio para lograr conceptualizar su problema y, a través de la intervención de los oyentes, lograr la comprensión de los hechos e incluso la identificación personal con otras narraciones y de esta manera entender la desviación que han sufrido.*

*Organizar la experiencia, de modo narrativo, señala Bruner (5), es un impulso humano y éste, no es sólo mental, sino también cultural. Es un logro de la práctica en el grupo social. Una de las formas de estabilidad e interacción social radica, agrega Bruner, en la tendencia de los seres humanos a compartir historias. Esto es, al nacer poseemos un conjunto de predisposiciones para la construcción de un mundo cultural de un modo determinado y, en este sentido, para actuar de acuerdo con tal construcción.*

*El hombre inmerso en la cultura, debido al conjunto de elementos que posee y a las tradiciones del desarrollo humano, cuenta con diversas alternativas de narración. La eficacia que tienen las narraciones, como lo menciona Bruner, se debe a que éstas poseen cuatro características fundamentales: a) están dirigidas hacia metas determinadas, por otro lado, b) existe un orden secuencial de acontecimientos, c) tiene la sensibilidad de lo aceptado y, aquello que rompe dicha aceptación en la interacción humana y, por último, d) cuentan con una perspectiva de un narrador.*

*La narración o historia de experiencias, continúa el autor, consiste en la descripción y organización de estas últimas, con el fin de comprender y utilizar la experiencia de modo fácil y rápido. Así, la historia consistirá en "la descripción de un mundo posible" y su fin "lograr la comprensión de la descripción respecto al patrón cultural".*

*Por otro lado, como señala Velasco (53), una narración sencilla de la persona en recuperación tiene mayor aceptación que la de quien la ha relatado muchas veces, de forma desestructurada. Es altamente probable que las historias de recuperación que ofrecen sugerencias prácticas para acceder a ésta, tengan mejor aceptación que los largos relatos de borracheras.*

*Además, señala Bruner, durante la realización de las narraciones de los acontecimientos y las acciones del mundo supuestamente real, ocurre al mismo tiempo, una serie de acontecimientos mentales en la consciencia de los narradores y los escuchas.*

*Después de la narración, los miembros AA intervienen con comentarios y testimonios personales, así como en discusiones de las historias escuchadas, con el fin de analizarlas, entenderlas y darles un significado. A menudo, también se hace énfasis en la identificación de los miembros con la historia del orador: "eso también me sucedió a mí..." (9).*

*Bruner considera que este método de negociar y renegociar los significados mediante la interpretación narrativa es uno de los logros más sobresalientes del desarrollo humano.*

*En este sentido, continúa el autor, la narración permite lograr una identidad personal y el concepto de uno mismo mediante el uso de la configuración narrativa y, así, "se da unidad a la existencia, entendiéndola como la expresión de una historia singular que se despliega y desarrolla".*

*Lo que constituye una comunidad cultural - en este caso AA-, no es sólo el compartir creencias acerca de cómo son las personas del grupo, o el manejo de cierta filosofía puesto que para lograr la comprensión, por parte del miembro, de una cultura como AA, retomando el planteamiento de Bruner es indispensable la existencia de procedimientos interpretativos que nos permitan juzgar las diversas construcciones de la realidad que se presentan en dicha sociedad. Uno de estos es la experiencia de tocar fondo narrada por sí mismos.*

*M E T O D O*  
*Y*  
*R E S U L T A D O S*

## **Método**

*El presente trabajo se inscribe dentro de un proyecto internacional, colaborativo con seis países mas, que pretende analizar un recurso de tratamiento del alcoholismo.*

*Se trata de un proyecto de investigación de tipo observacional y descriptivo mediante la recopilación de información cuantitativa y cualitativa en base a entrevistas y cuestionarios aplicados a individuos y grupos de individuos seleccionados a partir del marco organizacional de Alcohólicos Anónimos en México.*

### **Selección de muestra:**

*De acuerdo con la estructura organizacional que tiene AA en nuestro país, el territorio nacional se divide en 6 zonas o regiones, cada una con un número variable de áreas, integradas, a su vez, por distritos que incluyen un número variable de grupos. Esto es similar en las dos estructuras paralelas de los grupos tradicionales, o de "hora y media", conocidas como la "Central Mexicana" y la "Sección México"; la primera tiene una Oficina de Servicios Generales, y es la única organización de AA en México, reconocida por la Oficina Mundial de AA en Nueva York, además de ser la única autorizada para editar la literatura oficial de AA.*

*La Sección México surgió como un movimiento de disidencia en 1985, y ha estado estructurando su organización de manera similar, y editando su propia literatura. No hay ninguna diferencia entre los grupos de una y otra organización respecto a la práctica del programa de recuperación.*

*La zona Centro-oriente del país abarca 9 áreas que incluyen el D.F., y el norte del Estado de México. Se incluyeron las 6 áreas de esta zona que comprenden al D.F. y zona conurbada. La selección de los grupos para el presente estudio se hizo en los Comités de Área, los cuales se integran por representantes de los distritos; se tomó aproximadamente un 10% de todos los grupos registrados en los directorios de cada distrito. En los grupos seleccionados se incluyeron a 7 que se denominaron "institucionales" que funcionan en cárceles o centros hospitalarios.*

*Dado que la participación al estudio era voluntaria la información de cada grupo se obtuvo en un promedio de 3.5 visitas (41,44).*

*De lo anterior se tienen 167 grupos entrevistados, 204 reuniones y una muestra de 647 miembros.*

### Instrumento:

*En el estudio se tomaron tres niveles o unidades de análisis: los grupos, las juntas o reuniones y los miembros (41).*

*Para lo cual se diseñaron tres cuestionarios estructurados para cada unidad de análisis:*

#### *Cuestionario de Grupos.*

*El cuestionario aplicado en los grupos está compuesto por 55 preguntas, entre los aspectos más importantes que explora el cuestionario están: la forma en cómo está conformada la agrupación, el número de miembros que la componen, tiempo de formación, forma de registro, membresía, lugar en donde se llevan a cabo sus reuniones, tipo de reuniones, el trabajo de los servidores, criterios de selección de los servidores.*

#### *Cuestionario de Juntas o Reuniones:*

*Este cuestionario está conformado por 34 preguntas las cuales entre los aspectos más relevantes indagan el número de reuniones semanales que realiza el grupo, sus temas, elección del coordinador, aspectos rituales de las juntas, duración.*

#### *Cuestionario de miembros:*

*El cuestionario contiene 61 preguntas las cuales explora aspectos sociodemográficos; historia de consumo: edad de inicio, patrón de consumo, tipo de bebidas, problemas asociados a la ingesta; alternativas de tratamiento utilizados; contacto y afiliación con la agrupación y práctica del programa: apadrinamiento, asistencia a reuniones, lectura e interpretación de la literatura, entre otros aspectos (44). (Anexo 1)*

*Estos instrumentos son de autoaplicación, extensos y con cierto grado de complejidad para individuos con baja escolaridad, por lo cual, en algunos casos, y a petición de los miembros los investigadores les auxiliaron en la tarea de contestarlo.*

### Procedimiento:

*Durante la aplicación de los cuestionarios a la organización de AA, se presentaron algunos contratiempos que dificultaron el estudio en un primer momento con el acceso a la misma organización. Otra dificultad se presentó con los representantes de los grupos y con*

*los mismos miembros para obtener su participación, esto debido al anonimato que mantienen, el cual consideraban que iba ser quebrantado.*

*En lo que respecta a la recolección de los cuestionarios se presentó otro problema, ya que muchos cuestionarios no fueron devueltos.*

*Para la aplicación de los tres tipos de cuestionarios, el Centro de Información en Alcohol, adscrito al Instituto Mexicano de Psiquiatría se puso en contacto con la Oficina de Servicios Generales, la cual es la organización de AA en México; dándoles a conocer los objetivos de la investigación en AA. Otras de las oficinas que se contactaron fue la Oficina Intergrupual del D.F., es decir el Comité de Area, a este comité se le entregaron los cuestionarios de grupo, los cuales fueron entregados a los grupos que ellos seleccionaron, y a su vez a los servidores para que fueran llenados por estos. Los cuestionarios contestados fueron devueltos a la Oficina Intergrupual los cuales eran recogidos por el personal de el Centro de Información en Alcohol.*

*Para la aplicación de los cuestionarios de miembros, los aplicadores del Centro de Información en Alcohol entregaron los cuestionarios a los integrantes de los grupos previamente seleccionados por la Oficina Intergrupual*

*Para la aplicación del cuestionario de grupos la selección se realizó a partir de los comités de área: esto implica una limitación ya que existe un número desconocido de grupos que se conocen como "cerrados" que no participan en la estructura organizacional de AA y que están integrados, por lo general, por miembros de nivel socioeconómico alto o por individuos que se agrupan por otros intereses en común (por ejem. profesionales, intelectuales).*

*Esta aplicación se llevó a cabo de manera conjunta por varios "servidores" del mismo: por ejemplo el secretario, tesorero, el encargado de la literatura o el representante de servicios generales.*

*El cuestionario de reuniones fue aplicado a los servidores de las juntas que se llevaron a cabo durante la aplicación del cuestionario de miembros. El cuestionario fue aplicado a las juntas regulares y reuniones no regulares. Las primeras son las que el grupo programa habitualmente para cada semana: juntas de tema libre, de estudio de los "Doce Pasos" o las "Doce Tradiciones", algún tema de la literatura. Las segundas son aquellas en que por ejemplo, se invita a algún orador de otro grupo a hablar sobre algún tema de interés para el grupo.*

*En los mismos grupos donde se realizaron las dos encuestas anteriores, se seleccionaron por lo menos a cinco miembros por grupo que tuvieran un mínimo de tres*

meses de asistir a AA, para la aplicación del cuestionario de miembros. Se trató de tener una representación proporcional de hombres y mujeres de diversas edades.

Para la aplicación de los tres tipos de cuestionarios se proporcionó información del estudio y objetivos de éste a representantes, servidores y miembros de AA.

Los encuestadores previamente capacitados en la aplicación de los instrumentos, acudieron a los grupos seleccionados, donde entregaron los instrumentos correspondientes y se proporcionó información sobre la forma de llenado. La cual se realizó en forma individual, excepto en algunos casos de individuos con baja escolaridad o analfabetas a los que los mismos aplicadores auxiliaron en la forma de llenar el cuestionario, así como a la comprensión del mismo.

Al término de la entrega de los cuestionarios se acordó recogerlos en un plazo determinado por el grupo, si los instrumentos no estaban completos se daba otro plazo y posteriormente se pasaba a recabarlos.

El presente trabajo enfatiza su análisis en el cuestionario de miembros y particularmente en las preguntas número 20 y 20a, cuestionamientos dirigidos a indagar acerca de la experiencia de tocar fondo:

- 20) *“Tuvo Ud. la experiencia de 'tocar fondo' antes de llegar a AA.*
- 20a) *Si la respuesta es 'sí' podría describir qué tipo de experiencia(s) fue(ron).”*

### Resultados

Como se mencionó, la muestra total es de 647 miembros, de los cuales el 89.8% (581) son hombres y el 10.2% son mujeres. El 66.2% de los hombres tiene una edad entre 31 y 50 años y con un porcentaje ligeramente mayor las mujeres (64.2). El 71.0% de los hombres tiene una pareja, en contraste con las mujeres que el 58.7% no la tienen. Su nivel de escolaridad es de primaria tanto para los hombres como para las mujeres 44.1% y 46.9% respectivamente (ver cuadro 1).

De los 647 alcohólicos entrevistados sólo el 83.4% (540) reportó haber tenido experiencia de tocar fondo. De estos 540 el 90.1% (487) describieron su experiencia.

De esta manera contamos con las respuestas de 487 sujetos para nuestros análisis. Las características de estos miembros es muy similar al total de la muestra (647 miembros) (ver cuadro 1).



*Las diversas respuestas de los sujetos fueron extraídas de los cuestionarios y se compilaron en una lista, posteriormente se solicitó la ayuda de psicólogos y psiquiatras para que las respuestas fueran agrupadas por sus semejanzas. De esta manera, las respuestas fueron integradas en 6 categorías (anexo 2):*

*Problemas de salud: en esta categoría se agruparon las experiencias relacionadas con trastornos orgánico.*

*Problemas psicológicos: en ésta se agruparon las experiencias relacionadas con la autoestima, problemas sexuales, síntomas de depresión, estados paranoides, estados de ansiedad y problemas de concentración.*

*Problemas económico-laborales: fueron agrupadas experiencias que versan sobre problemas en el trabajo, el impacto económico en la familia y problemas económicos serios.*

*Problemas familiares: en ésta se incluyen experiencias relacionadas con el deterioro en la familia, el impacto en los hijos y ruptura familiar.*

*Problemas socio-legales: en ésta se agruparon experiencias de conducta antisocial, inadecuación psicosocial y problemas legales.*

*Finalmente, experiencias que por su tipo no pudieron ser clasificadas en ninguna de las categorías anteriores, como por ejemplo abuso y dependencia, uso de drogas, recaídas y recorrer cantinas, entre otras. Están incluidas en la categoría de problemas de alcoholismo.*

*Debido a la gran diversidad y cantidad de respuestas de los miembros también se pidió a psicólogos y psiquiatras que evaluaran la severidad de la experiencia, asignándole 1 a las experiencias con mayor severidad; 2 a las de severidad media y 3, a las de menor severidad.*

*En el análisis del presente, se incluyó sólo una respuesta de los miembros para cada tipo de categoría, es decir, si un sujeto contestaba dos o más experiencias en una o más categorías, sólo se consideró para el análisis una de las respuestas dadas y ésta fue siempre la de mayor severidad.*

#### Análisis:

*Para el análisis de resultados se eligió el análisis de correspondencias, porque éste es un método multivariado que nos permite el estudio global de las relaciones entre variables de tipo cualitativo y cuantitativo.*

*Asimismo nos permite buscar, las semejanzas y diferencias visualizando los datos, sin perder la información y eliminando las redundancias.*

*Este método multivariado permite el tratamiento matemático y el manejo simultáneo de los datos presentados en una matriz. Los datos son sometidos a una serie compleja de transformaciones matemáticas con la ventaja de que a lo largo del proceso la información inicial se conserva. El análisis logra representaciones gráficas bidimensionales, así como la obtención de factores que en conjunto logra dar una explicación al fenómeno en estudio (17,55).*

*La presentación de resultados en forma de diagramas, podría evocar la clásica nube de correlación. Los factores tienen una correlación nula y, por lo tanto, es inútil buscar su correlación. Aquí los ejes son puramente abstractos y la significación que se les acuerda es un acto de interpretación, no de lectura. En este sentido cada punto representado en esta nube va a tener un peso y su contribución podría ser mayor sobre alguna de las dos dimensiones que explican la mayor parte de los datos involucrados en el estudio.*

*En nuestro caso, las dos dimensiones o ejes explican el 66.8% de los datos, distribuido de la siguiente forma: la dimensión 1 es la línea horizontal o eje 1 (X) que explica el 47.2% de los datos y, la dimensión 2 la vertical o eje 2 (Y), que explica el 19.6%.*

*Como se mencionó anteriormente, cada punto va a tener una mayor incidencia sobre alguna de las dimensiones y por esto es interpretado junto con la asociación que tiene con los demás puntos. La asociación va a ser determinada por el peso que tiene un punto sobre alguna de las dos dimensiones y no por la cercanía de un punto sobre otro. Es decir, aunque un punto X se encuentre a una distancia corta de nuestro punto principal, puede que éste no contribuya lo suficiente al eje en donde se explica este último, por lo que el punto X será interpretado a partir del otro eje.*

*Como se dijo, el análisis se centra en las experiencias de tocar fondo reportadas por los alcohólicos, en este análisis se incluyen variables demográficas como sexo, edad actual, escolaridad y estado civil (anexo 3).*

*Otras variables que también se incluyen son las que están relacionadas con su historia de consumo: edad de inicio, edad en que sintió el alcohol como un problema y su edad de ingreso a AA, así como el tiempo que ha sido miembro de AA (mismo anexo).*

*En la gráfica 1 se muestra la dispersión de los puntos que corresponden a las variables demográficas, de consumo y de las experiencias reportadas por los miembros, que el análisis de correspondencias envía.*

Con diferentes signos, en la gráfica 2 se señala la dispersión de los puntos que se asocian a los hombres (♂) y las variables que se asocian a las mujeres (♀), así como los puntos que se asociaron a ambos sexos (♂). Al igual que las variables y experiencias que debido a su baja contribución no son explicados por las dos dimensiones (c). Finalmente, también se incluyen los valores que se asociaron a jóvenes menores de 20 años y a personas adultas con más de 51 años.

Para una mayor claridad de los resultados, en la gráfica 3 se presentan las variables asociadas a los hombres. En la gráfica 4 para las mujeres y en la gráfica 5 las variables que se asociaron a jóvenes menores de 20 años y a adultos mayores de 51 años, así como la dispersión de las variables que tuvieron una baja contribución a los ejes. En el anexo 4 se especifican los nombres de las variables de la gráfica 5.

Para facilitar la interpretación de los resultados, consideramos conveniente realizarla a partir de la variable sexo. Esto nos permitirá contrastar las experiencias y variables que se asocian a los hombres y las mujeres.

De esta manera, (gráficas 3 y 4) se tiene que la mayoría de los hombres tiene una edad de 31 a 40 años, en contraste con las mujeres que tienen una edad de 41 años o más. En cuanto a su estado civil, los hombres tienen una pareja, con las mujeres no sucede así. El nivel escolar, tanto para los hombres como para las mujeres es de nivel secundaria.

En lo que respecta a la edad de inicio en el consumo, los hombres lo iniciaron antes de los 20 años, a diferencia de las mujeres que lo iniciaron entre los 21 y 30 años y al poco tiempo de haberse iniciado lo percibieron como un problema (21 - 30 años).

Los hombres en cambio, notaron que su consumo era un problema cuando tenían una edad entre 31-40 años.

Tanto para los hombres como para las mujeres a la edad en que percibieron su consumo como un problema, coincidió con su ingreso a AA. Es decir, para los hombres a la edad entre 31-40 años y las mujeres a la edad entre 21-30 años.

El tiempo de permanencia en AA es diferente para los hombres y las mujeres, ya que los hombres tienen una antigüedad de 3 años, en cambio las mujeres es de 5 años.

Para una mayor organización de los resultados sobre las experiencias de tocar fondo, estas se discutirán a partir de las seis categorías propuestas (ver resultados).

En la primera categoría que incluye los problemas de salud se encuentra que el valor asociado a los hombres está el delirium y para las mujeres los malestares físicos. Los valores asociados para ambos sexos está la pérdida de conocimiento y noción de tiempo, alucinaciones auditivas y visuales.

*En lo que respecta a los problemas de tipo psicológico, también hay síntomas que son comunes a los hombres y a las mujeres como depresión y deseos de no vivir. Sin embargo también hay síntomas que sólo se asociaron a los hombres como celos, intento de suicidio y paranoia. Para las mujeres perder la confianza en uno mismo, desinterés y sentimientos de culpa.*

*Las variables asociadas a los hombres en la categoría de problemas económico-legales son la falta, pérdida y problemas en el trabajo, más no así para las mujeres, ya que el valor de mayor peso es la falta de dinero.*

*Para los problemas familiares tanto para los hombres como para las mujeres están el fracaso marital, el deterioro familiar y malas relaciones familiares, así como el retiro de apoyo de familiares. La experiencia de mayor relevancia para los hombres, en esta categoría, es la agresión hacia esposa e hijos y para las mujeres tener problemas con los hijos.*

*En cuanto a los problemas socio-legales el valor asociado para ambos sexos es la detención policial. Los valores asociados a los hombres están los problemas con amigos y vecinos, pleitos, riñas y accidentes automovilísticos. Para las mujeres la falta de responsabilidad y prostitución.*

*En la categoría de problemas de alcoholismo, para los hombres se encuentra la dependencia y el incremento del consumo, en contraste con las mujeres que se encuentra la incapacidad de controlar el consumo y la ingesta de drogas.*

*DISCUSION*  
*Y*  
*CONCLUSIONES*

*El desarrollo del presente trabajo estuvo guiado básicamente por dos inquietudes. La primera de ellas se refiere a la posibilidad de encontrar manifestaciones del alcoholismo en las descripciones que hacen los alcohólicos anónimos de su experiencia de tocar fondo.*

*En relación con ésta podemos señalar que, si bien debido a las situaciones particulares de este estudio, los resultados no podrían ser de ningún modo, conclusivos respecto a las características de personalidad de los miembros AA. Sin embargo, sí nos permiten señalar algunos aspectos que, en nuestra opinión, convendría discutir. Un primer aspecto es contrastar las manifestaciones del alcoholismo en individuos que asisten a tratamiento con profesionistas o instituciones especializadas con las reportadas por los miembros de AA.*

*Sin dejar de considerar las diferencias en el nivel de análisis en los trabajos con alcohólicos institucionalizados y los que en este trabajo se reportan, es oportuno reconocer que quizá sea motivo de discusión la validez de una comparación a partir de la manera en que nosotros obtuvimos e interpretamos los datos. Es necesario al mismo tiempo, dejar de lado la discusión sobre la representatividad en ambos casos; no obstante ello, no lo consideramos razón suficiente para no permitirnos hacer comparaciones.*

*Así, encontramos manifestaciones comunes a todo alcohólico, mencionadas por el DSMIII-R (1) como síntomas de la intoxicación y la abstinencia alcohólicas: depresión, deterioro de las relaciones sociales y familiares, actividades laborales afectadas, pérdida del conocimiento, disminución de la atención, problemas emocionales, alucinaciones e incluso delirium, son asimismo, reportadas por los miembros de AA.*

*En cuanto a la depresión y la ansiedad Velasco (52) considera que el consumo de alcohol no las disminuye, empero, sí acentúa otros problemas psicológicos como la culpabilidad y la pérdida de la autoestima. También presentes en los miembros de AA.*

*En este sentido, nuestros datos corroboran los hallazgos de McLatchie y Lamp (28) quienes señalan que los alcohólicos miembros de AA reportan más problemas con la bebida y las consecuencias de éstos son más serias. Los síntomas con mayor frecuencia, agregan los autores son: a) síntomas de depresión, b) presencia de depresión como un precipitante al consumo y c) depresión y tristeza como resultado del consumo. También se reporta la presencia de tensión y ansiedad. En contraste, estos últimos elementos aparecen poco entre aquellos alcohólicos que no utilizan esta opción de tratamiento.*

*Por otra parte Bean-Bauog (citado por Nace 31) concluye que el alcoholismo es un trauma capaz de impactar en la personalidad. Muchos de los elementos clasificados por nosotros dentro de las categorías de problemas psicológicos y de salud, tales como,*

*pérdida del control de consumo, lagunas mentales, daño en la salud, problemas de autoestima y de integración personal, impulsividad, sentimientos de grandiosidad, baja tolerancia a la frustración, pasividad y afectos inapropiados, son igualmente reportados por Bean-Baugo como presentes entre los alcohólicos.*

*Manifestaciones como problemas de atención, culpa, agresión, impulsividad, ansiedad, desinterés y problemas de autoestima encontradas entre los miembros de AA, están presentes en los alcohólicos a quienes se les han aplicado pruebas de personalidad. Es el caso del trabajo de Dovzhenko, y cols. (11) quienes aplicaron el cuestionario SAS y el de Knorring, y cols. (25) con la aplicación de la prueba Karolinka of Personality.*

*Esto es, podríamos aventurarnos a plantear una hipótesis explicativa respecto al doble papel de estas manifestaciones como causas y/o efecto de la situación que el sujeto alcohólico ha estado, está y, quizá, estará viviendo. Y, en este sentido, los miembros de AA, como alcohólicos, presentan los mismos síntomas.*

*Un aspecto muy socorrido en la literatura es el estudio de las diferencias en las manifestaciones de los alcohólicos entre hombres y mujeres. Las diferencias encontradas a partir del género, entre los miembros de AA en el presente, son muy similares a las reportadas en otros trabajos. Así, con respecto a su familia, las mujeres alcohólicas la pierden en un tiempo menor y con mucha mayor frecuencia que los hombres. Al respecto Madden (27), señala que las mujeres bebedoras excesivas tienen mayor posibilidad de beber solas: de desarrollar la dependencia al alcohol como consecuencia de un evento psicológico traumático; de destruir su matrimonio debido al consumo y de mostrar más síntomas depresivos que los hombres.*

*Los miembros de AA no son de otra forma la excepción. En el aspecto familiar también los hombres como las mujeres presentan deterioro de las relaciones familiares, así como, fracaso marital. No obstante, consideramos conveniente resaltar que para ambos sexos, la depresión y la soledad son elementos presentes cuando el alcoholismo es, como dice AA, ingobernable.*

*De lo expuesto anteriormente podemos concluir que las manifestaciones reportadas en los trabajos con los alcohólicos que asisten a tratamientos con profesionistas o a instituciones, e incluso de aquellos a los cuales se les aplicaron pruebas psicológicas para determinar sus rasgos de personalidad, son semejantes a las manifestaciones entre los alcohólicos que asisten a AA, reportadas en las descripciones de su experiencia de tocar fondo.*

*- De esta manera, sin olvidar las limitantes del trabajo, podemos asimismo, concluir que las descripciones de la experiencia de tocar fondo de los miembros de AA son*

*manifestaciones tanto del alcoholismo como de algunos elementos de personalidad del individuo.*

*En el capítulo 3 abordamos la discusión sobre la factibilidad de explicar la noción de tocar fondo como una construcción social. Aquí únicamente mencionaremos algunos de los aspectos que nos parecen más relevantes.*

*Naturalmente, de la manera en que es analizado, pueden ser cuestionados varios puntos. Quizá los autores y las explicaciones referidas no sean del todo, las más adecuadas, sin embargo, sí son ilustrativas del proceso tal como lo concebimos. Por otro lado, no es la intención de este trabajo dadas sus características, abordar de manera exhaustiva las explicaciones en torno a dicho fenómeno.*

*En ese sentido, nosotros intentamos "reconstruir" ese proceso de construcción, a partir de elementos exclusivamente teóricos y unos cuantos datos acerca del funcionamiento de los grupos de AA. Estos últimos obtenidos durante la investigación, más por casualidad que por ser un objetivo explícito del trabajo. Esto es, nosotros no contamos con la información empírica suficiente para poder describir con certeza la construcción de la experiencia de tocar fondo entre los miembros de AA. Así, hemos de conformarnos con un intento de discusión teórica que ilustra la posible forma en que este proceso se da.*

*Finalmente, podemos parecer poco modestos, al concluir que efectivamente, la experiencia de tocar fondo puede ser explicada y descrita como una construcción social. Sin embargo, como en el caso de las manifestaciones del alcoholismo -discutido arriba- estos son únicamente las conclusiones propias del presente trabajo. De esta forma queremos manifestar que no es pretensión mía asumir que nuestros resultados y discusiones como, conclusivos y, por lo tanto, representativos y en ese sentido generalizables.*

*Por lo anterior creemos oportuno señalar algunas de las limitantes observadas durante la realización del presente estudio. Algunos de ellos señalados ya, en capítulos precedentes. Al hablar de ello emerge de inmediato la pregunta acerca de la confiabilidad de las respuestas obtenidas. Consideramos 3 fuentes posibles de contaminación: a) el cuestionario, b) la aplicación y c) la calificación de las respuestas.*

*Al mencionar el cuestionario hacemos referencia al hecho de haber tomado nuestros datos para el análisis de las manifestaciones del alcoholismo únicamente de una respuesta. Si bien, el cuestionamiento es muy claro, no existe en el instrumento manera alguna de corroborar las respuestas.*

*Lo anterior se encuentra en estrecha relación con el procedimiento de aplicación - respuesta de los cuestionarios (ver procedimiento). Nuestra participación en la elección de*



los sujetos participantes fue casi nula. Así, es indudable que quienes contestaron al menos en la mayoría de las veces, fueron miembros llamémosles "selectos" del grupo. Por otro lado, no fueron raras las ocasiones, que el cuestionario fue contestado de manera colectiva. Esto, sin lugar a dudas, modificó en algún grado las respuestas de los sujetos.

Por último, debemos señalar la dificultad, en mucho más de un caso, para entender la descripción de su experiencia de tocar fondo, no sólo por cuestiones de redacción, sino por los problemas caligráficos de los miembros de AA. En el mismo sentido, algunos sujetos eran muy claros al señalar su experiencia usando términos como "me sentía deprimido", "tuve alucinaciones", "padece delirios", "golpeaba a mi mujer e hijos". Sin embargo, otros tantos no eran tan precisos, "problemas en todos lados", "tomaba por todo y por nada", "no sabía que hacer". Esta fue la razón por la que nos auxiliamos con psiquiatras, psicólogos y médicos. No obstante, aunque creemos haber reducido su influencia, no podemos dejar de considerarla fuente de "contaminación".

A pesar de las limitantes arriba señaladas, este trabajo representa uno de los primeros intentos por abordar el estudio de un campo hasta hace poco tiempo, completamente vedado para cualquier investigador interesado. Es entonces, oportuno reconocer, como se dijo antes, que lejos de dar respuesta definitiva a los 2 cuestionamientos del trabajo, emerge una serie de interrogantes acerca del funcionamiento de una de las opciones de tratamiento del alcoholismo con mayor éxito en los últimos años.

Así, no desaprovechamos la oportunidad para enfatizar la necesidad de realizar estudios con mayor profundidad, que se dirijan a desvelar los elementos relevantes en la propuesta de tratamiento de AA. Por lo que, sería interesante el abordaje de esta problemática desde una perspectiva etnográfica. Con ello, como señala Geertz (14) tendríamos la oportunidad de descubrir los significados que se forman acerca de la filosofía de los grupos de AA, tales como: espiritualidad, Poder Superior, los tres pilares de la asociación Recuperación, Unidad y Servicio. Del mismo modo, estudios de tipo etnográfico nos darían información para vislumbrar el funcionamiento de los grupos y las interacciones entre los miembros: hombres-mujeres, padrino-nuevo miembro, asignación de funciones entre otras.

Finalmente, podríamos darnos la luz sobre la adquisición de esa comunicación que como señalan Edwards y Mercer (12), se establece entre los miembros de un grupo alrededor de una problemática común. Nos permitiría, también el análisis y la discusión de las narraciones no únicamente como cuestión de lenguaje, sino como un conjunto de experiencias no lingüísticas compartidas, con supuestos, percepciones y comprensiones, factibles únicamente en marcos sociales reales en donde los participantes comparten

*comprensiones. Esto nos llevaría a conocer las propiedades particulares del habla, o como señala Urmston (50) la 'jerga' entre los miembros de AA, que la hace diferente del habla en otros contextos.*

*Evidentemente, la realización de este tipo de estudios es demasiado complicada pues requiere de condiciones que difícilmente serán del todo permitidas a los investigadores por los grupos y miembros de AA. Pero, pensamos, valdría la pena intentarlo.*

*Resta solamente remarcar algo ya mencionado antes en relación al aún incipiente pero cada vez mayor número de estudios sobre AA. Esto denota una comprensión y respeto recíproco entre investigadores y asociación, que permitirá, quizás en breve tiempo, conocer realmente el funcionamiento de esta opción de tratamiento y a la vez, extenderlo a todas las asociaciones de autoayuda, como jugadores compulsivos y neuróticos anónimos, entre otros.*

*ANEXOS*

*CUADRO*

*Y*

*GRAFICAS*



ANEXO I

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA  
ANILLO DE CALLES A. JOCHIMILCO 131 MÉXICO 20 D.F. TEL. 655 70 11 CABLE INMEXIA

Prohibida su utilización y reproducción sin autorización

CUESTIONARIO DE MIEMBROS

Para ser contestado por miembros que tengan por lo menos 3 meses en A.A.

Si Ud. no desea completar el cuestionario, por favor coloque una "X" aquí \_\_\_\_\_ y regréselo sin responder.

Si Ud. ya ha llenado el cuestionario en otra reunión, por favor coloque una "X" aquí \_\_\_\_\_ y regréselo sin responder.

Las preguntas, deberán responderse circulando el número que corresponda a la respuesta que Ud. quiera dar o colocando una "X" en el espacio apropiado.

1.- ¿En qué año nació ud.?  
19\_\_\_\_\_.

2.- ¿Cuál es su sexo?  
1 hombre  
2 mujer

3.- ¿En total, cuántos años asistió o estudio usted en la escuela?  
1 4 años o menos  
2 5 a 7 años  
3 8 a 10 años  
4 11 años  
5 12 años  
6 13 años  
7 14 años  
8 15 años  
9 16 años o más.

¿A qué tipo de negocios o rama de actividades se dedica?

¿Cuál es el nombre de su trabajo?

---

4.- ¿De dónde es usted originario?

---

¿Usted vive con?: (marque todas la opciones que procedan)

- ( ) solo  
( ) con su esposo(a)  
( ) con un compañero(a)  
( ) con sus hijos  
( ) con sus padres  
( ) otros familiares  
( ) con otras personas no familiares

5.- ¿Cuál es su estado civil?

- 1 casado
- 2 soltero
- 3 vive con alguien
- 4 nunca se casó
- 5 separado o divorciado
- 6 viudo
- 7 otro \_\_\_\_\_

6a.- ¿Qué edad tenía Ud. cuando empezó a beber?

----- años

6b.- ¿Qué tan seguido bebía usted cualquier tipo de bebida alcohólica en los 12 meses anteriores a su ingreso más reciente a A.A.? (Por favor circule el número de la respuesta que mejor describa su situación)

- 1 todos los días
- 2 casi todos los días
- 3 3 ó 4 veces a la semana
- 4 2 ó 3 veces al mes
- 5 1 ó 2 veces al mes
- 6 alrededor de una vez al mes
- 7 6 a 11 veces al año
- 8 1 a 5 veces al año
- 9 No durante los 12 meses anteriores a su ingreso.

7.- ¿En general cuántos tragos o botellas tomaba usted por ocasión? (Por favor escriba el número de tragos o botellas)

\_\_\_\_\_ tragos (número) \_\_\_\_\_ número de botellas  
Especifique el tipo de bebida  
y tamaño de la botella

Nota: Un trago es igual:

- a una cerveza (325ml)
- a un vaso de vino (115ml)
- a una cuba o bebida fuerte (42ml)
- 16 cubas = 1 botella de 3/4 de ron o brany

8.- Durante los 12 meses antes de su último ingreso a A.A., ¿qué tan a menudo tomaba 12 ó más tragos de cualquier bebida, es decir cualquier combinación de cerveza, vino de mesa, licor? (por favor circule el número de la respuesta que mejor describa su situación)

- 1 todos los días
- 2 casi todos los días
- 3 3 ó 4 veces a la semana
- 4 2 a 3 veces al mes
- 5 1 a 2 veces al mes
- 6 alrededor de una vez al mes
- 7 6 a 11 veces al año
- 8 1 a 5 veces al año
- 9 ninguna durante los últimos 12 meses
- 10 nunca

---

Nota: 12 tragos es igual:

- 1 12 cervezas medianas
  - 4 caguamas
  - 11 vasos de vino
  - 3/4 partes de una botella de 3/4 de destilados (ron, tequila, brandy, etc)
- 

9.- Durante los 12 meses antes de su ingreso más reciente a A.A. ¿qué tan a menudo tomó 24 ó más tragos por ocasión de cualquier bebida, es decir cualquier combinación de cerveza, vino de mesa, licor, etc.? (por favor circule la respuesta que mejor describa su situación)

- 1 todos los días
  - 2 casi todos los días
  - 3 3 ó 4 veces a la semana
  - 4 2 ó 3 veces al mes
  - 5 1 ó 2 veces al mes
  - 6 alrededor de una vez al mes
  - 7 6 a 11 veces al año
  - 8 1 a 5 veces al año
  - 9 nunca durante los últimos 12 meses antes de ingresar a A.A.
  - 10 nunca
- 

Nota: 24 tragos es igual:

- 24 cervezas medianas
  - 8 caguamas
  - 24 vasos de vino
  - 3 una botella y media de 3/4 de destilado (ron, tequila, brandy, etc)
- 

10a.- ¿Alguna vez consumió algo que no fueran bebidas alcohólicas? (por ejemplo, alcohol de 96°, lociones, etc)

- 1 no, nunca
- 2 sí, una o dos veces.
- 3 sí, varias veces.

10b.- ¿Alguna vez bebió hasta emborracharse por más de un día seguido?

- 1 no (pase a la pregunta 10e)
- 2 sí

¿De cuántos días fue la ocasión en que duro más tiempo borracho?

---

10c.- ¿Cuándo le empezó a suceder esto (permanecer borracho por más de un día)?:

- 1 menos de un año después de haber empezado a beber
- 2 entre uno y dos años después de haber empezado a beber
- 3 tres o más años después de haber empezado a beber

10d.- ¿Qué tan frecuente se emborrachaba más de un día seguido?

- 1 todos los fines de semana
- 2 dos o tres veces al mes
- 3 una vez al mes
- 4 una vez cada dos a tres meses
- 5 una vez cada tres a seis meses
- 6 dos veces al año
- 7 una vez al año

10e.- ¿Alguna vez usó las siguientes drogas bajo prescripción médica?

	sí	no
a. estimulantes, como medicinas para no dormir o quitar el apetito (Esbelcaps, Dietest Lonamin, Redotex, etc)	1	2
b. opiáceos o analgésicos como medicina para dolores muy intensos o jarabes para la tos como codeína/coderit, Eucaliptine, Brontonyl, Dimetane-ex, etc)	1	2
c. sedantes o tranquilizantes, como medicamentos para calmar los nervios (Activan, Valium, Belserene)	1	2
d. otras, favor de especificar		

11.- ¿Alguna vez uso Ud. alguna de las siguientes drogas sin prescripción médica?

	sí	no
a. estimulantes como pastillas para no dormir o quitar el apetito (Esbelcaps, dietest, Lonamin)	1	2
b. cocaína	1	2
c. marihuana o hashis	1	2
d. heroína, morfina, opio o jarabes para la tos con codeína (Coderit, Eucaliptine, Brontonyl, Dimetane)	1	2
e. otros depresores, como sedantes o tranquilizantes para los nervios (Valium, Activan, etc)	1	2
f. inhalantes (thiner, cemento, aguarras)	1	2
g. otros, favor de especificar		

11a.- Si usó drogas sin prescripción médica ¿cada cuándo las utilizó? (marque todas las opciones que procedan)

	2 ó 3 veces por semana	1 vez a la semana	Una vez cada 2 ó 3 semanas	Una vez al mes	Menos de una al mes
a. estimulantes como pastillas para no dormir o quitar el apetito (Esbelcaps, dietest, Lonamin, etc)	1	2	3	4	5
b. cocaína	1	2	3	4	5
c. marihuana o hashis	1	2	3	4	5
d. heroína, morfina, opio o jarabes para la tos con codeína (Coderit, Eucaliptine, Brontonyl, Dimetane)	1	2	3	4	5
e. otros depresores, como sedantes o tranquilizantes para los nervios (Valium, Activan, etc)	1	2	3	4	5
f. inhalantes (thiner, cemento, aguarras)	1	2	3	4	5
g. otros, favor de especificar					

12.- ¿Cuándo fue la vez más reciente que Ud. experimento los siguientes problemas físicos relacionados con el consumo de alcohol?

	Nunca	Hace más de 12 meses	En los últimos 12 meses
A. No poder ir al trabajo o hacer su trabajo	1	2	3
B. haber tenido un problema de salud Causado por la bebida	1	2	3
C. haber tenido lagunas mentales después de beber.	1	2	3
D. haber oído voces	1	2	3
E. haber visto cosas	1	2	3

13.- ¿Cuándo fue la vez más reciente que tuvo los siguientes problemas?

	Nunca	Hace más de 12 meses	En los últimos 12 meses
A. intentar suicidarse	1	2	3
B. sentirse profundamente avergonzado.	1	2	3
C. sentirse extremadamente deprimido.	1	2	3
D. perder un trabajo.	1	2	3
E. ser arrestado por la policía a causa de una borrachera.	1	2	3
F. tener peleas.	1	2	3
G. serios problemas financieros.	1	2	3
H. se disolvió su matrimonio.	1	2	3
I. no tener un lugar para vivir.	1	2	3
J. detenido por manejar ebrio.	1	2	3
K. ir a la cárcel por delitos cometidos cuando bebía.	1	2	3

14a.- ¿Qué edad tenía cuando sintió que el alcohol era un problema para usted?

\_\_\_\_\_ años      En que año fue esto: 19\_\_\_\_\_

14b.- ¿Cómo fue que sintió o se percató que el alcohol era un problema para Ud.? (marca todas las opciones que procedan)

- ( ) pérdida del conocimiento
- ( ) lagunas mentales
- ( ) crudas físicas y morales
- ( ) llamadas de atención de otras personas
- ( ) problemas de salud
- ( ) cambios de conducta en sus relaciones interpersonales
- ( ) gastar demasiado cuando bebía
- ( ) otro, favor de especificar \_\_\_\_\_



15.- ¿Cuándo fue la vez más reciente que asistió a algunos de los siguientes lugares por su problema con la bebida?

	Nunca	Hace más de 12 meses	En los últimos 12 meses
a. a un médico general.	1	2	3
b. a un hospital general.	1	2	3
c. a un psiquiatra, psicólogo, consejero matrimonial, grupal o familiar.	1	2	3
d. a un hospital psiquiátrico.	1	2	3
e. a un centro de desintoxicación	1	2	3
f. a otros lugares donde dan tratamiento al alcohólico.	1	2	3
g. a un programa de abuso de drogas.	1	2	3
h. asistir a reuniones de Alanon, Alateen, Adultos hijos de Alcohólicos.	1	2	3
i. tomar antabus.	1	2	3
j. con un sacerdote	1	2	3
k. otros, favor de especificar:			

16.- ¿Alguna vez trató Ud. seriamente de dejar de beber antes de comenzar a asistir a las reuniones de A.A.?

- 1 no, nunca.
- 2 si, una o dos veces.
- 3 si, varias veces.

(si contestó que NO, pasar a la pregunta 18)

17a.- ¿De que manera trató de dejar de beber antes de entrar a A.A.? (marque todas las opciones que procedan)

- ( ) por su propia voluntad
- ( ) por estar "jurado"
- ( ) por advertencia de un médico u otro profesionista
- ( ) por presión o sugerencia de un familiar o amigo cercano
- ( ) por presión en el trabajo
- ( ) otro, favor de especificar \_\_\_\_\_

17b.- ¿Cuál fue el período mayor de tiempo en que Ud. no bebió antes de comenzar a asistir a A.A.?

- 1 menos de 1 mes
- 2 1 a 2 meses
- 3 3 a 6 meses
- 4 6 a 11 meses
- 5 1 a 2 años
- 6 3 a 4 años
- 7 4 años o más

18.- ¿Cuándo sintió que asistir a A.A. podría ser para Ud.?  
(marque todas las que se apliquen)

- después de leer acerca de A.A. en alguna publicación de A.A.
- después de oír o ver mensajes de A.A. en la radio, T.V. o cine
- durante un tratamiento en una institución.
- después de leer el Libro Grande.
- después de leer otra literatura de A.A.
- después de hablar con una persona de A.A.
- después de hablar con una persona no A.A.
- Otra, favor de especificar: \_\_\_\_\_

19.- ¿Alguna de las siguientes personas, le sugirió que A.A. podrían ser para Ud.?

- ud. mismo.
- un miembro de A.A.
- un amigo cercano
- su conyuge.
- otros miembro de su familia.
- un consejero profesional
- un sacerdote
- alguien en el trabajo.
- en la policía / o un juzgado.
- un médico.
- una oficina de asistencia
- otras, favor de especificar. \_\_\_\_\_

20.- ¿Tuvó Ud. la experiencia de "tocar fondo" antes de llegar a A.A.?

- 1 no.
- 2 sí.

Si la respuesta es "sí", podría describir que tipo de experiencia(s) fue(ron)

---

---

---

21.- ¿Cuándo asistió Ud. por primera vez a una reunión de A.A.?

19 \_\_\_\_\_

22a.- ¿Cómo fue que llegó usted a su primera reunión de A.A.?

- fue mi idea
- presionado por mi esposa(o)
- como parte de un programa de tratamiento institucional
- por sugerencia de un miembro de A.A.
- a través de un juzgado.
- a través de un amigo.
- ningún otro lugar a donde ir: como último recurso
- otras, favor de especificar: \_\_\_\_\_

22b.- Desde que está en A.A. ¿ha asistido con regularidad a las juntas?) por ejemplo una o dos veces por semana)

- siempre
- casi siempre
- por temporadas
- casi nunca

23a.- Si asistió alguna vez con regularidad ¿cuándo lo empezó a hacer?

19 \_\_\_\_\_

23b.- ¿Asiste actualmente con regularidad a las juntas de A.A.?

- 1 no
- 2 sí Aproximadamente cuántas veces al mes \_\_\_\_\_

24.- ¿Cómo fue que empezó a asistir regularmente a las reuniones de A.A. (marque todas las opciones que procedan)

- fue mi idea
- presionado por mi esposa(o)
- como parte de un programa de tratamiento institucional
- por sugerencia de un miembro de A.A.
- a través de un juzgado.
- a través de un amigo
- ningún otro lugar a donde ir: como último recurso
- otras, favor de especificar: \_\_\_\_\_

25a.- ¿Cuándo se considero Ud. por primera vez que pertenecía a A.A.?

- 19 \_\_\_\_\_  
 no considero que pertenezco a A.A.

25b.- ¿Ha tenido recaídas desde que entró a A.A.?

- 1 no
- 2 sí Indique cuantas \_\_\_\_\_

25c.- ¿Ud. logro mantenerse sobrio?

- 1 desde que entró a A.A. por primera vez
- 2 después de entrar a A.A. más de una vez
- 3 después de estar tres meses en A.A.
- 4 después de estar entre 3 a 6 meses en A.A.
- 5 después de estar más de 6 meses en A.A.
- 6 logre dejar de beber antes de entrar en A.A.
- 7 aún no obtengo mi sobriedad

26.- Después de su ingreso a A.A. ¿cuántos tiempo paso hasta que mantuvo su sobriedad durante por lo menos un año?

- 1 menos de un año.
- 2 1 a 2 años.
- 3 3 a 4 años.
- 4 5 años o más.
- 5 había dejado de beber antes de entrar a A.A.
- 6 aún no mantengo la sobriedad por lo menos un año

27.- ¿Alguna vez dejó de asistir a las reuniones A.A.?

- 1 no
- 2 sí

(si su respuesta es NO, pase a la pregunta 31)

28.- ¿Por qué dejó de asistir a las reuniones? (marque todas las opciones que procedan)

- ( ) empecé a beber de nuevo.
- ( ) me cambié lejos de mi Grupo.
- ( ) no obtuve toda la ayuda que necesitaba.
- ( ) no me llevaba con la gente.
- ( ) me enfermé.
- ( ) no se adaptaba a mí.
- ( ) tenía problemas familiares.
- ( ) otras personas me presionaban para no asistir.
- ( ) otra razón \_\_\_\_\_

29.- ¿Durante cuánto tiempo dejó Ud. de asistir a A.A.? (en la ocasión más reciente que lo hizo)

- 1 una semana o menos.
- 2 de 2 semanas a un mes.
- 3 de 1 a 5 meses.
- 4 de 6 a 11 meses.
- 5 de 1 a 2 años.
- 6 2 años o más.

30.- ¿Cuándo regresó Ud. a A.A.?

19 \_\_\_\_\_

31.- ¿Cuándo tomó Ud. su último trago de alcohol?

Mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

32.- ¿A cuántos grupos va Ud. regularmente? (mensualmente o quincenalmente, por ejemplo)

\_\_\_\_\_ grupos (como miembro de A.A.)  
\_\_\_\_\_ grupos (como servidor de A.A.)

33.- ¿A cuáles grupos ha ido Ud. en las últimas 4 semanas?

Nombre del Grupo	Número de Reuniones
_____	_____
_____	_____

34.- ¿Hay un grupo en particular con el cual está Ud. estrechamente relacionado actualmente y al cual considera como "su grupo"?

- 1 no.
- 2 sí.

35.- Si la respuesta es "sí", ¿Cuál es ese grupo? \_\_\_\_\_

36.- Si la respuesta es "sí", ¿por qué Ud. seleccionó ese grupo en particular? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

37.- Si la respuesta es "sí", ¿qué significa ser miembro de ese grupo?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

38.- ¿Qué tan reciente se involucró Ud. en las siguientes actividades de A.A.?

	En las últimas 4 semanas	En los últimos 12 meses	Hace más de un año	nunca
a. intervenir u opinar en las juntas	1	2	3	4
b. contar su historia en una reunión de A.A.	1	2	3	4
c. pasar su experiencia a un recién llegado	1	2	3	4
d. actuar como padrino de un miembro nuevo de A.A.	1	2	3	4
e. actuar como secretario de un grupo de A.A.	1	2	3	4
f. actuar como tesorero de un grupo de A.A.	1	2	3	4
g. actuar como coordinador en alguna reunión.	1	2	3	4
h. trabajar en el teléfono de emergencia de A.A.	1	2	3	4
i. dar servicio de café o limpieza	1	2	3	4
j. ser el contacto de un grupo de A.A. (por ejem. estar enlistado en un directorio)	1	2	3	4
k. ser el delegado en cualquier conferencia de A.A.	1	2	3	4
l. llevar a un miembro nuevo de A.A.	1	2	3	4
m. otras, favor de especificar:				

39.- ¿Alguna vez ha ido a hablar a cualquier lugar fuera de la organización acerca de A.A. (marque las opciones que procedan)

- ( ) no
- ( ) sí, en una escuela
- ( ) sí, en una institución de tratamiento
- ( ) sí, en una prisión
- ( ) sí, en un grupo de profesionistas
- ( ) sí, en un lugar de trabajo
- otro, favor de especificar \_\_\_\_\_

40.- ¿Alguna vez ha tenido Ud. un padrino?  
 1 no  
 2 sí

41.- ¿Tiene ahora un padrino o padrinos en A.A.?

- 1 no  
2 sí

(si contesto que NO a las preguntas 40 y 41, pase a la 43)

42.- ¿Qué tan frecuente acostubra Ud. hablar con su padrino de los siguientes temas?

	A menudo	Algunas veces.	Nunca
a. asuntos personales.	1	2	3
b. problemas de recuperación.	1	2	3
c. problemas maritales.	1	2	3
d. asuntos prácticos.	1	2	3
e. asuntos financieros.	1	2	3
f. asuntos espirituales.	1	2	3
g. asuntos de sociabilidad.	1	2	3
h. otros, favor de especificar. _____			

43.- Además de familiares, ¿cuántos amigos cercanos tiene con los que puede hablar acerca de cosas que son importantes para Ud.? (por favor escriba abajo el número de amigos).

\_\_\_\_\_ amigos cercanos.

44.- ¿Cuántos de estos amigos hizo Ud. desde que llegó a A.A.?

\_\_\_\_\_ amigos cercanos.

45.- ¿Cuántos de estos amigos son alcohólicos recuperados?

\_\_\_\_\_ amigos recuperados

46.- ¿Ud. todavía ve a amigos que no se han recuperado y que Ud. tenía antes de ir a A.A.?

- 1 ninguno de ellos.  
2 difícilmente a alguno  
3 algunos de ellos  
4 la mayoría de ellos

47.- ¿Algún miembro de A.A. le ha ayudado a resolver alguno de los siguientes problemas?

	No, nunca	Sí, durante último año	Sí, pero anteriormente
a. encontrar un trabajo.	1	2	3
b. encontrar un lugar donde vivir.	1	2	3
c. problemas financieros.	1	2	3
d. problemas familiares.	1	2	3
e. problemas espirituales.	1	2	3
f. problemas personales.	1	2	3
g. en alguna otra forma, favor de especificar: _____			

48.- De lo siguiente, ¿qué encuentra Ud. importante para mantener su sobriedad? (marque todas las opciones que procedan)

- asistir a reuniones de A.A.
- relacionarse con otros miembros de A.A.
- trabajar en privado (leyendo, estudiando, meditando)
- compartir mis problemas con otros.
- que el grupo de A.A. mantenga una estrecha vigilancia sobre mí.
- el contacto con mi padrino.
- el contacto con mi esposa(o)
- trabajar el programa o los pasos.
- haciendo trabajo de servicio en A.A.

49.- ¿Qué tan seguido, en el año pasado, leyó usted?

	No	Sí, una o dos veces	Sí, más a menudo
a. el Libro Grande.	1	2	3
b. otros panfletos o literatura aprobada de A.A.	1	2	3
c. el Grapevine o el boletín local equivalente.	1	2	3
d. plenitud	1	2	3
e. publicaciones acerca de A.A. (no aprobadas por la conferencia)	1	2	3
f. publicaciones acerca de las adicciones y su recuperación en general.	1	2	3

50.- ¿Cuál es su experiencia del programa espiritual de A.A.? (marque todas las opciones que procedan)

- lo ignoro completamente.
- no capto mucho sobre esto.
- ha hecho que revise mi pensamiento acerca de Dios.
- ha confirmado mi creencia en un poder superior a mí mismo.
- ha sido un despertar espiritual para mí.
- he descubierto la religión a consecuencia de A.A.
- es demasiado religioso para mí.
- otras, descríbalas por favor: \_\_\_\_\_

51.- ¿Cuál es su interpretación del concepto "un poder superior a nosotros mismos", como está mencionado en los 12 Pasos?

- no significa nada para mí en lo personal.
- se refiere a las fuerzas internas de uno.
- se refiere a algún poder distinto a mí.
- se refiere al Dios cristiano.
- se refiere a Dios, pero no al Dios cristiano.
- se refiere al orden cósmico.
- se refiere al equilibrio de la naturaleza.
- se refiere a la fraternidad o al poder del grupo.
- otras, favor de describir: \_\_\_\_\_

A En la lista de abajo hay algunas afirmaciones que la gente puede hacer para describir su espiritualidad. Basándose en su propia espiritualidad, por favor indique si esta Ud. de acuerdo o en desacuerdo con cada frase.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
<b>La espiritualidad es:</b>					
a. como me comporto hacia otras personas	1	2	3	4	5
b. la espiritualidad es algo dentro de mí	1	2	3	4	5
c. es la conciencia de algo que nos une a nosotros	1	2	3	4	5
d. es saber que hay un poder superior a mí y a otros humanos	1	2	3	4	5
e. es un medio de apoyo invisible, es creer en cosas que no se ven, fe	1	2	3	4	5
f. es la fraternidad de A.A.	1	2	3	4	5
g. otras afirmaciones, favor de especificar					

B. En la lista de abajo hay un número de afirmaciones acerca de similitudes y diferencias entre espiritualidad y religión. Por favor indique si esta Ud. de acuerdo o en desacuerdo en la misma forma que respondió en la parte

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. religión y espiritualidad no están asociados en absoluto.	1	2	3	4	5
b. la gente utiliza la religión para llegar a su espiritualidad.	1	2	3	4	5
c. la religión está formada por normas y reglas.	1	2	3	4	5
d. la espiritualidad se basa en nuestra propia experiencia.	1	2	3	4	5
e. la religión es la práctica organizada de la espiritualidad.	1	2	3	4	5
f. la religión no permite un desarrollo personal.	1	2	3	4	5
g. otras, favor de especificar:					



La siguiente lista describe actividades que la gente puede adoptar para expresar sus aspectos espirituales.

	Muy impor- tante	Algo im- portante	No muy impor- tante	Nunca lo he hecho
a. practicar yoga, meditar, o dedicar tiempo para la autorreflexión.	1	2	3	4
b. rezar o pedir para que me guíe un poder superior.	1	2	3	4
c. asistir a una iglesia.	1	2	3	4
d. tratar de ser responsable o consciente de lo que hago.	1	2	3	4
e. tenerle respeto a la gente y esforzarme por tratarlos bien	1	2	3	4
f. servir, ayudar a los recién llegados y a otros.	1	2	3	4
g. ir a reuniones.	1	2	3	4
h. otras actividades, favor de especificar				

52.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones expresa más lo que Ud. cree acerca de Dios? (marque todas las opciones que procedan)

- ( ) yo sé que Dios existe realmente y no tengo dudas acerca de esto.
- ( ) mientras yo tenga dudas, siento que creo en Dios.
- ( ) algunas veces yo creo en Dios, pero otras veces no.
- ( ) yo no creo en un Dios como persona, pero sí creo en un poder superior de alguna clase.
- ( ) yo no sé si hay un Dios y no creo que haya alguna forma de encontrarlo.
- ( ) yo no creo en Dios.
- ( ) ninguno de los enunciados de arriba representa lo que yo creo. Lo que yo creo acerca de Dios es (favor de especificar): \_\_\_\_\_

53.- ¿Cuál es su afiliación religiosa, si tiene Ud. alguna?

- 1 protestante (especifique por favor cuál) \_\_\_\_\_
- 2 católico. \_\_\_\_\_
- 3 judío. \_\_\_\_\_
- 4 otra, favor de especificar: \_\_\_\_\_
- 5 ninguna. \_\_\_\_\_

54.- ¿Qué tan seguido asiste Ud. a servicios religiosos?

- 1 todas las semanas o casi cada semana
- 2 alrededor de 2 o 3 veces al mes
- 3 alrededor de una vez al mes
- 4 4 a 10 veces al mes
- 5 alrededor de una o dos veces al año.
- 6 menos de una vez al año.
- 7 nunca.

58.- ¿Qué tan difícil encuentra Ud. hacer cada uno de los 12 pasos? (si Ud. está en el programa desde hace menos de un año no conteste la parte A)

	A Cuando llegué por primera vez a A.A.			B Actualmente		
	No muy difícil	Bastante difícil	Difícil	No muy difícil	Bastante difícil	Difícil
1 Admitimos que estamos dominados por el alcohol y que nuestras vidas han llegado a ser Ingobernables.	1	2	3	1	2	3
2 Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.	1	2	3	1	2	3
3 Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.	1	2	3	1	2	3
4 Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.	1	2	3	1	2	3
5 Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos.	1	2	3	1	2	3
6 Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.	1	2	3	1	2	3
7 Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.	1	2	3	1	2	3
8 Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.	1	2	3	1	2	3
9 Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.	1	2	3	1	2	3
10 Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocáramos lo admitíamos inmediatamente.	1	2	3	1	2	3
11 Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto conciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros.	1	2	3	1	2	3
12 Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.	1	2	3	1	2	3

56.- ¿Qué tanta ayuda encuentra Ud. en los siguientes aspectos de las reuniones de A.A.?

	De mucha ayuda	Poca ayuda	Ninguna ayuda
a. platicar antes de las reuniones.	1	2	3
b. escuchar las experiencias de otros en las juntas	1	2	3
c. compartir mis propias experiencias en las juntas	1	2	3
d. grupo de discusión.	1	2	3
e. la oración final	1	2	3
f. leer alguna literatura de A.A.	1	2	3
g. los momentos de silencio.	1	2	3
H. otros, favor de especificar.			

57.- ¿Qué hace A.A. por Ud.? (Marque todas las opciones que procedan)

- aliviar mi sentimiento de desesperanza
- explicar la naturaleza de mi problema
- ayudar a identificarme con otros
- darme nuevos amigos
- presentarme en una red social
- remediar mi soledad
- me ayuda a estructurar y emplear mi tiempo
- quitarme el estigma
- darme un sentido de valor personal
- hacerme sentir aceptado
- restaurar mi sentido de la proporción
- darme un lugar al cual poder ir
- otras, favor de especificar: \_\_\_\_\_

58.- ¿Algunos de los siguientes factores han contribuido para su recuperación? (aparte de su involucración con A.A.)

	Si	No
a. tratamiento médico	1	2
b. ayuda social	1	2
c. problemas con la ley	1	2
d. problemas económicos	1	2
e. nueva pareja	1	2
f. nuevo trabajo	1	2
g. haber tenido un hijo	1	2
h. la muerte de un familiar	1	2
i. presión de su pareja para que dejara de beber	1	2
j. presión de su familia para que dejara de beber	1	2
k. calificar para obtener licencia de manejo	1	2
l. presión social en su trabajo	1	2
m. disminución de su tolerancia al alcohol	1	2
n. enfermedades	1	2
p. otras, favor de especificar: _____		

59.- ¿Cuánto tiempo cree Ud. que un A.A. debe haberse mantenido sobrio antes de poder:

- a. hablar en una reunión abierta \_\_\_\_\_ semanas/meses/años
- b. llegar a ser secretario de un grupo \_\_\_\_\_ semanas/meses/años
- c. ser elegido delegado regional/  
inter-grupal. \_\_\_\_\_ semanas/meses/años
- d. ser elegido delegado nacional \_\_\_\_\_ semanas/meses/años
- e. ser elegido R.S.G.

¿Piensa Ud. que un grupo de A.A. debe aceptar personas referidas por una corte o juzgado?

- 1 sí
- 2 no

60.- Abajo se enumeran varias clases de organizaciones y clubes  
¿Podría por favor responder lo siguiente?

A. ¿Pertenece Ud. a algunos de estos tipos de grupos  
actualmente?

B. ¿Pertenece Ud. a algunos de estos tipos de grupos en los  
12 meses antes de llegar a A.A.?

	A		B	
	Pertenece actualmente		Pertenece en los 12 meses antes de estar en A.A.	
	No	Si	No	Si
a. grupos de deportes o de activi- dades en espacios abiertos.	1	2	1	2
b. como clubes sociales.	1	2	1	2
c. como asociaciones profesionales o de negocios.	1	2	1	2
d. partido político	1	2	1	2
e. como grupos de lectura, música o de hobbies.	1	2	1	2
f. como grupos religiosos o espi- rituales.	1	2	1	2

61.- ¿Hay alguna cosa que no se haya contemplado en el cues-  
tionario y que Ud. quisiera añadir?

---



---



---

## ANEXO 2

### **Problemas de Salud:**

- 1 *Malestares físicos (2)*
- 2 *Hospitalización (1)*
- 3 *Temblores (2)*
- 4 *Lesión hepática (1)*
- 5 *No dormir/no comer (2)*
- 6 *Taquicardia (2)*
- 7 *Sudores fríos o calientes (2)*
- 8 *Alucinaciones auditivas y visuales (1)*
- 9 *Delirium tremens (1)*
- 10 *Pérdida del conocimiento y noción de tiempo (2)*
- 11 *Fugas geográficas (1)*

### **Problemas psicológicos**

- 12 *Perder la vergüenza (3)*
- 13 *Pérdida del instinto de conservación (2)*
- 14 *Nerviosismo (2)*
- 15 *Cambio de personalidad (2)*
- 16 *Soledad (2)*
- 17 *Inutilidad (2)*
- 18 *Desilusión y deseos de no vivir (2)*
- 19 *Deseos de no sufrir (2)*
- 20 *Pérdida de valores y metas (2)*
- 21 *Paranoia (1)*
- 22 *Depresión (2)*
- 23 *Sentimientos de humillación (2)*
- 24 *Complejo de inferioridad (3)*
- 25 *Intento de suicidio (1)*
- 26 *Angustia (2)*
- 27 *Problemas emocionales (2)*
- 28 *Descuido mental (2)*
- 29 *Perder la dignidad (2)*
- 30 *Impotencia sexual (2)*
- 31 *Perder la confianza en uno mismo (3)*
- 32 *Sentimientos de culpa (2)*
- 33 *Celos (2)*
- 34 *Compasión por sí mismo (2)*
- 35 *Temor a perder la razón (1)*
- 36 *Temor a todo y a nada (2)*
- 37 *Sensación de brazos dormidos (2)*
- 38 *Tendencias homosexuales (2)*
- 39 *Zoofilia (2)*

### **Problemas económico/laborales**

- 40 *Pérdida de trabajo (1)*
- 41 *Falta de dinero (2)*
- 42 *Vender las pertenencias (2)*
- 43 *Mendigar en la calle (1)*
- 44 *Traumas económicos (2)*
- 45 *Pérdido de cosas materiales (3)*
- 46 *Faltar al trabajo (2)*
- 47 *Problemas en el trabajo (2)*
- 48 *Fracasos profesionales (2)*

### **Problemas familiares**

- 49 *Fracaso marital (1)*
- 50 *Abandono de la novia (2)*
- 51 *Pésimas relaciones familiares (2)*
- 52 *Problemas con los hijos (2)*
- 53 *Hijos alcohólicos (1)*
- 54 *Retiro de apoyo de familiares (2)*
- 55 *Desintegración y separación del hogar (1)*
- 56 *Agresión hacia esposa e hijos (2)*
- 57 *Faltar al respeto a padres e hijos (3)*
- 58 *Miedo al rechazo familiar (2)*

### **Problemas sociollegales**

- 59 *Vagancia (2)*
- 60 *Agresividad, pleitos y riñas (2)*
- 61 *Detención policiaca (2)*
- 62 *Robos (1)*
- 63 *Ser parte del "Escuadrón de la muerte" (1)*
- 64 *Accidentes automovilísticos (1)*
- 65 *Problemas con amigos y vecinos (2)*
- 66 *Resentimientos con la gente (2)*
- 67 *Prostitución (1)*
- 68 *Beber en la calle (2)*
- 69 *Ridículos en reuniones (2)*
- 70 *Miedo al rechazo social (2)*
- 71 *Intento de violar (1)*
- 72 *Intento de homicidio (1)*
- 73 *Aislamiento social (2)*
- 74 *Falta de responsabilidad (1)*

***Problemas de alcoholismo***

- 75 *Incremento en el consumo (2)*
- 76 *Dependencia e incapacidad de controlar el consumo (1)*
- 77 *Tomar alcohol de 96º (1)*
- 78 *Tomar mejorales con tequila (2)*
- 79 *Recaldas estando en AA (2)*
- 80 *Consumo de drogas (1)*
- 81 *Recorrer cantinas (3)*
- 82 *Beber solo (2)*
- 83 *Tomar lo que sea (2)*

### ANEXO 3

#### **Variables demográficas**

##### **Sexo**

Hombres  
Mujeres

##### **Edad actual**

Hasta 20 años  
21 a 30  
31 a 40  
41 a 50  
51 ó más años

##### **Escolaridad**

Primaria  
Secundaria  
Bachillerato  
Profesional

##### **Estado civil**

Con pareja  
Sin pareja

##### **Edad de inicio en el consumo**

Hasta 20 años  
21 a 30  
31 ó más años

##### **Edad en la que sintió que el alcohol era un problema**

Hasta 20 años  
21 a 30  
31 a 40  
41 ó más

##### **Edad de ingreso a AA**

Hasta 20 años  
21 a 30  
31 a 40  
41 a 50  
51 ó más años

##### **Tiempo en AA**

Menos de 1 año  
1 a 3 años  
4 a 6  
7 a 10  
Más de 10 años



#### **ANEXO 4**

##### ***Manifestaciones asociadas a jóvenes menores de 20 años***

*Edad de ingreso a AA: antes de los 20 años*

*Robos*

*Tomar lo que sea*

*Aislamiento social*

*Tendencias homosexuales*

*Faltar al respeto a padres*

*Vender pertenencias*

*Abandono de la novia*

*Ridículos en reuniones*

*Intento de violar*

*Miedo al rechazo familiar*

*Complejo de inferioridad*

*Sensación de brazos dormidos*

*Temor a todo y a nada*

*Beber en la calle*

##### ***Manifestaciones asociadas a adultos mayores de 51 años***

*Edad de ingreso: 51 ó más años*

*Deseos de no sufrir*

*Miedo al rechazo social*

*Pérdida de cosas materiales*

*Recafadas estando en AA*

*Hijos alcohólicos*

*Inutilidad*

*Manifestaciones con baja contribución  
los ejes*

*Menos de 1 año en AA*

*Edad actual: 21 a 30 años*

*Escolaridad: bachillerato, secundaria*

*Edad de inicio en el consumo: 31 ó más años*

*Edad en la que sintió el consumo como un problema:*

*antes de 20 años y 41 ó más años*

*Edad de ingreso a AA: 41-50 años*

*Tiempo en AA: 7 a 10 años y más de 10 años*

*Hospitalización*

*Intento de homicidio*

*Mendigar*

*Sentimientos de humillación*

*Tomar alcohol de 96<sup>o</sup>*

*Resentimiento con la gente*

*Comasión por sí mismo*

*Fugas geográficas*

*Angustia*

*Temor a perder la razón*

*Faltar al trabajo*

*Ser parte del "escuadrón de la muerte"*

*No dormir/no comer*

*Temblores*

*Vagancia*

*Lesión hepática*

*Desintegración y separación del hogar*

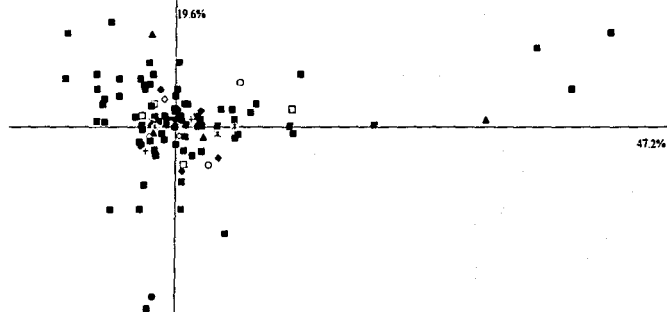
*Perder la dignidad*

CUADRO I

	Muestra total		Sujetos que tuvieron experiencia					
	f	%	f	%	f	%		
<b>Sexo</b>								
Hombres	581	89.8	436	89.5				
Mujeres	66	10.2	51	10.5				
<b>Total</b>	<b>647</b>	<b>100.0</b>	<b>487</b>	<b>100</b>				
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Edad</b>								
Hasta 20 años	4	0.7	1	1.5	4	0.9	1	2.0
21 a 30	106	18.3	10	15.1	81	18.6	8	15.7
31 a 40	205	35.2	21	31.9	152	34.9	14	27.4
41 a 50	180	31.0	22	33.3	132	30.2	18	35.3
51 ó más	86	14.8	12	18.2	67	15.4	10	19.6
<b>Estado civil</b>								
Con pareja	394	71.0	26	41.3	293	70.9	22	44.9
Sin pareja	161	29.0	37	58.7	120	29.1	27	55.1
<b>Escolaridad</b>								
Primaria	252	44.1	30	46.9	184	43.1	25	50.0
Secundaria	126	22.1	12	18.8	97	22.7	11	22.0
Bachillerato	68	11.9	6	9.4	53	12.4	2	4.0
Profesional	125	21.9	16	25.0	93	21.8	12	24.0

Gráfica 1

Distribución de las variables demográficas, variables de consumo y de las experiencias reportadas.



**Sexo** ●  
y: hombres  
z: mujeres

**Escolaridad** ◇  
c: primaria  
f: secundaria  
g: bachillerato  
h: profesional

**Estado civil** +  
a: con pareja  
b: sin pareja

**Edad de ingreso** ▲  
o: hasta 20 años  
p: 21 a 30  
q: 31 a 40  
r: 41 a 50  
s: 51 o más

**Edad actual** □  
a: 21 a 30 años  
b: 31 a 40  
c: 41 a 50  
d: 51 o más

**Edad de inicio en el consumo** ○  
i: hasta 20 años  
j: 21 a 30 años  
k: 31 o más

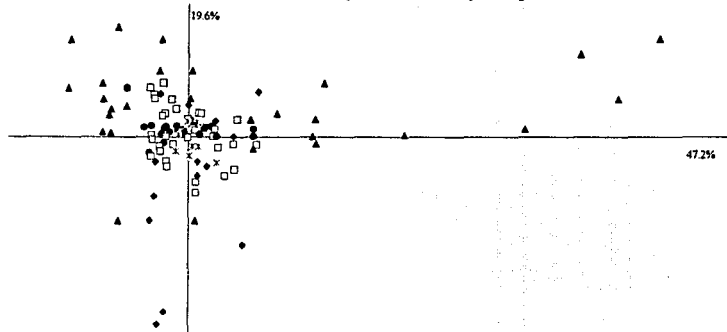
**Edad en la que sintió el consumo como un problema** \*  
l: hasta 20 años  
m: 21 a 30  
n: 31 a 40  
ñ: 41 o más

**Tiempo en AA** ◆  
t: menos de 1 año  
u: 1 a 3  
v: 4 a 6  
w: 7 a 10  
x: más de 10 años

**Experiencias** ■

Gráfica 2

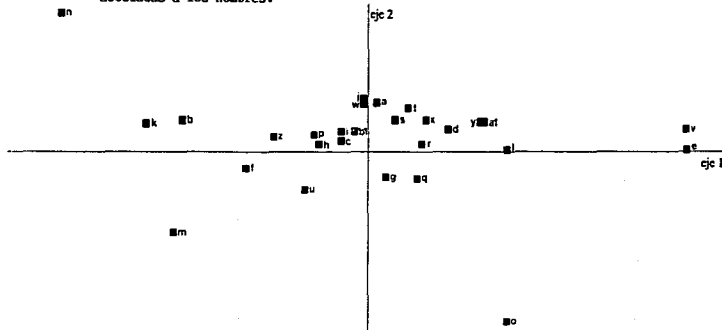
Distribución de las experiencias asociadas a hombres, mujeres, a ambos sexos, a menores de 20 años y a mayores de 51 años y de baja contribución.



- Experiencias asociadas a los hombres (gráfica 3)
- ◆ Experiencias asociadas a las mujeres (gráfica 4)
- \* Experiencias asociadas a ambos sexos
- ▲ Experiencias asociadas a jóvenes o a alcohólicos mayores de 51 años (gráfica 5)
- Experiencias con baja contribución a los ejes

Gráfica 3

Distribución de las variables demográficas, de consumo y experiencias asociadas a los hombres.

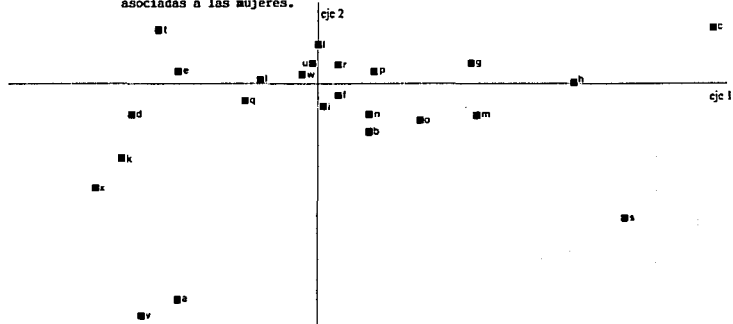


- a. Hombres
- b. Edad actual: 31-40 años
- c. Edad de inicio: hasta 20 años
- d. Estado civil: con pareja
- e. Edad en la que sintió que el alcohol era un problema: 31-40 años
- f. Edad de ingreso: 31-40 años
- g. Tiempo en AA: 1-3 años
- h. Pérdida del conocimiento y noción de tiempo
- i. Delirium tremens
- j. Alucinaciones auditivas y visuales
- k. Depresión
- l. Paranoia
- m. Intento de suicidio
- n. Celos

- o. Desilusión y deseos de no vivir
- p. Pérdida de trabajo
- q. Falta de dinero
- r. Problemas en el trabajo
- s. Agresión hacia esposa e hijos
- t. Pésimas relaciones familiares
- u. Fracaso marital
- v. Retiro de apoyo de familiares
- w. Detención policiaca
- x. Problemas con amigos y vecinos
- y. Agresividad/pleitos y riñas
- z. Accidentes automovilísticos
- al. Incremento en el consumo
- bl. Dependencia e incapacidad de controlar el consumo

Gráfica 4

Distribución de las variables demográficas, de consumo y experiencias asociadas a las mujeres.

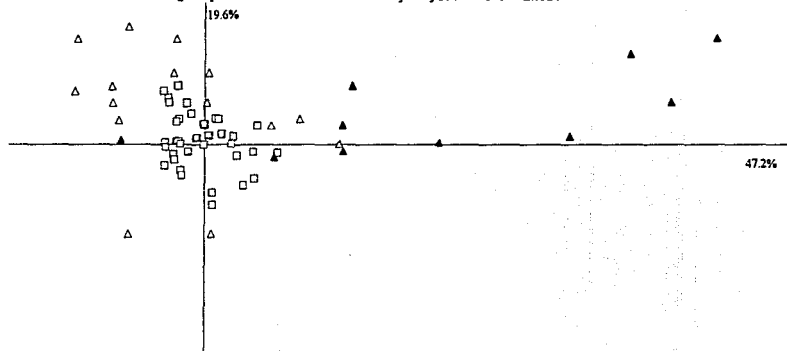


- a. Mujeres
- b. Edad actual: 41-50 años
- c. Edad de inicio: 21-30 años
- d. Estado civil: sin pareja
- e. Edad en que sintió que el alcohol era un problema: 21-30 años
- f. Edad de ingreso: 21-30 años
- g. Tiempo en AA: 4-6 años
- h. Malestares físicos
- i. Alucinaciones auditivas y visuales
- j. Pérdida del conocimiento y noción de tiempo
- k. Perder la vergüenza
- l. Soledad

- m. Desilusión y deseos de no vivir
- n. Perder la confianza en uno mismo
- o. Sentimientos de culpa
- p. Falta de dinero
- q. Fracaso marital
- r. Pésimas relaciones familiares
- s. Problemas con los hijos
- t. Falta de responsabilidad
- u. Detención policíaca
- v. Prostitución
- w. Dependencia e incapacidad de controlar el consumo
- x. Consumo de drogas

Gráfica 5

Distribución de las experiencias de tocar fondo con baja contribución a los ejes para menores de 20 años y mayores de 51 años.



△ Sujetos menores de 20 años \*

▲ Sujetos mayores de 51 años \*

□ Experiencias con baja contribución a los ejes \*

\* Las variables asociadas a cada grupo se enlistan en el anexo 3



## Referencias

1. *American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIII-R). México: Masson, S.A., 1988.*
2. *Bloomfield K. An International comparison of Spirituality among members of Alcoholics Anonymous in four countries. Prepared for the 17th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Stocholm, Sweden. 1991*
3. *Blumberg L. The ideology of a therapeutic social movement: AA. Journal of Studies, on Alcohol, 38(1), 1977.*
4. *Brochey, L. Davis, W., Lee Kelvin, K. and Fuller, Richard, K. Psychiatric Complications of Diuiflram Treatment. American Journal Psychiatry, 144(10), 1987.*
5. *Bruner, J. Actos de significado. Más allá de la Revolución Cognitiva. Madrid: Alianza, 1991.*
6. *Calderón N. G. Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcoholismo. En: El alcoholismo en México. México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C., 1982.*
7. *Central Mexicana de Servicios Generales AA. A.C. Doce Pasos. México: CMSG, s.f.*
8. *Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C. AA llega a la mayoría de edad. México: CMSG, 1987.*
9. *Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C. Libro Grande. México: CMSG, 1986.*
10. *Coll C., Onrubia, J. El análisis del discurso y la construcción de significados compartidos en el aula. Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje (en prensa).*
11. *Dovzhenko, A.R., Artemchuk, A.F., Bolotova, Z. N., Vorob'eva, T.M, Manuilenko, Yu. A., Minko, A.I., Kurikka, L. A. y Dovzhenko, V.A. Stress Psychotherapy of Alcoholic Patients under Outpatient Conditions. Soviet Neurology & Psychiatry, 23(1), 1990.*
12. *Edwards, D., Mercer, N. El Conocimiento Compartido. El desarrollo de la comprensión en el aula. Barcelona: Paidós, 1988.*
13. *Eisenberg G. A., Lammoglia, R. E. T. Modificaciones a un inventario para medir la predisposición al alcoholismo. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, 1990.*
14. *Geertz, C. La interpretación de las culturas. México: Gedisa Editorial, 1987.*
15. *Geory S. Alford, Ph. D. Roger A. Kochler Ph. D. and Leonard J. Alcoholics Anonymous- Narcotics Anonymous Model inpatient treatment of Chemically Dependend Adolescents: a 2- year outcome study. Journal of Studies on Alcohol, 52(2), 1991.*
16. *Goffman, E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.*
17. *Greenacre, J. M. Theory and applications of Correspondence Analysis. Nueva York: Academic Press, 1984.*
18. *Guimaraes Borges G.L. Consumo de alcohol en cuatro facultades de la Ciudad Universitaria (UNAM). Salud Mental, 10 (2), 1987.*
19. *Gybbons B. Alcohol: The legal drug. National Geographic, 181(2), 1992.*

20. *Institute of Medicine. Broadening the base of treatment of alcohol problems. Washington D.C.: National Academy Press, 1990.*
21. *Johnson, N. P; Phelps, G.L. Effectiveness in self-help groups: Alcoholics Anonymous as a prototype. Family and Community Health; 14(1), 1991.*
22. *Koplan, H., I., Sadock, B., J. Compendio de Psiquiatría. México: Salvat, 1991.*
23. *Kessel N., Walton H. Alcohólistimo. Barcelona: Paidós, 1991.*
24. *Kight-Law, A. Sugerman, A.A. Petinaiti, H. M. An application of an MMPI Classification System for Predicting Outcome in a small clinical sample of alcoholics. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 14(3), 1988.*
25. *Knorrng, L.V., Knorrng A.L., Smigan L., Lindberg U. y Edholm M. Personalitiy traits in subtypes of alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 48(6), 1987.*
26. *Levy M. A change in orientation: therapeutic strategies for the treatment of alcoholism. Psychotherapy, 24(2), 1987.*
27. *Madden, J.S. Alcohólo y Farmacodependencia. México: Manual Moderno, 1987.*
28. *Mc Latchie, B. H. Lamp, K., G. E. Alcoholics Anonymous affiliation and treatment outcome among a Clinical simple of problem drinkers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 14(3), 1988.*
29. *Medina-Mora ME. El consumo de alcohol en México y sus problemas asociados. Salud Mental, 10(4), 1987.*
30. *Míguez H. A. Tratamiento del alcoholismo. Acta Psiquiátrica, Psicología América Latina, 27, 1981.*
31. *Nace, E. P. Personality disorder in the alcoholic patient. Psychiatric Annals, 19(5), 1989.*
32. *Nace. E. P. The natural history of Alcoholism versus Treatment effectiveness: Methodological problems. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15(1), 1989.*
33. *Natera R. G. El consumo de alcohol en México en zonas rurales de México. Salud Mental, 10(4), 1987.*
34. *Ortiz A., Rodríguez E., Romero M., Pérez-Galdán, González L., Unikel C. Aplicación de la Cédula "Informe Individual sobre el consumo de drogas". Tendencias en el Area Metropolitana, No. 12. Centro de Información en Farmacodependencia. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Junio 1992.*
35. *Pérez L. C., González L., Rosovsky H., Casanova L. Actividades de las mujeres miembros de Alcohólicos Anónimos. La Psicología Social en México, vol. IV. México, 1992.*
36. *Pérez L. C., González L., Rosovsky H., Casanova L. La mujer en los grupos de Alcohólicos Anónimos. Memorias de la VII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1992.*
37. *Robinson D. The growth of Alcoholics Anonymous. Alcohol and alcoholism. 18(2), 1983.*
38. *Rojas G.E., Medina Mora M.E., Galván R. J., Juárez G. F., Carreño G. S., Ilerenzón G. S., Olmedo C. R., Ortiz V. E. y Nequis G. Prevalencia de Consumo de drogas en la Población Escolar. Anales de la VIII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991.*
39. *Rojas, G. F. Estudio Histórico-Etnográfico del Alcoholismo entre los Indios de México. Revista Mexicana de Sociología, 4(2), 1942.*
40. *Rotenguit P., Men, women and A.A. Trabajo preparado para el International Collaborative Study on Alcoholics Anonymous. 1990.*

41. *Rosovsky H., Casanova, L., Pérez C. Las características de los grupos y de los miembros de Alcohólicos Anónimos. Memorias de la VI Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1991.*
42. *Rosovsky H., Leyva, G. Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México. Memorias de la V Reunión Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1990.*
43. *Rosovsky H., Pérez, L. Casanova, L., González, I. Gender differences in the experience of "Hitting bottom" among Mexican AA members. Trabajo presentado en el 18vo Simposio Anual de la Kelttil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Toronto, Canadá 1992.*
44. *Rosovsky H., R., Casanova, L., Pérez, C., González, L. Los Grupos de Autoayuda en el tratamiento de las adicciones. Consideraciones Metodológicas en su estudio. México, 1991.*
45. *Schutz, A. Estudios sobre Teoría Social. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.*
46. *Secretaría de Salud Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones, 1990.*
47. *Secretaría de Salud y Consejo Nacional Contra las Adicciones. Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. 1992 - 1994.*
48. *Sheeren, M.H.S.M. The relationship between relapse and involvement in Alcoholics Anonymous. Journal of Studies on Alcohol, 49(1), 1988.*
49. *Souza M y Machorra. Tratamiento de alcohólicos. México: Manual Moderno, 1988.*
50. *Urmston, P.S. The language socialization of lawyers: Acquiring the "Cant". Dating the Ethnography of schooling. Nueva York: Spindly, 1982.*
51. *Valentín M.P. Sánchez, M.L. El Alcoholismo en México I, Patología. México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C., 1986.*
52. *Velasco Fernández R. Factores Causales del Alcoholismo. El alcoholismo en México. México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C., 1982.*
53. *Velasco, F., R. Alcoholismo, Visión Integral. México: Trillas, 1988.*
54. *Velasco, F., R. Esa enfermedad llamada Alcoholismo. México: Trillas, 1988.*
55. *Weller, C. S., Kimball R. A. Metric Scaling, Correspondence Analysis. Boston: Sage Publications, 1990.*
56. *Westley C.H. On professional therapist and Alcoholics Anonymous. Journal of Psychoactive Drugs, 19(3), 1987.*
57. *Zarate, C. Ma. I. Una perspectiva del alcoholismo como problema social: definición y etiología. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, 1987.*