



**EL COLEGIO
DE SONORA**

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

**“Soy mujer y soy alcohólica”: experiencias de mujeres alcohólicas sobre el proceso de
rehabilitación - reinserción social.**

Tesis presentada por

Imelda Carolina Levario Gim

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Sociales

en la línea de investigación Estudios Socioculturales de Salud

Directora de Tesis: Dra. Ana Lucía Castro Luque

Hermosillo, Sonora

Junio 2014

A la Mujer por su contribución a la historia y a la sociedad.

A mi familia completa, por todo.

A Diego, principalmente.

Agradecimientos

Agradezco en primera instancia al Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la inversión monetaria en mis estudios de maestría realizados en el Colegio de Sonora, sin ella hubiera sido muy complicada mi estancia.

A la familia, por fomentarme la importancia de mantenerme ávida al conocimiento, abierta al cambio, siempre consciente de que lo único verdaderamente perdurable es la transformación de las situaciones, de las personas, de las sociedades, de los mundos. A la constancia ejemplar de mis padres para que yo fuera una persona solidaria, empática y serena, valores que han sido fundamentales para poder hacer la investigación de esta tesis.

A Pablo, por ser compañero pero también amigo, dar *raites*, cocinar, cuidar bebés, desvelarse, dar vueltas, escuchar, ir y venir, para acá, para allá; incluso antes de entrar a la maestría, ser soporte, dar consuelo, ánimos, fuerzas, aguantar. A la *Pato*, hermana inseparable de alucines y sueños y que aunque diga que a veces *ya no nos conocemos* yo siento que me conoce desde y para siempre. A mi banda de *bohemos*, mi otra familia, los compas del alma, alentadores oficiales, la porra más feliz.

A los que viven solo por hoy, un día a la vez, por 24 horas. Ellos saben lo que es el presente, aprendieron de su pasado y así construyen su futuro.

A las mujeres AA que me compartieron sus relatos, que confiaron parte de su vida- quizá la más difícil- en aras de la contribución social de hacer visible su problema. Yo comprendí la importancia de su anonimato. Gracias, por hacerme sentir siempre bienvenida, por el gusto de conocerlas y por llevarme de paseo *al campo de las flores*.

A todos los maestros/ investigadores del Centro de Estudios en Salud y Sociedad del Colegio de Sonora, especialmente a la doctora Lucía Castro Luque, quien dirigió este trabajo de tesis siempre de manera creativa; guardando un comportamiento equilibrado entre lo agradable y lo exigente y que me acompañó pacientemente, en el gran trabajo que significó subir el nivel de la *sociología espontánea* a la sociología académica. Que me ha enseñado mucho más sobre las Ciencias Sociales y sobre la vida. Igualmente, agradezco a la doctora Catalina Denman por sus comentarios, totalmente certeros, sobre la importancia teórica dentro de la investigación social, además del trato de respeto y tolerancia que recibí de su parte. Agradezco enormemente la asesoría de la maestra Rosa María Ortiz, con su experiencia compartida me abrió todo un mundo de posibilidades prácticas para acercarme a la realidad de las mujeres alcohólicas, gracias a su maravilloso ingenio *la bola de nieve rodó*.

A todos, mi más sincero agradecimiento.

Índice

| | |
|---|-----|
| Resúmen..... | 8 |
| INTRODUCCIÓN..... | 12 |
| CAPÍTULO I. VIAJANDO AL MUNDO DE LAS ADICCIONES Y LAS SUSTANCIAS | 16 |
| La dependencia al consumo en medio de la controversia conceptual | 19 |
| Reflexionando sobre el “consumo de alcohol”..... | 33 |
| ¿Me invitas una copa? ...¡o te la invito!..... | 42 |
| CAPÍTULO II. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL | 52 |
| Factores que posibilitan el consumo de alcohol | 56 |
| Proceso de alcoholización una aproximación..... | 59 |
| Subjetividad Femenina | 63 |
| Proceso de rehabilitación-reinserción..... | 69 |
| CAPÍTULO III. RUTA METODOLÓGICA SUERTE DE BÚSQUEDAS Y ENCUENTROS | 77 |
| Método y técnicas de investigación | 77 |
| La bola de nieve rodó..... | 80 |
| Recolección de los datos..... | 99 |
| Diseño de guía de entrevista | 100 |
| CAPÍTULO IV. EN EL CAMPO DE LAS FLORES | 102 |
| Del desamor al alcohol | 103 |
| Eterno resplandor de una mente con recuerdos | 112 |
| CAPÍTULO V. ¡ÁNIMO! SE ESCRIBE CON AA | 126 |
| El poder de la unión | 126 |
| El "Hada Madrina"..... | 131 |
| Al encuentro del “poder superior” | 133 |

| | |
|---|-----|
| Entre las “pruebas de ácido ” y las pruebas de confianza..... | 138 |
| CAPÍTULO VI. LA ÚLTIMA Y NOS VAMOS..... | 142 |
| Alcohólica, hasta la muerte..... | 144 |
| “El hábito hace al monje” | 147 |
| Fábrica de esperanzas | 149 |
| DOCUMENTOS ANEXOS | 152 |
| BIBLIOGRAFÍA | 181 |

Índice de cuadros

| | |
|---|-----|
| Cuadro. 1 Clasificación de las sustancias, presentación y modo de consumo | 25 |
| Cuadro 2. Términos que la OPS considera como "mal definidos" o inapropiados cuando se habla del consumo de alcohol..... | 34 |
| Cuadro 3. Clasificación de los tipos de consumo según la OMS | 35 |
| Cuadro 4. Clasificación de bebidas estándar según la OMS | 38 |
| Cuadro 5. México | |
| registro de consumo de droga de impacto y droga de inicio | 41 |
| Cuadro 6. Porcentaje de uso de combinación de sustancias..... | 43 |
| Cuadro 7. Historia natural | |
| alcohol, mariguana y tabaco | 43 |
| Cuadro 8. Registro de droga de inicio por regiones | 45 |
| Cuadro 9. Registro de droga de impacto por regiones (porcentaje) | 46 |
| Cuadro 10. Trayectoria de consumo y recuperación | 54 |
| Cuadro 11. Factores que interviene en las motivaciones para beber alcohol según Pilar Velasco..... | 95 |
| Cuadro 12. Motivaciones implicadas en el acto de beber | 101 |
| Cuadro 13. Dominios e ítems del AUDIT | 112 |
| Cuadro 14. Evaluación de AUDIT | 113 |
| Cuadro 15. Expresión de las consecuencias que dejó el consumo de alcohol..... | 114 |
| Cuadro 16. Diferencia filosófica de recuperación entre AA, la medicina y la religión..... | 134 |
| Cuadro 17. Clasificación de la fabricación de alcohol..... | 170 |

Resumen

El presente trabajo es el fruto de una exploración realizada sobre la recuperación al uso de sustancias adictivas en mujeres, tema que nos interesó debido a la poca visibilidad que existe sobre el mismo y la omisión del análisis de la construcción social de la mujer tanto dentro del inicio y desarrollo del consumo, como dentro de los procesos de recuperación.

Nuestra investigación está decidida a contribuir a favor de una atención más adecuada para las mujeres con problemas de dependencia al alcohol. En ese sentido y desde nuestra perspectiva, a pesar de la existencia de publicaciones que proceden de instituciones públicas, por ejemplo los informes de la Encuesta Nacional de Adicciones en México, en las cuales se resalta que el consumo de alcohol en el caso de las mujeres va en aumento preocupante, dicha inquietud no se ve reflejada en las propuestas ni en las políticas públicas de recuperación mismas que carecen de perspectiva de género.

Además de lo mencionado, otra importancia del estudio del consumo de alcohol femenino radica en el sentido de que la mujer juega un papel fundamental en el hogar y la sociedad en su conjunto. Perderla a ella o no atenderla adecuadamente, representa repercusiones profundas que trascienden su propia dependencia, abonando a problemáticas como la deserción escolar, la creciente violencia, el descuido de los hijos (mal nutrición, enfermedades, ociosidad) e incluso, puede afectar hasta en la atención de los adultos mayores, tarea que como es conocido suele recaer sobre ellas.

Así pues, las condiciones de recuperación existentes en la ciudad fueron delineando las posibilidades investigativas, de tal manera que nuestra búsqueda nos permitió analizar la

recuperación de las mujeres alcohólicas, específicamente aquellas que siguen el programa de 12 pasos para dejar de beber de la asociación Alcohólicos Anónimos y que a la fecha cuentan con un año como mínimo de sobriedad; la razón de esta conclusión se especifica de manera amplia en el contenido del trabajo que ahora se encuentra al alcance del lector.

El contenido de esta tesis consta de 6 capítulos, además un resumen, una introducción y un apartado de documentos anexos. En el primer capítulo se emprende un viaje contextual sobre el tema; especialmente en lo que se refiere a los conceptos y clasificaciones institucionales sobre el mismo. Este recorrido también atiende a las formas utilizadas en México para designar qué se considera como sustancias adictivas, consumos nocivos y adicciones o dependencias. Asimismo se plantea, desde informes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) y reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) una descripción del consumo de alcohol en el país.

Después en el capítulo II, se establecen los conceptos desde los cuales entendemos el consumo de alcohol, a partir de la visibilización de las diferencias de género en el uso del mismo. De tal manera que la observación de los factores que posibilitan el uso del alcohol develan las distinciones entre hombres y mujeres. En el caso de nuestro estudio las motivaciones que tienen las mujeres para destapar la botella, en gran medida se relacionan con presiones sociales sentidas a partir de las construcciones del ser mujer, es decir, que en algunas de ellas el uso de bebidas alcohólicas representa una válvula de escape a las sensaciones de estrés creadas a raíz de los constructos de género. El entendimiento sobre la observación de los motivos fue posible gracias a la ayuda metodológica y conceptual del

proceso de alcoholización, propuesto y puesto en marcha por Menéndez y otros autores como Rosa María Osorio, justamente en el tema de la alcoholización. Sustentados en los autores mencionados, sostenemos que el proceso de alcoholización no nada más tiene que ver con las motivaciones y el tiempo que dura la práctica alcohólica, sino que además se relaciona con el tiempo posterior al consumo, esto debido a que se establece una nueva visión en torno al consumo, es decir una relación diferente con el alcohol. Posteriormente, el tercer capítulo se refiere a la ruta metodológica seguida para lograr que la selección de las informantes estuviera en consonancia con el marco conceptual y lograr la recolección de los datos.

Los apartados sucesivos refieren al campo de investigación, mismo que se realizó del mes de julio a septiembre del año 2013. El Capítulo IV, referente a las motivaciones para beber y a las consecuencias, pone de manifiesto la dualidad que envuelve al uso del alcohol, característica especialmente visible en el caso de la mujer. De esta manera, se reitera lo afirmado por Larissa Lomnitz (1983) acerca de que el consumo de alcohol se configura en formas negativas por ejemplo para la salud o el comportamiento y sin embargo, al mismo tiempo esta práctica representa la posibilidad de que exista interacción social; facilitando la socialización e incluso generando sensación de pertenencia a un grupo, la familia o la pareja. Incluso, siguiendo con el sentido más provechoso del consumo de alcohol, éste a veces se convirtió para las mujeres en la forma de poder decir lo que en realidad deseaban, pensaban o querían puesto que les generaba una sensación momentánea de confianza y valentía. Hablando de la recuperación, el quinto capítulo expresa los principales conceptos que permiten que ésta sea posible desde AA.

El último capítulo se refiere a las últimas reflexiones en torno a la trama de esta tesis. Después de todo, ellas se consideran alcohólicas para siempre, adjetivo importante para el éxito de la recuperación dentro de los grupos AA; además consideran que la pauta para una vida no adictiva la ofrece la asistencia diaria a las sesiones, incluso están convencidas de que si faltan a las juntas, las posibilidades de recaída se incrementan; por último, perciben que la congregación es el mayor apoyo social en su lucha contra la dependencia.

Finalmente, los documentos anexos complementan la información contenida dentro de todo el documento de tesis. Dentro de este apartado se encuentran la historia de los grupos, la visión del doctor Manuel Serna sobre el proceso de adicción, algunos instrumentos de medición de consumo de alcohol propuestos por la Organización Mundial de la Salud y el formato de consentimiento informado.

INTRODUCCIÓN

Partimos de la idea de que el consumo de alcohol es un tema tan complejo como diverso. En él se encuentran involucradas demasiadas concepciones que no es posible explicarlo a partir de solo una causa primordial, esto se vuelve especialmente cierto en el caso de las mujeres que tienen un problema de dependencia al consumo de alcohol. En ese sentido, encontramos que existen diferentes direcciones en las cuales mirar cuando de estudiar y de comprender esta práctica. Sin embargo, a pesar de la diversidad respecto de tal consumo, es posible identificar dos flancos principales que dan explicación a sus causas y consecuencias: estos son el biológico y el social.

A su vez, estos dos espectros contienen algunos atributos, tales como la relación que existe entre el consumo de alcohol con la salud mental, física y social. Otra dirección importante es la que se refiere al consumo de alcohol y su relación con el género, en el sentido de que existen marcadas diferencias entre hombres y mujeres tanto en los motivos para beber como en la afectación o los estragos provocados por el consumo; dichas diferencias no han sido plenamente tomadas en cuenta dentro de las políticas y programas de atención a los problemas de dependencia.

Incluso, algunas autoras concluyen en que si acaso se busca darle solución a un problema de consumo de sustancias en el caso de la mujer, será primordialmente para reincorporarla a su condición social antes que hacerlo por ellas como individuos (Meneses 2006; Sánchez 2006; Briggs y Pepperell 2009).

Tal invisibilidad, ha sido la guía de esta investigación. Nos hemos propuesto la franca finalidad de contribuir al desarrollo de este tema en el caso del sector femenino.

En la presente investigación, ha quedado reflejada la percepción de las informantes acerca de que los lugares institucionales que ofrecen ayuda a mujeres con problemas por el consumo de alcohol en la ciudad, no están cobijados bajo la perspectiva de género (al igual que los centros que brindan atención a las adicciones de otro de tipo de sustancias). Es decir, que no cuentan con las condiciones necesarias y favorables para que existan posibilidades reales de desarrollo integral (social, intelectual, laboral, etcétera) para ellas después de atravesar por una dependencia al alcohol.

Sobre este punto, Teresa González (2006) advierte que por ejemplo, las mujeres no pueden desprenderse de algunos factores que afectan de manera directa su proceso de rehabilitación-reinserción, o en dado caso deben poder sobrellevar dicho proceso conjugado a una serie de factores que de por sí tienen un gran peso social, tales como la maternidad, dependencia emocional a parejas con problemas de adicción, malos tratos, abusos sexuales, incidencia de consumo de sustancias en familiares, trastornos alimenticios, imagen social; además de las implicaciones de ser madre, pareja o hija (2006, 95-96). Igualmente, la autora afirma que estas mujeres experimentan fuertes sentimientos de culpa respecto de los cuidados de los hijos, primero durante las prácticas de adicción y después porque deben dejarlos para resolver sus problemas de consumo. Experimentan también un mayor grado de exclusión y marginación que en el caso de los hombres debido a las pérdidas y vejaciones que han sufrido durante su actividad de consumo (2006, 98-99).

Pensamos que debido a tal situación, las mujeres no se sienten identificadas con los programas y actividades desprendidos desde los centros existentes, mismos que optamos en llamar “institucionales”. Por tal motivo, las mujeres optan por acudir a lugares tales como Alcohólicos Anónimo o las iglesias en busca de atención a su problema.

Gabriela Sánchez (2006) reportó la falta de perspectiva de género en el Hospital de Higiene Mental Carlos Nava, ubicado en el centro de la ciudad de Hermosillo. La autora afirma que en este lugar a las mujeres no se les permite el libre tránsito, tampoco se sienten seguras al dar sus testimonios porque el ambiente del hospital no les ayuda a sobrellevar el estrés y la ansiedad de la desintoxicación, además de que son sancionadas cuando existe interacción con los internos varones (2006, 112). Esta situación denota una deficiente calidad en la atención a las mujeres y podría ser una causa fundamental de que muy pocas mujeres terminen su tratamiento (Sánchez, 2006).

La presente investigación se realizó con mujeres que forman parte de la asociación civil Alcohólicos Anónimos, las cuales mencionaron pertenecer a dicha asociación debido a que no encontraron en los centros de tratamiento institucionales, las posibilidades concretas para vencer su problema con el consumo de alcohol.

La finalidad de este trabajo, es observar cómo es y qué significa para una mujer el cambio que existe entre beber y no beber alcohol visto desde el proceso de rehabilitación-reinserción. Prácticamente, nuestra pretensión consiste en ir más allá del *deber ser* para rescatar el *cómo es* una mujer recuperada, qué aspecto tiene, qué piensa, qué opina, qué siente y cómo interioriza el significado de la recuperación. Esta percepción sobre sí mismas juega un papel primordial dentro de este ejercicio de exploración puesto que en todo

momento se consideró que en esa auto-descripción es donde se manifiestan las verdaderas razones que finalmente les permite mantenerse lejos del consumo.

Por último, también se tiene la premisa de que los problemas del consumo de alcohol en las mujeres se desarrollan en relación directa al hecho de lo que significa para ellas sobrellevar la presión de ejercer y comportarse de acuerdo a lo que les impone su rol social; esta idea está en consonancia con Briggs y Pepperell (2009), quienes afirman que el poder de los estereotipos y constructos sociales, implicados al rol social de la mujer, hacen que un problema de dependencia, se presente de manera más latente, como un comportamiento o una actitud en respuesta a su rol histórico de subordinación. Por tal motivo, se recupera además las experiencias vividas durante el proceso de alcoholización, el cual según Menéndez (1990) debe ser referido en gran medida a procesos socioculturales y económico-políticos. Esta perspectiva implica no solo reconocer el contexto que envuelve a las informantes del fenómeno en estudio; sino que además reconoce la importancia de factores como el ritual, las convenciones, las formas y los términos sociales que se desarrollan dentro del mismo. Bajo esta mirada, se posibilita la obtención de información que guarda relación directa con el tema y que hasta entonces se encontraba subyacente.

CAPÍTULO I. VIAJANDO AL MUNDO DE LAS ADICCIONES Y LAS SUSTANCIAS

A nivel mundial, se le ha considerado al consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco) e ilegales (mariguana, heroína, cristal, etcétera) como una práctica amenazante tanto para la salud (física y mental) como para la integridad de los ciudadanos y la sociedad. Según Peruga, Rincón y Selin (2002) el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se relaciona con cerca de la cuarta parte de las defunciones anuales reportadas en el mundo a inicios del milenio.

Además de las defunciones, existen otros datos acerca del consumo de sustancias que son preocupantes, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que respecto del tabaco existen poco más de mil millones de fumadores en el mundo y su consumo mata prematuramente a cerca de 6 millones de personas, además de reducir la esperanza de vida puesto que se asocia a enfermedades como cáncer en pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colón, cavidad oral, esófago y leucemia; enfermedades pulmonares, cardiopatía isquémica y problemas reproductivos como aborto, parto prematuro, defectos de nacimientos e infertilidad (CDC¹ 2010; citado en ENA 2011). Por otro lado, según la OMS el consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa la muerte de 2.5 millones de personas cada año alrededor del mundo de los cuales alrededor de 320 mil son jóvenes de entre 15 y 29 años, cifra que representa el 9% de las defunciones en ese grupo etario. Incluso el consumo de alcohol ocupa el primer lugar entre los factores de riesgo en la carga mundial de morbilidad, puesto que la ingesta nociva de esta sustancia es un factor determinante para

¹ CDC: Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/>

algunos trastornos neuropsiquiátricos como la epilepsia y contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diversos cánceres y cirrosis hepática. Asimismo, este consumo nocivo también se encuentra relacionado con varias enfermedades infecciosas como la infección por VIH/SIDA, tuberculosis y de transmisión sexual debido al debilitamiento del sistema inmunitario. Otra proporción considerable de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol está ligada a traumatismos involuntarios e intencionales causados por accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios². De la misma manera, el consumo de sustancias ilegales se presenta cada vez más variado y globalizado. Al respecto, se cuenta con información internacional proveniente de los observatorios nacionales cotejados por dependencias como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Droga (CICAD). En dichos informes se asevera que la región de América del Norte (en donde se ubica a México, Estados Unidos y Canadá) es el mayor mercado mundial de drogas, en el que se ha desarrollado un modelo de consumo diversificado entre varias sustancias. En dicha región, el consumo de opiáceos sin prescripción médica, anfetaminas y éxtasis se han convertido en un problema cada vez más fuerte. Cerca del 37% de los consumidores de cocaína en todo el mundo se encuentran en esta región, con porcentaje de consumo más alto que el global en personas de 15 a 64 años³ (ENA 2011, 7). Sin embargo, el informe sobre el consumo de drogas en las américas (2011), resalta que la marihuana es la droga ilegal más consumida en el mundo y esto no es una excepción en el continente americano. Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas

² Para corroborar y ampliar información consultar: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/

³ Aunque se hable de América del Norte, el principal consumo se ubica en Estados Unidos

Crimen (UNODC por sus siglas en inglés) para el 2010 existían a nivel mundial alrededor de 191 millones de consumidores de mariguana en edades entre 15 y 64 años. De dicho informe también rescatamos que el 75% de los consumidores de mariguana en el continente americano reside en América del Norte⁴. Por su parte la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en su informe para el 2011, destaca que Estados Unidos ostenta el mayor consumo anual de mariguana, éxtasis y anfetaminas, y Argentina ocupa el primer lugar en el uso de cocaína (ENA 2011, 9).

Como podemos observar, en el continente americano existe un alto consumo de sustancias legales e ilegales. Sin embargo, el Informe de drogas para las Américas (2011) señala que el consumo de alcohol es el más frecuente en todos los países⁵. Según datos de la OMS, México tiene un nivel de consumo que fluctúa entre el promedio de consumo de la mayoría de los países del mundo (6.3 litros per cápita al año) y el promedio de consumo del continente americano (8.7 litros per cápita al año)⁶.

A partir de los datos mencionados, no resulta fácil lanzar una conclusión acerca del consumo de alcohol en México. Sin embargo, en el informe de la ENA para 2011 se asegura que el alcohol es la droga que genera una mayor problemática de salud, social y del

⁴ Consideramos importante destacar que el mencionado informe también señala incremento en el consumo de cocaína, puesto que además de consumirse en América del norte, se ha generalizado en toda América Latina y El Caribe. Aproximadamente la mitad de los consumidores de cocaína del mundo están en el continente americano, de estos el 70% se encuentran en América del Norte y el 27% en América del Sur.

⁵ La OMS señala que en la región este de Europa se encuentran los países con más altos índices de consumo per cápita de alcohol, con países como Moldavia que tiene el consumo anual per cápita más alto del mundo de 18 litros por persona al año. Asimismo, señala que Argentina es el país latinoamericano con mayor consumo (10 litros por persona al año). Para mayor información ver: <http://lagranparadoja.blogspot.mx/2011/12/mapa-del-consumo-de-alcohol-en-el-mundo.html> y <http://www.infobae.com/2014/01/06/1535210-advienten-el-alto-consumo-alcohol-la-argentina>

⁶ El consumo per cápita de alcohol para México oscila en el rango que va de 7.5 - 9.9 litros al año. Para mayor información ver: <http://lagranparadoja.blogspot.mx/2011/12/mapa-del-consumo-de-alcohol-en-el-mundo.html>

desarrollo en nuestro país. Hace referencia particularmente a la relación que existe entre el consumo de alcohol con situaciones de violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral y la manera en como tales situaciones afectan de manera directa a una gran cantidad de la población mexicana. Asimismo, dicha Encuesta arroja que la percepción acerca del riesgo de beber en altas cantidades en el país es cada vez menor y destaca reiteradamente que el consumo de alcohol, además de presentarse con mayor frecuencia en los niños y adolescentes, se advierte en aumento para las mujeres (ENA 2011, 1 y 4).

Hasta aquí se vislumbra el deseo que se tiene sobre el estudio específico del consumo de alcohol, puesto que es una sustancia altamente consumida alrededor del mundo y especialmente en México. Sin embargo, sobre tales cuestiones profundizaremos más tarde, puesto que antes es necesario aproximarnos a la conceptualización de las adicciones y conocer los tipos de sustancias que existen.

La dependencia al consumo: en medio de la controversia conceptual

Hacia la década de los 60, la OMS definió a la adicción (que también llamó drogodependencia) como el “estado de intoxicación periódica o crónica, producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- i. Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- ii. Tendencia a incrementar la dosis.
- iii. Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.

iv. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Más tarde, en 1982 la OMS redefinió a la adicción llamándole dependencia y refirió que además de lo mencionado, se trata de un síndrome que implica cierto esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes⁷

En esta última parte de la definición emitida por la OMS se plasma la perspectiva utilizada en Estados Unidos desde la década de los 40 (y retomada recientemente en nuestro país), respecto de la asociación de enfermedades mentales con el consumo de sustancias nocivas, particularmente en el hecho de observar el comportamiento adictivo precisamente como un desorden de salud mental (García y Barriguete 2012, 13). En consonancia con esta forma de re pensar el consumo de sustancias, las autoras Medina-Mora, Robles y Real (2012) consideran que es conveniente incrementar la convicción de que la adicción es una enfermedad que requiere (y merece) tratamiento, en lugar de una conducta errónea que amerita cárcel además de que esta perspectiva enfatiza que las personas que tienen problemas de dependencia y uso nocivo de sustancias tienen derecho de recibir atención oportuna y adecuada. Asimismo, las autoras afirman que para poder lograr tal objetivo es fundamental utilizar los términos correctos en el estudio de esta problemática, aunque advierten que no hay acuerdo sobre cuáles son los conceptos más adecuados.

Sin embargo, a finales del siglo pasado ya se dibujaba la controversia entre las distintas corrientes que buscaban dar explicación al problema del consumo problemático de

⁷ Definición retomada tal cual de dirección web: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf

sustancias. Por ejemplo desde las Ciencias Sociales, María del Pilar Velasco (1983) señalaba la ineficacia de que los problemas de dependencias (como el alcoholismo) estuvieran enmarcados solamente dentro del campo de la salud mental, debido a que la conformación de estos fenómenos se daba de forma multicausal, es decir que las complicaciones asociadas a este tema rebasan el campo de la salud individual del bebedor, afectando las demás esferas sociales del individuo. Una percepción como la mencionada, opta por estudiar el tema desde la antropología médica como una enfermedad emanada de una práctica social; es decir desde los factores, mecanismos y procesos que influyen en el modo en cómo (y en qué medida) los individuos y los grupos son afectados por las enfermedades y también cómo responden a ellas, al poner el énfasis en la observación de patrones de conducta derivados de pautas culturales, impuestas por y para la sociedad (Barruecos 1983, 2).

Una aportación más al tema, la hace Carreón (2006) quien señala la necesidad apremiante de deslindar el tema de las dependencias de la perspectiva socioeconómica debido a que se realizan generalizaciones tales como señalar al narcotráfico como un aspecto medular del consumo de sustancias, convirtiendo en criminales a todos los consumidores al asumirlos como parte de la delincuencia. Esta configuración no permite el estudio de las subjetividades y representaciones en torno al uso de sustancias, además de reproducir el predominio medicalista y criminal sobre el tema, soslayando los aspectos socioculturales y políticos que lo envuelven. De tal forma, que cuando se atañe solo al punto de vista económico y mercantil o al criminal, no se encuentra respuesta que satisfaga los interrogantes sociales del consumo, por lo que se hace necesario un giro en la forma de

abordar el tema. De cualquier modo, son más abundantes las concepciones del consumo de alcohol asociadas al área biomédica. Incluso como se verá más adelante, la asociación civil Alcohólicos Anónimos, toma la mayor parte de sus referencias de la visión medicalista para explicar el fenómeno de la dependencia al alcohol. Por tal motivo es necesario revisar y adentrarse en la discusión en torno a las definiciones institucionales, que cómo se verá, se trata de una discusión muy rica y polémica.

Empecemos por dilucidar en torno al significado de dependencia. Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) la dependencia queda enmarcada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales⁸ (DMS-IV por sus siglas en inglés) y se basa en el término de abuso de una sustancia como un factor trascendental para estimar que en realidad existe una adicción. De esta forma, la APA asemeja el concepto de dependencia con el de abuso, al cual define como “el uso en condiciones de daño potencial, tales como manejar un automóvil u operación de maquinaria bajo influencia de alguna sustancia, también la presencia de problemas con la ley, incumplimiento de obligaciones laborales, escolares o del hogar” (Medina-Mora, Robles y Real 2012, 18).⁹

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la OMS en su décima versión (CIE-10) establece el uso nocivo como un elemento primordial de la dependencia. Dentro de esta clasificación se argumenta que se puede manifestar un daño (por consumo de sustancias) sin la necesidad de que existan problemas con la ley, sociales

⁸ Diagnostical and Estatistical Manual

⁹ Se debe aclarar que al momento de realizar la revisión bibliográfica para la redacción de esta tesis, se encontraba vigente el DMS en su cuarta versión y estaba en revisión la quinta. Actualmente el DMS-V es vigente e incluyó algunas modificaciones en la clasificación. La nueva versión clasifica a la dependencia de sustancias adictivas como “**Trastorno por consumo de sustancias**” creándose una nueva categoría que recoge adicciones conductuales como el juego patológico o ludopatía que antes se encontraba sin clasificación. Para mayor información ver: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4578

o laborales pues considera que la presentación de estos problemas puede estar influenciada por otro tipo de factores como valores culturales, tolerancia social, políticas locales, entre otros. Dicho en otras palabras, es imposible una definición de uso nocivo que goce de carácter universal (Medina-Mora, Robles y Real 2012, 18).

Como puede observarse, la Asociación de Psiquiatría clasifica a todos los consumidores de sustancias (que probablemente se vean inmersos en algún tipo de problema) como abusadores sin reparar en las diferencias sociales existentes entre ellos. En cambio, la OMS da al tema un sentido más subjetivo al tomar en consideración que no todos los consumidores se encuentran en las mismas condiciones contextuales, económicas y culturales y que las sustancias no son iguales en el uso, consumo, consecución y efectos.

Las autoras Medina-Mora, Robles y Real señalan que la controversia entre conceptos atañe a visiones desarrolladas por autores como O'Brien, quien señala que se ha cometido un error respecto de la conceptualización de dependencia ya que se ha utilizado para describir dos fenómenos que son completamente diferentes:

- i. Por una parte, para describir una conducta incontrolable de búsqueda de drogas
- ii. Y por otra, la adaptación fisiológica que ocurre cuando el consumo de medicinas (sic) que actúa sobre el sistema nervioso central es abruptamente retirado (O'Brien, 2011; citado en Medina-Mora, Robles y Real 2012, 19).

A pesar de esta disyuntiva, las asociaciones internacionales han llegado al acuerdo de utilizar el término de adicción para definir el primer fenómeno y el de dependencia para el segundo. Sin embargo, la discusión no ha sido superada del todo, ya que como el mismo O'Brien menciona sobre el término de adicción, algunas instituciones consideran que

aumenta el estigma e interfiere en la concepción de enfermedad y desde luego el derecho a tratamiento (Medina-Mora, Robles y Real 2012, 19).

México no escapa a la controversia entre conceptos, puesto que existen variadas definiciones para dependencia o adicción y droga o sustancia. Por ejemplo, en la ley General de Salud se establecen los lineamientos que deben seguir los centros de atención (gubernamentales y no gubernamentales) para el tratamiento de las adicciones, así como la regulación en el diseño de políticas públicas encaminadas a la prevención y control de las mismas. La Norma Oficial Mexicana (NOM-028)¹⁰ se desprende de dicho código y en ella se desarrollan de forma específica los lineamientos antes mencionados.

Entre ellos se establece que la Comisión Nacional contra las Adicciones¹¹ (CONADIC) es la encargada de avalar los registros de los centros, los programas de trabajo, casos de ingresos obligatorios, acciones dirigidas a la prevención y tratamiento, así como llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de los programas de dichos centros (NOM-028, 2009).

Sin embargo, a pesar de que los organismos gubernamentales se suscriben bajo la Ley General de Salud, existen diferencias en los conceptos que dan pie a malas interpretaciones y confusiones a la hora de analizar el tema de los consumos de sustancias.

Para la NOM-028 los conceptos de adicción y dependencia son sinónimos y se refieren al:

Estado físico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento

¹⁰ Norma Oficial Mexicana: NOM-028-SSa2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

¹¹ El Consejo Nacional Contra las Adicciones tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia, así como proponer y evaluar los programas relativos a esas materias. Para corroborar o ampliar información ver: <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/regcona.html>

y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (NOM-028 2009,16).

Por otro lado, la Ley General de Salud entiende al consumo adictivo de sustancias como una farmacodependencia, la cual define como “conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de estupefacientes o psicotrópicos de los previstos en los artículos 237 y 245, fracciones I a III de esta ley” (Ley General de Salud 2013, 141).

Mientras que para la NOM-028 el concepto de adicción o dependencia considera que el consumo adictivo de sustancias afecta mayormente de manera física, en las definiciones de la Ley General de Salud podemos encontrar ciertos elementos de carácter subjetivo, que toman en cuenta la parte cognoscitiva como un factor importante dentro del mismo.

Ahora bien, pasemos a la definición de sustancias para corroborar que, derivado de lo anterior, también existe confusión sobre la clasificación y la utilización de la terminología. Por principio, la NOM-028 emplea el término fármaco para describir a una sustancia de consumo que es diferente al alcohol, tabaco y otras drogas; sin exponer a qué sustancias se refiere exactamente.

Por su parte, la Ley General de Salud clasifica a los fármacos dentro del rubro de los medicamentos y los refiere como:

Toda sustancia, natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o

acciones biológicas, que no se presente en forma farmacéutica y que reúna condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento (Ley General de Salud 2013, 72).

Llama la atención la poca familiaridad que existe en torno al término de fármaco, puesto que en los cuestionarios de las Encuestas Nacionales sobre Adicciones, el llenado de reportes Sisvea e incluso en los instrumentos utilizados para medir el consumo de sustancias¹² siempre se refiere como droga a las sustancias que son diferentes del alcohol y del tabaco.

Ninguno de los documentos deja en claro qué tipo de sustancias abarca el concepto de fármaco exactamente, sin embargo se refieren como farmacodependiente a las personas que presentan dependencia al consumo de sustancias psicoactivas. Por estas últimas se entiende:

la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol (NOM-028 2009, 24).

Nótese la ambigüedad ya que primero se diferencia al fármaco del alcohol, el tabaco y otras drogas y más adelante se denomina farmacodependiente a quien depende del

¹² Tales como: Cédula de indicadores para la dependencia a drogas (Organización mundial de la Salud, décima revisión de la CIE, 1992). Cuestionario de Fagerstrom para detectar la dependencia a la nicotina. Prueba AUDIT de identificación de trastorno por el uso del alcohol (NOM-028, 2009:62-71)

consumo de sustancias psicotrópicas y éstas para la misma NOM incluyen al alcohol y el tabaco.

Por su parte la Ley General de Salud considera como:

Estupefacientes: (artículo 234) marihuana (cannabis sativa), ricina, preparados y semillas, cocaína, codeína, sales, hojas de coca, hidrocódeína, heroína, metadona, morfina y derivados, adormidera, entre otros.

Psicotrópicos: (artículo 244) psilocibina (hongos alucinógenos de cualquier variedad), benzodiazepinas (que tienen propiedades y efectos como el del alcohol), pseudoefedrina, cafeína, entre otros.

Las sustancias psicotrópicas son conocidas por actuar sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios temporales en la percepción, el ánimo, la conciencia y el comportamiento. En cambio, los estupefacientes son sustancias que más bien tranquilizan al organismo aunque deterioran la sensibilidad y pueden producir alucinaciones al igual que los psicotrópicos¹³. Ver el cuadro 1 para avanzar en la discusión.

¹³ Para corroborar o ampliar información ver: <http://www.wordreference.com/definicion/estupefaciente>

Cuadro 1. Clasificación de las sustancias, presentación y modo de consumo

| | | Rama/familia | Sustancias | Presentación | Consumo |
|--|--|--------------|---|--|---|
| L e g a l e s | P s i c o o t r ó p i c a s o | Cafeína | Principio activo de granos de café y té | Bebidas: café, té, refrescantes y medicamentos sin receta | Bebido, ingerido vía oral |
| | | Nicotina | Tabaco | Cigarrillos de tabaco | Fumado, masticado |
| | | Alcohol* | Alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas | Cerveza, vino, licores, medicamentos para anestesia, epilepsia y casos de insomnio | Bebido, ingerido vía oral |
| | | Inhalables | Líquidos volátiles, aerosoles, gases, nitritos | Diluyentes, rociadores, entre otros | Inhalado |
| I l e g a l e s | E s t u n t e f e s | Alucinógenos | Psilocibina, mescalina, dietilamida de ácido lisérgico, éxtasis, fenclidina | Hongos mágicos, cactus, LSD, MDMA, PCP | A modo de ritual, esnifado, fumado |
| | | Opiáceos | Opio, morfina, codeína, medicamentos para adicción a heroína | Heroína, codeína | Vía intravenosa, fumado, esnifado**, vía oral |
| | | Cocaína | De las hojas de coca, metanfetaminas | Polvo de cocaína, crack, ice*** | Esnifado, vía intravenosa, vía oral, fumado |
| | | Cannabis | Mariguna, hachís, THC**** | Yerba de mariguana | Fumado, vía oral |

Fuente: Elaboración propia con base a Conadic, ENA, NOM-028, Ley General de Salud y Avram Goldstein (2003)

*Nos referimos al alcohol y sustancias relacionadas, **se refiere a ser aspirado por la nariz, *** metanfetamina en estado puro, ****tetrahidrocannabinol

El problema se extiende aún más cuando pretendemos entender qué es una droga¹⁴. Como se verá en lo sucesivo, tampoco existe un acuerdo total en su enunciación. En principio,

¹⁴ Llama de manera especial nuestra atención que la Ley General de Salud no contempla definición alguna para el concepto de droga en cambio hace referencia a las sustancias (se revisó la última reforma DOF del 25 de enero de 2013).

sorprende advertir tanto en la NOM como en la Ley General de Salud que la concepción de droga no se relaciona directamente con la adicción o la dependencia, contrario a la definición de la Organización Mundial de la Salud¹⁵.

Veamos, para la NOM- 028 el término droga cobra sentido farmacológico ya que se refiere a las sustancias que previenen o curan enfermedades así como a aquellas que aumentan el bienestar físico e incluso el mental. Así mismo subraya que “en farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo” (NOM-028 2009, 18).

Las Encuestas Nacionales se refieren a estas sustancias como drogas médicas que son aquellas que se prescriben médicamente (opiáceos, tranquilizantes, sedantes barbitúricos o anfetaminas) y que son utilizadas sin receta médica o durante un mayor tiempo al prescrito por un doctor (ENA 2011, 169).

Aún más, no podemos hablar de drogas sin incluir el tema de la legalidad y su contraparte. La CONADIC reconoce como drogas legales a aquellas sustancias cuyo consumo es aceptado socialmente a pesar de que representan diversos riesgos para la salud, de tal forma que la Ley permite la preparación, producción, consumo y comercio de alcohol y tabaco con la excepción en la venta a menores de edad. Asimismo, esta Comisión

¹⁵ Para la Organización Mundial de la salud droga se refiere a “cualquier sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”. Para mayor información ver: http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf

determina como drogas ilegales a las sustancias cuyo cultivo, producción, posesión, tráfico y consumo está prohibido por la Ley, además de que su uso no es aceptado socialmente.¹⁶

Luego entonces, la diversidad de sustancias existentes y sobre todo, la poca claridad para definir las define la percepción en torno al aspecto nocivo de las mismas alimentando la creencia de que el consumo de las sustancias legales no es tan peligroso como es el caso del alcohol, el tabaco e incluso la cafeína que, como se sabe, es legal, se consume en grandes cantidades pero que según la Ley General de Salud es una sustancia psicotrópica. En relación a esta última, Avram Goldstein (2003) afirma que es un psicoestimulante que aunque poco potente; consumido en dosis elevadas causa ansiedad, agitación y alteraciones del sueño. Y agrega que si bien se asocia con el rendimiento, la energía, la eficiencia y la concentración, ha encontrado que aumenta el rendimiento solo cuando éste ha disminuido previamente debido a la fatiga, aburrimiento o somnolencia (Goldstein 2003, 217-218), es decir, que los efectos del consumo de drogas legales, tal es el caso de la cafeína, también afectan la constitución física de los individuos y producen dependencia. Además, desde nuestra perspectiva consideramos que Goldstein advierte la necesidad de desmitificar algunas de las creencias que se tienen acerca de las sustancias legales, en relación a que se cree que existe un menor riesgo de consumo en torno a éstas.

En esta misma tónica, tomemos en cuenta el consumo de inhalables cuya venta es legal y sin embargo su consumo es totalmente rechazado por la sociedad. Desafortunadamente

¹⁶ La CONADIC considera como drogas legales al alcohol y al tabaco; como drogas ilegales la marihuana, cocaína, anfetamina, éxtasis y alucinógenos. Para corroborar y ampliar información ver: http://www.conevyt.org.mx/cursos/cursos/fuera_drogas/main/recursos/revista/indice.htm Adaptación de la información sobre las drogas legales e ilegales publicadas en el sistema virtual de información del CONADIC: www.conadic.gob.mx.

estas sustancias son populares entre niños y jóvenes en condiciones marginales, en la calle, quienes las inhalan buscando paliar el hambre y la fatiga. Más preocupante aún es que según datos del Centro de Integración Juvenil, su consumo ha resurgido en nuestro país, pues se han sumado jóvenes de estratos socioeconómicos medios que utilizan los inhalables con fines recreativos. Fernández (2010) sugiere que la reemergencia de este problema se debe a la facilidad con que esta droga se puede conseguir en nuestro país ya que además de su carácter legal, hablamos de una gran variedad en el mercado como se observa a continuación:¹⁷

- i. Líquidos volátiles: diluyentes y removedores de pintura (thiner), líquidos para lavar en seco, quitagrasas, gasolina, pegamento, marcadores.
- ii. Aerosoles: rociadores que contienen propulsores y disolventes, se encuentran en pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de cabello, entre otros.
- iii. Gases: tanto anestésicos de uso médico (éter, cloroformo, halotano y óxido nitroso) como productos domésticos o comerciales que incorporan estas sustancias (encendedores de butano, tanques de gas propano, refrigerantes, etcétera).
- iv. Nitritos: a diferencia de los antes mencionados, estos dilatan los vasos sanguíneos, relajan la musculatura aumentan el ritmo cardiaco y producen una sensación de calor que puede durar varios minutos, los más conocidos son los *Popper* que se utilizan como intensificadores de placer durante las relaciones sexuales, otros son los limpiadores de cabezas de video y los limpiadores de cuero.

¹⁷ Tomado de León 2012, 33-34 basado en National Institute of Drug Abuse, NIDA por sus siglas en inglés.

Respecto del consumo de alcohol y como ha sido comentado, la Ley General de Salud lo enmarca dentro de la NOM-028 como una sustancia perteneciente al grupo de las sustancias psicotrópicas o psicoactivas, por su capacidad de actuar sobre el sistema nervioso central; además se establece que cuando el alcohol es consumido reiteradamente puede llegar a ocasionar una adicción o dependencia. En suma, en México las instituciones de salud que tienen que ver con la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones, consideran que el alcohol es una sustancia altamente adictiva, puesto que su consumo asemeja al de otras sustancias (consideradas como drogas problemáticas) debido a su posibilidad de desarrollar una dependencia o adicción.

Además de su asociación a múltiples enfermedades mentales y físicas que ya se han comentado, la OMS considera al consumo nocivo de alcohol como un problema de alcance mundial que pone en peligro el desarrollo individual y social de sus habitantes. Sus causas y consecuencias son motivo de gran controversia, puesto que atraviesan los campos cultural, tradicional, histórico y político. Es decir que esta cuestión permea diferentes aspectos, que deben ser mínimamente considerados si buscamos comprender el fenómeno. Por eso ha sido analizado y explicado de forma diferente desde diversas disciplinas, a través de muchos ojos y sobre todo desde muchas experiencias.

Tras de este recorrido estamos en posibilidades de centrarnos en el consumo del alcohol, enfatizando en sus dimensiones y las diferentes concepciones que éste adquiere cuando se introducen elementos tales como el nivel de consumo, repercusiones para la salud o la vida en sociedad, pero sobre todo su significado cultural y social, ya que como apunta Larissa Lomnitz y que veremos más adelante, a pesar de que las repercusiones son innegables y de

que al paso de los años existen consumos que son cada vez mayores por parte de personas jóvenes, el consumo también se configura como una forma de contrarrestar las inhibiciones y reglas impuestas sobre los individuos, permitiendo vivir la comunidad de una manera más holgada. Tal es el caso los relatos de las mujeres informantes que aparecen en este trabajo, las cuales en varias ocasiones describieron que el consumo de alcohol, de cierta manera, les permitió paliar situaciones que percibieron como desagradables o estresantes.

Reflexionando sobre el “consumo de alcohol”¹⁸

Para comprender el consumo de alcohol, se debe dar cuenta del contexto (social, político, económico, cultural) de quien consume y de esta manera entender cuándo y en qué sentido el consumo de alcohol se convierte en un problema para esa persona. En lo referente al estudio de la dependencia al alcohol (y muy posiblemente en la atención de todas las dependencias o adicciones), no pueden generalizarse a los individuos, puesto que el consumo, la frecuencia y la cantidad de alcohol no necesariamente determina el grado de dependencia en personas que se constituyen como seres diversos.

Elizondo (1983) afirma que desde la salud pública se concibe al consumo de alcohol dentro de una interacción compleja entre el alcohol, el bebedor y el ambiente. Bajo este precepto se entiende que dentro el alcoholismo (sic), coexisten problemas de tipo físico, mental y social. Según el autor la prevención de la enfermedad implica romper las cadenas de comunicación entre el alcohol, el bebedor y el ambiente; modificando conductas como limitar el consumo per cápita, cambiar conductas de consumo mediante información,

¹⁸ Se ha optado por utilizar el término “consumo de alcohol” y adjetivarlo como excesivo o nocivo o alcoholismo respetando los términos utilizados por las fuentes y entrevistadas.

educación y trabajo en experiencias y oportunidades sociales y emocionales, así como comprender cambios o transformaciones propios del entorno (1983, 75).

Por otro lado, Pilar Velasco afirma que la magnitud del problema resulta difícil de medir debido a varias distorsiones como el temor de las sanciones y la ambigüedad con que se observa el comportamiento de consumir bebidas alcohólicas. Las tipologías desarrolladas para tratar de “medir” el grado de alcoholismo o los tipos de bebedor que existen, toman como criterios fundamentales elementos de orden médico, orgánico o biológico, dejando de lado una gran variedad de factores sociales, económicos y culturales, lo cual dificulta la conceptualización y clasificación del alcoholismo como problema (1983, 198).

Incluso la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que la dependencia al consumo de alcohol no se puede explicar como si fuera una línea recta de acontecimientos, sino que más bien existe dentro de un continuo que puede ir de la abstinencia a la dependencia pasando por el consumo de bajo riesgo o por el consumo perjudicial. De la misma manera, considera que el daño causado por el consumo de alcohol va desde no causar ningún daño hasta producir daños graves. Es decir que para la OPS, tanto el consumo de alcohol, los daños relacionados y la dependencia no son entidades estáticas, los individuos se mueven dentro de este continuo una y otra vez e inclusive pueden dejar de ser dependientes al alcohol y volver a serlo nuevamente durante el transcurso de sus vidas (OPS 2008, 12).

De la misma manera, el comité sobre el Alcoholismo y la Dependencia de las Drogas de la Asociación Médica Norteamericana, aunque prioritariamente define al alcoholismo (sic) como una enfermedad en la cual se presentan síntomas tales como ansiedad por el alcohol y

pérdida del control; también considera que su naturaleza es compleja puesto que se compone de elementos biológicos, psicológicos y sociológicos. Es decir que, no sólo puede causar daños a la salud, sino que también puede interferir en su habilidad para trabajar y avenirse con los demás (Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2012: 5). Asimismo, este comité reconoce que existen múltiples formas de alcoholismo y por lo tanto, cada paciente deberá ser evaluado y tratado de manera global e individualizada (Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos 2012, 58).

Sin embargo, se utilizan mediciones y clasificaciones de consumo, que a nuestro ver estandarizan a los consumidores de manera muy generalizada. Sin embargo, según las visiones clínicas, estos son necesarios para simplificar los casos y poderlos atender. El doctor J. Patiño citado en Cortés (1992) propone la siguiente clasificación sobre la cual manifiesta que:

Es de utilidad clínica el establecer grados de alcoholismo en plan operacional. Todo el mundo sabe que el enfermo alcohólico exhibe problemáticas en los campos familiar, laboral y social. No obstante, para facilitar la tarea, proponemos cuatro grados de alcoholismo en relación con la capacidad laboral y estimamos que este es el criterio más objetivo y fácil de verificar:

Alcoholismo grado I: Ingesta frecuente hasta la embriaguez, con poca o ninguna repercusión en el trabajo. Las fallas, siempre pequeñas, son de tipo subjetivo. Lo que importa es que este alcohólico se embriaga sin motivación alguna de tipo social.

Alcoholismo grado II: Ingesta frecuente hasta la embriaguez, con inasistencias esporádicas al trabajo y disminución en el rendimiento laboral. Las fallas son ya gruesas y de tipo objetivo.

Alcoholismo grado III: Ingesta diaria hasta la embriaguez, con inasistencia progresiva al trabajo. El rendimiento es prácticamente nulo. El despido es la consecuencia necesaria.

Alcoholismo grado IV: Ingesta diaria y continua. El estado de embriaguez es permanente. La única actividad del enfermo gira en torno a la botella. Incapacidad absoluta para todo tipo de trabajo” (Cortés 1992, 134).

En esta clasificación, la embriaguez es el factor en torno al cual gira la posibilidad de que el consumo se represente como nocivo y cualquier grado de embriaguez se representa como alcoholismo. Por otro lado, la OMS a través de la OPS adquiere el compromiso de no utilizar del concepto “alcoholismo”.

Para la OPS son cuestionables algunos de los términos que se han utilizado para designar las formas de algunos comportamientos emanados del consumo de alcohol. Según este organismo los conceptos comúnmente utilizados (como “alcoholismo”) han contribuido a complicar la tarea de concientizar sobre el uso de esta sustancia. El siguiente cuadro sintetiza la propuesta de la OPS en relación a la terminología:

Cuadro 2. Términos que la OPS considera como "mal definidos" o inapropiados cuando se habla del consumo de alcohol

| Término | Razón | Propuesta |
|---|---|---------------------------------|
| Consumo moderado de alcohol | Expresión inexacta que intenta describir un patrón de consumo opuesto al excesivo | Consumo de bajo riesgo |
| Consumo razonable, responsable o social | Es imposible de definir pues depende de valores éticos, sociales y culturales que varían según países, costumbres y tiempos | |
| Consumo excesivo | En lo posible es preferible no utilizarlo puesto que supone la existencia de una norma de consumo menor al excesivo | Consumo de riesgo |
| Alcoholismo | Denota la falta de preocupación con respecto al alcohol a pesar de sus consecuencias adversas | Dependencia al alcohol |
| Abuso del alcohol | Se usa a veces de manera peyorativa para referirse a cualquier tipo de consumo, especialmente al de las drogas | Consumo perjudicial y de riesgo |
| Uso indebido del alcohol | Describe la utilización del alcohol en forma no consistente con las normas legales o médicas | Consumo de riesgo |

Fuente: Elaboración propia con información de OPS: Alcohol y atención primaria a la salud, 2008

En consonancia con esta perspectiva, la OMS establece la siguiente descripción de características de consumo, tomando en cuenta los gramos ingeridos:

Cuadro 3. Clasificación de los tipos de consumo según la OMS

| Tipo de consumo | Características descriptivas |
|-----------------------------------|--|
| Consumo de riesgo | Consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones |
| Consumo perjudicial | Consumo regular de más de 40g de alcohol al día en mujeres y más de 60g al día en hombres |
| Consumo excesivo o circunstancial | Implica el consumo por parte de un adulto de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión |

Fuente: Elaboración propia con base en información de OPS: Alcohol y atención primaria a la salud, 2008.

Aunado a esta clasificación y en aras de profundizar en el entendimiento del consumo, la misma organización propone los siguientes conceptos:

Intoxicación: Estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo incluso a un nivel bajo de consumo.

Dependencia al alcohol: Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso de alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

A pesar de todo lo mencionado, normalmente a los problemas relacionados al consumo excesivo o nocivo de alcohol se les clasifica dentro de concepciones biomédicas, por ser éstas las que han gozado de mayor legitimidad. A pesar de esto, es importante señalar que desde las ciencias sociales se han aportado interesantes explicaciones sobre el consumo y sus implicaciones.

Según Menéndez (1990) fue en la décadas de los 50, 60 y 70 cuando la producción antropológica del alcoholismo en México arrojó la mayor cantidad de propuestas teóricas relacionadas a este tema y provenientes del pensamiento estructural-funcionalista, del construccionismo y la psicología. Las principales explicaciones fueron:

- i. Alcoholismo como reacción anómica a la sociedad
- ii. Alcoholismo como revitalizador de patrones, creencias y rituales nativos
- iii. La alcoholización como expresión de la dependencia psicológica
- iv. El alcoholismo como expresión de la necesidad de poder
- v. Alcoholización como expresión simbólica de la resistencia étnica y cultural
- vi. Alcoholización como representación cultural social
- vii. Comportamiento alcohólico como aprendizaje histórico y cultural
- viii. El alcoholismo como expresión de procesos de control social y político
- ix. Alcoholización como expresión simbólica de relaciones sociales, políticas e ideológicas entre grupos sociales, incluso a nivel de clase social
- x. Alcoholismo como expresión de aculturación “llenar el hueco que deja la cultura perdida” (1990, 50-51).

Sin menospreciar la importancia de todas y cada una de estas explicaciones, es posible agruparlas en tres grandes vertientes que se entrelazan entre sí, a saber:

- 1) El consumo excesivo de alcohol como una enfermedad física (biomédica),
- 2) El consumo como una enfermedad mental o del comportamiento (psiquiatría o psicología) y
- 3) el consumo de alcohol como una práctica social (ciencias sociales y antropológicas).

Acerca de esta última perspectiva, se observa que las explicaciones se comportan de una manera ambigua, puesto que señalan que el consumo puede comportarse como un factor que perjudica social, emocional y físicamente al individuo, sin embargo también puede configurarse como una forma de propiciar la interacción social.

Por otro lado, también se han establecido mediciones que delimitan los grados de alcohol que deben tener las bebidas embriagantes. Según la OPS el término de bebida o trago estándar, emitido por la OMS, es utilizado para simplificar la medición del consumo de alcohol. Esta organización advierte que el nivel de precisión de esta medida es suficientemente bueno para recomendarlo como método de cálculo del nivel de alcohol ingerido, sobre todo en las salas de urgencias de los hospitales¹⁹.

Si bien la utilización del término bebida estándar tiene sus ventajas, es de resaltar que presenta algunas dificultades tales como que:

- i. el contenido de alcohol en las bebidas varía enormemente entre 1 y 45 % lo que puede llevar a cálculos erróneas
- ii. el mismo tipo de bebida puede ser presentado en distintos tipos de envase con las consiguientes diferencias en medidas de alcohol
- iii. la concentración del grado de alcohol puede variar en una misma bebida, dependiendo de dónde y cómo ha sido producida
- iv. la *bebida estándar* difiere de un país a otro

¹⁹ El nivel de gramos varía dependiendo de la región, por ejemplo en Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol, en Estados Unidos y Canadá contiene entre 12 y 14 gramos (OPS, 2008:2).

- v. no existen trabajos científicos que sustenten el contenido de alcohol de una bebida estándar (OPS, 2008: 10)²⁰.

Cuadro 4. Clasificación de bebidas estándar según la OMS

| Bebida | Cantidad (ml) | Porcentaje de alcohol |
|--|---------------|-----------------------|
| Cerveza | 330 | 5% |
| Vino | 140 | 12% |
| Vinos fortificados (por ejemplo jerez) | 90 | 18% |
| Licor o aperitivo | 70 | 25% |
| Bebidas espirituosas ²¹ | 40 | 40% |

Fuente: Elaboración propia según OPS: Alcohol y atención primaria a la salud, 2008.

Con todo lo hasta aquí dicho, queda claro que a pesar de la existencia de mediciones y parámetros, utilizados por el sector biomédico para clasificar los consumos y coadyuvar en el tratamiento al consumo excesivo de alcohol es importante reconocer el contexto social,

²⁰ En sintonía con la OPS, el Dr. Serna apunta que una de las ventajas de esta medida se debe a que el alcohol en su composición contiene una molécula menos que el agua, razón por la cual esta sustancia pasa fácilmente por todas las membranas orgánicas a diferencia de otras sustancias más espesas como la marihuana (entrevista realizada el 26 de septiembre de 2013).

²¹ Bebidas espirituosas: son aquellas bebidas con contenido alcohólico proveniente de la destilación de cereales, frutas, frutos secos y otras materias primas principalmente agrícolas. Para corroborar y ampliar información consultar: <http://www.bebidasespirituosas.net/>

político, económico y cultural para entender cómo, cuándo y en qué sentido el consumo de alcohol se convierte en un problema, sobre todo en el caso de la mujer.

Antes de inmiscuirnos más en la reflexión en torno a cómo se construyen y se visualizan las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres y especialmente identificar las razones en el caso de ellas; exploraremos algunos datos sobre el consumo nacional de alcohol.

¿Me invitas una copa? ...¡o te la invito!

Parte de la información que se tiene en México acerca del consumo de sustancias lo proporciona el reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (Sisvea)²². Para su versión del 2011, se cotejaron datos acerca de las prevalencias de consumo de sustancias reportadas en los centros de atención no gubernamentales en el periodo comprendido entre 1994 y 2011. Esta información es de gran relevancia para el tema ya que nos ayuda a reconocer cuáles han sido las sustancias que se han convertido en la puerta de entrada al mundo de las drogas también conocida como drogas de inicio y aquellas que han representado “el fondo” e implicado la búsqueda de ayuda en el país, o lo que es lo mismo, la droga de impacto. Al respecto, la ENA no ofrece un concepto específico sobre esta terminología, sin embargo podemos identificar dentro de sus informes que considera a la droga de inicio como la primera sustancia que consume una persona y que

²² El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones fue creado en 1990 como una forma de colaboración entre organismos gubernamentales y no gubernamentales dedicados a dar tratamiento y atención al consumo de sustancias adictivas. En 1994 su observancia de obligatorio en las 32 entidades formando parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica nacional. Este sistema obtiene información de parte de Centros de Tratamiento y Rehabilitación no gubernamentales, Consejos Tutelares de Menores, servicios de urgencias hospitalarias y del Servicio Médico Forense (Informe Sisvea, 2011).

posteriormente desencadena una carrera adictiva y como una droga de impacto a aquella sustancia que propicia la búsqueda de atención a la dependencia.

Por su parte el Sisvea define a la droga de inicio como “la primer droga legal o ilegal que se consumió” (2011, 19) y a la droga de impacto como aquella “que la persona identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos (problemas) tanto en el área de la salud, familiar, legal o laboral y que al mismo tiempo es motivo principal de la demanda de tratamiento” (2011, 23).²³

De acuerdo al acopio que el Sistema de Vigilancia ha realizado en los últimos 17 años (1994-2011), se han registrado 616 mil 336 casos²⁴ en los centros de tratamiento y rehabilitación de los cuales 1 de cada 10 corresponde a una mujer. A continuación se presentan algunos de los datos que arroja el Sisvea respecto del consumo de droga de inicio e impacto. Como podemos observar, durante el periodo que va de 1994-2011 de cada 10 registros 4 refieren al alcohol como la sustancia que mayormente motivó la asistencia a los centros de atención.

²³ Cabe la aclaración de que el Sisvea ha desarrollado estas concepciones a partir de los registros de aquellas personas que llegan a los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales en busca de atención; también de aquellos jóvenes que ingresan a los Consejos Tutelares de Jóvenes, de los registros de las defunciones del Servicio Médico Forense y los registros de algunos servicios de urgencias hospitalarias.

²⁴ Estos datos se refieren a registros y no a personas. Según el Sisvea cerca del 80% de las personas pudieron haber ingresado más de una vez a los centros.

Cuadro 5. México: registro de consumo de droga de impacto y droga de inicio (porcentaje)

| Sustancias | Periodo de 1994-2011 | | 2011 | |
|---------------------------|----------------------|---------|--------|---------|
| | Inicio | Impacto | Inicio | Impacto |
| Alcohol | 39.2 | 29.9 | 43.0 | 37.6 |
| Anfetaminas | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.1 |
| Cocaína | 5.1 | 18.1 | 2.9 | 11.3 |
| Cristal | 2.5 | 14.3 | 1.8 | 12.6 |
| Heroína | 1.7 | 13.1 | 1.2 | 5.8 |
| Inhalables | 8.0 | 7.2 | 5.2 | 8.5 |
| Mariguana | 21.7 | 11.2 | 14.6 | 16.2 |
| Otras drogas ilegales (1) | 0.5 | 1.4 | 0.2 | 0.6 |
| Otras drogas médicas (2) | 0.2 | 0.3 | 0.1 | 0.3 |
| Tabaco | 20.0 | 2.9 | 30.4 | 5.5 |
| Tranquilizantes | 0.9 | 1.4 | 0.5 | 1.4 |
| Totales | 100 | 100 | 100 | 100 |

(1) alucinógenos y otros psicotrópicos (2) morfina y derivados, barbitúricos, anticolérgicos y antidepresivos.

Fuente: Elaboración propia en base a reporte Sisvea 2011.

Esta amplia cantidad se relaciona con el hecho de que el consumo de alcohol en nuestro país goza de gran aceptación social y que su acceso es relativamente fácil en comparación con otras drogas. De la misma forma, la ENA concuerda con esta percepción ya que en su informe de 2011 asegura que la percepción social del riesgo ante el consumo de alcohol ha disminuido al paso de los años y que al contrario la tolerancia social al mismo ha incrementado (ENA 2011, 1).

Igualmente, junto al alcohol se encuentran la mariguana en segundo lugar y el tabaco en tercero, conformando la tercia favorita de consumo.

Llama nuestra atención el hecho de que existe una relación muy estrecha entre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, ésta combinación ha sido documentada en artículos sobre adicciones en América Latina, tal es el caso de Peruga, Rincón y Selin (2002) en la cual los autores afirmaron a inicios del nuevo milenio, que la combinación en el consumo de drogas legales e ilegales se relacionaba a una cuarta parte de las defunciones anuales en el continente americano.

Por otro lado, Sisvea destaca que precisamente quienes consumen alcohol como iniciación al mundo de las drogas, tienen muchas posibilidades de combinar con la bebida el uso de otras sustancias principalmente las ya mencionadas. A dicho orden cronológico se le denomina “historia natural de consumo” (2011, 35) y tal relación permite elucidar que recientemente el consumo de alcohol, mariguana y tabaco se da de manera simultánea y que además se comporta como de transición para el consumo posterior de drogas sintéticas²⁵; probablemente esto se deba a que el acceso hacia éstas últimas sea más peligroso o complicado para personas que apenas pisan el umbral de las adicciones.

La historia natural de consumo se refiere al orden cronológico de las tres primeras drogas que una persona manifiesta consumir. Es decir que en un momento dado termina consumiendo otras sustancias después de la primera que utilizó, al grado de poder convertirse en un policonsumidor o poliusuario²⁶.

Los siguientes cuadros ilustran lo mencionado y la relación que existe entre el consumo de alcohol, mariguana y tabaco.

²⁵ Drogas como la cocaína, cristal, heroína e inhalables suman el 17% en el registro de consumo de drogas de inicio; sin embargo, cuando de impacto se trata, la suma de estas mismas sustancias se convierte en más de la mitad de los registros.

²⁶ Aquellas personas que consumen distintos tipos de drogas

Cuadro 6. Porcentaje de uso de combinación de sustancias

| | Consumo único | Consumo combinado |
|-----------|---------------|-------------------|
| Alcohol | 32.1 | 67.9 |
| Mariguana | 15.3 | 84.7 |
| Tabaco | 4.3 | 95.7 |

Fuente: Elaboración propia con información de Sisvea, 2011.

En ese sentido y tal como se observa en el cuadro 7, alcohol y tabaco abre la puerta al consumo de mariguana, la cual a su vez la abre para sustancias como la cocaína.

Cuadro 7. Historia natural: alcohol, mariguana y tabaco

| Inicia | 2da | 3ra |
|-----------|---------|-----------|
| Alcohol | Tabaco | Mariguana |
| Mariguana | Alcohol | Cocaína |
| Tabaco | Alcohol | Mariguana |

Fuente: Elaboración propia con información de Sisvea, 2011.

Por otro lado, una vez que hemos visto que el consumo de alcohol se configura como una especie de “anfitrión” hacia el mundo de las adicciones y centrándonos específicamente en su comportamiento en los últimos 17 años según el Sisvea (ver cuadro 5), podemos observar que aun y cuando disminuye casi en un 10% como droga de impacto, sigue siendo la droga que propicia la mayor búsqueda de atención. Es decir, que según este reporte

Epidemiológico el consumo de esta sustancia ha sido el más problemático del periodo. Incluso, según los últimos datos del citado informe, se advierte que el uso de alcohol aumenta a medida que transcurren los años (ver cuadro 5), puesto que las proporciones registradas solamente en 2011, en tanto droga de inicio e impacto, se encuentran por encima del promedio calculado para todo el periodo 1994-2011.²⁷

Tanto la Encuesta Nacional de Adicciones y como el Reporte de Sisvea indican que el consumo de drogas tiene una distribución diferenciada en el mapa nacional. Sin embargo, no fue posible establecer una comparación entre ambas fuentes ya que parten de regionalizaciones diferentes. Mientras que el Sisvea propone dividir al país en tres regiones (Norte, Centro y Sur) la ENA optó por subdividirlo en ocho, a saber: Norcentral, Noroccidental, Nororiental, Occidental, Centro, Ciudad de México, Centro Sur, y Sur.

Cabe hacer la siguiente aclaración, para fines de este trabajo tomamos los datos y la regionalización que ofrece el reporte de Sisvea por dos motivos. El primero y principal es porque Sisvea, a diferencia de la Encuesta Nacional, ofrece datos más desglosados acerca de los consumos de droga de inicio e impacto. El segundo motivo es que consideramos que la regionalización que ofrece es menos complicada y más práctica.

²⁷ Hasta aquí, es pertinente mencionar que en el caso de México algunos autores consideran al consumo de alcohol como una práctica de raíz histórica; por ejemplo Antonio Elizondo (1983) afirma que incluso desde tiempos prehispánicos, la embriaguez era una práctica sumamente común, socializada y plenamente ligada en aquel entonces, al desarrollo de ritos religiosos y festividades comunitarias; por lo tanto era severamente castigado el consumo que se realizaba fuera del concurso normal de la tradición, por ejemplo cuando se trataba de individuos en edades productivas que se embriagaban en momentos diferentes a los mencionados. Por otro lado, María del Pilar Velasco (1983), basándose en trabajos de Gruzinski y Calderón, afirma que a partir del siglo 18 es cuando comienzan los problemas asociados a la ingesta excesiva de alcohol; es decir que estas cuestiones se empiezan a evidenciar una vez que los españoles se establecieron en México con la finalidad de colonizar la zona (Velasco 1983, 194).

En principio, observamos que alrededor de la mitad o más de los registros que refieren al alcohol como droga de inicio y de impacto se concentran en el centro y sur de México, con excepción del norte²⁸ (donde el tabaco asume un mayor porcentaje). Sin embargo como se observa en los siguientes cuadros, en las tres regiones mencionadas el consumo de alcohol queda asentado como la droga más consumida en el país.

Cuadro 8. Registro de droga de inicio por regiones (porcentaje)

| Sustancias | Norte | Centro | Sur |
|---------------------------|-------|--------|------|
| Alcohol | 29.4 | 49.1 | 63.3 |
| Anfetaminas | 0.1 | 0.1 | 0.0 |
| Cocaína | 3.4 | 2.6 | 2.5 |
| Cristal | 4.4 | 0.4 | 0.3 |
| Heroína | 3.1 | 0.1 | 0.0 |
| Inhalables | 3.0 | 6.6 | 2.5 |
| Mariguana | 20.5 | 11.6 | 10.8 |
| Otras drogas ilegales (1) | 0.3 | 0.2 | 0.0 |
| Otras drogas médicas (2) | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| Tabaco | 35.1 | 28.7 | 20.3 |
| Tranquilizantes | 0.7 | 0.4 | 0.1 |
| Totales | 100 | 100 | 100 |

(1) alucinógenos y otros psicotrópicos (2) morfina y derivados, barbitúricos, anticolérgicos y antidepresivos.

Fuente: Elaboración propia con base a reporte Sisvea 2011.

En relación a las demás sustancias, el consumo inicial de drogas como mariguana, cocaína, cristal y heroína (con excepción de los inhalables, ver cuadro 8) es considerablemente más

²⁸ Se destacan las cifras correspondientes a la zona norte debido a que a este sector pertenece el estado de Sonora.

alto en la zona norte²⁹. Sin embargo como podemos observar en el siguiente cuadro, las prevalencias cambian cuando de la droga de impacto se trata.

Cuadro 9. Registro de droga de impacto por regiones (porcentaje)

| Sustancias | Norte | Centro | Sur |
|---------------------------|-------|--------|------|
| Alcohol | 22.5 | 44.4 | 58.7 |
| Anfetaminas | 0.2 | 0.1 | 0.3 |
| Cocaína | 9.9 | 11.9 | 13.0 |
| Cristal | 31.2 | 3.2 | 1.2 |
| Heroína | 15.6 | 0.7 | 0.8 |
| Inhalables | 3.4 | 11.6 | 4.8 |
| Mariguana | 11.8 | 18.7 | 15.4 |
| Otras drogas ilegales (1) | 0.8 | 0.6 | 0.4 |
| Otras drogas médicas (2) | 0.3 | 0.2 | 0.2 |
| Tabaco | 2.8 | 7.0 | 4.7 |
| Tranquilizantes | 1.5 | 1.4 | 0.3 |
| Totales | 100 | 100 | 100 |

(1) alucinógenos y otros psicotrópicos (2) morfina y derivados, barbitúricos, anticolérgicos y antidepresivos.

Fuente: Elaboración propia con base a reporte Sisvea 2011.

En la zona norte, solamente el consumo de cristal y heroína en conjunto representan casi la mitad del registro en la búsqueda de atención a la dependencia (31.2% y 15.6% respectivamente), mientras que en centro y sur del país este consumo no rebasa el 4%.

De regreso al consumo de alcohol, en la zona norte el registro de esta sustancia con relación a la búsqueda de atención es relativamente disonante respecto de la información difundida por la OMS (ver cuadros 8 y 9) la cual asegura que en el continente Americano el consumo per cápita de alcohol es superior al promedio mundial y que en México ese índice es el más

²⁹ En el caso de la mariguana, su consumo en el norte duplica al del centro y sur. Respecto del consumo de cristal y heroína, el consumo en la mencionada zona se triplica y cuadruplica respecto de las otras dos; por otro lado, el índice de prevalencia de consumo de cocaína en el norte no es mayor a un punto porcentual (ver cuadro 8).

alto de todos. El promedio anual de ingesta por habitante adulto en México es de 32 litros en los hombres y 18 litros en las mujeres. Estos datos contrastan con el porcentaje de los no consumidores (52% hombres y 82% mujeres) lo que, según los artículos consultados, significa que quienes consumen lo hacen en exceso.³⁰

Consideramos que una razón de este contraste, se debe a que en el norte no se percibe el consumo de alcohol como un problema de dependencia, o bien que se sufre de un déficit de atención; tal como lo establecen Khon y Rodríguez (2009), quienes afirman que en América Latina y El Caribe más de tres cuartas partes de las personas con trastornos por abuso de alcohol nunca reciben atención en comparación tan solo con la mitad de quienes padecen trastornos del afecto (estado de ánimo o depresión) (citado en Medina-Mora, Robles y Real 2012, 19).

El tema de la atención a la dependencia es sin duda de lo más importante, puesto que de acuerdo con el mencionado reporte de la OMS la ingesta de alcohol, además de ser el principal problema de adicción en nuestro país³¹, es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades y discapacidad en el continente Americano. Igualmente, se reitera que el consumo de alcohol afecta especialmente a los adolescentes y las mujeres y se señala que por cada 3 hombres jóvenes (menores de 18 años) que presentan dependencia hay una mujer, mientras que en la población adulta por cada 6 hombres existe una³².

Abonando a las cifras del consumo de alcohol, resultados publicados en la investigación del doctor Luis Alfonso Berruecos Villalobos titulada “Investigación social y cultural sobre el

³⁰Ver: <http://www.jornada.unam.mx/2013/12/18/sociedad/044n1soc> y <http://biblioteca.colson.edu.mx:8081/consumo-de-alcohol-entre-los-adolescentes>

³¹ Según esta evaluación, el patrón de consumo excesivo es el más predominante en México ya que este fenómeno está presente en 26 millones de mexicanos.

³² Ver: <http://biblioteca.colson.edu.mx:8081/consumo-de-alcohol-entre-los-adolescentes>

consumo del alcohol y el alcoholismo en México” señala que más del 13 % de la población de entre 18 y 65 años de edad presenta síndrome de dependencia al alcohol. Además, el Doctor presenta cifras que son socialmente alarmantes para nuestro país; el alcohol se encuentra presente en 7 de cada 10 accidentes, causando el 60% de los traumatismos, tiene presencia causal en 8 de cada 10 divorcios y se encuentra asociado a 6 de cada 10 suicidios³³.

³³ Ver: <http://www.animalpolitico.com/2012/03/las-cifras-del-alcoholismo-en-mexico/#axzz30mVdHnoU>

CAPÍTULO II. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

A pesar de que las repercusiones del consumo de alcohol son sumamente evidentes para la salud de los individuos en general, la OPS afirma que en las mujeres representa un riesgo mayor. Dicha organización atañe a que estas diferencias en el riesgo pudieran ser variables dependiendo el tipo de enfermedad y que además este hecho podría deberse a que la mujer tiene una menor proporción de agua corporal en relación a su peso (OPS, 2008:2)³⁴.

Por su parte, el doctor Jesús Kumate (2010), presidente del Patronato Nacional de los Centros de Integración Juvenil, destaca que el alcoholismo es un problema recurrente en los jóvenes pero sobre todo emergente para las mujeres. Subraya que según datos de la ENA para 2008 el patrón de ingesta de bebidas alcohólicas en el país resultó como esporádico pero en grandes cantidades y enfatiza que aunque el consumo de esta sustancia es todavía más común en los hombres, en las mujeres se observa una tendencia creciente, especialmente en las adolescentes que están copiando los patrones de consumo de la población adulta. Kumate añade que según la citada encuesta un 7.1% de las mujeres

³⁴ Para complementar lo anterior, el doctor Manuel Serna agrega que el organismo de la mujer es más hábil que el del hombre debido a sus funciones endócrinas hormonales. En ellas, el hígado es el encargado de mantener cifras y cantidades de hormonas en la sangre, entonces si la mujer tiene una producción hormonal variable su hígado se encuentra más ocupado y es más sensible que el de los hombres. Como consecuencia, en ellas se manifiestan más rápido los estragos físicos del consumo de alcohol que en los varones (en entrevista, el 26 de septiembre de 2013).

bebedoras en edades entre 12-17 años son bebedoras altas y que el 2.1 % de ellas cumple con los criterios de abuso o dependencia del consumo de alcohol³⁵ (Kumate 2010, 4).

Según estudios de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” de la Secretaría de Salud: el 9% de las mujeres que tienen entre 18 y 65 años y que viven en zonas urbanas beben 5 copas o más en cada consumo, cantidad que las dependencias de salud consideran como perjudicial. En dicho estudio también se afirma que las mujeres mayores de 60 años resultan ser las más afectadas, esto debido a que usualmente esta población comenzó a beber en la juventud y continúa haciéndolo³⁶.

De tal forma, el interés que se manifiesta sobre el consumo de alcohol en las adolescentes, está en consonancia con la preocupación de que las mujeres jóvenes se están convirtiendo en bebedoras altas, puesto que esta práctica pudiera desencadenar una posible dependencia a dicha sustancia en la adultez.

El consumo de alcohol perjudica a la salud de las mujeres incluso si no son ellas las que beben. Sobre este punto, Rosa María Osorio (1992) comenta que para los hombres, la ingesta de alcohol y su relación con la salud y la enfermedad, se asocia más

³⁵ La ENA describe cuatro patrones de consumo de alcohol: **Bebedor alto:** aquella persona que en los últimos 12 meses ha consumido cinco copas o más (hombres) o cuatro copas o más (mujeres) en una sola ocasión. **Bebedor consuetudinario:** aquella persona que toma por lo menos una vez a la semana cinco o más copas (hombres) o cuatro o más copas (mujeres) en una sola ocasión. **Consumo diario:** consumir diariamente al menos una copa de bebida que contenga alcohol. **Posible dependencia al alcohol:** Conjunto de manifestaciones físicas, cognoscitivas y del comportamiento, que incluyen la presencia de distintos síntomas como: tolerancia, abstinencia, uso por más tiempo o mayor cantidad, deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas, así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Se considera posible caso de dependencia en personas que presentaron tres o más de estos síntomas dentro de los últimos 12 meses (ENA 2011).

³⁶ Ver: <http://www.animalpolitico.com/2012/03/las-cifras-del-alcoholismo-en-mexico/#axzz30mVdHnoU>

prominentemente a enfermedades físicas propiciadas por el consumo, tales como cirrosis, ahogamiento, problemas gastrointestinales y alcoholismo como enfermedad. Por otro lado, también se asocia en ellos a conductas que llevan a cometer homicidios, violencia y maltrato a su esposa o compañera e hijos.

En cambio, en la mujer (observada casi siempre como compañera del bebedor) las repercusiones del consumo de alcohol de su pareja, propician una somatización del problema, representada a través de problemas como colitis, cefaleas, enfermedades mentales, dismenorrea (menstruación dolorosa o irregularidad menstrual), hipertensión o estrés (Osorio 1992, 21-43). La misma autora menciona que cuando el consumo de alcohol del compañero se convierte en problemático, se representa en todos los ámbitos familiares; y como consecuencia esta situación enferma a las mujeres de manera colateral. Es decir que en ellas las consecuencias vienen dadas por la dificultad de lidiar con un adicto al alcohol aunado al desempeño de su rol social.

Para la ya citada Osorio (1992) la alcoholización femenina se configura como una consecuencia de la alcoholización masculina, misma que se manifiesta como una “protesta” ejercida cuando el hombre se encuentra ausente. Asimismo, atañe que la alcoholización en ellas se relaciona con estados depresivos diversos, tales como decepciones amorosas, muerte de familiares o conflictos. Sin embargo, advierte que los hijos son los más afectados puesto que incluso el cónyuge que no bebe con frecuencia (en este caso la madre) canaliza sus frustraciones acerca de la ingesta de su compañero a través de maltrato a los hijos³⁷.

³⁷ Se atañe que los niños se enferman de “susto” debido al trato que le dan sus padres se asegura que en algunos casos la alcoholización de los padres aparece como causa indirecta de mortalidad infantil, puesto que

Consideramos que el alcohol repercute en la mujer de una forma mucho más contundente a la concebida por la sociedad, de hecho se encuentra relacionado a problemáticas que se han visto deslindadas del tema, lo cual ha propiciado un entendimiento equivocado sobre el mismo. Por ejemplo, el suicidio normalmente se encuentra asociado a padecimientos que tienen más que ver con la salud mental, pero ya desde la década de los 80, Barruecos (1983) establecía una relación entre el suicidio (o el intento) y el consumo de sustancias adictivas como el alcohol³⁸,

Comúnmente se estudia la dinámica que ejerce la mujer como cuidadora de la familia una vez que el esposo o compañero falla como protector y sustento a causa de su forma de beber alcohol. Sin embargo en esta parte de la historia, subyace el consumo excesivo o problemático de alcohol en las mujeres como si se quisiera negar la existencia de este problema. Al respecto Lomnitz señala que en las sociedades latinoamericanas, emborracharse suele ser parte del papel masculino y que el mismo comportamiento en una mujer o en un grupo de mujeres podrá producir repugnancia y rechazo social³⁹ (Lomnitz, 1983:186).

el desacuerdo y las presiones creadas entre ellos, generan una serie de actos que ponen en riesgo la vida de los niños (Osorio 1992, 21-43).

³⁸ Este investigador señala que según información de la Procuraduría del DF, en 1977 ocurría un suicidio y cinco intentos cada 31 horas, de los cuales el 80% provenía de mujeres que habían tenido contacto con el alcohol (1983, 6).

³⁹ En cuanto a las diferencias genéricas del consumo de alcohol, Larissa Lomnitz (1983) señala que existen dinámicas de tiempo/espacio; sexo/edad y clase social en el uso del alcohol, las cuales sin juzgarlas como adecuadas o no, delimitan los parámetros de comportamiento esperados dentro la cultura de una sociedad. Las diferencias sexuales en la ingesta de alcohol representan una parte importante para entender la evolución de las culturas. Por ejemplo, en Chile se acostumbraba antiguamente que la mujer bebiera al igual que el hombre. Una vez que terminaran de servir la comida y de atender a sus deberes domésticos, las mujeres se asociaban libremente con la compañía de los hombres para beber con ellos. Los españoles, acostumbrados a ver en la bebida una forma de comportamiento masculino, se espantaban al ver que las mujeres se emborrachaban y las consideraban inmorales. A medida que los indígenas fueron aceptando (toda vez que se les impuso) la religión católica también se modificó el patrón femenino de ingesta de alcohol; sin embargo en las comunidades

Entre tanto, es evidente que el consumo de alcohol de manera diferenciada entre hombres y mujeres, engloba diversas problemáticas. A pesar de que mayormente se han documentado solo las repercusiones en relación a los hombres como consumidores y a las mujeres como sus compañeras, no es la única forma en que se advierten las consecuencias del exceso, por ejemplo Rosa María Osorio (1992) observó que el consumo de alcohol se configuraba como un medio legitimado para ejercer relaciones de poder del hombre sobre la mujer.

Factores que posibilitan el consumo de alcohol

La forma más adecuada de estudiar los problemas asociados al consumo del alcohol, así como las posibles causas que motivan dicha práctica, es a través del reconocimiento de que existen varios elementos que se vinculan entre sí. Sobre esta relación, Pilar Velasco (1983) considera que los factores genéticos juegan un papel importante dentro de la ingesta de alcohol, sin embargo arguye que es necesario que se conjuguen otros componentes para alcanzar un valor patógeno. La citada autora realiza una clasificación de los factores que se ven inmersos dentro del consumo de alcohol, los cuales se presentan a continuación en el siguiente cuadro:

mapuches más remotas la mujer aun bebe. A medida que la comunidad entra en contacto con la cultura nacional chilena se advierte que las mujeres, sobre todo ancianas, beben a escondidas. Finalmente, en la ciudad o en las zonas cercanas a las misiones, se sanciona rigurosamente la bebida entre las mujeres, manteniendo el consumo de alcohol como un rasgo masculino (Lomnitz, 1983:187-188).

10. Factores que intervienen en las motivaciones para beber alcohol según Pilar Velasco

| | |
|--------------------------|---|
| Factores sociales | Tipo de bebidas, cantidad y frecuencia, edad, sexo, grupo étnico, afiliación religiosa, nivel de instrucción, estrato socioeconómico, ocupación, grado de urbanización, publicidad, experiencias de infancia, contactos con bebedores, etcétera |
| Factores fisiológicos | Coincidencia que tienen los defectos genéticos, fisiológicos, metabólicos y nutricionales con factores psicológicos y culturales |
| Factores psicológicos | Neurosis, incapacidad de relacionarse con los demás, inmadurez sexual y emocional, aislamiento, dependencia, mal manejo de las frustraciones y sentimientos de perversidad e indignidad, privación emocional de la infancia y pérdida de autoestima |
| Factores socioculturales | Constitución de la familia, relaciones interpersonales al interior y exterior del núcleo familiar, procesos de enculturación y socialización, creencias y costumbres relacionadas con el consumo, la visión sobre el problema y los individuos que lo sufren, las reglas del bebedor social, sanciones, disponibilidad y accesibilidad de alcohol, etcétera |

Elaboración propia basada en la información de Pilar Velasco 1983, 198-200

El planteamiento del consumo de alcohol, respecto de la relación que existe entre estos factores sugiere tomar en cuenta un replanteamiento sobre el tema. Concordamos con Menéndez (1990) quien plantea que al alcoholismo comúnmente se le ha descrito como un problema que necesariamente tiene que ver con la dependencia a tal sustancia. Bajo esta perspectiva, se han señalado primordialmente las consecuencias negativas asociadas al consumo (las enfermedades y las expresiones de riñas y violencia) y se ha soslayado la relación que guarda dentro de la socialización.

Para enriquecer esta forma de re pensar el consumo de alcohol existen otras perspectivas que nacen desde otras disciplinas. Por ejemplo, partiendo de la antropología social ya engarzada en el tema desde hace algunas décadas, Larissa Lomnitz (1983) planteó que una

parte de este consumo sirve para conformar momentos dentro de la sociedad en los cuales se contrarrestan las inhibiciones y reglas impuestas sobre los individuos, permitiendo vivir la comunidad de manera más relajada y de esta manera perpetuar la existencia de la estructura social (1983:186).

Siguiendo la idea de la citada autora, para que la estructura se reproduzca necesita de ciertos momentos que se configuren como más libres y más desinhibidos. Irónicamente, se necesitan momentos “antiestructurales” que permiten que se mantenga la estructura. Según Lomnitz, el uso del alcohol permite cierta organización social en la cual se hace necesario controlar las formas y los espacios donde se va a beber y afirma que la ingesta de alcohol aceptada por la sociedad puede representar un poderoso elemento de cohesión social y por el contrario un consumo desorganizado puede provocar la disolución social; todo esto en función de las circunstancias históricas⁴⁰.

Precisamente, para aproximarnos más a este replanteamiento del problema del consumo de alcohol retomamos parte del proceso de alcoholización, propuesto y utilizado por Eduardo Menéndez a raíz de sus investigaciones sobre consumo de alcohol. Cabe hacer la necesaria aclaración de que si bien, este concepto es mucho más abarcativo, puesto que considera

⁴⁰ Por ejemplo, la autora cita que en las barriadas de Santiago y Ciudad de México el consumo colectivo de alcohol se usa para reforzar la confianza entre individuos (hombres generalmente) y para equiparar la participación de reciprocidad, impidiendo la estratificación económica y manteniendo abierto los canales de ayuda mutua que garanticen la sobrevivencia de la comunidad. Sin embargo, los individuos más pobres y desprotegidos son los borrachos solitarios y viciosos (los cuales, según la autora, son definidos por el propio grupo social). Para la autora, el alcoholismo (entendido como consumo de alcohol nocivo) es consecuencia de la secularización y desritualización del patrón de ingesta del alcohol, el cual convertido en mercancía y utilizado como un medio de escape a ciertas situaciones, promueve la disolución y desorganización de la sociedad. Lomnitz afirma que el consumo de alcohol, convertido en alcoholismo, se representa más como reflejo de las enfermedades de una sociedad que como una causa (Lomnitz, 1983:185-193).

desde aspectos socioculturales hasta económico-políticos; en nuestro caso nos será útil como un filtro con el cual poder observar algunas de las razones expuestas por las informantes sobre las motivaciones del consumo de alcohol, los usos y funciones que éste tuvo en su vida y además las repercusiones que éste representó.

Proceso de alcoholización: una aproximación

El proceso de alcoholización es una herramienta de la investigación antropológica. Menéndez (Menéndez 1992, 17-18). refiere que ha sido la antropóloga Ruth Bunzel quien sentó las bases del enfoque de la antropología de la alcoholización, en la cual el foco de interés radica en la relación que existe entre el consumo de alcohol, los hábitos, las costumbres y el comportamiento sociocultural enmarcado por el contexto social y los condicionamientos culturales que se expresan a través de los comportamientos alcoholizados.

El citado autor viene argumentando desde la década de los 80, en favor del replanteamiento sobre el fenómeno del consumo de alcohol. Además, hace una crítica a la disciplina de las ciencias sociales, afirmando que la problemática del alcoholismo debe ser ligada a procesos ideológicos que no pueden ser explicados a través del mecanicismo que ha imperado en las interpretaciones sociológicas sobre el mismo (Menéndez y Di Pardo 1982, 6).

Es sorprendente la gran riqueza de percepciones que resultan del proceso de alcoholización como aporte teórico y metodológico. Gracias a este enfoque se hace posible observar que existen efectos positivos y negativos sobre el consumo, algunos de los cuales se plantean a continuación y que son dados a conocer por el propio Menéndez (1982):

Funciones negativas de la alcoholización:

- A. Incremento de la producción y comercialización en el consumo en general pero enfatizando en los nuevos sectores que se incorporan al mismo, por ejemplo las mujeres y los adolescentes.
- B. Mortalidad y morbilidad por cirrosis hepática.
- C. Mortalidad y morbilidad por causas de salud asociadas a consumo de alcohol.
- D. Morbilidad en el proceso de embarazo y parto, así como consecuencias en el producto.
- E. Mortalidad y morbilidad asociadas a problemas alcohólicos alimentarios.
- F. Mortalidad y morbilidad asociadas a accidentes de tránsito a causa del alcoholismo.
- G. Mortalidad y morbilidad asociadas a accidentes laborales relacionadas con el alcoholismo.
- H. Suicidios o intentos de suicidios en los cuales tiene que ver la ingesta de alcohol.
- I. Homicidios y violencias familiares (de esposas, hijos o parientes) y no familiares, en los que se presenta el alcohol.
- J. Violencia sexual asociada al alcoholismo.
- K. Interferencia en relaciones familiares y conyugales.
- L. Incidencia del gasto en el alcohol en la estructura del gasto familiar.
- M. Problemas laborales relacionados a la ingesta de alcohol (absentismo laboral, productividad y calidad).
- N. Incidencia en los costos de asistencia pública.
- O. Costo global del problema del alcoholismo.
- P. Procesos de alienación, autodestructividad (Menéndez y Di Pardo 1982, 14-15).

Funciones positivas de la alcoholización:

- A. Facilitación de determinadas actividades, tales como la resolución de problemas (según investigaciones de J. A Carpenter en la década de los 50 y 60, citado por Menéndez y Di Pardo 1982).

- B. Funciones medicinales. Actualmente la relación entre la salud y la ingesta de alcohol (si acaso existe) se limita a las enfermedades isquémicas del corazón. Anteriormente las bebidas fermentadas ostentaban un valor nutritivo y las bebidas destiladas un valor curativo. En el área mediterránea, la aparición del alcohol destilado en el siglo 12, fue primeramente como un medicamento. La función exclusiva del alcohol como medicamento se sostenía hacia el siglo 15 para ir desapareciendo paulatinamente hacia el siglo 20.
- C. Funciones alimenticia y digestiva: sobre todo a las bebidas fermentadas (pulque, vino, cerveza). Por ejemplo, en el caso del pulque se identifica un valor digestivo y otro nutritivo.
- D. Función energética (laboral). En épocas coloniales sobre todo, para reponerse durante el trabajo, al reponer litros de agua transpirados por el calor, asimismo como compensación nutricional por parte de las clases pobres, puesto que no comían suficiente carne como para reponer fuerza.
- E. Funciones psicológicas y psicosociales: actualmente estas tienen mayor peso. Hay algunas veces y ante determinadas situaciones que la gente bebe para aliviar sus tensiones, para reducir la ansiedad, relajarse, lograr placer, euforizarse, Es decir, se bebe para solucionar un estado y/o para transformar momentáneamente una conducta que inhibe actitudes o relaciones.
- F. Funciones de integración social cultural: S. Bacon citado en Menéndez y Di Pardo, sostuvo que el consumo de alcohol cumple dos funciones básicas; la de dar escape a la ansiedad y la de favorecer la integración sociocultural sobre todo en sociedades complejas, anómicas y en proceso de cambios tecnológicos, demográficos o ideológicos. Para este y otros autores esta funcionalidad del consumo de alcohol es positiva ya que es un factor que contribuye al mantenimiento del grupo social y/o de la sociedad. Implícita o explícitamente el consumo de alcohol es un importante medio de cohesión grupal o interpersonal. Lemert, citado en Menéndez, plantea que la desintegración o integración se da no por el alcohol, sino por el sistema ideológico que utiliza el alcohol como elemento para cumplir funciones de conservación, cambio, integración, etcétera.
- G. Funciones de control socio ideológico: para algunos autores el proceso de alcoholización sella para todas las clases las relaciones desde el nacimiento hasta la muerte. Esta función se acentuaría en las sociedades de clase para asegurar, no solo la integración, sino el enmascaramiento de las contradicciones. Dichos autores consideran que el consumo de alcohol más bien se configura como un elemento desorganizativo del sistema a nivel personal y social. Villamil y Sotomayor (1980) agregan que “el uso político significa control de la violencia estructural a partir de la mediatización colectivizada. Esto se manifiesta en cierta medida en los elevados

índices de alcoholismo en sectores de la población cuyas condiciones de vida son bajas, ya que a mayor grado de alcoholismo menos capacidad de organización social y personal”.

- H. Funciones económico-ocupacionales.
- I. Funciones cuestionadoras: algunos autores han planteado que la conducta alcohólica constituye potencialmente un comportamiento de enfrentamiento que implica funciones positivas, por lo menos parciales, para los sectores sociales y /o personas que utilizan de esta forma el alcohol. Desde esta perspectiva se ha sostenido que el alcoholismo puede suponer una protesta social activa o pasiva, que la ingesta de alcohol puede ser realizada para crear un “espacio propio” que supere momentáneamente determinadas condiciones de vida negativas. Según M. Costa-Magna las mujeres que consumen alcohol intentarían “romper con el tipo de mujer que eran antes de beber” la ingesta constituiría uno de los elementos del reencuentro o de la construcción de una identidad distinta a la producida socialmente hasta ahora (citado por Menéndez y Di Pardo 1982). La mujer que bebe se rehusaría a seguir reproduciendo una identidad que de hecho “es enferma” y trataría de cambiar a través de un medio, que según la mayoría de los autores puede traerle consecuencias negativas.
- J. El “estilo de vida”: Hay algunos autores que consideran que el alcoholismo puede ser un estilo de vida. Esto se relaciona con la ingesta como búsqueda de experiencias que superen los límites existenciales. Es decir, algunos autores señalan que los estudios deben estar enfocados hacia la perspectiva que el propio consumidor tiene acerca de cómo su consumo interviene en su vida. Los autores a favor de esta forma de observar el comportamiento de consumo, proponen líneas de estudio poco convencionales respecto del tema, por ejemplo la estructura del tiempo de un alcohólico.
- K. Funciones de permisividad “ilegal”: dentro de este enfoque lo que opera no es la función psicotrópica del alcohol, sino la construcción social que la persona genera a partir del mismo. Es a partir de esta función que comienza a explicarse la construcción del alcoholismo como enfermedad que permite el ausentismo e incluso el accidente que conduce al descenso de la productividad. La conducta alcohólica constituye una construcción que el sujeto y la sociedad “utilizan” para diversas operaciones.
- L. Función en relación con el “placer”, el “gusto” y el “deseo (Menéndez 1982, 58-76).

A pesar de que algunas de las funciones señaladas (negativas y positivas) fueron identificadas décadas atrás, vale la pena señalar que los temas nos parecen sumamente

relevantes, puesto que como apunta el mismo teórico “algunos autores consideran que la negación de las funciones positivas y el hincapié en las consecuencias negativas se debe en la actualidad a la afirmación del poder médico y a la construcción de una pseudoimagen de homogeneización social” (Menéndez 1982, 58).

En resumen, el conocimiento de todas las perspectivas que se desprenden del proceso de alcoholización permite que el aporte real del mismo sea el análisis que ocurre a partir del uso colectivo del alcohol; de ahí que deseemos plantear un espectro más completo acerca del consumo de alcohol en las mujeres y la relación que existe con su contexto; puesto que en este vínculo convergen significados e implicaciones que han sido soslayadas tanto por la sociedad como por las instituciones, por ejemplo el no contemplar el peso que tiene la construcción social de la mujer sobre la práctica de consumo de alcohol u otras sustancias, aspecto que ya ha sido comentado en este trabajo y que se profundizará a continuación.

Subjetividad Femenina

Respecto de la subjetividad, Irene Meler considera que ésta nace de una construcción que se desarrolla dentro de un contexto histórico determinado y que puede caracterizarse por el modo de producción del lugar donde se habita. De tal forma, la autora enfatiza su explicación en torno a la teoría de la división sexual del trabajo⁴¹ misma que explica la manera en cómo se fueron conformando los roles de hombres y mujeres y que abre el tema

⁴¹ La obra en la que se basa Irene Meler para explicar la división del trabajo es: *EL origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* de Federico Engels.

de la subordinación de la mujer como una consecuencia⁴². Dicha teoría no implica la jerarquización de los sexos, no naturaliza la dominación y considera que la posición de los roles de la mujer y el hombre surgieron al margen del descubrimiento de la agricultura y la ganadería en la época primitiva. La acumulación de bienes que pudieron disponerse como intercambio gracias a estas actividades productivas, permitieron la generación de poder y la instauración de la filiación patrilineal como hegemonía, puesto que fueron los hombres los que se hacían cargo de ellas (Meler 2006, 31-37)⁴³. Irene Meler concluye en que gracias a la vida en matrimonio se construyó lo que se denominó como amor maternal; el cual alejó a la mujer del compromiso social y la ubicó en la privacidad del hogar, haciendo de ella un ser privado y del hombre un ser público. Así la definición social de la mujer se estableció alrededor de su rol maternal, su tarea fue la de producir sujetos^{44, 45} (Meler, 2006:41-52).

Por otro lado, la misma Meler reconoce perspectivas como la de Laura Balbo, quien pide no descartar la percepción que cada mujer tiene sobre el “ser mujer”. Si bien concuerda

⁴² De esta forma, propone abordar el tema de la subordinación de la mujer desde el planteamiento del origen de la familia (mismo que ha sido retomado desde varias perspectivas) y a su vez deshecha las teorías del orden social de los sexos, puesto que considera que esta perspectiva no deja lugar para problematizar el rol de la mujer ya que lo considera como algo “natural”.

⁴³ La autora considera que tras este modo de producción, las mujeres vieron reducidos sus derechos así como restringida su sexualidad y de este modo inició la subordinación que conocemos hasta nuestros días caracterizada por la dependencia económica de las esposas, su reclusión al ámbito del hogar e incluso obligadas a una fidelidad poco correspondida. Desde nuestra perspectiva esta situación ha ido cambiando a grado tal que las mujeres compiten arduamente en el campo laboral, desempeñando trabajos que antaño no se consideraba que fueran para ellas.

⁴⁴ La autora retoma a Maurice Godelier (1990) el cual externa que si bien en un principio la división sexual del trabajo cumplió con la función de permitir la sobrevivencia, al paso de los años como consecuencia generó diversas formas de opresión y explotación de mujeres y jóvenes por parte de hombres adultos, situación que según este autor no puede considerarse como algo ni natural y tampoco estructural.

Tabién anota que Claude Levi-Strauss (1974) ya había definido al matrimonio como el principal mecanismo de reproducción de la subordinación femenina, el cual guarda como principio la división sexual del trabajo. Levi-Strauss afirma que la unión matrimonial, fue concebida como un dispositivo de organización social en el cual el contenido puede variar, pero que perpetúa la dependencia de los sexos; lo cual significa que los sexos deben realizar ciertas tareas y que tienen como prohibido aprender las tareas del sexo contrario.

con que las subjetividades se construyen a raíz del modo de producción, señala que a la par de tener en cuenta los determinantes relacionados con la condición social y el rol familiar de la mujer, también deben de considerarse los factores que están relacionados con el valor de sus creencias, sus expectativas y las respuestas a las situaciones que ocurren en el contexto en el que se desarrollan.

Otras autoras refieren que para la mujer el soportar la presión de su propia construcción social le acarrea consecuencias graves a la salud. Al respecto Briggs y Pepperell (2009) afirman que el poder de los estereotipos y constructos sociales, que están implicados al rol social de la mujer, hacen que un problema de dependencia se presente como un comportamiento o una actitud en respuesta a su rol histórico de subordinación. De tal manera, no es fortuito que en la sociedad se tienda a juzgar de manera más dura los comportamientos adictivos en las mujeres que en el caso de los hombres, puesto que se les concibe como las cuidadoras fervientes del hogar y de sus miembros; además de ser particularmente las más responsables de todo lo que ocurra dentro. Dicha concepción queda planteada en palabras de Marcela Lagarde (1993; citado en Sánchez 2006, 44) “las mujeres adictas contravienen su esencia, y con ello la de los otros (los que están a su cargo) [...] ¿Cómo es posible que quienes están para reproducir, reponer, cuidar, vigilar la vida de los otros de manera cotidiana, para toda la vida y en cada momento, se descuide?”

En consonancia con la idea anterior, Gabriela Sánchez (2006) manifiesta que en realidad se pone atención al problema de “las mujeres adictas” y no a los problemas que tienen las mujeres como consecuencia del consumo de sustancias. De este modo, la sociedad responsabiliza a la publicidad, la modernidad o incluso a los cambios producto de la

llamada “liberación femenina” del incremento de mujeres que utilizan drogas y no a los constructos de género.

Mabel Burín (2006) profundiza en la historia de la persecución de la “mala mujer”, la cual parece surgir cuando ellas no cumplen con los cánones sociales esperados.

Durante la edad media, el lugar de las mujeres era la casa feudal y solo salían de ella para contraer matrimonio o para servir en el convento, quedando como alternativas la prostitución o la servidumbre para las mujeres pobres o para aquellas que no contemplaran el matrimonio ni servir a Dios como su destino. En aquella época, los disidentes políticos o religiosos eran considerados como obra del demonio y debían ser perseguidos y castigados bajo el yugo de la Santa Inquisición, creada en Francia en 1204. Después, este tribunal de la moral y las buenas costumbres, va a extenderse hasta América. De este modo surge la persecución de las mujeres que hacían uso del conocimiento prohibido y que se conocían como “las brujas”. Mabel Burín relata al respecto:

“sus prácticas revelaban un saber que estaba fuera de los círculos oficiales; fueron durante mucho tiempo los únicos agentes de salud para los más pobres; tenían conocimientos sobre farmacología y remedios de diversa índole, basados en sus prácticas con hierbas y plantas; sabían de traumatología, de ginecología (atendían embarazos y partos) e incluso de psicología, cuando hacían de celestinas” (Burín, 2006:74)

La autora deja de manifiesto la contribución social y el saber de “las brujas” o “hechiceras”. Este saber fue marginalizado por el estatus académico de la salud y la enfermedad que ya

se gestaba en aquel tiempo. Su mayor pecado era precisamente el cuestionar la autoridad masculina y el ejercer y transmitir un saber propio de mujeres, por mujeres y para mujeres. Por otro lado, Mabel Burín también destaca al proceso histórico de la familia como elemento importante en el desarrollo de la subjetividad femenina.

El siglo XVIII trajo consigo grandes cambios en la forma de producción con la urbanización e industrialización en pleno auge. Durante esta época, las mujeres dependían económicamente del patrón (padre) y participaban de manera activa en la producción de bienes, además el trabajo doméstico era altamente valorado puesto que formaba parte de la actividad productiva dentro de la familia. Conforme la época fue avanzando, el trabajo productivo sometió al trabajo doméstico y la unidad familiar se fue tornando en una institución, estrechando límites y reduciendo las perspectivas de las mujeres a las tareas del hogar. Para la mujer esto se convirtió en algo tan “natural” que al paso del tiempo el trabajo doméstico se volvió prácticamente invisible y poco valorado. Burín sostiene que debido a esta situación, el rol de ama de casa desarrolla expectativas muy poco claras para las mujeres, puesto que solo logra ser visible cuando es juzgado como algo mal realizado. Esta situación genera una gran incertidumbre para ellas y aumenta la necesidad de ser reconocidas por los otros para reconocerse a sí mismas como trabajadoras (2006:85).

Este repaso alrededor de la construcción social de lo que significa ser mujer, es útil para comprender que tanto el proceso de alcoholización como el de recuperación o rehabilitación deben estudiarse desde una perspectiva multidisciplinaria que tome en cuenta las condiciones sociales que definen lo que es el “ser mujer” y que, a nuestro

entender, abarca dos vertientes: 1) la visión social de lo femenino y 2) la visión que estas mujeres tienen de lo que significa ser mujer.

Es pertinente resaltar que Carmen Meneses (2006) considera que el interés sobre el consumo de drogas de las mujeres y su rehabilitación, se ha centrado solo en las repercusiones que esto tiene para el sistema familiar y no en ellas como individuos. El tema de los problemas de dependencia a una sustancia en las mujeres, además de ser un problema de salud y tener repercusiones sociales se encuentra inmerso, como ya se dijo, en relaciones de poder, donde el género femenino se encuentra en desventaja.

Sánchez (2006), en su investigación sobre procesos terapéuticos de mujeres con problemas de drogodependencia, documentó que existen diferencias de atención entre mujeres y hombres. Por ejemplo, en el Hospital de Higiene Mental Carlos Nava ubicado en la ciudad de Hermosillo, Sonora a las mujeres no se les permite libre tránsito, no se sienten seguras al dar sus testimonios porque el ambiente del hospital no les ayuda a sobrellevar el estrés y la ansiedad de la desintoxicación, además de que son sancionadas cuando existe interacción con los internos varones (2006:112). Esta situación delata una clara ausencia de perspectiva de género⁴⁶ en los enfoques de tratamiento a las adicciones (Sen, George, Ostlin: 2005) y podría ser una causa fundamental de que muy pocas mujeres terminen su tratamiento (Sánchez, 2006).

⁴⁶ Según Sen, George y Ostlin (2005) la perspectiva de género es una herramienta que sirve para tomar en cuenta las diferencias estructurales entre hombres y mujeres, tales como: el acceso a los recursos y al conocimiento, las consecuencias históricas de la división del trabajo, las relaciones de poder, las jerarquías, las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto de la identidad, la personalidad y el comportamiento (2005:2).

La perspectiva de género tiene que ver con la relación que existe entre las subjetividades femenina y masculina⁴⁷ y que se encuentran enmarcadas tanto desde la clase social como desde las reproducciones culturales. Consideramos que la construcción subjetiva del género afecta a ambos sexos, de tal modo que los hombres no están exentos de sufrir debido a su rol social⁴⁸. Por lo tanto, la perspectiva de género implica una mirada “desde la cual se reelaboran los conceptos de (ser) hombre y (ser) mujer (Lamas, 2000; citado en Ramírez y Bolio 2010, 34) así mismo permite ver y explicar lo que acontece en el orden de los sexos, al mismo tiempo que se manifiesta como una crítica a los discursos dominantes en torno a la sexualidad, la organización política y económica de la sociedad (Guzmán y Bolio, 2010).

Proceso de rehabilitación-reinserción

Como se ha dicho antes, para que exista un tratamiento de recuperación integral, el proceso de rehabilitación debe estructurarse con perspectiva de género poder atender de manera adecuada no solo la dependencia a la sustancia, sino los problemas asociados a ella.

Algunos autores plantean los objetivos del tratamiento en función de las posibilidades reales que una persona tiene para integrarse en la comunidad. Es decir, un individuo se convierte en asistible en función de la posibilidad y deseo de ser incluido, pero sobre todo

⁴⁷ Las autoras Gezabel Guzmán y Martha Bolio (2010) puntualizan que el género, además de ser una construcción social que implica ideas, creencias y atribuciones sociales que aluden a lo femenino y lo masculino, también se refiere a la relación que existe entre ambos.

⁴⁸ Una situación que da cuenta de esto, es la depresión posretiro que sufren los hombres subjetivados para ser solo trabajadores, quienes ante el cese de sus tareas productivas experimentan un colapso en su autoestima (Meler, 2006:69).

de las posibilidades de la sociedad de incluirlo en ella (Romaní, 1999; citado en Kornblit 2004, 49).

La perspectiva de género dentro del proceso de rehabilitación-reinserción social tiene precisamente la finalidad de otorgar condiciones favorables para el desarrollo de mujeres que han atravesado por un proceso de dependencia a una sustancia. El Estado Mexicano reconoce estas dos figuras como parte de la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones a través de la Norma Oficial Mexicana que define a la rehabilitación como un “proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados a sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social”. Por otro lado, define a la reinserción social como “conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social” (NOM-028, 2009:23).

Esta Norma tiene por objeto establecer procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones y es de cumplimiento obligatorio en todo el país, tanto para los servicios prestados desde el Sistema Nacional de Salud como para los establecimientos del sector público, social y privado que realizan actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones (NOM-028, 2009:15). Llama la atención, que dentro de los procedimientos y criterios la Norma solo se establecen diferencias de sexo en lo que se refiere a la existencia de sanitarios y regaderas para hombres y para mujeres y

también que los dormitorios deben estar separados por sexo y con camas independientes⁴⁹ (2009:44). Es decir, en ninguna de sus disposiciones contempla las diferencias de género ni el contexto social ya sea del hombre o de la mujer para reflexionar sobre las condiciones de atención que unos y otros necesitan, más allá de la división de espacios para cada sexo.

Por otro lado, Arranz (2010) afirma que desde los centros de recuperación se debe orientar a las personas con problemas de adicciones para que encuentren los apoyos necesarios dentro de su propia comunidad. El autor propone, tres intervenciones encaminadas a favorecer la reinserción social para: 1) Recuperar relaciones saludables con la familia, 2) Detectar en el tratamiento aquellos vínculos saludables con los que cuenta la persona y 3) Desarrollar estrategias para diversificar las redes vinculadas al ocio (2010:166).

Algunos autores reflexionan sobre la imposibilidad de cambiar las condiciones de vida de las personas con problemas de adicción al finalizar un tratamiento de recuperación. Destacan que aun y cuando existen elementos comunes que pueden abordarse para intentar acciones que resuelvan la problemática de la reinserción, el tema no está realmente planificado desde los centros terapéuticos.

Dicho de otra forma sostienen que en México la falta de oportunidades para que un individuo se desarrolle es un elemento que se considera como uno de las posibles causas de la adicción y que dicha condición prevalece aun en la reinserción social; por ejemplo cuando una persona recuperada o en recuperación trata de incorporarse al mercado laboral (López y Pérez, 2005:3). Los autores destacan la situación de desempleo como un factor

⁴⁹ Fracciones 9.2.2.2.3 y 9.2.2.3.1 de la NOM-028-SSa2-2009

que limita los mecanismos de reinserción social para aquellas personas en proceso de recuperación, tratamiento y rehabilitación.

Para el caso de las mujeres, Teresa González (2006) advierte que es imposible abstraerse de una serie de factores como: maternidad, dependencia emocional, parejas con problemas de adicción, alto porcentaje de mujeres que iniciaron sus consumos adictivos a través de sus parejas; malos tratos, abusos sexuales, incidencia de consumo de sustancias en familiares, trastornos alimenticios, imagen social, aunado a los roles sociales de ser madre, pareja o hija (2006:95-96). Además, afirma que las mujeres con problemas de adicciones experimentan fuertes sentimientos de culpa respecto de los cuidados de los hijos; primero durante la adicción y después porque deben dejarlos para resolver sus problemas de consumo. Asimismo, experimentan un grado mayor de exclusión y marginación que en el caso de los hombres, debido a las pérdidas y vejaciones que las mujeres han sufrido durante su actividad de consumo (2006, 98-99).

Briggs y Pepperell contribuyen al tema manifestando que las mujeres en busca de orientación en este ámbito merecen consideraciones específicas que incluyan facilidades en la modalidad de tratamiento, acceso al servicio social y a servicios para el cuidado de sus hijos (2009:99). Igualmente, estas autoras citando a Stevens y Smith (2009, 106) comentan que algunas investigaciones han demostrado que las mujeres responden de manera más favorable al tipo de tratamiento en donde intervienen elementos positivos como empatía, colaboración, respeto y optimismo que a la modelos de resolución de problemas con el que trabajan algunos centros y grupos de ayuda.

Finalmente, autores como Kornblit, Guffanti y Veradi (2004) mencionan que el egreso de los centros de atención y tratamiento implica el desafío de volver a una realidad anterior a la internación, que se puede enfrentar con el bagaje de recursos incorporados a través de la experiencia comunitaria (2004:85).

Dicho lo anterior, se vislumbra el apoyo social como un eje fundamental en la discusión y el análisis de estos procesos y la recuperación de la salud por parte de las personas que tienen problemas de dependencia; es decir, el apoyo se muestra como un factor potencializador de la capacidad para llevar a cabo el tratamiento y mantenerse alejado del consumo. Cassel (1974, 1976) desde la década de los 70 sugería una relación muy cercana entre el apoyo social y la salud, de tal suerte que la falta de señales sociales puede constituir el origen de las enfermedades (Castro, Campero y Hernández, 1997; Peña, 2005)⁵⁰.

Castro, Campero y Hernández (1997) consideran al *apoyo social* como un concepto multidimensional que en términos generales se define como la totalidad de recursos provistos por otras personas. En otras palabras, el apoyo social puede ser descrito como “el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona se ven gratificadas a través de la interacción con otros; incluye al afecto, la estimación o aprobación, la pertenencia, la identidad y la seguridad” (Mendes, Kornblit, Camarotti y Guffanti, 2004:67).

⁵⁰ Es pertinente aclarar que se considera el concepto de *apoyo social* como el soporte teórico de la *red social*, en ese sentido hacemos la distinción y colocamos en primer nivel dicho concepto. Autores como Tardy (1985, citado en Castro, Campero y Hernández, 1997) destacan tal diferencia al considerar a la *red social* como una dimensión que integra al *apoyo social* junto con otros elementos como dirección, disposición, forma de mediación y contenido. Es decir que la red social es vista como la línea de distribución a través de la cual se obtiene apoyo social, por ejemplo desde la familia, los amigos, los vecinos, compañeros de trabajo o la comunidad.

Dentro del proceso de recuperación de una adicción existe una transformación de las actitudes. Se trata de una confrontación por parte de las mujeres no solo para cambiar patrones y hábitos adictivos sino para enfrentar las situaciones cotidianas de la comunidad donde viven pero ahora sin el consumo de sustancias. Este enfrentamiento podría ser un generador de estrés sumado a la experiencia de la abstinencia y la desintoxicación.

En consecuencia, se asegura que el apoyo social es un mecanismo que favorece el cambio de conductas de los individuos originando consecuencias positivas para la salud, y por otra parte que éste podría servir de amortiguador en relación a los efectos del estrés permitiéndole al individuo la re definición de las situaciones estresantes como situaciones más llevaderas (Castro, Campero y Hernández, 1997:428).

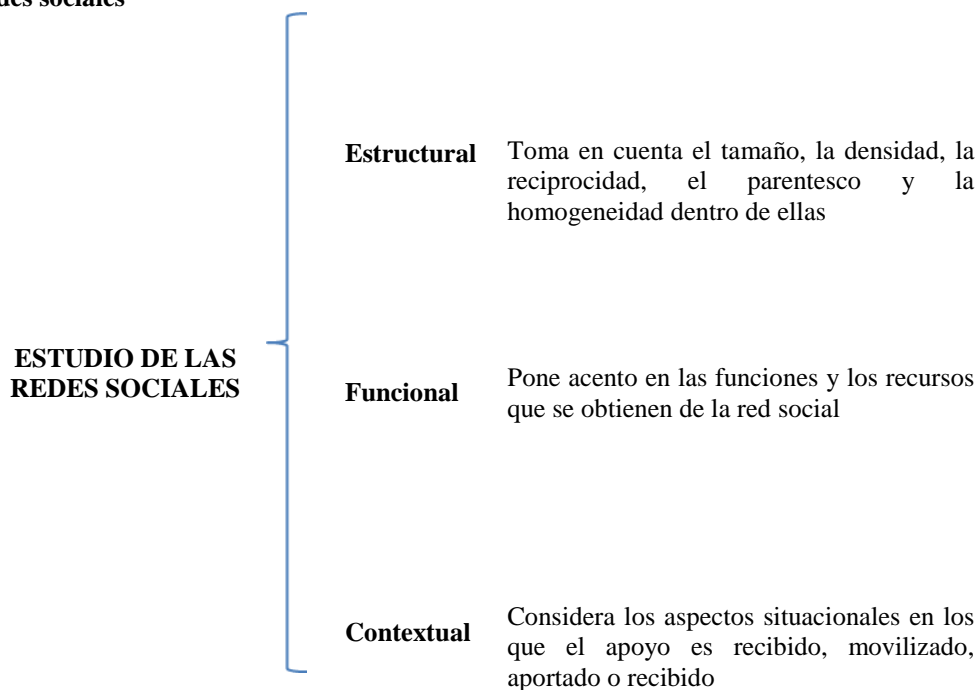
Investigaciones como la de Peña (2005) dejan de manifiesto la importancia de las redes informales de apoyo (amigos, vecinos, parientes) para la salud mental de la población, por ejemplo las personas afectadas por problemas emocionales, situaciones difíciles o generadoras de estrés, eligen a personas de su entorno, antes que a especialistas en salud mental para intentar solucionarlos (Gottlieb, 1981; citado en Peña, 2005:5).

Específicamente en el caso de las adicciones, Kornblit, Guffanti y Veradi (2004,84) afirman que la formación de nuevas redes sociales son un elemento básico al salir de la comunidad terapéutica, puesto que “volver a los mismos escenarios de la etapa previa al tratamiento, sin tener oportunidad de armar nuevos entramados sociales, es considerado un importante factor que puede llevar a recaer en el consumo”.

Dentro del proceso de rehabilitación, el apoyo social es fundamental para llevar el tratamiento y mantenerse alejado del consumo. En ese sentido, el apoyo social con que

cuentan las mujeres dependientes se torna fundamental en el análisis de la rehabilitación y para ello, Peña (2005, 10-12) propone estudiar las redes sociales desde las siguientes perspectivas:

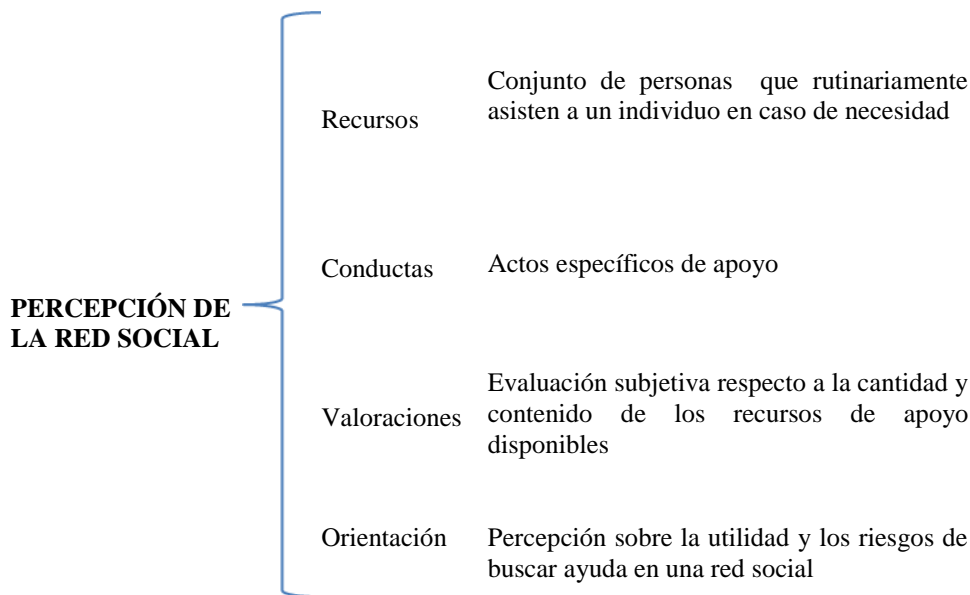
Esquema I. Estudio de las redes sociales



Elaboración propia basada en información de Peña (2005).

Por otro lado, concordamos con Vaux (1990; citado en Castro, Campero y Hernández, 1997) quien señala que la cantidad de apoyo social no se puede medir, puesto que se trata de un factor que se conforma de características subjetivas, pero que también indica que a través de la red social se pueden identificar algunos factores que permiten su análisis, a saber:

**Esquema II.
Percepción de la red social**



Elaboración propia basada en información de Vaux (1990; citado en Castro, Campero y Hernández, 1997)

Tanto el modelo de Vaux como el de Peña permiten asimilar al apoyo social no solo a nivel individual, sino estructural y comunitario. Finalmente, el papel de la mujer en el tema de las adicciones ha sido ampliamente documentado en tanto ellas son cuidadoras y facilitadoras de procesos de recuperación para sus parejas, hijos o padres. Debido a tal situación, se considera de gran relevancia observar qué pasa con el entramado social que las rodea, cuando son ellas las que sobrellevan un proceso de rehabilitación.

CAPÍTULO III. RUTA METODOLÓGICA: SUERTE DE BÚSQUEDAS Y ENCUENTROS

Método y técnicas de investigación

Para comenzar, se debe decir que a pesar de mantener certeza en la necesidad de estudiar el tema de consumo de sustancias a través de las mujeres, la entrada a campo representó un cambio que en principio pareció inesperado; pero que con el desarrollo de la fase de recolección de datos fue cobrando sentido y coherencia.

En principio se tuvo en mente estudiar el proceso de recuperación de mujeres que hubieran atravesado por una adicción a sustancias diferentes al alcohol (cocaína, mariguana, cristal, etcétera) y que además estuvieran por lo menos un año en sobriedad. Esta preconcepción, arrojó algunos cuestionamientos tales como ¿Qué tipo de mujeres serían las participantes? ¿Qué tipo de sustancia debían haber consumido para ser parte de la investigación? ¿Cuánto tiempo de sobriedad significa estar recuperada? Entre otras. Tales cuestiones se resolvieron al calor de dos construcciones o momentos que fueron cruciales para esta investigación, la primera fue la construcción del marco conceptual y la segunda fue la búsqueda misma de las informantes.

Del marco conceptual, se desprendieron los criterios de inclusión con que se filtrarían a las mujeres participantes en la indagación. En dicho apartado se reconoce que las construcciones de género no solo marcan las diferencias entre hombres y mujeres, sino que delimitan las relaciones entre los sexos y las acciones que se consideran como propias de cada uno. Al respecto, nuestra coincidencia radicó especialmente en la afirmación de algunos autores y autoras acerca de que existe una estrecha relación entre las implicaciones

de los constructos de género y el consumo de sustancias. En vínculo con la teoría, nuestros criterios de inclusión al inicio fueron:

1. Que fueran mujeres que hubieran atravesado por un proceso de dependencia al consumo de sustancias
2. Que fueran madres⁵¹
3. Que no hubieran consumido sustancias (a excepción del tabaco⁵²) en por lo menos un año⁵³.

Bajo esta estructura se comenzó el trabajo de campo. Se contactó en primera instancia con una mujer, quien había sido alcohólica y que de manera por demás amable permitió la entrada al primer grupo de AA al que pude asistir⁵⁴. Al mismo tiempo, se persistía en la búsqueda de mujeres adictas a sustancias diferentes al alcohol en centros de la ciudad como Posada del Buen Samaritano y Centro de Integración Juvenil, con muy poco éxito. Al parecer, para los centros es difícil llevar el registro de mujeres que hubieran egresado de los mismos y que se encuentren actualmente rehabilitadas debido a sus cambios de domicilio, residencia o de número telefónico. Dada esta situación, la búsqueda de las informantes marcó una pauta más, se contempló trabajar solamente con mujeres alcohólicas que estuvieran organizadas en grupos de AA, de las cuales obtuve información valiosa sobre

⁵¹ Sobre todo el criterio de que fueran madres correspondía a la teoría, puesto que se dice que las mujeres que son madres, adquieren un rol de cuidadoras de los demás, lo cual podría representar algún tipo de presión social para ellas misma que buscara desfogue en el consumo de sustancias.

⁵² La excepción al consumo de tabaco viene dada en función de algunas cuestiones que se han venido tratando anteriormente, sobre que la utilización del mismo, a pesar de ser muy popular, no representa gran asistencia a los centros de atención a la dependencia en nuestro país (Ver cuadros 5, 8 y 9 que aparecen en el capítulo II)

⁵³ Sobre este último punto. Se buscó literatura que avalara el tiempo de sobriedad considerado para sostener que se logra la rehabilitación de la dependencia a sustancias. Tanto para la Posada del Buen Samaritano como para el Centro de Integración Juvenil ubicados en la ciudad de Hermosillo el criterio de recuperación es de un año como mínimo. En este trabajo se utilizó este criterio como pauta para la selección de las informantes.

⁵⁴ Cabe la aclaración de que a los grupos de Alcohólicos Anónimos asisten hombres y mujeres juntos. Es decir, son de carácter mixto.

experiencias difíciles tanto de consumo como de recuperación. Fue durante esas charlas que descubrí, para mi sorpresa, que la ingesta de alcohol rebasa en duración de consumo y en ciertas ocasiones iguala a las repercusiones del uso de otras drogas.

La técnica utilizada para contactar y establecer relación con las mujeres fue combinada. Buena parte de ella se conformó por medio del sistema Bola de nieve, el cual es un muestreo que se da a través de las redes de una cadena (Romaní 2011) de tal forma que una informante lleva a otra. La otra parte del acercamiento con las informantes se dio a través de observación no participante en las 8 sesiones de AA y el taller *Paso del mensaje a la mujer* a los que asistí en calidad de espectadora.⁵⁵ Durante esas sesiones me fue posible ser testigo de las reflexiones que las informantes hacían desde su incursión en *la tribuna*⁵⁶, el acto de escucharlas con atención hacía posible la identificación de informantes clave,⁵⁷ a las cuales se les abordaba al finalizar la sesión. Repetidamente volvíamos a la utilización de la técnica Bola de nieve, puesto que gracias a una mujer y su experiencia compartida llegábamos a otra que era su conocida, amiga o compañera.

Al final de cuentas, la observación propició incluir entre los criterios el que las mujeres fueran mayores de edad⁵⁸, de tal suerte que los criterios quedaron organizados de la siguiente manera:

⁵⁵ Los detalles de esta experiencia se comparten en el anexo 2 de esta investigación

⁵⁶ La Tribuna se trata de que durante el tiempo que dure la sesión, algunos los miembros de AA pasan al frente y comparten sus experiencias respecto de un tema dado, como el respeto, el perdón, el tiempo en el que bebieron entre otros, o bien de un tema que ellos prefieran, tal cosa dependerá del desarrollo de la reunión. Hay dos formas de pasar al frente, ya sea que el moderador elija a quiénes lo harán o que se propongan ellos mismos para hablar.

⁵⁷ Un informante clave es aquella persona que tiene suficiente acceso a información importante sobre un tema, además de experiencia y capacidad de compartirla.

⁵⁸ Llamó nuestra atención la percepción encontrada al interior de los grupos, acerca de que las mujeres más jóvenes no constituyen estancias largas dentro de los mismos; es decir que pueden mantener asistencia un tiempo pero es más probable que no acudan constantemente o que no se comprometan con la filiación de AA.

1. Que fueran mujeres que hubieran atravesado por un proceso de dependencia al consumo de alcohol
2. Que fueran madres
3. Que no hubieran consumido sustancias (a excepción del tabaco) en por lo menos un año.
4. Que fueran mayores de edad.

La bola de nieve rodó

La primera mujer que se contactó abrió las puertas al primer grupo de AA al que pude asistir como observadora en la búsqueda de informantes⁵⁹. En el grupo 1, ubicado por rumbos del centro de la ciudad, me entrevisté con Flaca. El acercamiento con Flaca fue propiciado por Claudia, quien es su hermana y también informante de esta investigación. Claudia fue clave puesto que ella es fundadora del grupo 1 y está muy empapada de la filosofía de AA. Durante mi observación en la tercera y cuarta sesión en el grupo 1 contacté a otras dos mujeres: Gaviota y Miss G, a quienes entrevisté en distintas cafeterías de la ciudad.

Después de este periodo de asistencia al mismo grupo, se comenzó la búsqueda de otros que estuvieran ubicados en diferentes sectores de la ciudad. De esta manera llegué a un

No se puede confirmar que esto sea una regla, pero si es posible describir lo que se observó. Incluso algunas de las informantes aceptan haber obtenido información sobre los grupos de AA durante su juventud -por recomendaciones de la gente que las rodeaba y que identificaba en ellas problemas con su forma de beber- y no haber hecho caso alguno de estos consejos. Tal parece que la percepción entre las informantes es que para que un alcohólico o alcohólica se dé cuenta y acepte que lo es, debe pasar el tiempo. Este tema se desarrollará con mayor detalle en el apartado conclusivo de esta tesis.

⁵⁹ Los grupos de AA a los que se asistió serán nombrados con número, según orden de asistencia. Las informantes han preferido que, al igual que sus nombres, los nombres de los grupos y su ubicación se mantengan en anonimato.

grupo ubicado en la zona de la ciudad conocida como el Sahuaro, mismo que se encontraba cerrado, pero que tenía un teléfono rotulado que correspondía a las oficinas generales de AA en la ciudad, ubicadas sobre el boulevard Solidaridad. Al llamar me contactaron con la representante estatal de Alcohólicos Anónimos en el estado, quien colaboró como informante clave en esta investigación. Después de explicarle los motivos de mi visita, la Delegada me invitó a un taller que llevó por nombre “Importancia del paso del mensaje a la mujer⁶⁰” que se impartiría en las instalaciones de las oficinas generales y el cual sirvió como encuentro entre las mujeres que asisten a los diversos grupos de AA en Hermosillo.

Acudí al taller. Al llegar la Delegada me presentó con las asistentes y les explicó mis objetivos como maestrante además de la petición de colaboración conmigo. Ahí contacté con Violeta a quien entrevistaría días después y que es reconocida como una decana dentro de la asociación, tiene 75 años de edad de los cuales 30 han transcurrido dentro de la agrupación. Asimismo conocí a Leti, a quien entrevisté el mismo día del taller por la tarde. Leti y Lizet acuden al grupo 2 y está ubicado por la salida a Nogales, al cual me invitaron tras conocernos en el encuentro. En esa misma ocasión conocí a Norma, quien acude al grupo 3 que se encuentra siguiendo el río hacia el poniente de la ciudad y quien también colaboraría en la investigación además de exhortarme a asistir al mismo.

Días después del taller, la entrevista con Violeta se llevó a cabo en el área de comida de una tienda comercial. Violeta me contactó con Reina, otra de las informantes de este trabajo, a quien se entrevistó al día siguiente. Al igual que con las demás, Reina también me hizo una invitación al grupo 4 ubicado al norte de la ciudad. La siguiente cita fue con Norma, en las

⁶⁰ El paso del mensaje se refiere a cuando un alcohólico/a le platica a otro/a sobre la existencia de los grupos AA como opción para dejar de beber.

instalaciones de la agrupación de AA a la que acude. La última entrevista fue con Lizet en las instalaciones del grupo 5 de AA.

Nosotros las hemos considerado como un grupo porque todas ellas comparten la autopercepción de ser alcohólicas en constante recuperación. Sin embargo, se hace imprescindible diferenciarlas para poder conocerlas apropiadamente, puesto que en sus diferencias descansa la riqueza de la información acerca de las razones que motivaron el consumo de alcohol, la recuperación posterior y el combate diario contra los estragos físicos, emocionales y sociales que les dejó lo que ellas consideran como “alcoholismo” y que nombran como “el tiempo de actividad”.

A continuación se presentan, a manera de relatos las vidas de las informantes. cabe aclarar que para efectos de guardar su anonimato, se les solicitó que ellas mismas eligieran el nombre con el cual se les identificaría. Por la misma razón, se omitieron los nombres de los grupos AA en los cuales participan y en su lugar se numeraron. De estos últimos se estableció una ubicación aproximada en aras de que al lector le sea posible recrear el contexto en el que ellas se desenvuelven. Para mayor tranquilidad de las participantes y para mostrar la seriedad de nuestro estudio se redactó un consentimiento informado, en el cual se les aclaraba que habría respeto a su identidad y sus relatos así como que eran libres de retirarse en el momento en que consideraran oportuno. Para mayor detalle ver anexo 5.

Violeta a sus 75 años

A sus 75 años llenos de una energía envidiable, esta magdalenense se ha convertido en toda una institución dentro de los grupos de AA puesto que es un miembro muy activo dentro de ellos. Violeta se ha mantenido por 30 años dentro de Alcohólicos Anónimos y asegura haber sido de las primeras mujeres en la ciudad en acudir por ayuda para ella misma. Se casó siendo una adolescente con otro adolescente, quien a su corta edad ya era un gran bebedor y con quien tuvo 8 hijos. Al paso del tiempo ella identifica que contrajo matrimonio como excusa para salir de la casa de su padre quien era alcohólico. Sus inicios como bebedora comenzaron al momento de verse “desocupada” de la última hija, advierte que entonces sintió que “había cumplido con algo”; con la responsabilidad de ser madre que había obtenido siendo muy joven y que ahora venía el tiempo de disfrutar. Al regresar la memoria a su infancia, comenta haber tenido la sensación de "no existir" además de describirse como una chica sumamente insegura e incapaz de socializar, todo gracias a los problemas familiares generados por el alcoholismo de su padre, que además ocasionó que su madre se volcara a la amargura y que Violeta y sus hermanos padecieran los estragos, puesto que asegura que nunca vieron ni afecto ni amor en su hogar y considera que eso los contagió demasiado. Ella encontró refugio en el alcohol que la sacaba de la personalidad de asilamiento, le daba valor para hacer y ser, e incluso le sirvió para paliar la situación con su esposo con el cual desde principios de la convivencia se encontró en conflicto existencial. Reconoce con tristeza la afectación que su alcoholismo tatuó en sus hijos, el sufrimiento al cual fueron sometidos siendo apenas unos niños y que repercutió en su desarrollo emocional; algunos de ellos son adictos al alcohol y a otras drogas también. En el grupo de

AA, Violeta se ha visto en la necesidad de aprender la difícil tarea de desprenderse emocionalmente de sus hijos, esposo y demás familiares. Ha aprendido también a no hacerse cargo de la vida de los demás, sino de la propia y asegura que esto le costó especial trabajo en el caso de sus hijos. Finalmente, recalca que a pesar de lo doloroso que esto es, ha visto morir y padecer a muchos miembros de su familia y ella se ha mantenido sobria y en pie.

Lizet a sus 56 años

Su vida se desarrolló mayormente en el Distrito Federal aunque su cuna haya sido sonorenses. Es una mujer sumamente inteligente con una personalidad arrolladora, a la cual no le ha sido nada fácil llegar hasta donde se encuentra hoy. Tiene dos hijos; se ha casado dos veces, además de ser una mujer sumamente inteligente; entre las muchas profesiones que desempeñó en su vida, fue escritora de argumentos de historia para la televisión profesión sobre la cual aclara “siempre gocé de muy buena reputación por talentosa, no por disciplinada”. Ese mismo talento se vio desperdiciado gracias a su forma de beber, le pesa nunca haber visto por su nombre y su legado, así como considerar ese trabajo sólo como algo que le era fácil de hacer y por lo cual le pagaban un *ferion*. Describe que durante ese tiempo vivió en la inconsciencia, como en una especie de vida prestada, en la cual al final no sabe ni quién se es ni por qué se toma. Lizet asegura que ella era alcohólica incluso antes de saberlo y que pudo haber dejado de tomar al principio pero le faltó visión. Tras la primera borrachera, que fue a los 14 años propiciada por dos de sus tías, recuerda que fue la persona más feliz de la vida, además de que gracias al alcohol ella dejó de sentirse tan flaca, tan alta, tan desgarbada y acomplejada “que tan maravillosa la sensación, tan

envolvente, tan agradable” expresa Lizet. No obstante, al cabo del tiempo el alcohol también le abriría “las puertas del infierno”; a pesar de que su inicio de consumo fue recreativo, más tarde descubriría lo que ella llama como "un atropello de vida" donde quedarían inertes muchas de sus ilusiones. Ella advierte que a la par del sentimiento de bienestar, el alcohol también la hizo hacer muchas estupideces y una de ellas fue casarse a los 18 años para huir de su hogar, sobre todo porque ya no quería vivir con su papá quien también fue alcohólico. Después de dos años de matrimonio se divorcia y vuelve a casarse con el hombre que pensó era el indicado, sin embargo no fue así, Lizet comparte que el infierno duró 8 años y que fue terrible, puesto que esta vez los dos eran alcohólicos. Su “actividad” duró 20 años y desde hace 14 no ha probado una gota de alcohol, los mismos que tiene de pertenecer a la asociación AA a la que llegó solo por probar. Aunque acepta que durante el tiempo de alcoholismo nunca dejó de ser funcional, evoca conmovida que siendo alcohólica “pasó por su propia vida como elefante de cristalería” puesto que sus sueños, ambiciones e ilusiones se estrellaron en el suelo gracias al alcohol. Dice que en su “despertar” durante los primeros años en Alcohólicos Anónimos llegó a la triste conclusión de que su vida era un fraude, de que ni su madre la llegó a conocer bien y de que justificaba su propia existencia haciéndose cargo de la vida de los otros antes que de la propia. Por otro lado, un golpe fuerte fue el darse cuenta que, a pesar de la buena relación con su mamá y de que fueron compañeras toda la vida ella nunca le dijo lo que verdaderamente sentía, sentimientos como “tengo miedo” “soy muy insegura” “no sé para qué sirve la vida” “no sé ni pa’ dónde va” “que aburrido es amanecer y anochecer y que pasen los días” “cuál será el sentido” fueron algunos de los que reprimió en el silencio. Actualmente Lizet reflexiona

sobre estas y otras cosas dentro de las juntas de AA, además de estar de lleno en la organización de la estructura. Ella actualmente ya no se siente un fraude, al contrario se concibe como una mujer que es, ante todo, una Alcohólica Anónima.

Norma a sus 52 años

Es una mujer menudita y sumamente amable y dinámica. Tiene 52 años de los cuales, asegura que 35 han transcurrido en feliz matrimonio. Tiene dos hijas que ahora son adultas y un niño de 13 años al que considera como un “pilón”. Hace 4 años su vida cambió radicalmente puesto que ella y su familia llegaron a Hermosillo provenientes de Ciudad Obregón debido al cambio de residencia por el trabajo de su esposo en la CFE. La mudanza, la soledad y el sentimiento de inutilidad fueron factores determinantes para que Norma comenzara a beber "mi esposo trabajaba todo el día, el niño iba a la escuela y yo para las 8:30 de la mañana o 9:00 ya me desocupaba, mi casa es de dos recámaras; para las 10:00 de la mañana ya tenía la comida hecha; o sea pues todo el día andaba como zombi dando vueltas y vueltas" platica. Pronto Norma se encontró pasando su tiempo en la tienda de la esquina comprando “pachitas”⁶¹, primero una para una semana, luego dos, después tres y al final una pachita diaria. Su familia empezó a notar sus cambios de ánimo y su poca voluntad para socializar con la gente, cosa curiosa en Norma quien es muy sociable normalmente; al sentirse cuestionada salía de pleito con todos y se las ingeniaba para beber sin que ellos se dieran cuenta, con muy poco éxito. Ella guardaba las botellas en múltiples lugares de su hogar, al grado de tener una botellita en cada espacio de su casa “si estaba en

⁶¹ Botellas pequeñas en donde se guarda licor; en las tiendas venden presentaciones de brandis o whiskeys en este tipo de botellas.

la concina tenia debajo de la estufa, si estaba en la recámara mía tenía en los cajones, si estaba en la recámara del niño, adentro de las chamarras, abajo del lavadero, donde quiera tenía pachas guardadas” recuerda Norma. Su vida era totalmente diferente en su natal Obregón, ya que proviene de una familia de piñateros por tradición y ella específicamente lo ha hecho por más de 30 años, entonces se mantenía totalmente activa, además estaba cerca de su familia que es muy alegre y unida y tenía un negocio propio de piñatas; así añorando su antigua vida Norma lloró todos los días de un año completo, hasta que comenzó a beber. Aunque su consumo solo haya durado 2 años, asegura que se vio sumamente afectada por ello, permaneció 35 días internada en un centro de atención privado ubicado a la salida norte de Hermosillo antes de pertenecer al grupo de AA al cual acude desde hace un año. En un principio, a inicios de su consumo, Norma recuerda que a su esposo le parecía bien que tomara unos “traguitos” para que estuviera relajada y se le fuera la tristeza, pero los traguitos pronto se convirtieron en litros y fue entonces que sus hijas la internaron en Pacífica⁶² donde permaneció por 35 días. Comparte que sus hijas no quisieron internarla en el Hospital de Higiene Mental porque no les pareció buena opción y que prefirieron la clínica privada a pesar de ser más costosa. Su llegada al grupo de AA se dio porque al salir de la clínica se les recomienda su asistencia para mantener la sobriedad. Sin embargo, hace un año recayó en el alcohol, asegura que fue porque dejó de asistir al grupo, actualmente acude de nuevo desde hace seis meses y asegura “yo sé que si me despego de aquí (el grupo de AA) vuelvo a caer, aunque yo no quiera recaigo”.

⁶² Pacífica es un centro ubicado en las afueras de la ciudad de Hermosillo; es de internación y desintoxicación en atención a adicciones como alcoholismo, drogadicción, anorexia, bulimia, adicción al juego, además atiende situaciones de codependencia, duelos no resueltos y otros problemas emocionales. Para corroborar y ampliar información consultar: <http://www.centrodetratamientopacifica.com/inicio.html>

Reina a sus 51 años

Madre de tres hijos, mujer de 51 años y sonrisa infalible, guarda una visión totalmente positiva de la vida. Reina mezcló el consumo de alcohol con el uso de otro tipo de drogas, durante 7 años. Revela que su vida fue muy intensa y que comenzó gracias al mal amor, a sus 20 años tenía tres despedidas de soltera, un vestido de novia y un novio con el cual iba a casarse. Un mal día sostiene un pleito con su prometido, que aparentemente no era para tanto, pero que se agrava porque un amigo de ella le dice que él tiene una mujer en la zona de tolerancia. Reina asegura haberse sentido comparada con aquella mujer y por despecho haber comenzado a tomar. Ese fue el inicio accidentado de los siete años de consumo que vivió. El hombre con el que se casó fue el artífice para ello. Reina refiere que consumía drogas y alcohol para poder convivir con él, porque no lo amaba, porque en un momento dado fue más fácil consumir que pelear en contra y además para que la no dejara como lo hizo su ex prometido. Años más tarde se repetiría la misma historia, Reina sería otra vez abandonada. La vida para Reina no ha sido fácil, ni cuando consumía ni cuando ya no lo hacía, la única diferencia es que aprendió que los problemas no llegaban a mejor solución cuando había drogas de por medio. A los 25 años Reina intentó dejar de consumir, incluso acudió al Centro de Integración Juvenil que existe en la ciudad y se mantuvo limpia” por 10 meses; a pesar de vivir con el esposo consumidor. Un mal día él regresa a casa, después de alrededor de 20 días de estar ausente y la golpea hasta dejarla inconsciente, ella asegura que le dejó convertida en un monstruo. Después de ese momento vuelve a consumir, esta vez será por dos años más y de manera muy intensa. Sus hijos eran adictos, fumaban marihuana pasivamente junto con ella, se “horneaban”⁶³, ella los olvidaba en las casas a las que iba, o ellos andaban solos por ahí mientras Reina consumía. Un hecho en especial accionó el motor de Reina para buscar ayuda, tal acto determinó su decisión de dejar de consumir, son sus palabras las que lo relatan:

⁶³ La expresión “hornear con marihuana” se refiere a estar muy cerca de alguien que está fumando esta sustancia; se dice que al aspirar el ambiente ocurre cierto efecto de la marihuana en el acompañante.

“Fue el primer día lúcido de mi vida después de los 20 años hasta los 27, yo recuerdo que yo decidí no consumir. Entonces el papá de mis hijos se levantó y les di desayuno a los niños y mientras desayunaban dijo “¿Dónde está el gramo (de cocaína) que tenía y dejé arriba del refrigerador?” “no sé” le dije “tú te lo pusiste” me dijo. Yo siempre le robaba, siempre le robaba, siempre me lo fregaba con la droga; le dije “no, fijate que fui a Alcohólicos Anónimos y decidí dejar de consumir, de tomar; no lo agarré yo”. No me creyó por supuesto (...) “búscalos y si los encuentras guárdamelo que es del Palomares” (el Palomares es un amigo de “loquera”) “esta bueno” le dije y lo busqué como desesperada, como si lo fuera a consumir. Tenía mucho miedo de que alguno de los chicos lo hubiera agarrado, ahora sí porque estaba lúcida me entiendes, no había amanecido drogada como siempre, estaba lúcida (...) Me acuerdo que ese día busqué y busqué ese gramo y no lo encontré. A las 11 de la mañana me encontré el papel tirado y conocí el papel, entonces yo había barrido y trapeado y estaba limpio y el papel en el suelo, entonces lo agarré del suelo y lo lamí para saber si era el papel de la coca, porque podía equivocarme y cuando lo lamí supe que era la coca, entonces grité como desesperada a mi hijo. A mi hijo yo lo había golpeado durante mucho tiempo, lo había maltratado mucho tiempo me tenía mucho miedo, si estaba drogada porque estaba drogada y si no estaba porque no estaba, el caso es que maltrataba mucho a mi niño. Le empecé a gritar ¡Osvaldo, Osvaldo! Ven acá ¿dónde estás? Tenía 5 años mi hijo ¿qué pasó mamá, que pasó? Y se ponía las manitas en la cabeza porque creía que le iba a pegar unas cachetadas. Le dije ¿Qué pasó con lo que estaba aquí? ¿Dónde está el polvo blanco que tenía este papel? ¿Dónde lo dejaste? “no mamá, yo no fui, yo no fui” me decía, “mi hermana se lo comió mamá, yo no fui”. Me quería morir por supuesto. Ella tenía tres años y medio y se había comido un gramo de cocaína, no sé si lo escupió o qué, lo que sí sé es que no durmió en toda la noche, brincó en la cama toda la noche y que no fui al doctor porque no quería que me la quitaran, porque yo no quería

que me los quitaran, por eso es que quería dejar de consumir para que no me quitaran a mis hijos”. (Reina, 51 años).

Reina ha pasado por muchos sobresaltos desde aquel día. Su hija menor nació enferma porque se estaba pasando el tiempo de nacer, además le habían diagnosticado SIDA y Reina pensó que podía ser cierto, puesto que el esposo consumidor se inyectaba cocaína en la vena. Todo resultó en una falsa alarma. Dos de sus hijos han atravesado por periodos de consumo y esta vez le toca a ella tratar de comprenderlos y encausarlos; su hijo se recuperó y ahora está por terminar una segunda carrera, por ser un ingeniero hecho por ella y su gran esfuerzo. A cerca de su hija Reina sabe poco porque “no le perdió pisada a su mamá” dice ella; es consumidora y además tiene un hijo; nieto al que Reina casi no ve porque su hija se lo dio a su papá (del niño). Su hija más pequeña es una muchacha que trabaja para ayudarle a pagar los estudios del hermano, esperando pronto ser ella la que estudie y su hermano el que le ayude. Asimismo también vive el descalabre de su matrimonio, el esposo consumidor entra al grupo de AA también, se recupera por un tiempo y conoce a otra mujer y sobreviene el divorcio. A partir de este momento es cuando comienza a vivir una vida diferente, acude a sus juntas diariamente a lo que ella llama “su asiento sagrado para confirmar la aceptación de lo que soy y tener un día estable”. Reina piensa que la adicción no se puede prevenir, asegura que ellos son personas que están listos para fugarse de la realidad, que son diferentes porque guardan una cierta “locura”, que un gen o algo se desvió un poco, que padecen el síntoma de la soledad interna, un hueco que quieren llenar con alcohol, con drogas, con hombres, con mujeres, con dinero, con placeres, pasiones; pero que nada de eso lo llena porque el vacío es espiritual, asegura que ese vacío es del tamaño de Dios y solo con él se puede llenar. Reina lleva 24 años “limpia” y contando;

“hasta que Dios necesite un ángel muy sonriente, entonces voy a estar ahí” asegura sonriendo. Reina aún recuerda la cara que tenía su madre la primera vez que llegó a un grupo de AA. Hace 24 años que no consume sustancia alguna y asegura que asiste a su grupo cotidianamente para lograr tener un día sobrio y feliz.

Gaviota a sus 48 años

Mujer de personalidad apabullante, con 48 años de vida y una vida fascinante. Es madre soltera dice “por convicción” aunque en realidad ha estado casada y divorciada dos veces. El primero de ellos tuvo la finalidad de mejorar la condición paupérrima en la que vivía junto a su familia nuclear y sobre el segundo refiere que se trató de un buen hombre por el que además sintió mucha atracción física. Ambos matrimonios terminan porque ella asegura que no empezaron por amor, y también por la personalidad de insatisfacción que la informante confiesa tener desde muy niña. Gaviota comparte que después de reflexionar sobre su periodo de consumo ha descubierto que incluso antes del abuso sexual del que fue víctima ella siempre ha buscado el llene en todo aspecto y sentido. Su consumo comenzó a los 23 años so pretexto- dice ella- de que su segundo esposo la engañó con otra mujer, de esta manera arrancó la carrera alcohólica que duró 15 años. Admite que el alcohol fue un pasatiempo más dentro de su comportamiento, como lo fue la pornografía en su momento, solo que éste se le salió de control debido a sus circunstancias. En clara diferencia con las demás participantes, Gaviota afirma que a ella el alcohol la hizo funcionar, le dio el valor para salir a la calle a buscar trabajo, comenzar a socializar y conocer a sus parejas, ya que ella “ha tenido que ser mujer de muchos hombres para aprender y todavía no ha

terminado”. A lo largo de su vida ha vivido estados paranoicos, depresivos, ansiedad, taquicardia, convulsiones, pero a nadie le decía porque presentía que era parte de una locura que ella siempre sospechó tener. Para ella el inició en el consumo de alcohol se volvió una necesidad -casi corporal- de desahogar sus emociones. A pesar de estar muy consciente del papel que jugó el consumo de alcohol en su vida, no se salvó de recibir el castigo más cruel: el desdén y silencio de su hijo mayor, quien la confrontaba por su manera de beber. Aunque confiesa no haber amado realmente a ningún hombre, la soledad le sabe mal y acepta que en ocasiones ha sido motivo de ansiedad. Actualmente está trabajando para hacer “de la soledad su amiga” pues comienza a ver los beneficios de ser una mujer soltera. No se resigna a una vida solitaria, en cambio acepta que para ella la vida es así. Actualmente suma un periodo de 10 años de pertenencia a AA, y a pesar de haber recaído una vez, continúa trabajando en la sobriedad que ha logrado gracias a su cambio de actitud y al paso del tiempo.

Flaca a sus 45 años

Tiene 45 años y nació en Hermosillo. Tiene un trato sumamente tranquilo y fino, además de ser muy guapa y lucir muy joven. Tiene 2 hijos adolescentes y un matrimonio que ha perdurado por 20 años. Practica yoga kundalini para ejercitarse y mantenerse emocionalmente estable, aparte de asistir durante los últimos 4 años a un grupo de AA. Se mantuvo en “actividad⁶⁴” durante 20 años y se encuentra sobria desde que acude al grupo.

⁶⁴ “Actividad” es un concepto utilizado por los miembros de los grupos de AA y que designa el tiempo que un individuo duró consumiendo alcohol o drogas antes de seguir el programa de 12 que propone el grupo para lograr sobriedad y mantenerla.

Comienza a beber en la prepa, época durante la cual “se colgó del novio” para comenzar su carrera de consumo que perduró de los 18 a los 41 años de edad. Flaca recuerda que durante su niñez y adolescencia fue una persona tímida, que le daba pena destacar. Descubre que fue una etapa en la que sufrió de “estados anímicos depresivos” algo de lo que ni ella ni nadie a su alrededor se percató en su momento, ese sentimiento fue el motivo por el cual buscó una felicidad falsa en la botella; considera que para ella el alcohol actuaba como deshinibidor social. Evoca sus comienzos en la bebida a la época de la prepa puesto que le gustaba que los demás pensaran que ella era muy alegre, adjetivo que resultaba una mentira, pues en realidad era el efecto del alcohol que se hacía cada vez más familiar. Para ella, la dificultad de aceptar que era alcohólica fue muy fuerte. Simplemente no lo podía creer porque no andaba en antros “ni andaba de vaga”, ella comenta que solo bebía con su esposo y sus comadres, con su familia; además cumplía con el rol de esposa, ama de casa y madre. Flaca acepta que declararse como alcohólica era una forma de derrotarse, así que pasan cerca de 8 meses, ya dentro del grupo de AA, para que le fuera posible admitir que tenía un problema. En sus 4 años de sobriedad, ha tenido que sortear con la negación y poca colaboración de su esposo para su recuperación, ella asegura que él “la hacía mucho de cuento” y que realmente no entendía que hacía ella asistiendo al grupo; a pesar de notar una notable disminución del grado de neurosis, sobre todo con sus hijos, con los cuales advierte, se enojaba sin necesidad. La informante fue víctima del estigma de ser mujer y abusar del consumo de alcohol, ella recuerda haber sentido en alguna ocasión que literalmente se iba a morir y no poder pedir que le llevaran a un hospital por miedo a las reacciones que eso podría acarrear. Los momentos de abstinencia representaron un duelo,

asegura que perdió por momentos el sentido de la vida. Aunado a este sentimiento, su esposo le reclamaba la pérdida de amistades debido a que ella acudía al grupo de Alcohólicos Anónimos. Confiesa que vivía con miedo de ver a sus amigos beber enfrente de ella, recuerda haberse sentido aburrida durante los fines de semana, como cargando una sensación de pesadez existencial. Para poder recuperarse, Flaca dejó todo lo que la ponía en riesgo de beber y resalta que la pertenencia al grupo la mantiene fuerte para seguir en sobriedad. Actualmente, atraviesa por una situación muy difícil con su esposo, razón que la llevó a consumir pastillas que pusieron en riesgo su salud. Hace un mes que se encuentra con medicamento controlado por parte de su terapeuta, además de seguir asistiendo al grupo de AA, asegura que de este modo ella está trabajando su situación, sobre todo con su *ego herido*. Ella sabe que no será fácil, y lo ve como una oportunidad de sanar aún más su alma y mantenerse en sobriedad, con la ayuda de sus compañeros de grupo con los cuales se siente protegida ya que sabe que la entienden y se preocupan por ella.

Miss G a sus 45 años

Envuelta con un espectacular sentido del humor e hiperactiva, ronda los 45 años y es hermosillense; además también es madre de un muchacho adolescente. Estudia la carrera de derecho en una universidad particular (misma que dejó trunca 30 años atrás). Trabaja dando masajes relajantes en una cabina que acondicionó en su hogar. Ella jamás se casó. Durante su vida preparatoriana, fue deportista y se desenvolvía bajo mucha disciplina, hecho que la alejaba del grueso de los demás compañeros. Comenzó a tomar para sentirse aceptada por el grupo, porque ella se sentía muy sola y sin pertenencia. Identifica que su forma de beber siempre fue más “recia” que las de sus amigas y por eso muy pronto se enganchó en el

alcohol. Un hecho que recrudeció su actividad de consumo fue el que su madre murió cuando ella tenía 23 años. Es madre soltera de un muchacho de 17 años, de quien reconoce haber puesto mucho en riesgo, pues aunque a veces lo dejaba con su hermana, otras veces se lo dejaba con su papá (del niño) quien tomaba incluso más que ella. Indica que el hecho de que su hermana le restringiera el apoyo a ella y su hijo fue una motivación para buscar ayuda, lo cual considera que estuvo bien, porque de no haber sido así no lo hubiera hecho. Piensa que llegar al grupo de AA es lo mejor que pudo haber hecho en la vida porque tiene todos los beneficios de los que se puede gozar con un psicólogo pero con la diferencia de que en el grupo es gratis y no es obligación. Hoy, ella dice que a lo malo ha aprendido a verle lo bueno, antes para ella todo era agrio, gris, oscuro, opaco, esa era antes y esta es la mayor diferencia con quien es ella ahora. El último fin de semana que consumió alcohol, Miss G consumió cocaína también; pero la verdadera razón para dejar de consumir fue que en el grupo de AA le dijeron “ofrécele a tu hijo una mamá”. Actualmente cuenta 12 años de sobriedad y de pertenecer a al grupo.

Claudia a sus 43 años

Mujer hermosillense y muy audaz, comparte el mismo trato pausado de su hermana (Flaca), cuenta con 43 años. Se ha divorciado y vuelto a casar, actualmente es mamá de una niña pequeña. Es fundadora de uno de los grupos de AA que existen en la ciudad. Cuando Claudia comenzó a beber a los 16 años, no se percató que beber sería una práctica que desarrollaría a lo largo de 19 años más. Se percató de que tenía un problema con el consumo de alcohol precisamente en su trabajo, al reflexionar y concluir que ya no tenía la capacidad, que tuvo alguna vez, para solucionar problemas laborales, que le tenía miedo a la gente con la que tenía que tratar y que sus lagunas mentales inundaban su profesión.

Claudia se sentía muy lejos de su sentir y se llenó de actitudes banales lo que le acarreó un sentimiento de vacío que ya no pudo llenar ni con el reconocimiento profesional. Ella asegura que debido a su temprano consumo no le fue posible desarrollarse emocionalmente de manera adecuada, al final de cuentas la vida le cobró el dedicarse a alimentar lo trivial y tocó fondo. Claudia platica que no sentía ganas de vivir, no valoraba a su esposo, no le importaba su casa ni su familia, no le encontraba sentido a todo lo que tenía, perdió la capacidad de asombro y el sentido de pertenencia, no disfrutaba de nada en la vida. Un buen día en su desesperación, buscó ayuda en el directorio telefónico y para su asombro encontró que existía un médico en alcoholismo (el doctor Serna), se puso en contacto con él y acudió a una cita. Recuerda que cuando el médico le dijo que era alcohólica, sintió como si le hubieran diagnosticado cáncer en fase terminal. Posteriormente Claudia perdió a su esposo, él ya no quiso seguir a su lado y esta situación casi la lleva a beber otra vez. Actualmente ella se siente agradecida con el grupo de AA por llevar 8 años sin beber, se ha vuelto a casar y tiene una hija de 6 años quien nunca la ha visto tomar, asegura que espera vivir bajo principios espirituales y no seguir haciendo daño a nadie, mucho menos a ella misma.

Leti a sus 39 años

Su larga y oscura cabellera, así como su mirada decidida evoca la personalidad de una guerrera azteca. Leti salió de la secundaria a la maquiladora, lugar en el que laboraban personas mayores que ella y que ya consumían alcohol. Ella comenzó también como parte del ocio que se acostumbra después de largas 8 horas de encierro laboral. Se ha casado dos veces y actualmente vive con su segundo marido. Piensa que la raíz de su alcoholismo se remonta a sus 15 años, cuando aún no se había casado y se fue a vivir con un trailerero 22 años mayor, con el cual había conflictos de pareja que el hombre arreglaba con cartones de cerveza, dizque para “tenerla contenta”. Leti, que proviene de una familia donde beber es

costumbre, aceptaba las disculpas con sabor a alcohol. Al salir de esta relación, se casa con un hombre que era alcohólico y con el cual tuvo a su primer hijo. Al lado de su primer marido, vivió acaloradas discusiones neuróticas en las que ella llegó al grado de quererlo matar y él llegó a romperle la boca y propinarle un tazo amoratado a su cara; Leti se recuerda huyendo a casa de su hermano, con su pequeño hijo en brazos, por haberse defendido y haber golpeado a su pareja con un socket de cerámica. Huía de él, y huía de la policía también porque el golpeador la había denunciado. Hubo otra ocasión en que ella recuerda haberle encajado un cuchillo en el brazo, herida que lo asustó para siempre. Un mal día, a Leti le llegó un citatorio del DIF, en el que se le “invitaba” a acudir a las oficinas pues corría el riesgo de que le quitaran a su hijo, ella está totalmente segura de que la denunció él mismo que aquella vez la golpeó. De esa manera llegó al grupo de AA, el DIF la mandó por unas cuantas juntas y unas cuantas firmas y contrario a lo que imaginó Leti se quedó. Actualmente, está casada por segunda vez, con un hombre que la apoyó en momentos difíciles pero que tiene serios problemas depresivos y que además ella no ama y con el que está segura se juntó por agradecimiento y no por amor, ahora ella se ha podido dar cuenta de lo injusto que esta situación es para los dos. Leti tiene tres hijos, dos son biológicos, la nena es hija de una sobrina –adicta al cristal- que está en la cárcel por el asesinato de una bebé de nueve meses que también era su hija. Leti la cuida como si fuera propia, se preocupa porque sus tres hijos no caigan en el mundo de las drogas y asegura que está dispuesta a “jalar la carreta” y que lo quiere hacer sola. “¿Qué pasa cuando el otro caballo que jala la carreta se queda atascado? Un caballo no puede jalar la carreta y al

caballo atascado, vale más quitar al caballo que no quiere caminar y jalar la carreta con un solo caballo, no le hace que despacito” concluye.

El siguiente cuadro condensa información sociodemográfica y la trayectoria de consumo y recuperación de las mujeres participantes en la investigación.

Cuadro 11. Trayectoria de consumo y recuperación

| Nombre | Proceso de Alcoholización | | Proceso de Recuperación | | Datos generales | | |
|----------------|---------------------------|-------------------|----------------------------|---------------------|-----------------|-------|--|
| | Edad de inicio de consumo | Tiempo de consumo | Edad de entrada a grupo AA | Tiempo de sobriedad | Edad actual | Hijos | Profesión/ ocupación |
| Violeta | 25 | 20 | 45 | 30 | 75 | 5 | Costurera |
| Lizet | 22 | 20 | 42 | 14 | 56 | 2 | Escritora y agente de ventas |
| Norma | 49 | 2 | 51 | 1 | 52 | 3 | Ama de casa |
| Reina | 20 | 7 | 27 | 24 | 51 | 3 | Estilista |
| Gaviota | 23 | 15 | 38 | 10 | 48 | 3 | Costurera |
| Flaca | 21 | 20 | 41 | 4 | 45 | 2 | Lic. Ciencias de la comunicación |
| Miss G | 18 | 15 | 33 | 12 | 45 | 1 | Masajes relajantes y estudiante de Derecho |
| Claudia | 16 | 19 | 35 | 8 | 43 | 1 | Lic. Contador público |
| Leti | 15 | 17 | 32 | 7 | 39 | 3 | Obrera |

Elaboración propia, basada en entrevistas a informantes

Recolección de los datos

El objetivo de esta investigación es el análisis cualitativo del proceso de alcoholización que se da en el caso de las mujeres, vista desde la perspectiva de la experiencia del proceso de recuperación y reinserción social. Los datos con los que se va a trabajar se desprenden del encuentro entre la subjetividad de la informante y la del investigador, acto que Galindo (1987) define como el punto en donde se descubre el objeto mismo de la investigación social. Sin embargo, sin soslayar que un relato de vida es un pedazo de historia fascinante, Bertaux (1993) advierte que se debe tomar en cuenta el modo en cómo se recolecten estas piezas personales, de esta manera se determinará la utilización real que se le puedan dar a las mismas.

De acuerdo con Ruíz (1999), la técnica más adecuada para recoger un relato de vida es la entrevista. Más precisamente, afirma que la entrevista conforma el contexto en el cual se expresa ese relato. También es considerada como el medio más eficaz para conocer el punto de vista del actor social, puesto que la relación que se construye entre el investigador y el informante determina en forma directa la calidad de la información (Galindo, 1987).

Partiendo de lo anterior, escogimos la entrevista semi estructurada, puesto que la finalidad de ésta guarda importancia en la medida en que sirve de orientación o guía para los temas a desarrollar (Parga Nina, citada en Souza Minayo, 1995).

Diseño de guía de entrevista

La entrevista utilizada clasificó la información en los siguientes apartados:

- i. Datos generales
- ii. Panorama de consumo
- iii. Experiencias de rehabilitación
- iv. Experiencias del mantenimiento en sobriedad
- v. Recursos humanos que posibilitaron el proceso de rehabilitación y reinserción social.

Estos apartados fueron de gran utilidad para ordenar el relato de las informantes; es pertinente aclarar que nuestras informantes, desde nuestra perspectiva, son excelentes oradoras y relatoras de sus vivencias. Quizá esta cualidad esté dada por la práctica diaria de compartir sus experiencias durante las sesiones de AA, por lo tanto la coherencia cronológica y desenvolvimiento dentro de la entrevista fluyó de forma muy natural.

La sección de datos generales tuvo como meta establecer el *rapport*⁶⁵. También recoger datos que permitan conocer de manera general a las informantes (datos generales como edad, ocupación, número de hijos, etcétera) y conformar así una ficha biográfica sobre ellas. El segundo apartado buscó dar cuenta sobre el panorama de consumo, es decir cómo fue el proceso de alcoholización. Aquí se exploró si podían identificar las razones por las

⁶⁵ Es necesario que las personas que se comunican sintonicen la misma frecuencia. Solo de esta manera se logra que la programación neurolingüística (PNL) denomine establecer *rapport* en la comunicación. Por tanto, el *rapport* es una técnica que tiene por objeto crear ese ambiente de confianza y cooperación mutuo para entablar una comunicación donde no haya juicios, distorsiones o malos entendidos, sino una escucha sana. Para corroborar y ampliar información consultar: <http://www.createmagazine.com/normal-importancia-rapport-comunicacion-interpersonal.aspx>

cuáles comenzaron a beber, así como el cuándo, dónde y con quién comenzó este hábito. En esta fase de la entrevista la charla se encaminó de tal forma que las mujeres concluyeron narrando cómo es que empiezan a buscar ayuda. De este modo, podríamos avanzar hacia el tema de las experiencias de rehabilitación; a dónde acudieron a pedir ayuda, por qué acudir a tales lugares, en donde buscaron ayuda antes de lograr sentirse mejor. El siguiente apartado versa alrededor de conocer el cómo ha sido el proceso de mantenerse sobrias, cuáles han sido las situaciones más difíciles a enfrentar y de qué forma les ha sido posible lograr reinsertarse socialmente. Finalmente el quinto apartado, buscó dar cuenta de los recursos humanos que posibilitaron todo el proceso de rehabilitación-reinserción⁶⁶.

⁶⁶ Para este último apartado, se tomó como base el estudio del apoyo social según Vaux (1990; citado en Castro, Campero y Hernández, 1997) y el estudio de Peña (2005). Ambos se describen el capítulo 5 de esta tesis. Con base en esta conceptualización se le dio sentido al tema del capital social con el contaron las mujeres para poder recuperarse.

CAPÍTULO IV. EN EL CAMPO DE LAS FLORES

*Borrachita de tequila, llevo siempre el alma mía
para ver si se mejora de esta cruel melancolía*

Canción popular “La Tequilera”

Es posible detectar la existencia de muchas percepciones sobre el tema del consumo de alcohol, esto quizá sea debido a las diversas aristas que conforman su contenido. Como ya hemos visto, se desprenden los más distintos planteamientos de todas las disciplinas que intentan explicarlo. Nosotros, valiéndonos del análisis del tema en tanto proceso de alcoholización, colocamos el énfasis en la dualidad que existe entre las consecuencias de su uso y el consumo como forma o práctica social que de cierta manera permite la vida en sociedad. De tal modo, se analizan las motivaciones y las consecuencias de la utilización del alcohol con la finalidad de establecer una relación entre éstas y la recuperación a la dependencia a partir de la filiación a los grupos AA y el seguimiento de los 12 pasos para dejar de beber.

Cabe recordar que no hay acuerdo respecto a cuándo o cómo se llega a padecer dependencia al alcohol, sin embargo existen algunos criterios, sobre todo biomédicos, que establecen pautas para medir cantidades de alcohol. Como ya hemos visto, en la discusión sobre las definiciones de sustancias y consumos, existen mediciones que tiene que ver con frecuencias, grados de alcohol en bebidas, deficiencias laborales o con tipos de comportamiento identificados a raíz de la ingesta de bebidas embriagantes, utilizados para definir en qué momento y hasta dónde se considera un consumo como excesivo o nocivo.

Sin embargo, cómo se ha dicho anteriormente, para los miembros de los grupos de AA la cantidad bebida o la frecuencia no son criterios suficientes para detectar la dependencia al alcohol, puesto que consideran que el alcoholismo es una enfermedad que desarrollan aquellos individuos en los que se conjugan las posibilidades físicas, genéticas y sociales para ello. Incluso, dentro de dicha asociación consideran que hay quienes pueden beber alcohol toda su vida sin que eso represente un problema por lo menos social.

Primeramente observaremos las razones que las mujeres, desde su reflexión sobre aquellos días, identifican como motivaciones para iniciar y mantener el consumo de alcohol. Después analizaremos las consecuencias de dicha práctica mediante el reconocimiento de estragos en diversas áreas de su vida.

Del desamor al alcohol

Algunos de los motivos pueden relacionarse con reacciones (positivas y negativas) que en gran medida están vinculadas a la construcción social de ser mujer. En variadas ocasiones, las informantes dieron cuenta de que los motivos principales para tomar fueron:

- i. Una forma de desfogar sus emociones y sentimientos provocados por situaciones de aislamiento, soledad o tristeza.
- ii. Por otro lado, el consumo se comportó como una manera de propiciar la socialización, de tal forma que significó una herramienta utilizada para entablar pertenencia a un grupo.

- iii. Asimismo, se configuró como la repetición de lo vivido en casa; ya fuera como una protesta contra la forma de beber del padre o como una continuidad de la práctica de consumo aprendida en el hogar.

Percibimos que la finalidad del uso del alcohol, puede distinguirse en situaciones positivas y negativas. En el siguiente cuadro puede visualizarse esta dualidad.

Cuadro 12. Motivaciones implicadas en el acto de beber

| | |
|----------|---|
| Positivo | Socialización, recreación, posibilidad de defender su punto de vista, felicidad, sensación de sentirse sexy, como premio por ser responsable, paliar la soledad y la tristeza , relajarse, "ahogar las penas" |
| Negativo | Depresión, enojo por cosas que han ocurrido, miedo, autoestima baja, sensación de inutilidad, aburrimiento, inseguridad, insatisfacción, frustración, sensación de no existir, indiferencia |

Elaboración propia, basada en las experiencias de las informantes

Respecto de la *percepción positiva del consumo de alcohol*, las mujeres aluden a la sensación de experimentar sensaciones y emociones que las hacía sentirse felices, seguras o valerosas; les permitía además tener el poder de expresar y defender su punto de vista ante los demás que por lo general eran sus familiares y sus parejas sentimentales. Otra percepción refiere a que mediante el uso colectivo del alcohol les fue posible relacionarse con otras personas y de esta manera lograban sentir que pertenecían a un lugar, a un grupo; puesto que más de la mitad de ellas se describen como mujeres solitarias, las cuales sin el alcohol de por medio no lograban socializar. Otras veces el consumo tenía que ver con la posibilidad de escapar emocionalmente de las situaciones difíciles, una forma de evasión más no de inconsciencia. De esta manera, al calor de las copas se escondían inseguridades y

miedos y se descubrían virtudes propias y ajenas, confundiendo sus sentimientos. Esta confusión condujo a la mayoría a relacionarse con hombres adictos, bajo la percepción de que el problema en ellos no era tan grave.

Sobre la parte de la percepción negativa, todas las informantes atravesaron por momentos de depresión y frustración que les generó una buena carga de estrés y que les propició sensaciones de miedo, baja autoestima e insatisfacción en varios aspectos de su vida. En general estos motivos se relacionan más con las repercusiones o estragos del alcohol, sin embargo ellas identifican que estos estados las acompañaron tanto al inicio del consumo como en el transcurso del mismo.

Si bien, se hace una diferenciación en las motivaciones, esto no quiere decir que el consumo de alcohol se determine por aspectos puramente positivos o negativos; es decir que todos los motivos que las mujeres advierten se conectan en torno a su vida dándole forma a su experiencia. De tal manera identificamos que todas esas percepciones se vinculan con su contexto principalmente en la expresión de tres ejes, a saber: maltrato, abandono o indiferencia durante la niñez, matrimonio como escape y decepciones amorosas.

Maltrato, abandono o indiferencia durante la niñez: todas las informantes estuvieron en contacto con familiares (nucleares⁶⁷ y no nucleares) que bebían en exceso. Cuando el caso era el del padre bebedor, en sus hogares sufrieron de maltrato, desamor e indiferencia.

⁶⁷ Con nucleares nos referimos a mamá, papá y hermanos.

Durante su niñez, experimentaron la sensación de vivir una especie de abandono psicológico, ocurría lo mismo que observó Rosa María Osorio (1992) durante su investigación, en el sentido de que tal situación repercute negativamente en toda la familia. Algunas de ellas comparten que el alcoholismo del padre propiciaba una serie de incomodidades tales como que la madre tampoco se hiciera cargo de ellas, que desahogaba en sus hijos la frustración y enojo que atravesaba debido a la mala situación conyugal. En otros casos, donde no se manifestó algún tipo de maltrato físico o verbal existió una sensación de indiferencia o desinterés.

(Sobre su mamá) Era dura porque estaba muy afectada por mi padre, se amargó. Tuvo muchos problemas con mi papá, era muy dura con nosotros. Por otro lado mi padre, una hostilidad muy marcada, estábamos al desamparo de los papás. En mi caso sentí que yo no tenía vida propia. Ese alejamiento de mis papás fue a causa del alcohol, además de eso siempre tenían problemas se peleaban mucho, nunca vimos ni afecto ni amor, todo eso nos contagió muchísimo. (Violeta, 75 años).

Tenía mis otros círculos, mi papá no vivía en la casa entonces no se daba ni cuenta. Mi mamá sabía que tomaba y todo, en un principio como en mi familia la mayoría son alcohólicos y siempre se ha acostumbrado a tomar, mi papá nos daba el tequila y la fiesta, o sea como que era muy aceptado. Mi mamá (me decía) “ay Claudia estás tomando mucho” era todo lo que me decía y ya después “Claudia andas muy mal, muy mal” ¡uuy! Si andaba muy mal (risas). (Claudia, 43 años).

La situación en el hogar desencadenó una serie de sentimientos que se fueron desarrollando a lo largo de su crecimiento, estas sensaciones como miedos y rencores se potencializaron con el uso del alcohol y se fueron convirtiendo en problemas añejos que se complicaban al

paso de los años. Aquí radica la importancia de la socialización familiar, ellas identifican que en gran medida sus personalidades temerosas o rebeldes se originaron en el hogar, incluso adjudican a esa situación vivida como la raíz de su propia incapacidad para relacionarse afectivamente con los demás.

Por ejemplo en otros tiempos, cuando consumía alcohol a mí me decían “Pero...” y yo *papapapa* (expresión de rezongar por todo) o sea ya agresiva pues. Ahora ya me dicen algo y ahora yo digo “ay Dios te bendiga” ni al caso pues. Ya no doy pelea pues, yo lo que he trabajado más desde que estoy en el programa es que el problema era yo, estaba enojada conmigo, por todas las situaciones que me han pasado, por todas las cosas que había vivido, entonces yo traigo problemas de comportamiento desde antes del alcohol, entonces hago contacto con el alcohol en la prepa y eso me detona mi loquera más todavía, o sea empiezo a pelear, o sea podría decirle sus verdades a la gente, ya no me callaba pues, ya peleaba siempre pues. (Miss G, 45 años)

Yo por ejemplo observar de mi niñez que era una niña así, que sufría de estados anímicos depresivos sin saber que eran estados anímicos; ya hasta que crecí y entré aquí (al grupo de AA) me di cuenta que sufría de esos estados. Pero en mi época de adolescente, la época de la secundaria es cuando se agudizó mucho ese estado y ya en la prepa, me puse de novia, me colgué del novio y es cuando empecé a beber en forma, cuando cada fin de semana empecé así y deste (...) es cuando me daba esa alegría falsa no. (Flaca, 45 años)

Acto matrimonial como válvula de escape: dentro de las motivaciones expresadas, las mujeres dieron cuenta de que las razones para contraer matrimonio o relacionarse con una pareja, distaron mucho de ser meramente un acto de amor; incluso algunas mujeres compartieron tener la sensación de haberse casado siendo muy jóvenes y que ese suceso les imposibilitó hacer algo más con su vida. Para la mayoría de las mujeres, el matrimonio

fungió como una forma de “escapar de la casa del borracho” o de la situación de la familia nuclear que se tornaba como difícil. De este modo, casarse se convirtió en el acto legitimado para que les fuera posible salir “bien” de su casa o con menos riesgo de ser juzgadas como libertinas.

Yo no quería casarme porque estuviera enamorada, pero tenía que hacer ese cuento porque cómo iba a decir que quería largarme de la casa del borracho (su papá) porque estaba harta. Mi papá era borracho y mis dos hermanos, más jovencillos, no más que yo sino jovencillos pues de 17 o 18 años, empezaron a beber “hay que show era”. (Lizet, 56 años)

(Ante la pregunta sobre la sensación de sentirse en depresión) Mucho llanto, una soledad interna bastante fuerte, de no existir, tenía como ... por todo lloraba, me sentía muy incómoda en mi hogar y a la vez no podía salir del hogar porque, yo creo que para mí casarme fue un escape, por eso me casé tan joven. (...) Desde un principio tuve problemas con mi esposo yo, porque yo no podía ¿se imagina dos alcohólicos? No podía encajar en los deseos de él ni tampoco ser yo misma, como hoy lo soy, tener vida propia, yo no podía. Yo hacía todo lo que él quería y él siempre manejó así mi vida, porque me dejé pues. Yo no sabía que yo podía, y aquí en AA con el programa me doy cuenta de que yo tengo mi propia personalidad y yo decido por mí, este programa es para aprender a vivir, no solo para dejar de beber, es para aprender a vivir y sin alcohol. (Violeta, 75 años)

Llegado un tiempo, incluso la dinámica diaria de pareja se convirtió en un motivo más para beber; algunas de las mujeres se relacionaron sentimentalmente con hombres altamente

bebedores, repitiendo de esta manera el patrón de ingesta que vivieron junto a su familia nuclear y que tanto llegó a afectarlas⁶⁸.

Decepciones amorosas: Las informantes relacionan sus consumos de alcohol con el sufrimiento originado por las decepciones amorosas que padecieron. De cierta manera, permitían que los hombres tomaran rienda sobre su vida, irónicamente el mismo consumo de alcohol que les permitió entablar relaciones amorosas, también agudizaba las diferencias y las hacía irreconciliables. Sobre este tema, ya se ha mencionado que autoras como Teresa González (2006) e Irene Meler (2006) advierten que a la mujer le resulta difícil escindirse de la dependencia emocional de una pareja, precisamente por la construcción de la mujer subjetivada para depender del compañero, situación que se da debido a la imposición del rol social como cuidadora del hogar y productora de sujetos. Sobre este punto, nuestra perspectiva es que para la mujer se presenta como más difícil la separación, no sólo por el hecho de depender de la compañía de algún hombre, sino por la incertidumbre que representa el cambio dadas las condiciones en las que se encuentre, esta sensación se recrudece o resulta más estresante cuando la mujer además es madre.

“Tuve un matrimonio pues, más o menos no te puedo decir que muy feliz porque anduve en malos pasos junto con él (...) Volví con él, por supuesto que lloraba cuando hacía el amor, o sea; consumía mucho para poder estar viviendo con él.”

(Reina, 51 años)

⁶⁸Rosa María Osorio (1992) encontró una conclusión similar en su investigación, al verificar que sus informantes mantenían como elemento en común el hecho de que existiera una historia familiar de alcoholismo previa que expresa cierta continuidad en el proceso de alcoholización, que se expresaba ya sea con compañeros sentimentales bebedores o en el consumo de alcohol por parte de ellas mismas.

“[...] estuve juntada con un hombre que era como 22 años mayor que yo. Yo tenía 18 años y él tenía 38 o 40 años, yo siento que a partir de esa relación también, como él era trailerero y se iba, había veces que no lo veía en una semana y según para tenerme “contenta” me empezaba comprar cartones de cerveza [...]” (Leti, 39 años)

“[...] volví a casarme, pero esta vez iba a ser el bueno porque era un hombre muy inteligente, muy *blablablá tatatá*; ¡no Carolina! Duré 8 años en esa relación, ahí si los dos bebíamos, y ahí si el infierno fue compartido terriblemente.

E: ¿Él también era alcohólico?

I: Él sí. *Alcoholicazo*; ninguno de los dos éramos confesos”. (Lizet, 56 años)

Una vez que hemos visto estas percepciones sobre el consumo de alcohol, es posible corroborar la ambigüedad que lo envuelve. El uso de alcohol también guarda una connotación de amortiguador que las salvó de volverse adictas a otras sustancias o inclusive de “darse piola”⁶⁹ como asegura Gaviota, quien comentó haberse sentido arrastrada por arranques de ira, frustración o abstinencia mucho antes de consumir alcohol. Esta percepción es compartida por todas las mujeres, quienes consideran que su problema con el alcohol se encuentra definido desde antes de iniciar a consumir, es decir que reflexionan acerca de que su dependencia tiene más que ver con su personalidad que con las condiciones en las que se desenvuelven socialmente. Esta concepción se encuentra en consonancia al discurso que plantea Alcohólicos Anónimos, en la cual se afirma que “para

⁶⁹ Expresión utilizada para suicidio

el alcohólico la cantidad y la frecuencia con que bebe no son más que síntomas. Beber en menores cantidades por ejemplo, no modifica la condición básica del mismo. El factor clave está en la pérdida del control y la ansiedad por la droga en este caso el alcohol” (Servicios generales de alcohólicos anónimos, 2012: 5).

En general, para las informantes beber se convirtió, por un lado en una práctica que les generaba una sensación de valor, de poder ser o hacer; por el otro, les achacaba suficiente carga social como para sentirse infelices. Un efecto de felicidad ficticia purgado por la creencia de estar haciendo algo “malo” o que no era propio de su género, algo que no era bien visto, un acto que significaba hacer algo transgresor.

Me daba lástima (su esposo). Nunca lo desatendí, nunca desatendí mi casa, nunca me quité obligaciones, la comida, la ropa limpia, planchada, el baño, cocina, mi casa impecable, eso sí que soy muy así para la casa, mi casa toda la vida impecable. No tenía nada que me reprocharan decía yo, pues que me gusta tomar, es lo único que me podían reprochar (Norma, 52 años).

Porque el problema de aceptación, en mí fue muy fuerte. Es muy fuerte. Y más cuando tienes la enfermedad ¿no? Y deste (...) no podía aceptar eso ¿por qué? Porque yo no era una persona que bebía en antros o andaba en la calle saliendo con amigas y eso; no. Yo era una persona, mamá, con esposo, yo bebía con mi esposo, con las comadritas, organizaba muchas carnes asadas en mi casa o en la casa de la comadre; yo andaba con mis hijos y los traía y los llevaba, pero pues, me terminaba poniendo (...) en estado ebrio de tanto alcohol que ingería o vino. Y deste (...) que difícil decir “soy una alcohólica” cuando pues, estoy con mi familia; estoy con mis hermanos, o sea yo no ando de vaga, yo no ando (...) a diferencia de mi hermana (Flaca, 45 años).

Eterno resplandor de una mente con recuerdos

Junto con las motivaciones implicadas al consumo de alcohol, las consecuencias también forman parte del proceso de alcoholización. En ese sentido, existe una necesidad por identificar problemas y enfermedades asociadas al alcohol, sobre todo para abonar al tema de la prevención en salud y la concientización social acerca de esta ingesta.

En el marco de sus experiencias, las informantes refieren que las repercusiones que la bebida dejó se presentaron en varios aspectos de su vida y en distintos niveles, provocando situaciones adversas relacionadas con su salud física y mental, su desarrollo laboral y profesional, así como en sus relaciones sociales y familiares. Sin embargo, antes de retomar más plenamente la información desprendida de sus relatos, es pertinente mencionar que la esfera biomédica ha desarrollado sistemas encaminados a la identificación de patrones de consumo en relación con la ingesta de alcohol, como ejemplo el ya mencionado doctor J. Patiño, quien propone la medición del consumo de alcohol a través de la relación de deficiencia laboral (Cortés, 1992:134). Por otro lado el doctor Serna (para más detalle ver la entrevista ubicada en el anexo 3 de este trabajo) propone la posibilidad de plantear el desarrollo de dependencia al alcoholismo como un proceso de transición expresado a través del crecimiento y la maduración social del individuo, en el cual se presentan tres factores, considerados por el doctor como determinantes para que se genere una dependencia (genéticos, psicológicos y sociales).

La OMS por su parte, ha desarrollado el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT⁷⁰ por sus siglas en inglés) como un método simple de *screening*⁷¹ (rastreo), que se utiliza como apoyo en la evaluación breve, que ayuda en la identificación del consumo excesivo como causa de enfermedad y además proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo, a reducir o cesar el consumo de alcohol (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro 2001, 2)⁷². El AUDIT es el primer test de *screening* referente al alcohol, diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria y es consonante con las definiciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la OMS en su décima revisión (CIE-10). El instrumento consta de 10 preguntas que van encaminadas hacia la obtención de información sobre los rubros: consumo de riesgo de alcohol, síntomas de la dependencia y consumo perjudicial de alcohol. El AUDIT puede ser administrado como entrevista o como cuestionario autoaplicado⁷³. Las respuestas aparecen en forma de escala y se van sumando.

⁷⁰ AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

⁷¹ Los test y programas de screening constituyen un desarrollo en la epidemiología clínica, entre las medidas de prevención, se pretende buscar la enfermedad en ausencia de síntomas y encontrarla en quien se supone no la tiene. Ver:

http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Screening_en_Medicina_aspectos_eticos.pdf

⁷²La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N°. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4). Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol (AUDIT 2001, 2). Está estandarizado internacionalmente y validado para 6 países: Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y Estados Unidos (AUDIT, 2001, 10)

⁷³ En el anexo 4 de este trabajo se presentan los gráficos de los dos tipos de aplicación.

A continuación se presentan dos cuadros que ilustran el contenido del instrumento AUDIT:

Cuadro 13. Dominios e ítems del AUDIT

| Dominios | Número de la pregunta | Contenido del ítem |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Consumo de riesgo de alcohol | 1 | Frecuencia de consumo |
| | 2 | Cantidad típica |
| | 3 | Frecuencia del consumo elevado |
| Síntomas de dependencia | 4 | Pérdida del control |
| | 5 | Aumento del consumo |
| | 6 | Consumo matutino |
| | 7 | Sentimiento de culpa tras consumo |
| Consumo perjudicial de consumo | 8 | Lagunas de memoria |
| | 9 | Lesiones relacionadas con el alcohol |
| | 10 | Otros se preocupan por el consumo |

Fuente: Cuadro transcrito de Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro 2001, 11

A pesar de la practicidad que ofrecen estos tipos de instrumentos (ver cuadros 13 y 14) se considera que existen aspectos que no se alcanzan a distinguir en ellos a simple vista y que influyen sobre manera en las formas de beber, pero sobre todo en las formas de atención a la dependencia, por ejemplo las cuestiones que se encuentran ligadas a la construcción del género, factor que desde esta investigación se considera de suma importancia.

Cuadro 14. Evaluación de AUDIT

| Nivel de riesgo | Intervención | Puntuación de AUDIT |
|------------------------|--|----------------------------|
| Zona I | Educación sobre alcohol | 0 a 7 |
| Zona II | Consejo simple | 8 a 15 |
| Zona III | Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada | 16 a 19 |
| Zona IV | Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento | 20 a 40 |

Fuente: Cuadro tomado de Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro 2001, 22.

Por otro lado, en las mujeres que colaboraron en esta investigación, las secuelas se expresaron en 4 rubros: en lo físico, lo psicológico-emocional, lo laboral y lo social, sin embargo las consecuencias fueron más sentidas en el aspecto familiar, puesto que sienten haber fallado como madres, como esposas y también como hijas ante el miedo latente de estar haciendo algo incorrecto. A continuación se muestran las expresiones generalizadas de esas consecuencias:

Cuadro 15. Expresión de las consecuencias que dejó el consumo de alcohol

| | |
|-------------------------|---|
| Físicas | Problemas gastrointestinales, vómitos fuertes, congestiones alcohólicas, úlceras, falta de concentración, lagunas mentales, confusión mental, delirios auditivos, cansancio, aspecto demacrado, insomnio, sentimiento de muerte debido a la cantidad de alcohol ingerido. |
| Psicológico-emocionales | Nervios alterados, neurosis, agresividad, enojo constante, depresión, miedos, inseguridad, frustración, paranoia, inmadurez emocional, sensación de vacío, sentimiento de culpa, sentimiento de ser un fraude en la vida, soledad, sentimiento de ser rechazada. |
| Laborales | Pérdida de oportunidades profesionales, pérdidas de empleo, despidos, talento desperdiciado, pérdida de capacidad para resolver problemas laborales. |
| Sociales | Problemas legales por los hijos, descuido de los hijos, pérdida de parejas, pérdida de lazos con la gente. |

Elaboración propia, basada en experiencias de las informantes

Consecuencias físicas: Como ya se comentó, las mujeres experimentan un alto grado de vergüenza y culpa a causa de su consumo, dicho sentimiento desencadena una serie de preocupaciones que afecta sistemáticamente toda su constitución. Debido a la sensación de la pérdida del control en varios aspectos de su vida, las mujeres padecen los agravios de verse sometidas a grandes cargas de estrés que comprometen incluso su composición orgánica. Estos padecimientos físicos, en algunos casos fueron sufridos en silencio debido a su condición de mujer o porque confundían los síntomas con otros padecimientos, puesto

que comúnmente no asociaban el consumo de alcohol con los estragos que sufrían en su salud; dicha situación les generó la necesidad de ayuda médica.

Aun y cuando se ha concebido la idea de que el tomar alcohol afecta más a los hombres puesto que la mayor incidencia de consumo prevalece en ellos, aquí algunos de sus relatos:

“[...] yo la gastritis; físicamente me afectó mucho la gastritis porque ya a lo último tomaba mucho vino tinto, no olvídate cada rato estaba mal de ese tipo, de que me dieran congestiones alcohólicas, de terminar en el baño tirada, así de mal que me sentía. Nunca me llegaron a internar pero estuve a punto, así de (...) de (...) porque yo no podía decir “llévenme a un hospital” sentir que literalmente que me iba a morir que tanto alcohol que tenía mi cuerpo” (Flaca, 45 años).

“No me internaron, pero tenía muy serios problemas ya, se me olvidaban las cosas, lagunas mentales, a veces tenía delirios auditivos, oía voces y este (...) pues quizá no llegué a un delirio tremens que es cuando ya se necesita la persona internar, pero estuve a punto de tenerlo” (Violeta, 75 años).

A pesar de esto, ninguna mujer relata padecimientos de salud física como una motivación primordial en la búsqueda de atención. Por el contrario, no percibieron los malestares psicológicos o emocionales como factores que incidían directamente sobre la salud mental. De cierta manera, las mujeres aprendieron a explicarse en términos tales como “neurótica, enojona, mentirosa, obsesiva, depresiva” adjetivándose como mujeres que tenían problemas de comportamiento con sus familiares, allegados y sobre todo con sus hijos incluso antes de comenzar a beber. Llama la atención la prevalencia de opiniones que concuerdan en que ellas ya eran así desde que nacieron y que el consumo de alcohol ayudó a “empeorar” esos

estados de ánimo. Sin embargo, ninguna otorga demasiado peso dentro de su forma de consumo a las condiciones de vida en las que se encontraban.

“Sí, todos los alcohólicos; no creo que exista algún alcohólico que no se vuelva así, obsesivo, enojón, siempre de mal humor, todo le molesta, demasiado calor, demasiado (...) por todo la hace de cuento un alcohólico; que si el zapato, que si esto, que si hubiéramos ido a este restaurante, no pero estaba mejor el otro, que el servicio no estaba bueno, siempre tiene que estar rezongando, o sea una insatisfacción de todo, de todo. A mi casi no me decían nada porque te rodeas de gente que también (...) que no te diga nada, que te dejen ser, porque te tienen miedo; o sea mi ex esposo mejor me dejaba a la loca, porque me tenía miedo, las veces que me llegó a decir eran pleito y trastazos de puerta de mi parte, patadas, aventar trastes, o sea; llamadera de atención, manipulación, porque yo hacía eso y el otro se quedaba callado, ya no me volvía a decir nada “se pone muy mal, mejor ya no le digo nada” manipulaba de esa manera con mi comportamiento” (Claudia, 43 años).

Psicológico-emocional: Además de los padecimientos físicos, ellas vivieron etapas en las que la sensación de vacío y el sentimiento de culpa repercutieron negativamente en sus estados de ánimo, colocándolas al borde de la agresividad, la depresión y el enojo; aumentando su percepción de frustración y paranoia y agudizando su sensación de vacío espiritual. Estas múltiples situaciones las situaron en la soledad y el fracaso, propiciando la caída a un fondo que por momentos pareció interminable.

Entonces es bien triste, cuando yo llegué a esa palabra, “soy un fraude” porque mi mamá, de veras, mi mamá pensaba que yo era lo máximo, se murió pensando que yo era lo máximo y después de que mi mamá se murió y que he recapitulado

muchas cosas digo que mi mamá ni siquiera me conocía (tono triste) fíjate. (Lizet, 56 años).

“Entrevistador: ¿Tenían pleitos?

Informante: Si, horribles

E: ¿Pero eran al calor de las copas?

I: No; había veces que sí, pero la mayoría de las veces era buena y sana porque él era el que estaba más enfermo que yo, ya estaba muy neurótica, hasta llegué al grado de quererlo matar, yo una vez le dije “si tú no te vas, te voy a matar” y yo le daba con lo que tenía

E: ¿Él nunca la golpeó a usted?

I: Si, de hecho sí. Una vez me pegó, me rompió la boca y me dejó un pedazo de pómulo morado. Y yo pues, con lo que podía me defendía, estaba en un closet un socket (es una base para poner los focos de luz en casa) esos redondos, de cerámica y lo agarré y le pegué y me asusté y agarré a mi niño. En ese tiempo mi niño tenía como dos años pasaditos, lo agarré lo envolví en una cobija y le dije que, Rafael se llama él (su ex pareja), le dije a mi hermano “si viene la policía” le dije “no se lo entregues a nadie al niño” le dije “si me llevan no se lo entregues” le dije “porque el Rafa me pegó, mira lo que me hizo” y si él llamó a la patrulla y la trajo.

E: ¿El propio Rafa le mandó la policía a usted?

I: Si y les dijo “ahí está” en la casa de mi hermano (hermano de Leti)

E: Usted ya se imaginaba que iba a hacer eso, por eso fue a la casa de su hermano?

I: Si, sí. De hecho el policía entró y me habló y me dijo que si qué había pasado yo le dije que lo único que yo había hecho que me había defendido, “mira lo que me hizo” (les mostró a los policías). Yo creo que, pues vieron lo que me había hecho, que él también me había pegado y pues a partir de ahí no puso denuncia

él. Mi hermano, por la gracia de Dios, vivía cerca. Me salvé de esa. En otra ocasión de los mismo pleitos le dije “si no te vas te voy a matar” y le encajé un cuchillo aquí (la informante señala el antebrazo, por la parte del codo) y un *sangrero* por todos lados; se fue, se asustó” (Leti, 39 años).

Con estos hechos, la percepción sobre sí mismas se fue deteriorando ocasionándoles una baja autoestima y la creciente autopercepción de ser malas mujeres. Eventualmente estas consecuencias de consumo también se convirtieron en causas para tomar.

Laborales: De la misma forma, el consumo ocasionó la pérdida de empleo y oportunidades profesionales. En todos los casos, las mujeres relatan el desperdicio de talento derrochado al calor de las copas.

Por ejemplo yo dejé de entrenar, el deporte me encanta todavía. Yo cuando empezó lo de la Ana Gabriela y todo eso, nosotros traíamos mejores tiempos que ella, o sea fíjate empezar así otra vez, frustraciones, enojos ¿Por qué a mí? ¿Por qué a ella sí? Un chorro de cosas, pero si me afectó mucho. Nunca más volví a tener disciplina. (Miss G, 45 años)

Yo sola me di cuenta estando en la oficina, veía mi incapacidad para controlar mi manera de beber me brinqué la línea y cuando ya me brincaba la línea ya era una laguna mental, ya no sabía lo que hacía, mi soledad y mi vacío estaban bien grandes, estaba en una depresión bien fuerte y yo veía que la capacidad que tuve algún día de arreglar situaciones laborales yo no podía, yo no me daba cuenta el desmadre en lo que no era lo profesional, porque mi peso era en lo profesional. Me hablaba alguien y sentía hasta paranoia no poder arreglar, se me dificultaba hablar con la gente, dar la cara ante los problemas de la empresa en la que estaba, me empezaba a hacer ruido y lo fuerte fue ese vacío, la depresión tan grande que

sentía y estando en el trabajo lloré una vez, me solté llorando y dije Dios mío ayúdame, necesito ayuda (Claudia, 43 años).

Sociales: Las mayores repercusiones se expresaron en la parte social. La pérdida de empleo o tener que vérselas económicamente para mantener a la familia han sido causas que motivaron la búsqueda de atención. Sin embargo, la razón fundamental para todas han sido sus hijos. Bajo la percepción de que las discrepancias implicadas en la construcción de los géneros diferencian las motivaciones y formas de consumo de alcohol entre hombres y mujeres, se vislumbra que ellas como depositarias de la responsabilidad primordial de cuidar a los hijos, experimenten una sensación de tristeza en relación a estar haciendo algún daño como consecuencia de su manera de beber. Abstinencias intermitentes, reclamos por parte de los hijos, problemas legales por la custodia y la sensación de poner en riesgo a sus pequeños, son algunas de las situaciones a las que se enfrentaron las mujeres durante su “actividad” y que las llevaron a tomar la decisión de aceptar a Alcohólicos Anónimos en sus vidas, incluso después de haber estado buscando ayuda por largo tiempo y en diferentes lugares.

“Entonces llegó un momento en que ya ni con mis hijos podía dejar de beber, cuando salía traía en mi bolsa mis botellas, traía mis caguamas, aunque no llegara al punto, no es cierto que todas la veces me puse hasta *queque*. Pero recuerdo eso, sin carro, en el camión, de raite o *guaguagua* mis hijos vivieron eso conmigo” (Gaviota, 48 años).

“Informante: Del DIF me mandaron un citatorio

Entrevistador: ¿Usted qué pensó?

I: “Me lo van a quitar” (al niño) pero aun así, no tuve miedo, lógico que la negación, “no, no soy alcohólica” ¿Toma? Me dijo el licenciado, “pues si tomo, a veces los sábados o los domingos o los fines de semana” le dije, pero yo no me consideraba alcohólica. De hecho yo llego a AA y dije “nomás lo que son estas hojas, firmadas y yo me voy” (Leti, 39 años).

“Luego la vecina más mitotera, siempre hay una vecina “trini” en la colonia (risas) le dijo a otras vecinas que le iba a hablar a la casa del Niño Maltratado, en ese tiempo UNACARI, para que le quitaran los niños a la mariguanita de la Reina, ahí fue donde me asusté porque (pausa larga y triste) parece ser que la gran mayoría de nosotras las adictas al alcohol o lo que sea, cuando tocas las fibras de nuestros hijos es donde puede que haya una salvación. A mí lo único que me importaba, no puedo decir que los amaba porque no me amaba ni a mí, cómo podría amar a mis hijos, si embarazada me drogué, no los amaba, si los hubiera amado hubiera dejado de consumir; entonces (...) pero era lo único verdadero en mi vida, ni el papá de mis hijos que me había sido infiel un montón de veces, me había golpeado hasta quedar casi muerta prácticamente, inconsciente, me había metido en el mundo del narcotráfico; definitivamente no era él por quien yo pudiera hacer esto. Mis hijos” (Reina).

“Total de que llegó un momento en que ellos (su familia), se empezaron a dar cuenta de que de plano yo no podía, yo les decía que no y que no, que estaban mal, que yo no estaba mal, yo estaba bien. El niño me daba lástima porque él me encontraba cada ratito, me encontraba porque yo tenía guardadas (las pachitas), si estaba en la cocina tenía debajo de la estufa, si estaba en la recámara mía tenía escondidas en los cajones de la ropa, si estaba en la recámara del niño, tenía adentro de las chamarras, si andaba en el cuarto tenía abajo del lavadero, donde quiera tenía pachas guardadas. Había veces que el

niño me las encontraba, me remordía la consciencia pero ni aun así dejaba de tomar” (Norma, 52 años).

Además de todo lo mencionado, nuestras informantes se vieron inmiscuidas en situaciones de agresividad con diferentes miembros de su familia o comunidad, pero sobre todo con sus parejas, con quienes era prácticamente imposible vivir en paz.

“Nos peleábamos, nos pegábamos, (ella y su esposo) era un desastre nuestra vida pero no nos dábamos cuenta porque el alcoholismo es la enfermedad de la negación” (Violeta, 75 años).

“En ese tiempo tenía 25 años. Me acuerdo que estaba atrás de mi casa que no tenía barda [...] yo tenía amigas, nos reuníamos a platicar en las tardes y a tomar café. Detrás de mi casa vivían unos estudiantes, jovencitos de 17, 16 uno tenía 23, era el más grande de todos. Y estaban a oyendo a Polo-Polo, yo paso por ahí y me atoro oyendo los chistes, las vecinas vienen y dicen “hay que traernos un café” y dijo “bueno yo pongo a hervir el agua” dijo un muchacho, es todo lo que tenían, los muchachos solteros. La otra (amiga) fue por el café y la otra por el azúcar y me dejaron con los muchachos; ahí entra el papá de mis hijos, después de 20 días de no llegar a la casa, estaba dormido recuperándose de las parrandas adictivas que tenía por hasta un mes o 20 días consumiendo cocaína. Llega y se levanta, me encuentra sentada ahí, me agarra de los cabellos, me arrastra por la calle, me golpea hasta dejarme inconsciente, no sé qué pasó. Cuando yo despierto de la inconsciencia o mi mente se bloqueó lo que tú quieras, despierto como monstruo, toda golpeada; entonces yo voy con la vecina y le pido que llame a mi papá, que por favor venga por mí por lo que me estaba pasando, llega mi papá, recojo a mis hijos y me voy para con mi mamá, esa noche le dije a mi hermano “sácame un gallo” “estás loca si no puedes ni hablar, estás toda reventada” me dijo, y yo “sácame un gallo” y volví

a consumir marihuana y volví a consumir todo lo demás, ahora sí todos los días, tomaba, todos los días consumir, todos los días beber, todos los días pastillas, todos los días; porque no quería vivir con él pero tenía que vivir con él, no quería estar de arrimada con mis papás, con dos hijos y con un problema de adicción como el que yo tenía (Reina, 51 años).

Observando de cerca al proceso de alcoholización de las informantes, se visualiza la relación directa entre sus contextos y sus consumos. Obtenemos así una visión más adecuada acerca de los usos que ellas le otorgaban al consumo, los momentos de la vida en que ellas utilizaron el alcohol y de qué forma lo hacían, pero sobre todo qué significados le atribuyeron al mismo.

De esta manera, se hace posible observar como el consumo de alcohol se refleja en situaciones negativas tales como una mala salud física y mental, la degradación de las relaciones sociales de las mujeres, así como en la imposibilidad de mantener un empleo o desempeñarlo de la mejor manera; pero también la manera en cómo contribuyó a que las mujeres tomaran fuerza para enfrentar sus condiciones de vida. En un mundo de hombres, beber alcohol se significó un gratificante emocional que permitió palear la soledad y propició la pertenencia a un grupo, en otros casos se convirtió en una fuente de valentía para poder defender lo que sentían, pensaban y deseaban.

En el proceso de alcoholización de las mujeres, se puede observar de manera más concreta la ambigüedad señalada desde los 90 por Lomnitz según la cual el uso del alcohol se percibe como un fuerte lazo de cohesión social dotando a las mujeres de posibilidades de socialización, de pertenencia, de valentía y como método de relajación en sus vidas; pero

otra parte, se convierte en un factor que genera dependencia y enfermedad y con el cual se obtiene precisamente lo inverso, la disolución social.

CAPÍTULO V. ¡ÁNIMO! SE ESCRIBE CON AA

En primera instancia, el apoyo social es una herramienta sumamente útil para analizar el proceso de recuperación de las adicciones. El estudio de este factor sirve para observar que el medio social interviene de forma positiva en la creación y mantenimiento de pautas no adictivas, además mediante la conformación de redes sociales es posible analizar parte del contexto de rehabilitación de las mujeres.

En el capítulo conceptual de este trabajo, ya hemos planteado la consonancia que tenemos con autores como Castro, Campero y Hernández (1997) sobre la estrecha relación que existe entre un proceso de recuperación y el apoyo social, en el sentido de que este mecanismo, por una parte favorece el cambio de conductas de los individuos y por otro lado sirve de amortiguador ante episodios de estrés; desde nuestra perspectiva ambas funciones hacen que la desintoxicación de sustancias sea más llevadera. Asimismo, ya se ha mencionado sobre el tema de las adicciones que Kornblit, Guffanti y Veradi (2004) afirman que gran parte del éxito de la independencia de sustancias radica en la conformación de entramados sociales que refuercen la sobriedad.

El poder de la unión

Mediante el esquema de la identificación de factores de apoyo social que propone Vaux⁷⁴, nos es posible afirmar que indiscutiblemente, todas ellas refieren al grupo AA (sus compañeros y compañeras) como el principal apoyo en su lucha contra la dependencia al alcohol, esto debido a varias razones; por ejemplo a que dentro de la asociación hay gran

⁷⁴ Ver esquema II ubicado en página 73 de este trabajo.

cantidad de personas con las que se pueden identificar y en las cuales pueden confiar en un momento que se presente como difícil, además de que mediante las experiencias aprenden unos de otros a lidiar con su problema. La reciprocidad dentro del mismo es fuerte, pues al mismo tiempo que comparten las formas y los momentos en que recibieron ayuda, también refieren las veces en que ellas han servido de soporte para alguien más. La homogeneidad de la red se da en función de la socialización del problema del consumo de alcohol como factor común, mediante el acto de compartir sus experiencias buscando la comprensión y obteniendo como respuesta una entera solidaridad.

En el caso de nuestras informantes, mujeres que por mucho tiempo se sintieron solas, abandonadas y señaladas, el ingreso a un lugar en el cual son bienvenidas resulta ser de entrada, algo inesperado. Las informantes reflexionan acerca de esta experiencia y concluyen que algunos de los principales motivos para sentirse agusto dentro del grupo es que se atenúa el sentimiento de culpa, las aceptan y se sienten apreciadas y útiles.

“Yo siempre he sido muy alegre, muy llevadera, muy así escandalosa con todo mundo. En el grupo todo mundo me ha visto un cambio, pregúntale a cualquiera por mí, todo mundo me aprecia mucho. A mí eso me ha ayudado mucho para salir adelante para no defraudarlos pues, yo me iba a sentir mal. Aparte por mí misma, mi vida cambió; dio un cambio total nomás dejé de tomar, y por eso le doy gracias al grupo. De que te ayuda un grupo de Alcohólicos Anónimos claro que te ayuda. Yo sin ellos no hubiera hecho nada, no estuviera donde estoy y quién sabe dónde estuviera ahorita” (Norma, 52 años)

“[...] yo recuerdo la escena de la cara de mi mamá [...] empieza *bla bla bla* y a decir que tenemos una persona por primera vez y me dan un gran

aplauzo y yo venía de hacer un gran desmadre en mi vida; o sea me estaban aplaudiendo por lo que había hecho de mi vida, de mis hijos ¡no, no, no! Nunca la completé las vacunas a la niña y pensé que se iba a quedar con parálisis infantil porque nunca pude completarle las vacunas; se me olvidaba todo, se me olvidó ella en una ocasión en una casa por más de una hora, no sabía dónde la había dejado, fui a recorrer las casas a donde había ido a ver si ahí la había dejado, en el portabebé, no tenía ni un mes de parida; cosas tremendas, ¿Cómo que me aplauden estas personas? ¿Qué les pasa? “Yo estoy para que me pateen el trasero” decía yo (risas) y veo la cara de mi mamá, pobrecita. Imaginarás el sentimiento de culpa que ella sentía por su alcoholismo, pensando en que por eso yo estaba así también” (Reina, 51 años)

“Me enseñó muchas cosas, platicábamos mi mamá y yo que se nos podía hasta secar la saliva pero nunca le dije por ejemplo “tengo miedo” “soy muy insegura” “no sé para qué sirve la vida” “no sé ni pa’ dónde va” “qué aburrido es amanecer y anochecer y que pasen los días” “cuál será el sentido”. Hasta hoy lo comprendo, esto (Alcohólicos Anónimos) me ha dado más que todo en la vida, perfectos extraños desconocidos, gente que no tenía ni por qué abrirme el alma. O sea a mí me *desconchinflaron* algo y me volvieron armar, esta es como una recicladora de escombros humanos pues. Esto se ha convertido en el motor que mueve mi vida y el Memo, mi hijo de 15 años (Lizet, 56 años)

Más específicamente, las informantes refieren actitudes por parte de sus compañeros como ayuda para salir de la depresión, recibir “terapia de banqueta” lo cual significa que los compañeros están dispuestos a quedarse un tiempo extra después de las reuniones con alguien para charlar o en algunas ocasiones servir de acompañantes cuando alguien asiste a un evento personal en el cual habrá bebidas alcohólicas, con la intención de prevenir la ansiedad por beber. Se configuran una serie de actividades a manera de cuidados que

resultan efectivos en la prevención de las recaídas, puesto que además estar al pendiente unos de otros, el hecho de escuchar y preocuparse por los demás también incide favorablemente en el mantenimiento de la sobriedad.

Contrario al soporte encontrado en Alcohólicos Anónimos, la familia no fue el espacio primordial de apoyo para la búsqueda de atención ni para el mantenimiento de pautas no adictivas. Sin embargo, las mujeres dan cuenta de que algunos miembros, específicamente las mujeres de su familia como hermanas y madres, fueron de gran apoyo sobre todo en el cuidado de los hijos.

En el caso de Flaca y Miss G, sus hermanas fueron el mayor apoyo que pudieron encontrar para salir a buscar ayuda a su enfermedad. Para Flaca su hermana (Claudia) fue el puente a través del cual pudo llegar desde el consumo excesivo escondido en su hogar a la pertenencia a AA. Al compartir ambas el problema de la dependencia compartieron también el apoyo para abandonarla. En el caso de Miss G, su hermana no pertenece a ningún grupo ni tiene problemas con el alcohol. En un principio, su hermana cuidaba de su hijo sin embargo, paulatinamente le fue retirando el apoyo y Miss G identifica que hasta el momento en que comenzó a batallar para poder beber es cuando se dio cuenta de que necesitaba ayuda. La informante advierte que no resolverle los problemas a un alcohólico es lo que éste necesita para ayudarse a sí mismo.

En el caso de Leti y Reina, sus madres se convirtieron en el mayor apoyo fuera de AA. Por otra parte, Norma recibió el mayor apoyo por parte de sus hijas, quiénes la internaron en la clínica Pacífica.

A diferencia de quienes recibieron ayuda de por lo menos algún miembro de su familia; Lizet, Violeta y Gaviota en quienes se identificó que la situación familiar nuclear fue una motivación para beber, la familia no solo no fue factor de apoyo en la recuperación, sino que las informantes no volvieron a tener relación alguna con su hogar a excepción de simple trato con algunos de sus hermanos.

“[...] era muy tímida, tenía mucho miedo, era una persona con problemas porque mis padres, este (...) mi papá fue una persona con problemas de bebida muy fuertes y a nosotros (ella y sus hermanos) nos dio mucho miedo (...) Entonces ese fue uno de los rasgos para mí, mi personalidad de aislamiento, de tener miedo a la gente, miedo a todo, a la vida (...) (su mamá) era dura porque estaba muy afectada por mi padre, se amargó. Tuvo muchos problemas con mi papá, era muy dura con nosotros. Por otro lado mi padre, una hostilidad muy marcada, estábamos al desamparo de los papás. En mi caso sentí que yo no tenía vida propia. Ese alejamiento de mis papás fue a causa del alcohol, además de eso siempre tenían problemas se peleaban mucho, nunca vimos ni afecto ni amor, todo eso nos contagió muchísimo [...]” (Violeta, 75 años)

“Si yo hubiera sido mi mamá o mi papá me hubiera dado una *garrotera* hasta que se me quitaran las ganas de casarme. Pero no. En mi casa nunca me dijeron nada, a todos me los llevé en el viaje, porque yo creo que me veían muy segura de todo siempre, cuando yo toda la vida me estaba muriendo de miedo por dentro, toda la vida” (Lizet, 56 años)

“Entonces mi hijo despierta ilusiones, anhelos, esperanza; pero los miedos siguen funcionando como tal ¿Qué hago? ¿Cómo lo voy a resolver? Entonces empiezo a construir muchos sueños ficticios o de anhelo pero sin saber, porque en realidad la formación que había tenido dentro de mi hogar, no se podía decir ¡qué formación! La vida que había tenido con mis papás, nunca me había

gustado, entonces yo no había tenido un ejemplo de vida ¿cómo le iba a hacer? Le hice, me la aventé como “el borras” como muchas cosas que hice yo en mi vida. Entonces empecé la educación y crianza, más que educación crianza de mi hijo, con muchos miedo tratando de darle una vida diferente a la que yo había recibido pero ¿Cómo? ¿De dónde la iba a aprender?” (Gaviota)

Básicamente el grupo de AA es la mayor red de apoyo que identifican las informantes, cierto es que algunas tuvieron un apoyo extra por parte de personas que no pertenecen a la asociación; sin embargo sin la intención de soslayar ese apoyo, todas concluyen y están de acuerdo en que de no haber sido por el grupo no hubieran tenido la posibilidad de dejar de beber.

En el grupo es donde han conocido nuevas opciones y formas de vivir. Llama nuestra atención que las alcohólicas anónimas hacen extensiva la filosofía de los 12 pasos a todos los aspectos de su vida, incluso en la crianza de sus hijos, para quienes buscan incansablemente una vida que sea diferente a la que ellas llevaron. De antemano ellas creen que existe un destino deparado para cada quien, incluyendo a sus hijos; sin embargo ellas lo dicen alto y claro, el reflejo de todos sus esfuerzos y sus logros son ellos mismos.

El “Hada Madrina”

Dentro del compañerismo que se da entre Alcohólicos Anónimos, existe uno más especial y específico; el que brinda la madrina o el padrino. Esta persona se convierte en una figura tan importante como necesaria dentro del proceso de 12 pasos para dejar de beber, puesto que sirve de guía al recién llegado mostrándole su propia experiencia de recuperación.

El padrino o madrina suele ser un miembro de AA que ha llegado al paso 12 del proceso⁷⁵ y que por lo tanto suma un tiempo considerable de asistencia y permanencia en el grupo. Sirve de guía en el camino y también como acompañante espiritual; lo escoge el recién llegado un tiempo después de haber ingresado a la asociación y la persona a la que se escoja está en pleno derecho de acceder o rehusarse, asimismo quien escoge puede cambiar de padrino o madrina. Es común que a las mujeres las amadrine una mujer y viceversa con los hombres, sin embargo esto no es una regla escrita de tal suerte que hay abierta libertad de elegir.

Las mujeres nos comparten casos en los que los padrinos o madrinas van a cantinas o bares en busca de miembros de AA que por un momento han perdido la batalla contra el alcohol; incluso si se da el caso, están dispuestos a llevar a su ahijado al hospital si así se requiere. En este tipo de relación no podemos hablar de reciprocidad puesto que los padrinos hacen todo tipo de esfuerzo para que quienes ya llegaron a AA se mantengan ahí; lo que sí existe es una forma como de “pagar con la misma moneda”, es decir quienes son padrinos guían y acompañan de la mejor manera posible porque así se convierte este acto en un tributo a quienes hicieron lo mismo por ellos.

⁷⁵ En el anexo 2 de este trabajo se encuentran descritos los 12 pasos utilizados en AA para dejar de beber. El paso 12 dice: Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Al encuentro del “poder superior”

Después de atravesar por fuertes sacudidas vivenciales, que las llevaron a experimentar las situaciones que se conocen como “tocar fondo”⁷⁶ las informantes llegaron a los grupos de Alcohólicos Anónimos por medio de la atracción más que de publicidad. La atracción tiene que ver con que al miembro de AA se le note que se ha recuperado y de esta manera las personas que aun llevan la carga del problema reconozcan a través de ellos la existencia de los grupos como una opción para ellos mismos. Este tipo de comunicación se llama “paso del mensaje” y consiste en que los miembros platiquen sobre sus propias experiencias de alcoholización a algún conocido con problemas de dependencia al alcohol o a quien se acerque a pedir ayuda, de tal manera que el significado de pertenecer a AA se convierte en el factor más importante de recuperación.

Dentro de estos significados el principal de todos es el encuentro con el *Poder Superior*, seguido del *sentido de pertenencia que brinda la posibilidad de socializar el problema*.

Respecto de ese Poder Superior, las mujeres refieren que el programa de 12 pasos⁷⁷, tiene una base primordialmente espiritual. Esta fuerza no necesariamente se trata de un Dios en específico, no se encuentra afiliado a algún tipo de religión; incluso este poder puede provenir del grupo al que asisten o la familia; es decir, el poder superior es una referencia espiritual que los miembros de AA aceptan como un poder más grande que ellos mismos y

⁷⁶ Se refiere al momento en que las mujeres sintieron con mayor potencia las consecuencias de su dependencia, ya sea física, social, psicológica o emocionalmente.

⁷⁷ Los 12 pasos sugeridos por AA para la recuperación a la dependencia al alcohol están redactados en el anexo 2 de este trabajo.

que consideran que ha estado obrando positivamente durante toda su vida y que los llama a la fortaleza de la transformación.

“[...]dentro de aquí hay una locura (la informante señala su cabeza) piensas y piensas, sientes que nadie te quiere, que estás solo, la soledad interna es uno de los síntomas más grandes que hay de la adicción, queremos llenar el hueco con alcohol, con drogas, con hombres y mujeres, con dinero, con placeres, pasiones, nada de eso lo llena porque el vacío es espiritual, es del tamaño de Dios y solo él lo puede llenar y cuando él lo llena no necesitas más y puede que en el camino tengas problemas y vuelvas a sentir el vacío, pero sabes que puedes volver a recurrir a él, yo no puedo, no puedo, él si puede y entonces se lo dejo a él; yo no puedo con lo de mi hija, pero él si puede, yo se lo dejo a él” (Reina, 51 años).

“Les digo a las mujeres que no saben lo que se pierden, es una maravilla el grupo, contar con un grupo de apoyo, sales adelante porque sales adelante si quieres dejar de tomar y no quieres acabar con tu vida, búscate el apoyo de un grupo de alcohólicos anónimos. Si quieres hacerlo, si lo logras, porque de que se puede y de que sirve el grupo claro que sirve ¿Qué te puedo decir yo? Yo pensaba que no había ningún poder humano que me quitara el alcoholismo, claro que lo hay y hay uno sobre todo que es Dios, el poder superior como nosotros le decimos, cada quien lo concibe, hay un poder, Dios sobre todo, si uno quiere puede salir adelante” (Norma, 52 años)

Llama nuestra atención el hecho de que algunas de las informantes señalan que existen diferencias entre el “Dios de los alcohólicos” y el Dios convencional. Esta creencia se erige como una forma menos culposa de ser responsable, lo que les permite aceptarse sin juzgarse cruelmente.

“Yo soy una mujer sumamente valerosa. Creo que he identificado al amor como un arte porque a veces se confunde con agradecimiento, a veces se confunde lealtad, con codependencia, se puede confundir con muchas cosas, he estado aprendiendo respecto a eso cuando conozco a Dios, que ese ha sido un hallazgo formidable, cuando empecé a entender y conocí el Dios amante de los alcohólicos, un Dios amoroso, un Dios perdonador, benigno, de aceptación, un tanto un Dios alcahuete; el amor es aceptación y a veces la alcahuetería podría ser eso que se oye muy feo pero no es otra cosa, ser alcahuete es que te acepto, o sea tu puedes hacer lo que quieras y ser lo que quieras y yo te amo (Gaviota, 48 años)”.

La consciencia de estas mujeres se encuentra en un plano espiritual en el cual han puesto en práctica el programa de 12 pasos en todo aspecto de su vida, por esta razón poco importa el aspecto o la forma que adquiera ese poder superior que ha sido construido en colectivo y que es el resultado de la suma de experiencias personales. No es un Dios impuesto y al parecer tampoco necesita ser considerado como un Dios castigador.

Aunado a la espiritualidad, los conceptos que se tienen sobre ser alcohólico provienen de la medicina (psicología, psiquiatría), estableciéndose la concepción de que el alcoholismo es una enfermedad física, social y emocional. En ese sentido, esa explicación se podría entender como la reproducción del discurso médico sobre el consumo de alcohol, conocido como consumo crónico de alcohol o alcoholismo. Sin embargo, al interior de la agrupación este significado es redefinido. Para AA no solo el que bebe sin control padece de una enfermedad, también lo hacen las personas que conforman el contexto social. Además, aseguran que el alcoholismo provoca una deformación del ser y del sentir, puesto que afecta tanto la parte emocional como la consciente del humano.

A pesar de que es fácil asociar a AA con la medicina y de que en muchos casos, erróneamente se considere que es sociedad religiosa, existen marcadas diferencias respecto de dichas instituciones, las cuales se muestran a continuación:

Cuadro 16. Diferencia filosófica de recuperación entre AA, la medicina y la religión

| Grupos AA | Medicina | Religión |
|--|--|---|
| 1.- Admisión del alcoholismo | | |
| 2.- Análisis de la personalidad y catarsis | | Conócete a ti mismo, pide fuerzas a Dios y serás verdaderamente libre |
| 3.- Reajuste de relaciones personales | Conócete a ti mismo, se fuerte y podrás hacer frente a la vida | |
| 4.- Dependencia de un poder superior | | |
| 5.- Trabajar con otros alcohólicos | | |

Elaboración propia. Fuente: Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2012: 12-14

Las mujeres aprenden a resolver sus problemas de dependencia al alcohol a través del discurso manejado en la asociación AA, según cual a raíz de las experiencias de las informantes, se identifican los siguientes preceptos:

- i. Se es alcohólico o alcohólica para toda la vida
- ii. El no asistir al grupo incrementa la posibilidad de recaer en la bebida
- iii. La responsabilidad de beber alcohol se deposita en el que bebe, de tal modo que los motivos por los cuales se ingiere se adjudican a problemas de comportamiento, de ira, rencor, resentimiento o egolatría principalmente. Dentro de AA a estas actitudes se les llama “defectos de carácter” y las mujeres consideran que la explicación de las mismas viene impregnada en su personalidad.

- iv. El proceso de 12 pasos no está peleado con otro tipo de tratamiento, en ocasiones hasta se recomienda se combine con otras terapias.
- v. La recuperación descansa en la creencia de que existe un ser superior o poder supremo que los induzca a un despertar espiritual que inicie el proceso de aceptación de que se es impotente ante el consumo de alcohol. Ese poder superior no necesariamente se trata de que exista un Dios, se trata de creer en una fuerza omnipotente y entregarse a esa idea.
- vi. Se debe resarcir el daño que se cometió a las demás personas durante la actividad de consumo.
- vii. Para que sea posible la recuperación se debe desprender emocionalmente de los problemas que pudieran tener los demás, por ejemplo en el caso de las mujeres, se les recomienda desprenderse emocionalmente de los problemas que tienen los hijos o el esposo para que no interrumpan en el proceso de recuperación, dotándolas de estrategias que las hacen pensar primero en su recuperación.
- viii. Dejar el pasado en el pasado y vivir la vida que ofrece AA.
- ix. La sobriedad es “solo por hoy” así que se piensa en la abstinencia solo por 24 horas.
- x. Se necesita de un acompañante espiritual (madrina o padrino) dentro del programa de 12 pasos que guíe al recién llegado al viaje interno hacia el encuentro con su verdadero yo.

Las informantes destacan las virtudes del programa comparándolo con una terapia psicológica y advierten que es mucho mejor y menos costosa. De este modo llegamos al segundo significado que es el sentido de pertenencia a AA, actividad que se desarrolla entre

el apoyo que ya hemos comentado y la oposición sobre todo de las parejas, que no logran entender que las mujeres con su asistencia diaria y contribución con los demás benefician su sobriedad.

Entre las “pruebas de ácido”⁷⁸ y las pruebas de confianza

Para poder dejar de beber, las informantes corren la suerte de estar siempre como a prueba, después de años de sobrellevar las situaciones inconvenientes al sabor del alcohol que las alejó incluso de ellas mismas, dentro de AA han adquirido el arma fundamental para enfrentar la adversidad: el *sentido de pertenencia*.

En la dinámica de la vida de las informantes, a raíz de la asistencia diaria al grupo de AA comienzan a surgir ciertos cambios en ellas que modificaron el estado normal de las cosas. En un principio sortearon la negación por parte de miembros de su familia, generalmente de sus parejas, que les propinaban expresiones de desacuerdo, intolerancia, celos, todo emanado de la necesidad de las mujeres por ausentarse de sus hogares para asistir a las reuniones. Por este motivo es que creemos que acuden con mayor asistencia cuando los hijos son mayores y más capaces de desenvolverse solos. Recibían incluso juicios de abandono y desconfianza por parte de sus parejas así como muy poca solidaridad hacia su problema cuando se trataba de que las ayudaran a no consumir.

Una acción que se considera vital dentro de AA para modificar las conductas de consumo y que era motivo de resistencia por parte de las parejas y a veces de ellas mismas, es el recorte de amistades; entendido como el alejamiento de aquellas personas con las cuales la

⁷⁸ Los miembros de AA identifican como “pruebas de ácido” a las situaciones difíciles o problemas que se les presentan y que ponen a prueba su abstinencia.

convivencia rondara en función de la bebida. Esto debido a que bajo esas relaciones ya existía una socialización previa que de momento pareció difícil de abandonar.

“Mi esposo me decía: ¿Qué significa, que por qué tú estás en alcohólicos anónimos vamos a perder todas las amistades, no salir? Pues mientras lo requiera lo voy a hacer, le dije; y si tú quieres ir, tú ve para allá pero yo no. Tenía mucho miedo, porque sabía que el ver beber a la genta cuando yo estaba en abstinencia (...) porque así en total abstinencia; si batallé mucho” (Flaca, 45 años)

“Ahí me dijeron que por 24 horas nada más, solo por hoy. En ese momento lo tuve que recordar muy bien, porque en mi casa todavía se bebía y para yo tener que hacer mi ajuste de amistades tenía que dejar a toda la gente con la que yo bebía y en mi casa era el principal, era como una cantina. Entonces, empecé a echar para afuera gente que tomara, yo no podía quedarme así sin decirles nada. Con la timidez que yo tenía (...) yo siento que fue tan grande el amor de ese poder superior, así decimos nosotros, que me ayudó en ese momento para que pensara un poquito que si yo volvía a beber me iba a morir (...) Y también a mi esposo (corrí), un año”. (Violeta, 75 años)

Ante esa pérdida de sentido que causa la soledad de no socializar, el grupo se convierte en alternativa. Incluso, Flaca comentó que ha habido ocasiones en las que una compañera de AA la ha acompañado a alguna reunión personal, en la que estarían las antiguas amistades con las que solía beber (incluido su esposo), con la finalidad de prevenir una recaída.

Por otro lado, los primeros días subsecuentes a dejar de beber, el cuerpo y la mente resintieron la desintoxicación y algunas informantes aseguran se les desató la neurosis, la cual descargaban por lo general contra sus hijos, acto que culminaba en reclamos por parte de éstos y generaba un ambiente hostil en el hogar. Estas transformaciones propiciaron

algunos cambios, casi todos tuvieron como desenlace el divorcio o la separación. Otras informantes aseguran que sin el consumo ahora debían enfrentar la realidad que la bebida les negaba; anteriormente siempre existió la posibilidad de “ahogar” en alcohol alguna pena una situación difícil.

“No fue fácil, no lo ha sido, ni hoy es fácil. Es muy difícil aprender a vivir sin el consumo (porque) aunado a eso la vida sigue, las complicaciones siguen, el esposo sigue drogándose; yo pidiendo y rogando (a su esposo) “por favor no traigas el consumo a la casa” que no vea yo nada encima, no porque yo mande aquí “por favor” porque me lo voy a poner, si ando un día mal por la ansiedad, me lo voy a poner” (Reina, 51 años)

El poder contar con un ejemplo significa otro factor importante dentro de la asociación, de esta manera es posible socializar el problema que como ya dijimos permite deshacerse de juicios que obstruyan la recuperación. La dinámica de AA funciona a manera de espejo, de tal manera que con el simple hecho de escuchar, las informantes toman de las experiencias de sus compañeros las pautas que les indican cómo podrían actuar cada día ante las “pruebas de ácido” de las que está llena la vida y que en un momento pudieran disolver su recuperación. La convivencia de los miembros del grupo se convierte en una base sólida de apoyo, guía, desahogo y la posibilidad de tener un día estable y sobrio. A los AA los hermana un padecimiento común vivido de maneras distintas, el espacio físico del grupo permite sentar la plataforma subjetiva que crea un estado de confianza. Las informantes, sobre todo confían en ellas y confían en sus compañeros. Observamos a través de sus relatos e historias que el proceso de alcoholización alcanza también el momento de la recuperación, en el sentido de que se origina una nueva percepción sobre las razones que motivaron el consumo de alcohol y aquellas para no volver a beber. Ciertamente, las

informantes son conscientes de que el grupo no va a crearles una vida perfecta, las dificultades siguen siendo muchas y vienen acompañadas de pruebas muy duras; pero ahora tienen la certeza de que beber no les quita peso y socializarlas sí.

CAPÍTULO VI. LA ÚLTIMA Y NOS VAMOS

Sobre el final, los comentarios caminan en la dirección que guio desde el principio este trabajo, la cual se refiere al consumo de alcohol y su relación con los aspectos de la construcción social del género, enfáticamente en el caso de las mujeres; con todo el ánimo de observar de qué forma esto se relaciona con los motivos para beber y para recuperarse, no sin antes pasar por la identificación de que estos elementos inciden a lo largo de todo el proceso de alcoholización.

La conclusión más evidente sobre el consumo de alcohol en las informantes es que este acto rebosa ambigüedad. El conocimiento más valioso que obtiene el investigador desde las Ciencias Sociales es que, tarde o temprano, aprende que la praxis es del color de los matices, de tal forma que no existe definición categórica acerca de lo bueno o lo malo, lo positivo o lo negativo, lo políticamente correcto o lo socialmente transgresor. Situación que se hace aún más evidente cuando hablamos de la alcoholización femenina.

Sin embargo bajo estas consideraciones, se ha encontrado que el acto de consumir alcohol está plagado de connotaciones provechosas y perjudiciales, tanto desde la perspectiva de las informantes como desde nuestro propio lente. Este reconocimiento nos permite observar el consumo como una práctica que en su desarrollo tiene que ver de manera directa con aspectos propios de la organización social. A su vez, los actos de dejar de beber y el mantenimiento de sobriedad también se encuentran engarzados al entramado social, de tal forma que toda esta situación se hace evidente gracias a los aportes conceptuales encontrados principalmente a raíz del proceso de alcoholización y el planteamiento de la

construcción de la subjetividad femenina. Estas expresiones encontraron consonancia con el marco conceptual en que se basa este trabajo y en la estrategia metodológica utilizada, esta relación nos permitió ser capaces de escuchar las expresiones subyacentes en sus relatos, las cuales llegarían a convertirse en ejes de entendimiento.

Por otra parte, encontramos que las implicaciones del constructo social de la mujer influyen sobre las motivaciones para beber y el tiempo de consumo, pero también y de forma muy importante, en las expectativas que las mujeres tienen sobre su recuperación, de tal forma que las opciones encaminadas a tal fin deben considerar esas implicaciones para poder llegar a buen término.

Sobre el tema de la rehabilitación, las participantes de este trabajo intentaron frenar su dependencia mediante varias alternativas de tratamiento en lugares como el Centro de Integración Juvenil, Hospital de Higiene Mental y terapias psicológicas que no tuvieron éxito. Las mujeres atribuyen dicha situación a la falta de empatía y comprensión hacia su problema, a la incapacidad de sufragar los costos de las terapias y en menor escala, a la poca identificación con los métodos utilizados, tal y como quedó expresado por Reina y Gaviota, quienes experimentaron sensaciones de decepción frente a las terapias a las que se sometieron.

De tal manera que el fracaso en su recuperación fue producto de las carencias sufridas durante la búsqueda de ayuda. Por el contrario, esta situación dio un giro dentro de los grupos de AA. Dentro de esta asociación, aprendieron a sobrellevar su problema de dependencia, identificándose con una serie de conceptos que se convirtieron en pieza clave

para su independencia al alcohol y que se retoman a continuación como reflexiones finales sobre el tema.

Alcohólica, hasta la muerte

“eso sí me queda muy claro que es una enfermedad. Como decimos aquí en el grupo, ellos no diagnosticaron que el alcoholismo era una enfermedad, lo diagnosticaron los médicos, ni un alcohólico anónimo diagnosticó eso, es una enfermedad que la vas a padecer toda tu vida. Yo soy alcohólica y toda la vida voy a ser una alcohólica, así tenga 20 años sin tomar, soy un alcohólico, eso lo traigo en la sangre pues.”
Norma

Al principio de la investigación, teníamos el presupuesto acerca de que el uso de alcohol estaba más relacionado con las condiciones y cuestiones sociales que con la genética de una persona. Sin embargo, mientras más adentrábamos en la investigación, más nos percatábamos de que desconocíamos muchas concepciones sobre tal consumo.

Por ejemplo, ellas están totalmente seguras de que el consumo excesivo de alcohol es en realidad una enfermedad y que quien la padece no necesariamente es aquel que consume mucho o más seguido; incluso consideran que hay quienes pueden tomar toda su vida en cantidades mayores a lo socialmente aceptado y no son alcohólicos necesariamente; esta percepción está en total consonancia a la visión que se desarrolla desde los grupos de Alcohólicos Anónimos sobre el alcoholismo y que se convierte en pieza clave del discurso recuperador. De tal modo, nuestras informantes perciben su propio consumo como una enfermedad progresiva y mortal. Además la asocian al sentimiento de negación de la realidad y la imposibilidad de aceptar que se tiene un problema. Esta percepción que se socializa al interior de las sesiones de los grupos, en la opinión de la Delegada de AA en

Sonora, se explica en el sentido de que algunas personas tienen más riesgo de adquirir la enfermedad del alcoholismo. Afirma que actualmente se conocen más aspectos científicos que enriquecen el tema, por ejemplo el descubrimiento del factor THIQ⁷⁹.

Por otro lado, las mujeres se identifican con el cuadro característico de un alcohólico que se propone desde los grupos AA. Según ellas mismas, todas las personas con problemas de bebida excesiva comparten las particularidades de: 1) beber en forma anormal debido a un mal ajuste personal en la vida, 2) tienden a ser hipersensibles, emocionalmente inmaduros, exagerados en las exigencias que tienen con los demás y con ellos mismos, 3) por sus experiencias de fracaso se han refugiado en la bebida, 4) finalmente este hábito se convierte en una obsesión y una compulsión.

De esta manera, el consumo de alcohol se convirtió en una enfermedad, la cual se dispersó a todo aspecto de su vida con la facilidad de una epidemia. Aunque no saben bien a bien cómo es que se generó, todas están de acuerdo en que esa enfermedad comenzó en algún lugar de su genética y se intensificó al paso de los años repercutiendo en su salud física y mental y de manera más visible y sentida en su ser social.

No obstante, los inicios genéticos que atañen al alcoholismo; las expresiones recurrentes en torno a él nos remiten a un desamor que inició durante sus primeros años de vida y que las

⁷⁹ A saber, la tetrahidroisoquinolina es una sustancia generada en el cerebro a raíz del consumo de heroína. Sin embargo, una doctora estadounidense de nombre Virginia Davis encontró que esta sustancia también podía encontrarse en el organismo de un alcohólico crónico que ha fallecido. El funcionamiento es el siguiente: el alcohol en el cuerpo de una persona no alcohólica se convierte en un compuesto de nombre acetaldehído el cual se elimina en los riñones y pulmones a razón de un trago por hora⁷⁹. Dicho compuesto es muy tóxico y en cantidades acumuladas conduce a la muerte. Solo en los alcohólicos crónicos, una parte de este acetaldehído se conduce al cerebro y a través de un proceso bioquímico se transforma en THIQ⁷⁹ convirtiéndose en la sustancia que genera la adicción o dependencia al alcohol⁷⁹. Ver: <http://liberatedelalcohol.blogspot.mx/2011/12/thiq-culpable-bioquimica.html>

acompañó a lo largo de su crecimiento. Para la mayoría, el consumo de alcohol tuvo como antecedente una niñez marcada por estados depresivos, miedos, autoestima deficiente, inseguridades, frustraciones, malos tratos y la sensación de indiferencia por parte de ambos padres puesto que durante su infancia presenciaron escenas de un alto consumo de alcohol en sus familias (principalmente por parte del padre). Sin posibilidades de escapar, las informantes terminaron por reproducir los patrones de consumo que presenciaron dentro de la dinámica familiar nuclear. De tal manera que el consumo de la mayoría surgió como una consecuencia de la alcoholización de su padre y posteriormente de su compañero. Esta alcoholización masculina legitima el ejercicio de relaciones de poder del hombre sobre la mujer, tal y como lo documenta Rosa María Osorio (1992), quien además atañe que la alcoholización femenina se relaciona con estados depresivos diversos.

Al paso de los años, la sombra del desamor las siguió, esta vez en la forma de decepciones amorosas producto de idilios sentimentales aderezados con alcohol. Estas relaciones las mantuvieron en conflicto constante y provocaron que sus estados de ánimo empeoraran y que sus problemas recrudecieran.

Por otro lado, a pesar de que impera la concepción negativa acerca del consumo de alcohol y de que existen repercusiones que han marcado negativamente la vida de nuestras informantes, se esboza en sus experiencias la parte positiva del consumo; por ejemplo como un factor protector que las alejó del uso de otras sustancias. En otro plano, hasta cierto punto y bajo ciertas circunstancias, las informantes declaran el uso del alcohol como paliativo o amortiguador de situaciones y también como factor que las dotó de fortaleza y valor, hay quienes incluso aceptan que de no haber sido por dicha práctica hubiera sido

imposible la subsistencia. El consumo les permitió, a muchas de ellas, encararse ante la realidad de las dificultades de su ser.

A grandes rasgos, experiencias como una niñez marcada por altos consumos de alcohol por parte del padre, compañeros adictos a la sustancia, dificultades como mujeres y/o como madres, situaciones de estrés y depresión fueron detonadores importantes de su alcoholismo.

“El hábito hace al monje”

“hasta hoy lo comprendo, esto (Alcohólicos Anónimos) me ha dado más que todo en la vida, perfectos extraños desconocidos, gente que no tenía ni por qué abrirme el alma, o sea a mí me desconchinflaron algo y me volvieron armar. Esta es como una recicladora de escombros humanos pues. Esto se ha convertido en el motor que mueve mi vida y el Memo, mi hijo de 15 años.”

Lizet

Un aspecto más que hemos señalado es el concepto negativo que la sociedad achaca a las mujeres que beben. Esta situación no solo es visible en la práctica, sino que además es documentada por varios autores y autoras que apuntan que la mujer que consume alcohol es doblemente señalada y recibe una carga social más pesada. Sin embargo, a pesar de que nuestras informantes llegaron a sentirse víctimas de esto, en su discurso desvelan que ellas mismas también consideran que fueron “mujeres malas”.

Desde su recuperación, las mujeres refieren que durante el tiempo que bebieron alcohol, fueron mentirosas, neuróticas, ególatras, egoístas, deshonestas, infieles, locas, agresivas, mañosas, ladronas, soberbias y sobre todo malas madres.

No obstante, esta percepción y la seguridad de tener una enfermedad contra la cual luchar diariamente, abonan al éxito de la recuperación. Se observa que esta autopercepción sobre los días de consumo les genera la responsabilidad de cumplir con el compromiso planteado dentro del programa de doce pasos sugeridos para dejar de beber, que tiene que ver con realizar un inventario moral, aceptar defectos y reparar en la medida de lo posible el daño realizado a terceros debido a su comportamiento alcohólico.

La mayoría de los miembros de la comunidad AA puede recitar de memoria los doce pasos; situación que tiene que ver más con la práctica que con la memorización. Los alcohólicos anónimos han aprendido a proyectar estos pasos en su diario vivir, aplicándolos para solucionar gran parte de las situaciones que les aquejan, situación que se ve reflejada en los relatos de las entrevistas y también en la tribuna; las informantes hacen alusión constante a los pasos en diferentes aspectos de su vida. Por nuestra parte, consideramos que estos pasos se basan en la creación de cierta conciencia sobre la relación que existe entre una persona y el uso del alcohol, sometiendo la personalidad a una práctica de humildad en la cual cada uno se hace responsable de las consecuencias de su propio consumo.

Desde nuestra perspectiva, la cualidad más importante de los grupos de Alcohólicos Anónimos es que representan el espacio que permite la socialización del problema, el cual se conforma como la práctica que pone en común a sus miembros, constituyéndose como una base de entendimiento y solidaridad, además propician la organización social que permite visibilizar el consumo de alcohol femenino y sentar las bases para su comprensión.

Fábrica de esperanzas

“yo no sabía que yo podía; y aquí en AA con el programa me doy cuenta de que yo tengo mi propia personalidad y yo decido por mí, este programa es para aprender a vivir, no solo para dejar de beber, es para aprender a vivir y sin alcohol”

Violeta

Las observaciones sobre los relatos nos permiten sostener que la socialización grupal permitió a las informantes paliar con algunas de las complicaciones originadas a raíz de la abstinencia al alcohol, sentidas con mayor intensidad al inicio del proceso de recuperación.

Con la abstinencia, las mujeres modificaron la dinámica de algunas de las situaciones de su entorno, algunas de ellas comenzaron a poner ciertos límites que les permitieran alejarse de la tentación de consumo lo cual provocó un cambio en las relaciones interpersonales.

Para muchas esto significó una ruptura emocional con sus parejas, ya que como se ha comentado, en casi todos los casos, los compañeros sentimentales además de ser alcohólicos no tenían interés alguno en ser parte de la transformación que ellas estaban experimentando. Incluso, en el caso de algunas de las informantes, sus parejas manifestaban el desacuerdo a que ellas asistieran a las reuniones y pusieran en práctica el proceso de 12 pasos, convirtiéndose en un obstáculo para su recuperación, atacándolas con expresiones de desconfianza y falta de apoyo emocional.

Por otro lado, el proceso de deshabitación al consumo originó cambios drásticos en la forma de ser de las informantes. Algunas de ellas experimentaron sensaciones de futilidad, aburrimiento, cambios de humor e inseguridad al no ser perdonadas por los daños que ellas consideraban habían ocasionado a otras personas, especialmente a sus hijos y familiares

cercanos. Sin embargo, en el grupo encontraron la inspiración necesaria para resistir y continuar.

La asistencia al grupo, la posibilidad de hablar sobre lo que ocurre y sobre todo la oportunidad de ser escuchadas, ocasiona que las mujeres tengan un día estable y que puedan *vivir un día a la vez*. Razón suficiente para percibir al grupo de AA como el mayor apoyo en su lucha por la independencia al consumo de alcohol.

Desde nuestra perspectiva, al percibirse como alcohólicas para toda la vida, comprometen su asistencia habitual al mismo y de esta manera se crean importantes lazos de pertenencia, misma de la que carecieron durante la época anterior a su recuperación.

Basados en las experiencias relatadas, nos es posible afirmar que las informantes enfrentaban situaciones difíciles antes de comenzar a beber alcohol. Estas dificultades responden al sistema de organización social en el que se ha visto inmersa la mujer; representado principalmente en la organización familiar.

Por consiguiente, el consumo de alcohol representó una práctica para hacer frente a esas dificultades desarrolladas en consonancia con las condiciones sociales y el contexto de consumo de alcohol entre los mexicanos. En dicho contexto, siguiendo a Menéndez, identificamos aspectos políticos, económicos y culturales que favorecen altos y prolongados consumos en general. El estudio de estos aspectos rebasa los objetivos de esta investigación, sin embargo deben ser considerados dentro del entendimiento del problema en su dimensión más amplia.

En este sentido, ante la imposibilidad de ejercer un cambio estructural dentro de la industria alcoholera y las políticas de prevención y atención, Alcohólicos Anónimos se ha convertido

en una solución individual pero trabajada en colectivo. En el caso específico de la mujer, la pertenencia a este grupo anónimo las emancipa del sufrimiento privado y solitario, puesto que consiguen verbalizar la reflexión sobre su problema y esa parte ayuda a develar que dentro del tema subyacen motivos que van más allá de la genética y que se expresan de manera social y estructural.

Encontramos que, en un México donde el consumo de alcohol es una práctica arraigada y visiblemente promovida, con valentía las mujeres AA se organizan en torno a crear, transmitir y ayudar a desarrollar herramientas y estrategias que posibilitan su recuperación y la de sus compañeras; todo su esfuerzo a pesar de que el entorno en el que viven no se modifique totalmente.

DOCUMENTOS ANEXOS

Anexo 1. Historia corta sobre la fundación de los grupos AA⁸⁰

Alcohólicos Anónimos comenzó en Akron, Estados Unidos, en 1935; gracias a un hombre de negocios de Nueva York, - Bill W. - que había conseguido permanecer sin beber por primera vez tras haberlo intentado en varias ocasiones durante varios años. Este hombre, buscó a otro alcohólico para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por superar un mal momento que estaba atravesando y que temía que lo llevase a una recaída, marcando con ello la base de la dinámica de AA. Durante los escasos meses de su recién adquirida sobriedad, Bill W. había observado que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros "borrachos" a permanecer sobrios. Tiempo después, se puso en contacto con un médico de dicha localidad, el Doctor Bob S. quien también tenía problemas con la bebida. Trabajando juntos, Bill W. y el Dr. Bob descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba muy relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como compartir entre ellos su experiencia, que a partir de entonces llevaron otros. En 1939, con la publicación del libro -Alcohólicos Anónimos-, del que la Comunidad tomó su nombre, y con la ayuda de amigos no alcohólicos, AA empezó a llamar la atención con su programa, extendiéndose rápidamente, tanto en Estados Unidos como en el mundo.

⁸⁰ Tomado de la página web de Alcohólicos Anónimos <http://www.aamexico.org.mx/linea/TimeLine/x/>

AA a la mexicana

Alcohólicos Anónimos llega a México en la década de los 40. Esto fue posible, en un primer momento gracias a la comunicación con la oficina de AA en Nueva York, por parte de algunos “solitarios”⁸¹ mexicanos que se habían enterado de la existencia y el éxito de los grupos de AA a través de la publicación “Alcohólicos Anónimos” del periodista Jack Alexander para el *Saturday Evening Post*. Posteriormente, algunas ciudades mexicanas comenzaron a acreditarse como cuna de esta asociación, entre ellas Guadalajara, Monterrey, México D.F y Mérida. Sobre esta década comienzan los inicios en la traducción del libro grande de Alcohólicos Anónimos, debido a la gran aceptación de este método en lugares de habla hispana. El primer grupo formal en nuestro país fue el *Mexico City Group* que inició sesiones el 25 de septiembre de 1946 en el D.F.

A partir de 1950 comienzan las visitas y recorridos por grupos mexicanos de parte de miembros norteamericanos de AA, mismas que se intensifican al correr la década. La finalidad era, por decirlo de alguna manera, verificar y apoyar en la dinámica y el contenido impartido en los grupos. En cierta forma, estas visitas incomodaron a algunos alcohólicos que buscaban atención, quienes consideraban que los orígenes estadounidenses de AA se alejaban de la cultura y la idiosincrasia mexicana. Los inconformes junto al dr. Ezequiel Millán (quien trabajó en una clínica de Tacubaya y fue considerado como pionero en la rehabilitación de alcohólicos en México) conformaron hacia 1954 la AMAR (Asociación

⁸¹ Solitarios se le denomina a los primeros alcohólicos que supieron acerca del funcionamiento de AA gracias a folletos que llegaron a sus manos y que comenzaron a pedir información para traer la modalidad AA a México.

Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación), la cual trabajó por su cuenta, contemporáneamente a los grupos AA.

A partir de los 60 comienza la circulación en español de los 12 pasos, las 12 tradiciones y demás artículos en los que se explicitaban temas relacionados con el alcoholismo. Estas publicaciones eran impresas a manera de folletos que servían tanto de información interna como de difusión. Gracias a la literatura traducida al habla hispana, fue posible una relación más directa entre grupos, conformándose las oficinas intergrupales y llevándose a cabo congresos, convenciones y asambleas a nivel nacional y centroamericano. Esta década queda marcada por el nacimiento en 1963 de CRAMAC (Centro de Rehabilitación de Alcohólicos Mexicanos Asociación Civil) que integraba a una serie de centros de reinserción social con la intención de ayudar al alcohólico de la calle. Para 1968 se constituye el Comité Organizador de los Servicios Generales para la República Mexicana, en donde se sientan los lineamientos para lo que después se conformaría como la Oficina General de dichos servicios la cual rige a AA en nuestro país desde el 10 de marzo de 1970. En 1973 llega AA al estado de Sonora, la primera reunión formal se lleva a cabo el 14 de marzo en la ciudad de Hermosillo, en un local de la iglesia del sagrado corazón ubicada en la colonia 5 de mayo y que fue prestado por el padre Elías Portela. Durante esta década se crea la revista Plenitud, la cual publica información sobre el alcoholismo proveniente de especialistas médicos sobre el tema y artículos escritos por los miembros de AA. Durante esa década se rebasaban los 2000 grupos instaurados formalmente y en operación en México.

A raíz de una petición proveniente del penal en las Islas Marías, en los 80 se extiende la filosofía a los centros penitenciarios; esto a raíz de una y hacia los 90 comienza un periodo de expansión y colaboración con instituciones. Después de varios encuentros suscitados en el Caribe y Centroamérica, la Conferencia de Servicios Generales de AA consigue llevar el mensaje a Cuba en donde entabla un puente de trabajo y comprensión con la sociedad de psiquiatría de la isla. Durante la década de los 90 y 2000 se realizaron distintos convenios con el IMSS, el Centro de Integración Juvenil, la Secretaría de Seguridad Pública y la Secretaría de Salud. Así como la apertura del museo “Nuestras Raíces” en el cual fue inaugurado el 15 de abril de 2011 en la Ciudad de México, en él se pueden apreciar una línea del tiempo de la historia de AA con fotografías, literatura publicada por la asociación y una sala de video.

Actualmente la comunidad está integrada por 14.000 grupos, distribuidos en 82 áreas a nivel nacional.

Los doce pasos

- I. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- II. Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
- III. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
- IV. Sin miedo, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.

- V. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos.
- VI. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
- VII. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
- VIII. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quiénes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- IX. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- X. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente
- XI. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
- XII. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Los doce conceptos para el servicio mundial

- I. La responsabilidad final y la autoridad fundamental de los servicios mundiales de AA debe residir en la conciencia colectiva de toda nuestra comunidad
- II. En 1955 los grupos de AA confirmaron la carta constitutiva de su Conferencia de Servicios Generales, ellos por consiguiente delegaron en la Conferencia la autoridad

total para el mantenimiento activo de nuestros servicios mundiales y en consecuencia convirtieron la Conferencia en la voz verdadera y conciencia efectiva de toda nuestra sociedad, excepto en lo concerniente a cualquier cambio en las 12 tradiciones o artículo 12 de la carta de la Conferencia.

- III. Como una manera tradicional de crear y mantener una relación de trabajo claramente definida entre los grupos, la Conferencia, la Junta de Servicios Generales de AA y sus distintas corporaciones de servicio, personal directivo, comités y ejecutivos y de este modo asegurar su dirección eficaz. Se sugiera aquí que nosotros dotemos a cada uno de estos elementos de servicios mundial con un “derecho de decisión” tradicional.
- IV. Por toda la estructura de nuestra Conferencia, nosotros debemos mantener, a todos los niveles de responsabilidad, un “derecho de participación” tradicional, poniendo cuidado que a cada clasificación o grupo de nuestros servidores mundiales les sea permitida una representación con voto, en proporción razonable a la responsabilidad que cada uno tenga que desempeñar.
- V. En toda nuestra estructura de servicio mundial, un “derecho de apelación” tradicional debe prevalecer, asegurándonos así que se escuche la opinión de la minoría, y que las peticiones de rectificación de los agravios personales serán considerados cuidadosamente.
- VI. En nombre de AA como un todo, nuestra Conferencia de Servicios Generales tiene la responsabilidad principal del mantenimiento de nuestros servicios mundiales y tradicionalmente tiene la decisión final respecto a grandes asuntos de política y

finanzas. Pero la Conferencia reconoce también que la principal iniciativa y la responsabilidad activa en la mayoría de estos asuntos, deben ser ejercidas en primer lugar por los miembros custodios de la conferencia, cuando actúe entre ellos mismos como la Junta de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

VII. La Conferencia reconoce que la Carta Constitutiva y estatutos de la Junta de Servicios Generales son instrumentos legales, que los custodios están por consiguiente, totalmente autorizados para gobernar y dirigir todos los asuntos del servicio mundial de Alcohólicos Anónimos. Se entiende además que la carta de la Conferencia en sí, no es un instrumento legal, más aun, que se apoya en la fuerza de la tradición y en las finanzas de AA para su efectividad en último término.

VIII. Los custodios de la Junta de Servicios Generales actúan en dos calidades básicas. Con respecto a los grandes asuntos de la política general y las finanzas. Ellos son los que principalmente planean y administran. Ellos y sus comités primarios básicos manejan directamente estos asuntos.

IX. Buenos directores de servicio, conjuntamente con métodos adecuados, oportunos y sólidos para escogerlos, son indispensables a todos los niveles, para nuestro funcionamiento y seguridad en el futuro. La dirección básica de servicio mundial que una vez ejercieron los fundadores de AA, tiene necesariamente que ser asumida por los custodios de la Junta de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.

X. A cada responsabilidad de servicio debe corresponder una autoridad de servicio igual. El alcance de tal autoridad debe ser siempre bien definido, ya sea por la

tradición, por resolución, por descripción específica del trabajo o por estatutos y reglamentos apropiados.

XI. Aunque los custodios tienen la responsabilidad final de la administración del servicio mundial de AA, ellos siempre deberán recibir la asistencia de los mejores comités permanentes, de directores de las corporaciones de servicio, de ejecutivos, del personal de oficina y asesores de la más alta competencia. Por consiguiente, la composición de estos comités fundamentales y de las juntas de servicio, los sistemas de su rotación, la manera en que se relacionan unos con otros, los derechos específicos y las obligaciones de nuestros ejecutivos, empleados y consejeros, todo esto unido con una base correcta para la remuneración financiera de los trabajadores especiales, serán siempre asuntos de verdadero interés y cuidado.

XII. Garantías generales de la Conferencia: en todos sus procedimientos, la Conferencia de Servicios Generales cumplirá con el espíritu de las tradiciones de AA, teniendo especial cuidado de que la conferencia nunca se convierta en sede de peligrosa riqueza o poder, que fondos suficientes para su funcionamiento, más una reserva adecuada, sean su prudente principio financiero, que ninguno de los miembros de la Conferencia sea nunca colocado en una posición de desmedida autoridad sobre ninguno de los otros, que se llegue a todas las decisiones importantes por discusión, votación y siempre que sea posible, por unanimidad sustancial; que ninguna acción de la Conferencia sea punitiva a personas o una incitación a controversia pública, que aunque la Conferencia pueda actuar al servicio de AA, ella nunca deberá realizar ninguna acción de gobierno, y así como la sociedad de AA a la cual sirve la

Conferencia en sí misma siempre permanecerá democráticamente en pensamiento y acción.

Las doce tradiciones

- I. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia, la recuperación personal depende de la unidad de Alcohólicos Anónimos.
- II. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza, no gobiernan.
- III. El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es querer dejar de beber.
- IV. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afectan a otros grupos o alcohólicos, considerado como un todos.
- V. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
- VI. Un grupo de Alcohólicos Anónimos nunca debe respaldar, financiar o prestar su nombre a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
- VII. Todo grupo de Alcohólicos Anónimos debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de fuera.
- VIII. Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.

- IX. Alcohólicos Anónimos como tal nunca debe ser organizada, pero debemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
- X. Alcohólicos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades, por consiguiente; su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- XI. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción, necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
- XII. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Anexo 2. Diario de campo: un día a la vez en AA

La junta diaria

De julio del 2013 a septiembre del mismo año, tuve oportunidad de observar la dinámica en cuatro grupos de AA ubicados en cuatro colonias de la ciudad. además se asistió a un taller sobre “el paso del mensaje a la mujer”⁸² impartido en la oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos ubicada sobre el bulevar Solidaridad.⁸³ Mi asistencia se repartió así: 5 sesiones en grupo 1, 2 sesiones en grupo 2, , una sesión en grupo 3 y otra en el grupo 4.

A pesar de que los grupos guardan particularidades referentes a número y sexo de los miembros así como diferencias en las instalaciones; en todos los grupos se mantienen las características espaciales esenciales, incluso el acomodo de las sillas y mesas es homogéneo; la tribuna siempre al frente representada por una silla, enseguida de un escritorio donde preside el moderador del día. Más allá, un poco aparte de los miembros, se ubica la silla del encargado de cafetería, el cual se encarga de atender a los demás asistentes ofreciendo café o té ese día. Todas las actividades (hacer el aseo, moderar, servir café, subir a tribuna) son rotativas entre la totalidad de los miembros que acuden al grupo, asimismo al final de cada junta “se pasa el bote” o la canasta para cooperar y así poder reunir dinero para pagar la renta, hacer el pago de servicios y las compras como papel, café, azúcar, agua,

⁸² El paso del mensaje se refiere a que un alcohólico anónimo le platica a otro alcohólico activo acerca de que en el grupo de AA existe solución a su problema si él cree necesitarlo. El paso del mensaje se relaciona a la propia experiencia transmitida como ejemplo. Por eso en los grupos se dice que la llegada de más miembros se trata de “atracción más no de publicidad”.

⁸³ Esta oficina funciona como enlace y organizador de los casi 350 grupos que existen en el estado; 94 grupos en Sonora Centro que abarca 36 municipios (Hermosillo, costa de Hermosillo, pueblos del río, la sierra y sierra alta), 185 en Sonora sur y 65 en Sonora norte más los grupos que van naciendo (información ofrecida en entrevista por la Delegada de Alcohólicos Anónimos del estado)

crema, implementos de limpieza⁸⁴. En todos los grupos hay estantes (de variadas formas y tamaños) en donde se encuentra la bibliografía de Alcohólicos Anónimos, para venta o consulta. En las paredes se erigen cuadros enormes, perfectamente enmarcados, donde se enuncian las doce pasos, las doce tradiciones y los doce conceptos para el servicio mundial (los cuales se abordarán más adelante), estos enunciados son llevados a cabo y respetados cual si fueran mandamientos. Algunas veces, de las paredes cuelgan lemas breves enmarcados y que son alusivos a seguir adelante en el camino y a tener fe, entre los más conocidos podemos observar una máxima atribuida a San Agustín y que a nuestro juicio resume muy bien la filosofía de AA: “Señor, concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las cosas que sí puedo y sabiduría para reconocer la diferencia”.

Las sesiones tiene una duración aproximada de hora y media, en todos los grupos visitados se observó que hay horario matutino y vespertino; el primero de 8:00 am a 9:30 am y el segundo de 8:00 pm a 9:30 pm; sin embargo el horario es una característica en la que se ponen de acuerdo los miembros de los grupos, es decir que éste puede variar a libre decisión de los miembros. El tiempo para tomar la tribuna es de 15 minutos como máximo, el moderador se encarga de que ese tiempo se cumpla y además hace algunas lecturas de la bibliografía del día. Se observó que hacen uso de la tribuna hasta cuatro personas por sesión. Al comenzar la junta⁸⁵ se plantea el tema a tratar en esa reunión, que puede ser la ira, o bien alguno de los pasos o tradiciones de AA. En ocasiones, es el moderador quien decide quien pasa al frente, otras veces son los miembros los que se proponen a sí mismos para

⁸⁴ A esta actividad se le conoce como la Séptima, en relación a las tradiciones de los grupos AA. Ver anexo 2

⁸⁵ En todos los casos se observó una puntualidad especial

charlar. Se observó que en ocasiones los miembros terminan platicando de un tema diferente al planteado, sin embargo eso nunca fue motivo de discusión o enojo, por el contrario siempre se observó total respeto y atención al relato.

Se debe decir que el ambiente de los grupos que fueron visitados es limpio, ventilado y cálido, no se perciben gritos de conflictos o exasperaciones, al contrario existen risas por todos lados, pláticas amenas y alguna que otra lágrima. Las palabras de frustración o enojo siempre nacen de los relatos que en la tribuna tienen lugar. Los recién llegados siempre son bienvenidos con un aplauso y cuando las juntas se terminan se despiden con una oración en la cual todos se toman de las manos, seguida de un abrazo y los deseos de “felices 24” en alusión a que solo por hoy se tiene la seguridad de ser abstemio. No cabe duda, los alcohólicos anónimos viven en el presente.

Antes de cada intervención los miembros dicen “soy (su nombre) y soy alcohólico o alcohólica” a lo que el público compañero responde “¡ánimo!”. Cuando una anécdota proveniente de quien hace uso de la tribuna conecta con los miembros que escuchan, desde el público se escucha el grito ¡puente! Esto significa que se sienten identificados con las sensaciones o emociones, dificultades o felicidad del que platica, se refiere al “puente” de entendimiento que existe entre personas que comparten la experiencia de la similitud.

Los grupos son diferentes en cuanto al sexo de afiliación; mientras que en el de la colonia Modelo predominan las mujeres, en el grupo de la colonia Villa Bonita solo hay dos, una de ellas colaboró en esta investigación y otra mujer representan al género femenino. Los grupos de las colonias San Luis y Sahuaro son más equilibrado respecto de esta observación.

La estructura

Para conocer sobre la estructura de Alcohólicos Anónimo, se entrevistó a la Delegada en Sonora y que colaboró de manera cordial y amena como informante de esta investigación.

Ella afirma que su puesto es el de mayor responsabilidad que ha tenido dentro de la estructura, ser Delega quiere decir que “yo tengo una autoridad que la comunidad me delegó para que los represente en México, ante la conferencia mexicana”. De esta manera, describe brevemente su puesto dentro de la estructura. Los grupos son la máxima autoridad dentro del organigrama, en ellos descansa la autoridad y la responsabilidad final de todas las decisiones. En palabras de su Delegada “los grupos son los propulsores de todos los cambios y son los ejecutores de todas las acciones recomendables, a los grupos se les pide rumbo y dirección”. La manera en como procura tener contacto con todos los grupos es por medio de juntas con representantes de grupos que se llevan a cabo periódicamente. Sin embargo, a pesar que la comunicación existe y de que la Delegada considera que dentro de los grupos de AA existe una “democracia absoluta”, advierte que hay que sortear problemas como en todo lugar.

Por otro lado, la estructura de servicios habla de autoridad fundamental, de responsabilidad y de funcionalidad bajo el principio de confianza. Existe un derecho de participación, de decisión y de apelación y desagravio de minorías. Cuando hay desacuerdos fuertes, hay garantías que “nos protegen de nosotros mismos, contra desmedidas acumulaciones de capital o autoridad” asegura la Delegada.

La mencionada, reflexiona acerca del papel de la mujer dentro de la estructura de Alcohólicos Anónimos, que en esencia nació como organización hecha por hombres y

pensada para ellos. El 2013 fue “el año de la mujer en la estructura” y comenta asombrada, que en México hay 82 delegados hombres y solo ella. Asegura que eso es más o menos una panorámica de que en este medio, como en otros si se es mujer, “hay que abrirse paso codazos”. La Delegada asegura que existen compañeros que no ven bien que sea una mujer la que “invada” este espacio y asegura que por esa razón ella tiene que hacer las cosas muy bien, puesto que siendo mujer “se magnifican los errores y se minimizan los aciertos”.

Ella, al igual que todas las alcohólicas anónimas, asegura que de todas formas tiene que cumplir con su rol de madre aparte de la gran responsabilidad que significa mantener cierto poder dentro de la organización. Desde su pasión por la historia, remata con una frase (de Ignacio Ramírez “el nigromante”, quien fue un constituyente en el México de 1857) que define su posición hacia el poder: “el poder hace a la inteligencia lo que el fuego al agua, primero la hacer hervir y después la evapora”.

Respecto de la estructura, los conceptos de cooperación que rige a Alcohólicos Anónimos son:

1. No deben establecerse de antemano reglas inflexibles para decidir dónde debe trazarse la línea divisoria entre cooperación y filiación.
2. Alcohólicos Anónimos no está en competencia con nadie (ni nada)
3. Los profesionales y las entidades que no son Alcohólicos Anónimos no tienen obligación de someterse a las tradiciones propias de Alcohólicos Anónimos. Estas existen estrictamente como guía de Alcohólicos Anónimos.

4. Los miembros de Alcohólicos Anónimos que tienen empleos en el campo del alcoholismo, necesitan demostrar siempre bien claro en qué capacidad hablan o actúan.
5. Los Alcohólicos Anónimos pueden ser buenos “voluntarios” en programas que no son Alcohólicos Anónimos, siempre y cuando aclaren que no lo hacen como representantes de Alcohólicos Anónimos. (Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013: 4-7).

Es tajante la aclaración: desde Alcohólicos Anónimos no se realiza ningún tipo de trabajo en el campo de la investigación, educación o propaganda con respecto del alcoholismo propiamente dicho. Su única finalidad es la recuperación personal y la sobriedad continuada de cada alcohólico que llega a buscar ayuda (Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013: 12).

En nuestro caso, cada una de las informantes compartió su experiencia a título personal como Alcohólica Anónima, no obstante que se me permitió apreciar de manera directa la dinámica de las reuniones en los grupos.

Asimismo, los miembros pueden mantener vínculos de cooperación en el campo del alcoholismo, siempre y cuando éstos se organicen:

- a) De manera individual, como ciudadano privado
- b) Como grupo de Alcohólicos Anónimos
- c) Como intergrupo u oficina central de Alcohólicos Anónimos.
- d) Como comités de información pública, cooperación con la comunidad profesional e instituciones (como correccionales o centros de tratamiento). Estos son alcohólicos

anónimos que toman la responsabilidad de mantener al público debidamente informado acerca de Alcohólicos Anónimos.

- e) Como comité de área (o distrito) de Servicios Generales. Bajo este comité se tiene la responsabilidad de la colaboración local en las actividades de servicio a través de la Conferencia Mexicana y de la Oficina de Servicios Generales (Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013: 14-16).

Por otro lado, la agrupación social no permite apoyo, ni económico ni de otro tipo (literatura, gastos de arrendamiento, de imprenta) de otras fuentes que no provengan de ellos mismos. “Todo grupo de Alcohólicos Anónimos debe mantenerse así mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera” (séptima tradición de AA) (Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013: 20), igualmente tampoco es permitido participar a nombre de Alcohólicos Anónimos en legislaciones del Estado sobre las políticas que tengan que ver con el alcoholismo (Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013: 26).

La estructura de Alcohólicos Anónimos queda enmarcada dentro de los “doce conceptos para el servicio mundial”. Estos preceptos fueron escritos por Bill W. poco después de la muerte del cofundador doctor Bob, con la finalidad de poner por escrito el “cómo” de toda la estructura. En suma, los doce conceptos, los doce pasos y las doce tradiciones son la esencia filosófica, por llamarle de algún modo, de la finalidad de Alcohólicos Anónimos como la estrategia que siguieron para mantenerse anónimos y autónomos, son 36 mandamientos que el alcohólico anónimo intentan seguir al pie y que se encuentran

relacionados con todo su entorno (hogar, trabajo, comunidad); en dichos preceptos se marcan los pasos a seguir para vivir bajo esta filosofía.

Anexo 3. Charlando con el doctor Manuel Serna

El proceso de adicción

A continuación se reproduce la entrevista que se le realizó al doctor Manuel Serna el 26 de septiembre de 2013. El doctor Serna es médico general egresado de la UNAM. Desde hace más de 20 años es un fuerte aliado de Alcohólicos Anónimos, apoya dando pláticas en las reuniones y asistiendo a congresos, asimismo atiende con medicamento a pacientes que tienen alterado el sistema nervioso debido al consumo excesivo de alcohol.

La organización de la información de la entrevista no está redactada a manera de pregunta y respuesta, más bien se rescata la charla sostenida con el doctor Serna; además nos permitimos anexar algunos cuadros y gráficos que ilustran la explicación que propone sobre el proceso de adicción o dependencia al alcohol, en la cual se hace preciso comprender los conceptos de humano como ser biológico, alcohol y factores sociales y la relación que guardan entre sí desde su perspectiva.

El Humano

Todo ser humano es un ser perfecto, producto de un proceso que inicia en la relación de un hombre y una mujer que de alguna manera se tratan y se entienden, posteriormente se juntan y resulta una relación sexual. A este proceso se le llama proceso de afinidad el cual consiste en ponerse de acuerdo. Después viene el proceso de las expectativas ¿qué se espera del otro? Estas a veces son del tamaño del mundo. Después de la relación sexual viene la fecundación donde cada quien pone sus 22 cromosomas somáticos y su cromosoma sexual; quiere decir entonces que la primera parte del ser humano es la genética. Luego viene la etapa de la gestación que tiene mucho que ver sobre todo con los hábitos de la madre, lo

que cuenta son los riesgos maternos o los buenos hábitos. Posteriormente viene la parición, el individuo es parido a la vida, esta da parte a una etapa muy importante que es la crianza. En esta parte el individuo recibe enseñanzas fundamentales: 1) sentido de pertenencia: que es la base de la salud mental. El ser humano tiene dos temores ancestrales: la oscuridad y la soledad a estar expuesto. Este sentimiento de pertenencia le mitiga el miedo a la soledad 2) realidad interna: quien soy y cómo soy, es decir soy lo que soy en relación a los demás, la que enseña eso es la madre. 3) realidad externa: a través de la crianza, esta es la base de la personalidad. Además la familia también apoya en las expectativas de vida. Aparte, la familia me enseña a socializar, a vivir con los demás.

El Alcohol

Las bebidas alcohólicas en realidad no existen (de forma natural) tiene que ser fabricadas, unas se fabrican por proceso de fermentación, destilación o mixto pero todas contienen alcohol etílico, porque es el único alcohol ingerible. El alcohol etílico es una droga porque produce cambios en la función del organismo, tiene algunas características como que es tóxico, su efecto es depresivo puesto que actúa deprimiendo la función cerebral, además de que es adictivo, va haciendo tolerancia obligando al organismo a consumir más y con mayor frecuencia. Tiene otra característica que lo hace especial, es soluble en agua puesto que tiene una molécula menor que este líquido y por eso pasa muy fácilmente todas las membranas orgánicas, es decir que el alcohol es la droga a la medida del organismo, mientras que la marihuana es brea, es chúcata, de difícil absorción y de difícil oxidación e excreción, el alcohol entra en el organismo como en su casa, por eso es la droga preferida

por el ser humano. Cuando el organismo consume bebidas alcohólicas lo que absorbe es el alcohol no la bebida.

Cuadro 17. Clasificación de la fabricación de alcohol

| Tipo de fabricación | Presentación | Concentración | Porcentaje de alcohol |
|---------------------|---|---------------------|-----------------------|
| Fermentación | Cerveza, pulque y vinos | Baja concentración | 4-18 °Guy-Lussac |
| Destilados | Tequilas (agave), whiskey (maíz), vodkas (centenos) y ginebras (jengibre) | Alta concentración | 18-55° Guy-Lussac |
| Mixto | Licores de sabor | Media concentración | 13-28 ° Guy-Lussac |

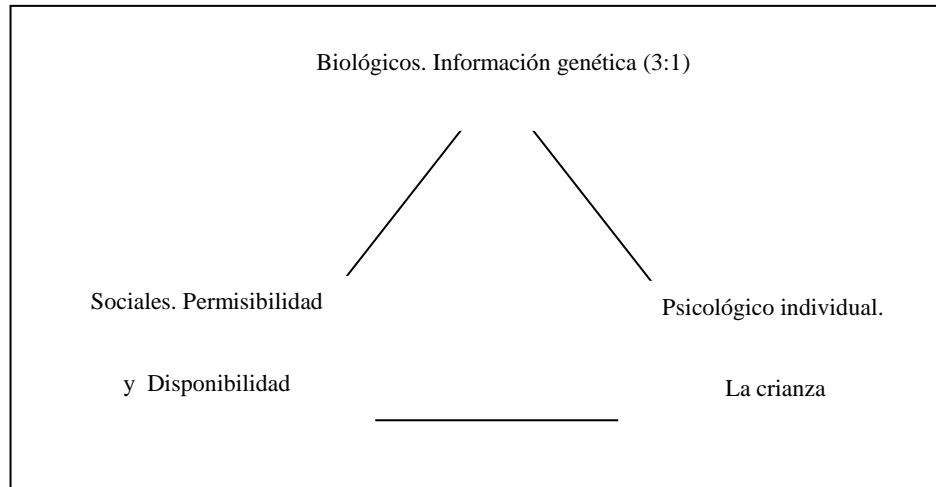
Fuente: Elaboración propia basada en charla con Doctor Manuel Serna. Hermosillo, Sonora 2013.

Factores Sociales

Vivimos en una sociedad donde el uso de bebidas alcohólicas es bien aceptado, tanto que nos acompaña desde que nacemos hasta que morimos, todo lo festejamos bebiendo, a eso se le llama permisibilidad la cual significa la aceptación que tiene la sociedad o los grupos sociales al consumo de una sustancia. La permisibilidad es muy alta, tanto que el 90 % de las personas entre 15 y 65 años bebe alcohol, no son alcohólicos, pero beben alcohol. Existe otro factor, la disponibilidad. Estos son factores que permiten que el individuo beba. Ahora bien, respecto a la transmisión genética, está demostrado que las personas que tienen

un factor hereditario positivo al alcoholismo tienen un riesgo tres veces mayor (3:1) que las que no, tanto en hombres como en mujeres.

Factores que posibilitan la dependencia al alcohol



Fuente: Elaboración propia basada en charla con Doctor Manuel Serna.

Hermosillo, Sonora 2013.

Estos factores se comportan como un triángulo equilátero si se amplía el horario de venta de alcohol aumentan el área de los factores de permisibilidad y disponibilidad, si a esto le sumas la carga genética; es decir los factores de protección del individuo son rebasados por los factores sociales, esto permite que cada vez más grupos que antes no bebían ahora se incorporen al consumo, por ejemplo antes las estadísticas nos hablaban de personas de entre 18-65 años, después de 15-65 años, ahora las estadísticas son dos, aquellos que tienen de 12-17 años y de 18-65 años.

Para que un individuo genere dependencia al alcohol debe contar con los tres factores a su favor, es decir el biológico en donde el más importante es la carga genética, aunque

también cuenta la vulnerabilidad orgánica; los factores sociales como la permisibilidad y disponibilidad al alcohol y el factor psicológico individual que depende de la crianza y la socialización que hacen que uno tenga estabilidad mental. Cuando se pierde el equilibrio en el triángulo es cuando deviene una adicción. La adicción no se simplemente porque el individuo tenga un padre alcohólico, o porque de chico era callado o tímido, se da porque existe un factor de los tres que desajusta a los demás. Si por ejemplo, genéticamente tenemos que existe un factor de 3:1 y tenemos una sociedad que es permisible y disponible, con características donde cada vez se bebe alcohol a más temprana edad y la forma de consumo es en forma de abuso, en México es muy posible que todos podamos correr ese riesgo.

El alcohol etílico se absorbe en un 20 % en el estómago y un 80% en la primera porción del intestino delgado, el proceso consiste en que el alcohol pasa a la sangre y directamente al hígado, a través de la circulación se oxida ahí, se elimina a través de oxidación y la respiración. El organismo tiene una capacidad de oxidación de alcohol, en los bares, si usted pide una cerveza se la dan en tarro, si pide tequila s lo dan en un caballito, si pide una copa de vino tinto en una copa y si pide vino blanco en una copa más larguita, si pide coñac le dan una copa panzoncita, si pide un preparado le dan una copa o un vaso con 13 cm de licor y lo que quiera de una bebida como agua mineral o lo que sea. A esas medidas se les llama trago estándar porque tienen de 14 a 17 gramos de alcohol. El organismo tiene la capacidad de oxidar un trago por hora, el resto de los tragos que alguien se toma se van acumulando en la sangre. En el caso de las mujeres, por sus funciones endocrinas, hormonales, su organismo es más hábil que el del hombre, el hígado es el encargado de

mantener cifras y cantidades de hormonas en la sangre, si la mujer transforma hormonas día a día, tiene una producción hormonal variable su hígado está más ocupado y es más sensible que el de los hombres, es decir ellas se enferman más rápido que ellos.

Mecanismo de adicción al alcoholismo

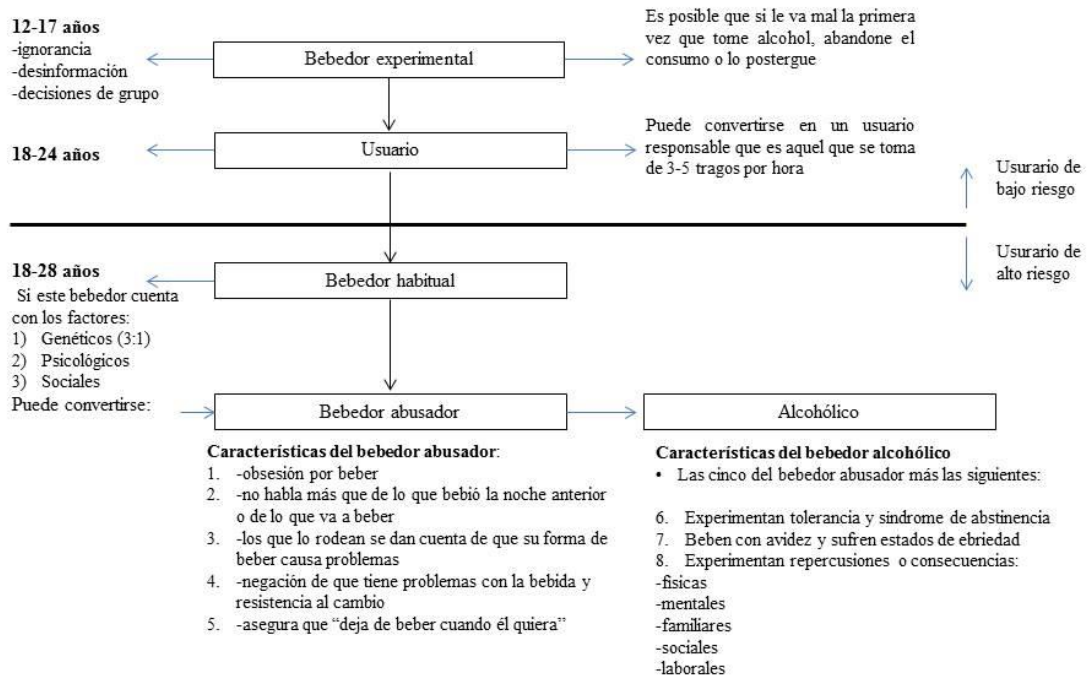
El bebedor comienza a experimentar en el consumo de alcohol, por lo general siendo un adolescente y lo hace debido a la desinformación, ignorancia y por las decisiones que toma en función del grupo al que pertenece, se convierten en usuarios, después en bebedores habituales, posteriormente beben cada fin de semana y se convierten en lo que se llama bebedores de alto riesgo, finalmente comienzan a beber todo el fin de semana y se convierten en abusador, este tipo de consumidor tiene varias características:

- Obsesión por beber
- No habla más que de lo que bebió la noche anterior o de lo que va a beber
- Los que lo rodean se dan cuenta de que su forma de beber causa problemas
- Negación de que tiene problemas con la bebida y resistencia al cambio
- Asegura que “deja de beber cuando él quiera”

Finalmente, el doctor hace alusión al proceso de la crianza y su importancia dentro del desarrollo de una dependencia al alcohol. Él está convencido de que en la familia es donde el individuo comienza a desarrollar independencia, seguridad, expectativas de vida así como la importancia de valores como la honestidad y la espiritualidad, signos que sin duda considera como factores protectores para el individuo.

El siguiente esquema, ilustra el proceso mencionado por el Doctor:

Proceso de dependencia al alcoholismo



Fuente: doctor Manuel Serna. Hermosillo, Sonora 2013.

Anexo 4. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (versiones de auto pase y cuestionario)

| Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase. | | | | | |
|--|-------|--------------------------|--|--------------------------------|---------------------------|
| <p>PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.</p> | | | | | |
| Preguntas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | Nunca | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes | De 2 a 3 más veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
| 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? | 1 o 2 | 3 o 4 | 5 o 6 | De 7 a 9 | 10 o más |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | Nunca | Menos de una vez al mes | Mensualmente | Semanalmente | A diario o casi a diario |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? | No | | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, el último año |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | No | | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, el último año |
| | | | | | Total |

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

| | |
|---|---|
| <p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(3) 10 o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?.</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p><i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> | <p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> |
| <p style="text-align: right;">Registre la puntuación total aquí <input type="text"/></p> <p><i>Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario</i></p> | |

Anexo 5. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente petición se solicita su colaboración voluntaria en la realización de una entrevista cualitativa para abordar el tema de investigación que lleva por título: “Experiencias de mujeres con problemas de adicción a drogas legales e ilegales en Hermosillo, Sonora: proceso de rehabilitación/reinserción y apoyo social”.

La recolección de los datos que se le piden forma parte de una investigación académica, llevada a cabo por una servidora, con la finalidad de comprender el fenómeno de las adicciones desde el punto de vista de las mujeres, basado en las experiencias de las mismas sobre el proceso de rehabilitación/reinserción social y su vínculo con el factor apoyo social.

Esta recolección de datos se llevará a cabo por medio de una entrevista con duración máxima de una hora y que será grabada en audio para hacer más eficiente su transcripción.

Es muy importante hacer de su conocimiento que la información obtenida a partir de su charla tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio y de ninguna manera. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de los resultados obtenidos en la entrevista.

Agradezco de antemano su valiosa participación en la investigación; de aceptar se le pide que firme el presente documento.

Yo:_____ expreso de manera voluntaria y consiente mi deseo de participar en la realización de la entrevista, convocada para la fecha y el lugar previstos en común acuerdo con el autor de la misma.

Firma del entrevistado

Carolina Levario Gim
Maestrante del programa Ciencias
Sociales
ESS-COLSON
Teléfono: (662) 3 11 03 40

BIBLIOGRAFÍA

- Alcohólicos Anónimos. 2012. México: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos.
- Arranz López, Sergio. 2010. Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción social. *Redes. Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales XVIII* :163-182.
- Babor, Thomas F., John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders y Maristela G. Monteiro. 2011. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud
- Barrucos, Luis. 1983. Aspectos antropológicos del alcoholismo. En *El alcoholismo en México II. Aspectos sociales, culturales y económicos*, compilado por Valentín Molina, Luis Barrucos y Luis Sánchez, 1-16. México, D.F: Fundación de investigaciones sociales A.C
- Bertaux, Daniel. 1993. Los relatos de vida en el análisis social. En *Historia oral*, compilado por Jorge E. Aceves Lozano, 136-48. México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora; Universidad Autónoma Metropolitana.
- Briggs, Cynthia A. y Jennifer L. Pepperell. 2009. *Women, girls and addiction. Celebrating the feminine in counseling treatment and recovery*. Estados Unidos: Routledge
- Burín, Mabel. 2006. Ámbito familiar y construcción del género. En *Género y familia. Poder amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, Mabel Burín e Irene Meler, 71-86. Buenos Aires: Paidós.
- Castro, Roberto, Lourdes Campero y Bernardo Hernández. 1997. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de saúde pública* XXXI (4): 425-432.
- Carreón, Rubén. 2006. Chiva, cuete y cacharro: prácticas y representaciones del consumo de heroína en Hermosillo, Sonora. Tesis de maestría en Ciencias Sociales. El Colegio de Sonora.
- CONADIC. 2011. Programa de Acción Específico: Prevención y tratamiento de las adicciones 2011-2012. México: Secretaría de Salud.
- Cortés, Beatriz. 1992. Instituciones médicas y “alcoholismo” o de la inexistencia del paciente alcohólico. En *Prácticas e ideologías “científicas” y “populares” respecto*

del alcoholismo en México, editado por Eduardo Menéndez, 91-137. México, D.F: Ciesas.

- Elizondo, José. 1983. Influencia de los aspectos sociales en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico. En *El alcoholismo en México II. Aspectos sociales, culturales y económicos*, compilado por Valentín Molina, Luis Barruecos y Luis Sánchez, 71-87. México, D.F: Fundación de investigaciones sociales A.C
- Peña, Roser. 2005. Redes sociales, apoyo social y salud. *Periféria* (3): 1-16
- Galindo, Jesús. 1987. Encuentro de subjetividad, objetividad descubierta. La entrevista como centro de trabajo etnográfico. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas* 1 (3): 151-83, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/316/31610307.pdf>.
- García, Luz María y Brenda Barriguete Mázmela (coordinadoras). 2012. *Actualidades en adicciones. Avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos de las adicciones*. México: Secretaría de Salud.
- González, Teresa. 2006. Una experiencia de trabajo social con mujeres drogodependientes en el centro de día “Los almendros”. En *Diferencias de género en el uso de las drogas*, editado por Ana García-Mina y Ma. José Carrasco, 93-102. España: Comillas.
- Guzmán, Gezabel y Martha Bolio. 2010. *Construyendo la herramienta perspectiva de género: cómo portar lentes nuevos*. DF: Universidad Iberoamericana.
- Kornblit, Ana, Fabián Beltramino, Ana Camarotti y Malena Verardi. 2004. Las categorías yo-nosotros-ellos en la identidad de consumidores de drogas. En *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*, coordinador por Ana Lía Kornblit, 15-26. Buenos Aires: Biblos.
- Kornblit, Ana, Sergio Guffanti y Malena Verardi. 2004. La experiencia en comunidades desde la voz de los usuarios de drogas. En *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*, coordinador por Ana Lía Kornblit, 79-86. Buenos Aires: Biblos.
- León, Laura. 2012. Daños en aparatos en sistemas por el uso de inhalables. En *Inhalables: un problema reemergente de salud pública*, compilado por Carmen Fernández Cáceres, 31-48. México, DF: Centros de Integración Juvenil.
- Lomnitz, Larissa. 1983. La ingestión de alcohol como factor de cohesión o disolución social. En *El alcoholismo en México II. Aspectos sociales, culturales y económicos*, compilado por Valentín Molina, Luis Barruecos y Luis Sánchez, 185-193. México, D.F: Fundación de investigaciones sociales A.C

- López, Eulalio y Manuel Pérez Bailón. 2005. La reinserción social y las adicciones. <http://new.pensamientopenal.com.ar/16062010/dossiers22.pdf>. (Consultado el 5 de septiembre de 2012).
- Medina-Mora, María Elena, Rebeca Robles y Tania Real. 2012. Panorama mundial en el área de diagnóstico y tratamiento de las adicciones. En *Actualidades en adicciones. Avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos de las adicciones*, coordinado por Luz María García y Brenda Barriguette Mázmela, 15-42. México: Secretaría de Salud.
- Meler, Irene. 2006. La familia. Antecedentes históricos y perspectivas futuras. En *Género y familia. Poder amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, Mabel Burín e Irene Meler, 31-70. Buenos Aires: Paidós.
- Meneses, Carmen. 2006. Invisibilidad y estigmatización del consumo de drogas en las mujeres. En *Diferencias de género en el uso de las drogas*, Ana García-Mina and María José Carrasco (eds), 13-35. Madrid: Comillas.
- Mendes, Ana María, Ana Lía Kornblit, Ana Clara Camarotti y Sergio Guffanti. 2004. Cambios percibidos por los consumidores de droga dados de alta de comunidades terapéuticas. En *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*, coordinador por Ana Lía Kornblit, 63-77. Buenos Aires: Biblos.
- Menéndez, Eduardo y Renée B. Di Pardo. 1982. Alcoholismo (I). Características y funciones del proceso de alcoholización. Alienación, enfermedad o cuestionamiento. México, D.F: Ciesas
- Menéndez, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, D.F: Patria.
- Menéndez, Eduardo (editor). 1992. Prácticas e ideologías “científicas” y “populares” respecto del alcoholismo en México. México, D.F: Ciesas.
- Norma Oficial Mexicana. 2009. NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México, DF.
- Organización Panamericana de la Salud. 2008. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para el manejo de riesgos y problemas. Washington. D.C
- Osorio, Rosa María. 1992. Usos, funciones y consecuencias de la alcoholización. El alcohol como instrumento de las relaciones familiares. En *Prácticas e ideologías “científicas” y “populares” respecto del alcoholismo en México*, editado por Eduardo Menéndez, 21-43. México, D.F: Ciesas.

- Romaní, Oriol. 2011. La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias. En *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Jesús Armando Haro (organizador). Buenos Aires: Lugar editorial.
- Ruiz, José Ignacio. 1999. La entrevista. En *Metodología de la investigación cualitativa*, José Ignacio Ruiz Olabuénaga, 165-89. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez López, Gabriela. 2006. ¿Recuperarse para quién?: procesos terapéuticos de mujeres con problemas de drogodependencias en Hermosillo, Sonora. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Sen, Gita, Asha George y Piroska Ostlin. 2005. *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas*. OPS.
- Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. 2012. Tres charlas a sociedades médicas. Noviembre de 2012.
- Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. 2012. Cómo cooperan los miembros de AA. Enero de 2013.
- Velasco, Rafael. 1983. Los factores sociales del alcoholismo desde el punto de vista de la psiquiatría. En *El alcoholismo en México II. Aspectos sociales, culturales y económicos*, compilado por Valentín Molina, Luis Barruecos y Luis Sánchez, 39-56. México, D.F: Fundación de investigaciones sociales A.C
- Velasco, María del Pilar. 1983. La concepción de los problemas asociados al consumo de alcohol en la historia de México. En *El alcoholismo en México II. Aspectos sociales, culturales y económicos*, compilado por Valentín Molina, Luis Barruecos y Luis Sánchez, 193-208. México, D.F: Fundación de investigaciones sociales A.C
- Velasco, María del Pilar. 1983. Variables que influyen en el consumo de licores. En *El alcoholismo en México II. Aspectos sociales, culturales y económicos*, compilado por Valentín Molina, Luis Barruecos y Luis Sánchez, 208-255. México, D.F: Fundación de investigaciones sociales A.C