

Algunos datos acerca del funcionamiento de una muestra de grupos de autoayuda en México

MARCO ANTONIO PULIDO RULL, MIRIAM MOYERS GONZÁLEZ Y ANTOLINA MARTÍNEZ SALAS
Universidad Intercontinental

Resumen

El objetivo del estudio fue comenzar a recopilar información acerca del funcionamiento, tratamiento y efectividad de una muestra de grupos de autoayuda y de sus pacientes. La información se reunió mediante fichas de datos de pacientes proporcionadas por dos diferentes organizaciones de autoayuda y por una posterior entrevista telefónica con el responsable del paciente. Se llevaron a cabo 105 entrevistas. Los resultados mostraron que los grupos funcionan de manera muy distinta y que sus procedimientos, ética de trabajo y efectividad son heterogéneos. Adicionalmente, se encontró que los grupos proporcionan poca información acerca del tratamiento a los responsables del paciente. Complementariamente, se encontraron altos índices de maltrato físico y emocional, así como datos que sugieren que un alto porcentaje de los internos se escapa de los centros. También se hallaron indicios de que los grupos comienzan a tratar pacientes que presentan problemas conductuales y de salud diferentes a los relacionados con las adicciones.

Palabras clave: grupos de autoayuda, funcionamiento, tratamiento, adicciones, efectividad.

Some Data Regarding the Operation of a Sample of Self-Help Groups in México

The purpose of the present study was to begin the recollection of information regarding the operation, treatment and efficiency of self-help groups as well as from their patients. Initially, information was obtained by reviewing patients' records from two different self-help organizations. The obtained data was subsequently used to track down and telephonically interview 105 tutors of these patients. Results showed answers to the interviews were frequently contradictory. The results also showed that the different groups and centers operated in different ways, and their procedures, ethic work and effectiveness are heterogeneous. Additionally, the data showed that the groups provided insufficient information to the tutors regarding patients' treatment procedures. The data showed high indexes of physical and emotional mistreatment of patients, and that an important number of them escape from these groups. Lastly, the data showed self-help groups have began to treat patients with behavior and health problems not related to addictions.

Key words: self-help groups, operation, treatment, addictions, effectiveness.

Los autores desean agradecer a la Facultad de Psicología de la UIC y al IPIEC por su apoyo para la realización del presente estudio.

Correspondencia en relación al presente estudio, deberá dirigirse a: Marco Antonio Pulido Rull, Laboratorio de Condicionamiento Operante, Universidad Intercontinental. Correo-e: mpulido@uic.edu.mx

INTRODUCCIÓN

En México, así como en otros países, los problemas derivados del abuso de consumo de alcohol y drogas muchas veces exceden los recursos asignados por el Estado para atender tales problemáticas (Banco Mundial, 1993; Medina-Mora, 1994; Coleman, 2005). Esta circunstancia ha generado diversas formas de organización por parte de la sociedad civil, encaminadas a suplir las carencias del financiamiento público (McGrady & Miller, 1993; Fiorentine, 1999; Humphreys, 1999). En México, una de las formas más usuales que ha tomado la organización social para responder al problema de las adicciones es lo que se conoce comúnmente como grupo de autoayuda. Estos grupos asumen que al reunirse individuos que comparten una misma problemática, pueden ayudarse colectivamente y eventualmente, resolver el problema en cuestión. Muchos grupos de autoayuda emplean variantes del modelo de los doce pasos, desarrollado originalmente por Alcohólicos Anónimos (Kurtz, 1990). La principal característica de estos grupos es su heterogeneidad (dado que en su mayoría son iniciativas de la sociedad civil), sin embargo, a diferencia de otras organizaciones asociadas al cuidado de la salud, la mayoría de estos grupos se encuentra constituida por exadictos y vive en un régimen regulatorio laxo (Martínez & Moyers, 2005; Timko, DeBenedetti, & Billow, 2006).

En México, el consumo de drogas ha aumentado sensiblemente en los últimos 20 años (Secretaría de Salud, 2002); junto con el consumo, la respuesta de la sociedad civil a través de grupos de autoayuda también ha incrementado (Mendoza & Caro, 1999; Fiorentine, 2001). La proliferación de los grupos de autoayuda en el país resulta problemática por al menos tres razones. En primer lugar, la mayor parte de estos grupos

trabaja bajo un principio de anonimato que generalmente dificulta proporcionar información acerca de sus métodos y resultados. En segundo lugar, una gran proporción del personal que trabaja en estos centros carece de la formación académica que le permita llevar a cabo una evaluación sistemática de sus procedimientos y resultados. En tercer lugar, a pesar de la publicación de la norma 028, que regula el tratamiento de las adicciones en el país, no existen aun los elementos de fiscalización que hagan posible verificar su cumplimiento.

Dado el contexto previamente descrito, el objetivo del presente estudio es presentar información acerca de los pacientes, el funcionamiento, tratamiento y la efectividad de una muestra de grupos de autoayuda en México.

MÉTODO

Participantes

A través de un directorio de ONG, se identificó e invitó a participar en el estudio a diversos grupos de autoayuda de la Ciudad de México y de provincia. Dos grupos aceptaron la invitación. El primero de ellos, Grupo Compañeros Uno, tiene cinco sedes, dos de ellas en el Distrito Federal, las tres restantes en las Ciudades de Cuernavaca, Abasolo y Minatitlán. El segundo grupo que aceptó la invitación no tiene una nominación única o razón social unificada y está integrado por cinco grupos de autoayuda de la ciudad de Querétaro (en adelante en este documento, será referida como “Red Queretana”).

Una vez identificadas las organizaciones que participarían en el estudio, se les envió a través del correo una ficha de datos generales con el ánimo de localizar al “responsable del paciente” (al ingreso al grupo, se pide al paciente datos de un responsable directo que con frecuencia es un familiar cercano,

los padres o el tutor). Una vez que las fichas fueron llenadas, se regresaron vía correo a los investigadores. En total se recibieron 180 fichas de Grupo Compañeros Uno y 172 de la Red Queretana.

La información de las fichas fue utilizada para contactar al responsable del paciente y realizar una entrevista telefónica relacionada con la estancia del paciente en el grupo de autoayuda. De las 352 fichas recibidas solamente se pudo realizar la entrevista a 105 personas (72 de Grupo Compañeros Uno y 33 de la Red Queretana). La mortalidad experimental se debió principalmente a errores en los números telefónicos recibidos (ya que no eran vigentes o no correspondían al responsable del paciente). Únicamente dos personas se negaron a contestar las preguntas de la entrevista telefónica.

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos en el estudio: la ficha de datos generales y la entrevista telefónica. La primera, enviada a los grupos de autoayuda, tuvo como fin solicitar los datos generales del paciente y del responsable: nombre, parentesco con el responsable, dirección y teléfono. La entrevista telefónica consistió en 20 preguntas abiertas y cerradas (los autores reconocen que las preguntas abiertas muchas veces fueron necesarias para complementar la información y que su carácter, eminentemente improvisado y subjetivo, plantea problemas de interpretación metodológica). Por medio de la entrevista se evaluaron tres áreas. La primera, información general sobre el paciente, indagó sobre sus datos y sirvió para corroborar las respuestas obtenidas por medio de la ficha (reactivos 1, 2, 4, 8, 9, 10 y 11). Una segunda área evaluó la satisfacción del responsable del paciente con el servicio recibido. Se formularon preguntas del siguiente estilo:

¿cómo considera que fue la experiencia del paciente dentro del anexo?, ¿considera que las personas que trabajan en el anexo tienen los conocimientos y la capacidad para ayudar a los pacientes?, ¿recibió el paciente algún tipo de maltrato? (reactivos 3, 5, 6, 7 y 19). La tercera área de evaluación se centró en posibles cambios conductuales después del tratamiento. Ejemplos de preguntas de esta área son: ¿notó algún cambio en el paciente después de su estancia en el anexo? (reactivos 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18).

Tanto la ficha de datos generales como las preguntas diseñadas para la entrevista telefónica fueron elaboradas en varias sesiones de “lluvia de ideas” por los integrantes del seminario permanente de investigación en adicciones de la Universidad Intercontinental. Adicionalmente, las preguntas se entregaron a expertos en el área para que las revisaran, corrigieran e hicieran sugerencias pertinentes al respecto.

Procedimiento

Una vez contestados los instrumentos de mediciones, se solicitó una cita con los diferentes responsables de los grupos de autoayuda que pudieron ser localizados por medio del directorio de ONG para invitarlos a participar en el estudio. Se platicó en detalle con los dos “padrinos” que aceptaron participar, acerca de los objetivos, requerimientos e instrumentos que se aplicarían en el estudio.

Luego de explicados a cada padrino todos los detalles del estudio y una vez se aceptaron las condiciones de la investigación, se le envió a cada uno su paquete de fichas de datos (todos los paquetes se enviaron en noviembre de 2004). Las instrucciones que recibieron los padrinos fueron las de aplicar la ficha a todos los internos del anexo sin excepción y enviarlas a los investigadores a

más tardar en mayo de 2005 (los autores reconocen que al obrar de esta manera, se dejó el proceso de muestreo y llenado de fichas en manos de los padrinos, sin embargo, fue la única forma de que éstos aceptaron participar en el estudio).

En cuanto comenzaron a llegar los paquetes de fichas, iniciaron igualmente las entrevistas telefónicas. La presentación de los entrevistadores mantuvo siempre las siguientes líneas: “*Buenos días, mi nombre es (nombre del entrevistador). ¿Me podría comunicar con (nombre del responsable del paciente)?*” Si no se encontraba el responsable, se solicitaba entonces su hora de llegada y posteriormente se volvía a llamar. En caso de encontrarse la persona, se continuó la entrevista así: “*Hola muy buenos días, le llamo de la Universidad Intercontinental, estamos haciendo un estudio para conocer los servicios que prestan algunos grupos de autoayuda (anexos) en México, para así poder realizar sugerencias constructivas a éstos. Sus respuestas son totalmente anónimas y solamente serán utilizadas con fines científicos. ¿Nos regalaría unos minutos?*” Si el responsable del paciente aceptaba

colaborar, se proseguía con la entrevista, en caso contrario, se le daban las gracias y no se le volvía a llamar. Con frecuencia, los responsables de paciente se encontraban sorprendidos y a veces asustados por la llamada. Fue común recibir preguntas tales como: ¿por qué me llaman?, ¿pertenecen al grupo?, etc. En general, la mayor parte accedió a participar en cuanto se aclaraba el carácter independiente de los investigadores y los propósitos del estudio (como ya se mencionó, solamente dos personas se rehusaron a colaborar en el estudio).

La entrevista consistió en leer al participante la pregunta de interés y codificar su respuesta en las hojas dispuestas para ello. En el caso de las preguntas abiertas, se anotó taquigráficamente la respuesta del participante. Después de cada entrevista se agradeció al participante su colaboración. Posteriormente, las dos encuestadoras codificaron las respuestas de los entrevistados directamente en la computadora, en presencia del director de la investigación. La codificación requirió el acuerdo de dos de los tres investigadores para asignarse a una cla-

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes correspondientes a cada sede y grupo de autoayuda

Nombre de la institución	Encuestados número y porcentajes	Total
Grupo compañeros 1		72 (68.6%)
Azcapotzalco (DF)	17 (16.2%)	
Iztapalapa (DF)	17 (16.2%)	
Cuernavaca (Mor)	8 (7.6%)	
Abasolo (Gto)	2 (1.9%)	
Minatitlán (Ver)	28 (26.7%)	
Querétaro		33 (31.4%)
Nuevo amanecer	11(10.4%)	
Luz de vida I.A.P	12 (11.4%)	
Grupo Piedad Juríca	6 (5.7%)	
Despertares I.A.P	2 (1.9%)	
Casa del río A.C.	2 (1.9%)	
Total	105	105 (100%)

Tabla 2. Razones por las cuales se internaron a los pacientes y motivos de internamiento

Grupo de autoayuda	Consumo-Drogas	Consumo-Alcohol	Ingobernabilidad	Drogas y alcohol	Alcohol e ingobernabilidad	Todas las anteriores
Azcapotzalco	9	5	-	2	1	-
Iztapalapa	7	5	2	3	-	-
Cuernavaca	4	3	-	1	-	-
Abasolo	2	-	-	-	-	-
Minatitlán	6	14	-	7	-	1
Nuevo amanecer	5	4	-	2	-	-
Luz de vida	4	6	-	2	-	-
Grupo Piedad Juríca	3	2	-	1	-	-
Despertares	1	1	-	-	-	-
Casa del río	1	1	-	-	-	-
Total	42 (40%)	41 (39%)	2 (1.9%)	18 (17.2%)	3 (.95%)	1 (.95%)

sificación determinada. En caso de no llegar a un acuerdo acerca de una codificación determinada, se discutió sobre el punto hasta llegar a un acuerdo consensuado.

RESULTADOS

Las entrevistas realizadas con los responsables de paciente fueron extensas, involucraron 20 preguntas diferentes y con frecuencia cada pregunta realizada dio origen a dos o tres preguntas adicionales. Por razones de espacio para este trabajo, se seleccionaron solamente las respuestas a 12 preguntas estructuradas. Los resultados completos se pueden consultar en Martínez y Moyers (2005).

La Tabla 1 presenta las frecuencias y los porcentajes correspondientes a cada sede y grupo de autoayuda. La primera columna muestra cada uno de los diferentes grupos de autoayuda que participaron en el estudio, acompañados de sus correspondientes sedes. La segunda columna indica la frecuencia de sujetos que pudieron ser localizados telefónicamente y el porcentaje que

dicha frecuencia representa respecto al total muestral obtenido. La tercera columna señala los totales por grupo.

Como se puede apreciar, fue sustancialmente más sencillo contactar a los responsables de paciente pertenecientes al grupo Compañeros Uno que a los de la Red Queretana. Las sedes que más participantes aportaron al estudio fueron, respectivamente, la de la ciudad de Minatitlán y las dos ubicadas en el Distrito Federal. Un análisis de Chi cuadrada mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos de ambas sedes ($\chi^2(1) = 14.5, p < .001$).

La Tabla 2 muestra las razones por las cuales los pacientes fueron internados en los diferentes grupos y sedes. La primera columna presenta cada uno de los grupos y sedes, las columnas restantes dejan ver los motivos más comunes por los cuales se internaron a los pacientes. Las celdillas señalan la frecuencia de ocurrencia de cada motivo y en la última fila se exponen las frecuencias totales y los porcentajes.

Tabla 3. Evaluación de las condiciones de la sede

Grupo de autoayuda	Muy bien	Bien	Muy mal, sucio	Falta de instalaciones y personal	Otros	No conoció el grupo
Azcapotzalco	2	10	1	-	2	2
Iztapalapa	6	6	1	-	1	3
Cuernavaca	2	3	-	-	-	3
Abasolo	-	1	-	-	-	1
Minatitlán	6	11	2	2	3	4
Nuevo amanecer	1	6	1	-	1	2
Luz de vida	4	2	2	-	2	2
Grupo Piedad Juríca	-	3	-	1	2	-
Despertares	-	1	-	-	-	1
Casa del río	-	2	-	-	-	-
Total	21 (20%)	45 (42%)	7 (6.6%)	3 (2.8%)	11 (11.4%)	18 (17.1%)

Es evidente que los motivos de internamiento más frecuentes fueron el consumo de drogas, el consumo de alcohol y la mezcla de consumo de drogas y alcohol. Llama la atención que en algunos casos se internó al paciente por la incapacidad de los tutores para controlar su conducta (ingobernabilidad), así como también el hecho de que en la mayor parte de las sedes la frecuencia de consumo de drogas se manifestó superior o muy similar a la de consumo de alcohol. Sin embargo, en la sede de Minatitlán la frecuencia de internamiento por consumo de alcohol fue sustancialmente superior a la de consumo de drogas. Un análisis de Chi cuadrada mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para los distintos motivos de internamiento; se agruparon las categorías con frecuencias menores a 5 ($X^2(3) = 35.2$, $p < .001$).

La Tabla 3 muestra la frecuencia de respuesta a la pregunta: ¿Qué le parecieron las condiciones generales de la sede de internamiento? De nueva cuenta, la primera columna presenta los diferentes grupos y sedes y las columnas restantes, las diferentes cali-

ficaciones asignadas por los responsables de paciente. Al igual que en las otras tablas, la última fila revela las frecuencias y los porcentajes globales de cada columna.

Tal como lo indican los resultados, las calificaciones asignadas con mayor frecuencia fueron Bien y Muy bien, sin embargo, un porcentaje importante de los responsables de pacientes no conocía las instalaciones en las cuales se llevó a cabo el internamiento. Un análisis de Chi cuadrada mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de evaluación; se agruparon aquellas categorías con frecuencias menores a 5 ($X^2(4) = 43.1$, $p < .001$).

La Tabla 4 muestra las respuestas a la pregunta: ¿Cómo fue la experiencia del paciente durante su internamiento? La Tabla se encuentra organizada de forma similar a las anteriores. Como se puede observar, las respuestas más frecuentes fueron Bien, seguidas de Regular y Mala. Un análisis de Chi cuadrada mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de experiencia; se agruparon aquellas categorías

Tabla 4. Experiencia del paciente dentro del grupo de autoayuda

Grupo de autoayuda	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal	No sabe
Azcapotzalco	2	5	5	3	2	-
Iztapalapa	-	6	6	3	1	-
Cuernavaca	1	1	3	2	1	-
Abasolo	-	-	2	1	-	-
Minatitlán	4	10	6	5	2	1
Nuevo amanecer	3	5	2	1	-	-
Luz de vida	-	3	3	2	3	1
Grupo Piedad Juríca	-	4	1	1	-	-
Despertares	-	1	1	-	-	-
Casa del río	-	2	-	-	-	-
Total	10 (9.5%)	37 (35.3%)	29 (27.7%)	18 (17.1%)	9 (8.5%)	2 (1.9%)

Tabla 5. ¿Usted conocía el tratamiento?

Grupo de autoayuda	Sí	No
Azcapotzalco	7	10
Iztapalapa	11	6
Cuernavaca	1	7
Abasolo	1	1
Minatitlán	19	9
Nuevo amanecer	8	3
Luz de vida	9	3
Grupo Piedad Juríca	3	3
Despertares	-	2
Casa del río	2	-
Total	61 (58%)	44 (42%)

con frecuencias menores a 5 ($\chi^2(4) = 28.8$, $p < .001$).

La Tabla 5 muestra las respuestas a la pregunta: ¿Conoce el tratamiento que recibió su paciente en el grupo de autoayuda? La Tabla está organizada de manera similar a las descritas previamente.

Como se puede apreciar, cerca de la mitad de los entrevistados no conocía el tratamiento que recibiría su paciente en el grupo. Los datos sugieren que la falta de información con respecto al tratamiento fue mayor en Grupo Compañeros Uno que en la Red Queretana. Al parecer, la sede que mayor

información proporcionaría fue la de Minatitlán; caso contrario se presentó en la sede de Cuernavaca. Un análisis de Chi cuadrada no mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría conocimiento del tratamiento, ($\chi^2(4) = 2.75$, NS).

La Tabla 6 muestra las respuestas a la pregunta: ¿Considera que el personal del grupo de autoayuda está capacitado para ayudar a las pacientes que se encuentran en internamiento? La Tabla presenta el mismo orden de las anteriores.

En este caso, la frecuencia de las respuestas "sí" y "no" fue muy similar. Al parecer, el personal de la Red Queretana fue mejor evaluado que el del Grupo Compañeros Uno. El personal de Minatitlán e Iztapalapa pareció particularmente mal evaluado, en contraste con el personal de Nuevo Amanecer y Luz de Vida, que aparecieron especialmente bien evaluados. Un análisis de Chi cuadrada mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de capacitación, ($\chi^2(3) = 63.0$, $p < .001$).

Tabla 6. ¿El personal del grupo está capacitado?

Grupo de autoayuda	Sí	Algunos	No	No sé
Azcapotzalco	9	-	7	1
Iztapalapa	7	1	9	-
Cuernavaca	3	-	4	1
Abasolo	-	-	2	-
Minatitlán	10	1	14	3
Nuevo amanecer	7	2	2	-
Luz de vida	8	1	2	1
Grupo Piedad Juríca	3	-	3	-
Despertares	1	-	1	-
Casa del río	1	-	-	1
Total	49 (46.7%)	5 (4.7%)	44 (42%)	7 (6.6%)

Tabla 7. ¿El paciente recibió algún maltrato?

Grupo de autoayuda	Sí	No	No sé
Azcapotzalco	2	13	2
Iztapalapa	9	7	1
Cuernavaca	6	1	1
Abasolo	2	-	-
Minatitlán	10	17	1
Nuevo amanecer	2	8	1
Luz de vida	5	6	1
Grupo Piedad Juríca	1	3	2
Despertares	-	2	-
Casa del río	1	1	-
Total	38 (36.2%)	58 (55.3%)	9 (8.5%)

La Tabla 7 muestra las respuestas a la pregunta: ¿Recibió algún tipo de maltrato el paciente mientras permaneció internado en el grupo?

Como se puede observar, cerca del 40% de los internos recibió algún tipo de maltrato durante su internamiento. El maltrato pareció ser más frecuente en Grupo Compañeros Uno que en la Red Queretana (con la excepción de Minatitlán); se manifestó mayor frecuencia en Iztapalapa y Cuernavaca. Un análisis de Chi cuadrada mostró

diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de maltrato; se excluyó la categoría no sé ($X^2(1) = 4.17, p < .05$).

La Tabla 8 aborda el motivo por el cual el paciente salió del grupo.

Como se evidencia, cerca del 30% de los internos no terminó el tratamiento y más del 20% se escapó de las instalaciones de la sede. Iztapalapa y Cuernavaca fueron las sedes que más pacientes perdieron por motivo de fuga. Un análisis de Chi cuadrada mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de “razones”; se agruparon aquellas categorías con frecuencias de 5 o menores ($X^2(2) = 67.6, p < .001$).

La Tabla 9 muestra las respuestas a la pregunta: ¿Frecuenta todavía el paciente aquellos sitios en los que consumía alcohol y/o drogas?

Los resultados arrojan que más del 40% de los pacientes siguió frecuentando los mismos sitios en los cuales llevaba a cabo el consumo de la sustancia adictiva antes de ser internado. El regreso a los lugares de consumo se evidenció particularmente frecuente en las sedes de Luz de Vida y Grupo Piedad Juríca, donde la cantidad de personas que retornó al lugar de consumo fue el doble de la cantidad que no lo hizo. También es interesante el caso de Minatitlán, donde cerca de la mitad de los pacientes volvió al lugar de consumo. Un análisis de Chi cuadrada no mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de “lugares”; solamente se analizaron las categorías “sí” y “no” ($X^2(1) = 0.27, \text{NS}$).

Tabla 8. Razones por las que el paciente salió del grupo

Grupo de autoayuda	Terminó el tratamiento	Se escapó	Se salió	Lo sacaron	Sigue interno
Azcapotzalco	15	2	-	-	-
Iztapalapa	8	7	1	-	1
Cuernavaca	2	6	-	-	-
Abasolo	1	1	-	-	-
Minatitlán	23	3	1	-	1
Nuevo amanecer	7	1	2	1	-
Luz de vida	11	1	-	-	-
Grupo Piedad Juríca	3	1	1	1	-
Despertares	2	-	-	-	-
Casa del río	2	-	-	-	-
Total	74 (70.5%)	22 (21%)	5 (4.8%)	2 (1.9%)	2 (1.9%)

Tabla 9. El paciente frecuenta los mismos lugares en donde consumía alcohol y/o drogas

Grupo de autoayuda	Sí	No	No sabe	Sigue internado
Azcapotzalco	6	9	2	-
Iztapalapa	7	6	3	1
Cuernavaca	4	3	1	-
Abasolo	-	2	-	-
Minatitlán	13	14	-	1
Nuevo amanecer	1	9	1	-
Luz de vida	6	3	3	-
Grupo Piedad Juríca	4	2	-	-
Despertares	2	-	-	-
Casa del río	-	1	1	-
Total	43 (40.9%)	49 (46.8%)	11 (10.4%)	2 (1.9%)

La Tabla 10 muestra las respuestas a la pregunta: ¿Ha vuelto a consumir drogas y/o alcohol el paciente?

En relación con esta pregunta, cerca de la mitad de los responsables reportó que el paciente volvió a consumir la sustancia adictiva al salir de grupo de autoayuda. El reporte de reincidencia parece particularmente alto en Luz de Vida y Piedad Juríca. Un análisis de Chi cuadrada no mostró diferencias es-

tadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de “consumir”; solamente se analizaron las categorías “sí” y “no” ($X^2(1) = 0.09$, NS).

La Tabla 11 muestra las respuestas a la pregunta: ¿Volvería a llevar al paciente al grupo de autoayuda? Como se puede observar, el porcentaje de personas que no volvería a llevar al paciente al grupo fue mayor que el de las que sí volverían a internar al paciente. Llama la atención el alto número de personas que se rehusaron a contestar la pregunta. Al parecer, las sedes menos favorecidas en esta pregunta fueron Cuernavaca, Minatitlán y Nuevo Amanecer. Un análisis de Chi cuadrada mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de la pregunta ($X^2(2) = 7.60$, $p < .05$).

La Tabla 12 pretende mostrar la cantidad de pacientes que habían dejado el grupo de autoayuda en tres cortes de tiempo; igualmente, quiere mostrar cuántos de ellos recibieron un reporte de recaída por parte de su responsable en cada uno de los tres cortes.

Es evidente que la mayor parte de los pacientes a los que se dio seguimiento había dejado el grupo en un período entre los 6 y los 12 meses. En todos los cortes, una cantidad cercana al 50% había recaído en la adicción. La columna de “no sabe” corresponde a aquellos casos en los cuales el responsable ignoraba cuánto tiempo tenía de haber egresado el paciente. En estos casos, menos del 30% de los pacientes fue reportado como reincidente. Un análisis de Chi cuadrada no mostró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de datos obtenidos para cada categoría de “corte temporal”. Con la finalidad de llevar a cabo una inferencia estadística más justa, los porcentajes se convirtieron en frecuencias y la prueba estadística se llevó a cabo con base en ellas mismas ($X^2(2) = 0.12$, NS).

DISCUSIÓN

La lectura y posterior interpretación de los datos que se presentan en este estudio debe ser cuidadosa por varias razones. En primer

Tabla 11. ¿Volvería a llevar al paciente?

Grupo de autoayuda	Sí	No	No contestaron
Azcapotzalco	3	3	11
Iztapalapa	5	4	8
Cuernavaca	1	4	3
Abasolo	1	1	-
Minatitlán	5	11	12
Nuevo amanecer	1	3	7
Luz de vida	5	3	4
Grupo Piedad Juríca	3	1	2
Despertares	2	-	-
Casa del río	-	1	1
Total	26 (24.8%)	31 (29.5%)	48 (45.7%)

lugar, los responsables de los grupos de autoayuda fueron los mismos encargados de seleccionar el material que posteriormente recibieron los investigadores. A pesar de que se insistió a los padrinos (responsables) la inclusión de todas las fichas de los dos años previos al estudio, no existe ninguna garantía de que así lo hayan hecho. En

segundo lugar, otro factor que sugiere cautela por parte del lector tiene que ver con la metodología utilizada por los autores. Es evidente que al basarse la información exclusivamente en el testimonio del responsable del paciente, la objetividad del estudio se limita seriamente y se imposibilita el cruce de información con otras fuentes que podrían garantizar su mayor nivel de validez y confiabilidad (véase por ejemplo: Berruetcos, 1994; Margolis, Kilpatrick, & Mooney, 2000). En tercera instancia, al llevar a cabo la entrevista vía telefónica se imposibilita el correlato entre el testimonio verbal y la

Tabla 10. ¿Ha vuelto a consumir?

Grupo de autoayuda	Sí	No	No sé	No contestaron
Azcapotzalco	4	11	1	1
Iztapalapa	6	8	-	3
Cuernavaca	4	3	1	-
Abasolo	2	-	-	-
Minatitlán	12	12	2	2
Nuevo amanecer	5	6	-	-
Luz de vida	8	3	1	-
Grupo Piedad Juríca	4	1	1	-
Despertares	2	-	-	-
Casa del río	1	1	-	-
Total	48 (45.8%)	45 (42.8%)	6 (5.7%)	6 (5.7%)

Tabla 12. Índices reportados de recaídas

Meses	6m	12m	>17m	No sabe
Recaídas	7	30	8	4
Total de pacientes	15	60	16	14
Porcentaje total de recaídas	46.6%	50%	50%	28.5%

comunicación no verbal. De igual modo, el uso del teléfono limitó en alguna medida la extensión de la entrevista el contenido de las respuestas a las preguntas cerradas, pues no siempre proporcionó información cualitativa necesaria para comprender mejor el fenómeno de estudio. Por último, un estudio como el presente forzosamente se encuentra empañado por problemas derivados de deseabilidad social, un rapport inadecuado y la desconfianza natural que provoca el no poder ver físicamente a una persona que solicita información personal y frecuentemente dolorosa.

A pesar de los problemas mencionados, la dificultad para acceder a grupos como los estudiados en esta investigación y la relativa escasez de información acerca de sus actividades (Di Clemente, 1993; Fiorentine, 1999; 2001; Magura et al., 2003) hacen que la presentación de estos datos sea relevante (aunque sea como punto de partida de estudios posteriores, como fuente de crítica y debate por los interesados en el tema o como grupo de comparación entre diferentes metodologías para abordar un mismo tema).

Con la finalidad de ganar claridad, el orden de la discusión seguirá la misma secuencia de las tablas. Al finalizar el análisis de las tablas se llevará a cabo una síntesis y propuesta final. Ahora bien, la primera Tabla presentada en la sección de resultados muestra otra limitante importante del presente estudio, es decir, aquella relacionada

con los tamaños muestrales. En síntesis, la cantidad de sujetos que fue posible entrevistar es sumamente pequeña y limita seriamente la representatividad de los resultados obtenidos. Adicionalmente, la cantidad de sujetos de cada grupo que fue posible entrevistar fue muy heterogénea y esto dificulta enormemente el llevar a cabo comparaciones entre los grupos (y dentro de los grupos). Así pues, las limitantes sugeridas por la Tabla 1 se suman a las ya discutidas previamente.

En oposición a la heterogeneidad de la descripción de la muestra, la Tabla 2 presenta una gran homogeneidad relativa a los motivos de internamiento. En síntesis, tal parece que el internamiento por drogas es un poco más frecuente que el internamiento por consumo de alcohol. También llama la atención el que algunos grupos de autoayuda se aceptaron pacientes con problemas de "ingobernabilidad"; este hallazgo es congruente con la información escrita que se obtuvo de parte de los grupos en cuestión. En los trípticos recibidos se especifica, por ejemplo, que en el Grupo Compañeros Uno se atiende a personas con problemas de obesidad, tabaquismo y neurosis.

En lo relativo a las instalaciones de los diferentes grupos de autoayuda (Tabla 3), llama la atención el hecho de que una gran cantidad de los encuestados las evaluaron positivamente. Este resultado puede tener dos explicaciones: por un lado, existe un grupo filantrópico de enorme poder económico en México que se ha dedicado a la construcción de nuevas sedes para los grupos de autoayuda (B. Antón, Comunicación personal, 15 de enero de 2006) y tanto Grupo Compañeros Uno como la Red Queretana se encuentran entre los beneficiados. Complementariamente, dados los bajos costos de internamiento que manejan los grupos en

cuestión, es posible que la valoración de los encuestados sea relativa, es decir, “relativo a lo que pago, las instalaciones son buenas”.

La Tabla 4, relacionada con la experiencia del paciente dentro del grupo de autoayuda, sugiere un panorama más bien optimista acerca de lo vivido por el paciente. Dicho panorama, por lo general, se matizó conforme avanzó la entrevista y se fueron planteando nuevas preguntas.

Por su parte, la Tabla 5 muestra que una gran cantidad de los encuestados no fue informada acerca de las características del tratamiento que recibirían sus pacientes, así pues, resulta complicado entender sobre qué bases se evaluaron las experiencias del interno.

Del mismo modo, la Tabla 6 muestra que más de la mitad de los encuestados considera que el personal que atendió al paciente no se encuentra debidamente capacitado. Este resultado también parece difícil de conciliar con la evaluación de experiencia realizada en la Tabla 5.

Las Tablas 7 y 8 resultan igualmente contradictorias con la Tabla 5, dado que muestran que cerca del 40% de los internos recibió maltrato durante su internamiento y que cerca del 30% de los pacientes escapó del grupo en cuestión.

Uno de los intereses del estudio fue el de intentar cuantificar la reincidencia de los pacientes que acuden a los grupos de autoayuda. En opinión de los presentes autores, este objetivo no se cumplió, ya que los índices de reincidencia obtenidos no coinciden con los que arroja la literatura del área. Por ejemplo, Lichtenstein y Brown (1982) mostraron que aun los mejores programas para tratar problemas relacionados con el tabaco rara vez alcanzan porcentajes del 20% de abstinencia en seguimientos de un año. Los datos obtenidos en este estudio tampoco co-

inciden con los de Fiorentine (1999; 2001), quien encontró porcentajes de abstinencia menores al 10% en seguimientos de un año de pacientes con problemas de alcoholismo y drogadicción que asisten a grupos de autoayuda. Los datos obtenidos en este estudio son también considerablemente más optimistas que los reportados por Brown, Farrell, Flechner, Nurco, y O’Grady (2001), Hillhouse y Fiorentine (2001) y Magura et al. (2003). Así pues, los datos de las Tablas 9, 10 y 12, que sugieren que cerca del 50% de los pacientes permanece en abstinencia después de egresar del grupo, resultan poco creíbles. De nueva cuenta, los datos excesivamente optimistas se matizan en la Tabla 11, donde se aprecia que menos del 25% de los encuestados volvería a llevar al paciente al grupo de autoayuda.

En síntesis, los resultados del presente trabajo sugieren que la metodología empleada tiene serias limitaciones, sin embargo, a través de las respuestas contradictorias de los encuestados es posible iluminar tenue mente algunas de las situaciones y hechos que suceden dentro de los grupos de autoayuda. Entre los aspectos más preocupantes están: 1) el interés de los grupos en cuestión por tratar trastornos médicos y psicológicos que, a todas luces, requieren de intervenciones especializadas; 2) la prevalencia del maltrato físico y emocional como “herramienta terapéutica”; 3) la falta de capacitación del personal; 4) la escasa información que reciben los responsables de paciente acerca del tratamiento que recibe el interno y 5) los altos índices de pacientes que se fugan de los centros de internamiento. Estudios futuros podrían intentar verificar los resultados presentados, así como corregir las deficiencias metodológicas del presente estudio.

REFERENCIAS

- Banco Mundial (World Bank). (1993). *World Development Report 1993: Investing in health*. Oxford: Oxford University Press.
- Berruecos, L. (1994). La investigación etnográfica de las adicciones. En L. Berruecos & L. Díaz-Leal (Eds.), *Curso básico sobre adicciones* (pp. 53-130). México, DF: CENCA.
- Brown, B., Farell, E., Flechner, I., Nurco, D., & O'Grady, K. (2001). Factors associated with frequency of 12-step attendance by drug abuse clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 147-160.
- Coleman, P. (2005). Privilege and confidentiality in 12-step self-help programs. *The Journal of Legal Medicine*, 26, 435-474.
- Di Clemente, C. C. (1993). Alcoholics anonymous and the structure of change. En B. McGrady & W. R. Willer (Eds.), *Research on Alcoholic Anonymous, opportunities and alternatives* (pp. 79-98). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Fiorentine, R. (1999). Alter drug treatment: Are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 93-116.
- Fiorentine, R. (2001). Counseling frequency and the effectiveness of outpatient drug treatment: Revising the conclusion that "more is better." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 617-631.
- Hillhouse, M. & Fiorentine, R. (2001). 12-step program participation and effectiveness: Do gender and ethnic differences exist? *Journal of Drug Issues*, 31, 767-780.
- Humphreys, K. (1999). Profesional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. *Alcohol Research and Health*, 23, 93-98.
- Kurtz, L. F. (1990). The self-help movement: Review of the past decade of research. *Social Work Groups*, 13, 101-115.
- Lichtenstein, E. & Brown, R. A. (1982). Current trends in the modification of cigarette dependence. En A. Bellack, M. Hersen, & A. Kazdin (Eds.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy* (pp. 575-604). New York: Plenum Press.
- Magura, S., Knight, E., Laudet, A., Mahmood, D., Rosenblum, A., & Vogel, H. (2003). Mediators of effectiveness in dual -Focus Self – help groups. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 301-322.
- Margolis, R., Kilpatrick, A., & Mooney, B. (2000). A retrospective look at long-term adolescent recovery: Clinicians talk to researchers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 117-125.
- Martínez, A. & Moyers, M. (2005). *Funcionamiento de los grupos de autoayuda (anexos) en México: un estudio descriptivo*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Intercontinental, México, DF.
- McGrady, B. S. & Miller, W. R. (1993). *Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Medina-Mora, M. E. (1994). Las adicciones: su situación actual. En L. Berruecos y L. Díaz-Leal (Eds.), *Curso básico sobre adicciones* (pp. 9-52). México, DF: CENCA.
- Mendoza, L. & Caro, E. (1999). *Manual de grupos de autoayuda: sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda*. México, DF: Gobierno del DF.
- Secretaría de Salud (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. Recuperado el 15 de febrero de 2005, de <http://www.conadic.gob.mx>
- Timko, C., DeBenedetti, A., & Billow, R. (2006). Intensive referral to 12-step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. *Addiction*, 101, 678-688.

Recibido el 13 de enero de 2009
 Revisión final, 20 de mayo de 2009
 Aceptado el 24 de mayo de 2009