

COMUNIDAD Y CURACIÓN. Redes de ayuda para mantener la sobriedad

Tesis Doctoral
Silvia Costa Abós

Directoras:
Dra. Avelina Tortosa i Moreno
Dra. Verónica Violant Holz

Tutora:
Dra. Avelina Tortosa i Moreno

Programa de Doctorat en Ciències Infermeres
Escola Universitària d'Infermeria
Universitat de Barcelona

Barcelona, 2015

“Dedícate a amar a los demás, dedícate a la comunidad que te rodea y dedícate a crear algo que te aporte un norte y un sentido.” (De Albom 2004:147).

*Dedicado a Víctor y Enric,
con todo el cariño de una madre, a sus dos hijos.*

ÍNDICE GENERAL	7
ABSTRACTS	11
AGRADECIMIENTOS.....	13
0 / APROXIMÁNDOME AL TEMA	15

I. ETAPA CONCEPTUAL 19

Capítulo 1 / SALUD Y COMUNIDAD21

1.1. Salud y Enfermedad.....	21
1.1.1. El concepto de Salud desde la perspectiva médica.....	21
1.1.2. El concepto de Salud desde la perspectiva socio-antropológica	30
1.1.3. Salud y Enfermedad	32
1.1.4. La salud y enfermedad desde la perspectiva enfermera	34
1.2. Modelo Médico Hegemónico	39
1.3. Crisis del Estado del Bienestar	44
1.3.1. Origen del Estado del Bienestar	44
1.3.2. Diferentes perspectivas del fracaso del Estado del Bienestar	46
1.3.3. Consecuencias del fracaso del Estado del Bienestar	52
1.4. Comunidad y valores sociales	58
1.5. Redes Sociales / apoyo social	62
1.6. Asociacionismo y Grupos de Ayuda Mutua	68
1.6.1. Aparición de los Grupos de Ayuda en España	72
1.6.2. Ayuda mutua y autoayuda	73
1.6.3. Los Grupos de Ayuda Mutua	75
1.6.4. Relación de los GAM y los profesionales de la salud	80

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 179

Capítulo 2 / ALCOHOLISMO Y ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)89

2.1. Introducción	89
2.2. Origen y usos del alcohol	91
2.3. Antropología del alcoholismo	93
2.4. Historia del tratamiento del alcoholismo en España.....	102
2.4.1 Objetivos del tratamiento del alcoholismo.....	108
2.5. El alcohol y sus consecuencias en la actualidad	112
2.5.1. Datos existentes sobre consumo de alcohol en España	116
2.5.2. Patrones de consumo y gravedad de dependencia del alcohol.....	125

2.5.3.	Consecuencias del consumo de riesgo.....	129
2.5.4.	Alcohol y accidentes de tráfico.....	131
2.5.5.	Alcohol y consecuencias psicosociales.....	132
2.6.	Alcohol/Alcoholismo. Dependencia/Adicción	135
2.7.	Alcohólicos Anónimos	142
2.7.1	Origen y creación de AA.....	143
2.7.2	Objetivos de la comunidad	147
2.7.3	Características de la organización	148
2.7.4	Como evaluar la efectividad de AA	153
BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 2		157
II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN		167
Capítulo 3 / METODOLOGÍA		169
3.1.	Objetivos de la investigación	169
3.2.	Conceptualización metodológica.....	170
3.2.1.	Concepto de paradigma	170
3.2.2.	Metodología, métodos y técnicas	176
3.2.3.	Investigación fenomenológica	178
3.2.4.	Investigación cualitativa vs cuantitativa.....	182
3.2.5.	Mixed Methods	185
3.2.6.	Métodos de acceso al objeto de estudio	188
3.3.	Diseño de investigación	191
3.3.1.	Primer momento del proceso de investigación.....	194
3.3.2.	Segundo momento del proceso de investigación.....	194
3.4.	Contexto y participantes.....	196
3.4.1.	Contexto.....	196
3.4.2.	Participantes	196
3.5.	Instrumentos y procedimientos de análisis de datos	198
3.5.1.	Instrumentos de recogida de datos	198
3.5.2.	Procedimientos de análisis de los datos	201
3.6.	Validación de la entrevista	203
3.6.1.	Técnica Delphi	203
3.7.	Rigor científico y ético	205
BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 3		207

ABSTRACT

La salud y la enfermedad son conceptos cambiantes, relativos, de difícil delimitación. También sabemos cuántos esfuerzos se llevan a cabo para podernos mantener ausentes de las situaciones que nos pueden hacer enfermar. Sin embargo, muchos problemas de salud crónicos se convierten en problemas que no pueden ser tratados mediante los tradicionales y hegemónicos recursos de atención sanitaria, en cuanto que no existen repuestas certeras para su abordaje y seguimiento. Actualmente, se observan propuestas nuevas para viejos problemas como son los Grupos de Ayuda Mutua y otras entidades asociativas que ofrecen un entorno informal, pero estructurado, para el tratamiento de problemas de salud. **Objetivos:** el objetivo de este trabajo es el de conocer el funcionamiento de Alcohólicos Anónimos así como el proceso de construcción de la identidad alcohólica y el proceso de reconstrucción en comunidad, resolviendo en comunidad los problemas individuales de salud o de otra naturaleza.

Metodología: la investigación fenomenológica desde el enfoque cualitativo es la perspectiva de aproximación a este trabajo, mediante la observación participante, registro en el diario de campo, nueve entrevistas semiestructuradas que son analizadas mediante el programa Atlas.ti. También se validó la entrevista con la técnica Delphi y las relaciones binomiales.

Resultados: Destacar la importancia de tomar conciencia como condición indispensable para abandonar la carrera alcohólica u otras drogas. Así como la relevancia de las comunidades de AA como fuente de ayuda mutua, en ausencia de profesionales que guíen la acción. Esta ayuda procede de la propia experiencia de cada uno de sus miembros y de la nueva red social que se requiere para alcanzar la sobriedad.

Conclusiones: los grupos de Alcohólicos Anónimos tienen un papel importante de apoyo, tratamiento y recuperación a grupos de personas con problemas de salud crónicos y dependencias de solución lenta que no están teniendo respuesta por las vías tradicionales de atención y la as propias familias afectadas.

Palabras clave: Grupos de Ayuda Mutua, Alcohólicos Anónimos, Investigación fenomenológica en Enfermería, Antropología de la salud , apoyo social.

ABSTRACT

Health and disease are changing, relative delimitation difficult concepts. We also know how many efforts are done so we could keep away from situations that can make us sick. However, many chronic health problems become problems that can not be treated by traditional and hegemonic health care resources, as there are no accurate answers to address and follow-up. Neither we nor the people respond identically to the same difficulty which increases the variability of individual cases before similar situations. Currently, new approaches to old problems such as Mutual Aid Groups and other associated entities that offer a casual setting, but structured, for the treatment of health problems observed.

Objectives: The aim of this work is to understand the functioning of Alcoholics Anonymous as well as the construction process of alcoholic identity and community reconstruction process, solving individual problems in community health or otherwise.

Methodology: phenomenological research from the qualitative approach is the perspective approach to this work, through participant observation, journaling field, nine semi-structured interviews are analyzed by Atlas.ti. The interview has also been validated through the Delphi technique and binomial relations.

Results: Highlight the importance of awareness as a prerequisite to leave the drinking career or other drugs. And the relevance of the communities of AA as a source of mutual support in the absence of professionals to guide action. This support comes from the experience of each of its members and the new social network that is required to achieve sobriety.

Conclusions: Alcoholics Anonymous groups have an important supporting role, treatment and rehabilitation for groups of people with chronic health problems and solution dependencies slow response are not having traditional care pathways, such as the health system, social services, and their own families affected.

Keywords: Mutual Aid Groups, Alcoholics Anonymous, phenomenological research, social support, Anthropology of health, Phenomenological research and Nursing

AGRADECIMIENTOS

Soy muy consciente de que estas van a ser las últimas palabras escritas en este documento que ha requerido, sin lugar a dudas, del esfuerzo, dedicación y constancia excepcionales a lo largo de mi trayectoria profesional. Y en este dilatado proceso adquieren una relevancia especial todas aquellas personas que me han acompañado, guiado, impulsado, soportado y cuidado intelectual y emocionalmente hablando.

Quiero agradecer de manera muy especial y sincera a la Dra. Verónica Violant el aceptar la dirección de esta tesis doctoral. La confianza depositada, el apoyo y su capacidad para guiar el proceso han sido un aporte invaluable. Como también le agradezco a la Dra. Avelina Tortosa el cálido estímulo y paciencia a dosis certeras que me ha transmitido a lo largo de todos estos años.

Gracias a Josep Canals por permitirme caminar a su lado; los encuentros en los inicios de esta tesis fueron determinantes para seguir con decisión en el tema escogido. La relación horizontal de estrecha cercanía, la sabiduría y simpatía transmitidas han sido de gran ayuda, aunque no recíproca ni mutua, a mi pesar. Así como le agradezco a Xavier Coller, su saber hacer e inspiración teórica, porque este trabajo es consecuencia de la tarea que conjuntamente iniciamos durante los cursos de doctorado con la obtención del DEA, bajo su excelente tutela.

Gracias a la Dra. M^a Teresa Anguera por su decisiva inspiración teórica y su ejemplo intelectual y humano así como también, al Dr. José Luis Medina, al que el destino ha querido que siguiera sus pasos, consejos y sabiduría. Os admiro.

Mi sincero agradecimiento a todos aquellos que han permitido el poder realizar este trabajo; los verdaderos protagonistas que, siendo anónimos y alcohólicos como ellos mismos se definen, me abrieron la puerta de entrada a un mundo nuevo por explorar. La comunidad de AA merece la experiencia de ser vivida como también cada uno de los testimonios, cuyas narraciones fueron recogidas y analizadas en esta investigación, con todo respeto. Os debo mucho.

.A mis compañeras de la Escuela Universitaria de Enfermería con quienes inicié mi andadura como docente. Mi agradecimiento sincero a Victoria Sanfeliu, Teresa Verdura, Berty Suñé, María Getino, María Aguilar, Lourdes Bernuz, Montserrat Fabra, Javier Colina, Isabel Sánchez, Dosi Bardají, Ramona Bernat por guiar mi aprendizaje, la competencia como profesionales y calidad humana demostrada. Os añoro. El relevo generacional aun siendo irrevocable te sorprende desprevenida. Un entorno joven en un lugar antiguo confiere un nuevo estímulo que agradezco de forma especial el recibido de mi compañera Eva Guix al compartir espacios y asignatura.

Mención muy especial para todas las compañeras, enfermeras, doctoras y amigas del grupo IPC que ya forma parte de mi historia de vida. Lola Bardallo, Maria Cònsul, Olga Canet, Carmina Olivé, Judith Roca y Antonia Arreciado, quiero daros las gracias por la ayuda, el cariño y el estímulo que he recibido a lo largo de todos estos años. Sin vosotras no hubiese sido posible este reto.

Se dice que quien tiene un amigo tiene un tesoro, por eso sé que el ánimo que constantemente he recibido de Belel y de Anna ha sido imprescindible para seguir, así como el de Beatriz y Dolores que sois puro cariño, y mi querida alter ego, Dra. Maribel Pons, que cuidaste de mis hijos en el momento oportuno, os quiero dar las gracias por teneros tan cerca cuando más lo he necesitado.

Mi compañero de viaje a lo largo de este tiempo, ha demostrado ser una persona con una gran tolerancia ante la adversidad y esta actitud ha sido fundamental. A ti, David, te debo mí mejor yo y eso no se negocia. Te doy las gracias por ser como eres y estar como has estado.

A mi madre, mi referente en muchos sentidos, le debo su apoyo incondicional, el cariño demostrado aun en mi ausencia y esa confianza tácita de creer en mí. Mi profundo agradecimiento desde siempre además de mi tiempo a partir de ahora. A mis queridos hijos que sepan que tendremos una charla profunda un día de estos mientras celebremos el poder estar juntos.

Y a muchas personas no nombradas que saben que también deberían serlo.

0 / APROX IMÁNDOME AL TEMA

En mi primera etapa profesional como enfermera, tuve la oportunidad de explorar diferentes contextos hospitalarios, a lo largo de unos 10 años de práctica asistencial. Durante ese periodo, del que conservo en mi memoria las vivencias como enfermera novel, de los ritos de paso, del descubrimiento de un mundo lleno de significados, fueron emergiendo sentimiento ambivalentes fruto de cuidado ejercido. Por un lado, me sumerjo en la magnitud de los tratamientos médicos, el entorno 'curativo', los avances en tecnología médica y, al mismo tiempo, el ejercicio profesional como enfermera que me aproxima a la parte más vulnerable de la persona 'enferma', estableciendo relaciones de una calidad humana excepcionales. Sin duda, esa experiencia también me despierta otra mirada sobre lo que representa el sistema médico establecido a través de las relaciones de poder ejercidas de una manera 'tácita' con el usuario o paciente.

Durante el periodo referido, voy ampliando mis conocimientos con la realización de diferentes cursos y un Máster en Salud Pública. Posteriormente, tuve la oportunidad de concursar participar como candidata a una plaza docente y así fue como accedí a la Universidad como Profesora Ayudante por un tiempo indefinido. Más tarde oposité a la plaza de Profesora Titular de Escuela Universitaria, que me consolidó en la labor docente que he desempeñado hasta la actualidad además de obtener la Licenciatura en Antropología Social y Cultural.

El interés por los grupos de ayuda mutua (GAM) nace en el contexto de estudios de Doctorado en Sociología de la Salud para la obtención del DEA (Diploma de Estudios Avanzados) que cursé en el Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones (UB) e influenciada por un profesorado excepcional y que tuvieron una gran influencia, como fue la sugerencia de investigar a Alcohólicos Anónimos como grupo de ayuda paradigmático y con mayor tradición en nuestro país. Al tratarse de problema de droga-adicción me

remite a indagar en el significado de ese concepto desde diferentes perspectivas como fueron la biomédica, sociológica y antropológica.

Los grupos de ayuda mutua aparecen en una época de importantes cambios como es el proceso de fragmentación social de las dos últimas décadas que se agudiza con una crisis de identidad de los individuos y los grupos. Entre los factores que inciden en esta crisis destacar los siguientes: el aumento de movilidad y precariedad en el mercado laboral que dificulta la creación de relaciones sociales estables en el ámbito laboral, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación que provocan una saturación de la información que incrementa el desconcierto, las transformaciones registradas en la organización familiar que generan unidades que conviven más pequeñas e inestables, las transformaciones en curso de las relaciones e identidad de género que plantean cambios en los roles sociales, la disolución de las relaciones tradicionales de vecindad en el medio urbano que está haciendo desaparecer una de las formas más efectivas de ayuda mutua, la crisis de las formas anteriores de religiosidad que relativiza los referentes seguros y base de identificación para mucha gente, la pérdida de poder del Estado erosionado por la economía globalizada y la mayor visibilidad de movimientos migratorios internacionales que transforman el paisaje humano que se reconocía como 'nuestro'.

Al indagar un poco más en el tema me llama la atención que precisamente los GAM se generen como respuesta a problemas de salud en un entorno altamente profesionalizado. Las personas que padecen una enfermedad crónica¹, una situación traumática que le obliga a cambiar su forma de vida de manera involuntaria² o aquellos que dependen de sustancias tóxicas³ son las candidatas a formar grupos de ayuda mutua. Muchas de estas comunidades surgen como respuesta a situaciones que conllevan alguna forma de estigma, se relacionan con fenómenos marginales, desviaciones, enfermedades discapacitantes y muchas otras. ¿Cómo se generan estos grupos y que espacio ocupan en relación al supuesto Estado de Bienestar en el que

¹ Como la diabetes, el cáncer o el sida

² Discapacidades propias o de un familiar próximo

³ Alcohol, drogas y otras adicciones

supuestamente estamos inmersos? El hecho de que sean grupos en los que la ayuda proviene de personas que han padecido el mismo problema y que no contemplan en su seno de profesionales que guíen su funcionamiento me llamó la atención. Me planteo el alcance que tienen en cuanto a resultados obtenidos y en contraposición cual es el sentido o la eficacia de los tratamientos convencionales para muchos de esos problemas que se están tratando en otros ámbitos.

Y al retomar el trabajo realizado para el DEA me planteo como poder actualizarlo o cual sería la manera de que la información obtenida (trabajo de campo + 9 entrevistas en profundidad a integrantes de los grupos de AA) tuviese un hilo conductor después de haberlas realizado hace más de 10 años. La idea inicial de comparar la eficacia del tratamiento con métodos médicos convencionales como son el tratamiento de las adicciones en centros de rehabilitación, terapia psicológico-conductual al paciente de manera individual y en grupos terapéuticos que lidera un profesional versus el proceso que siguen las personas dentro de los GAM de A.A. La descarto por la dificultad en precisar unos datos fiables o fidedignos. Me refiero en concreto a la dificultad en poder responder a las siguientes preguntas: ¿De qué estamos hablando cuando afirmamos que alguien se ha 'curado' de un problema de drogadicción? ¿Se trata de que ha abandonado el consumo de drogas y que no volverá a recaer en ellas? ¿O, sin embargo, existe una plazo de tiempo en el podamos decir que el tratamiento ha sido exitoso y que como se trata de una enfermedad crónica volverá a recaer como ocurre en muchas de estas enfermedades llamadas crónicas? ¿O como definimos la verdadera curación si no es desde una rehabilitación personal, social e integrada en un funcionamiento armónico con su familia, trabajo y relaciones sociales? Antes este último planteamiento que considero se aproxima mejor a una verdadera curación se plantea difícil obtener datos y aún más dificultoso el poder comparar resultados en ambos escenarios. Ni los tratamientos médicos ni en los GAM se obtienen este tipo de datos para después compararlos.

Una segunda idea es la de realizar otra incursión en el mismo tema para poder hacer una comparación transcurridos unos años que han marcado profundamente la economía y precariedad social en nuestro país debido a la

enorme crisis financiera que venimos sufriendo desde hace casi una década. ¿Cómo están evolucionando los GAM respecto a su creación y sentido originales? ¿Están incrementando tanto volumen como en diversificación de problemas que acogen en su seno? ¿Qué impacto tiene la crisis económica en la sociedad civil, en un posible aumento de enfermedades psiquiátricas (aumento de depresiones, suicidios, aislamiento social, maltrato, pobreza) y como consecuencia en la creación de lazos comunitarios que ayuden a superar nuevas situaciones de precariedad y vicisitudes desfavorables?

Parece que hay algo intrínseco dentro de los GAM que se asemeja a la esencia del cuidado profesional de enfermería y que se puede atribuir a varios apelativos como son el cuidado aunque en estos grupos se establecen entre colegas unas relaciones de horizontalidad que son mutuamente excluyentes con las que rigen profesional - paciente el acompañamiento durante el proceso de enfermedad que son tan o más determinantes como el tratar a la enfermedad en el sentido más curativo del término. Collière en su libro de “El arte de cuidar” nos plantea una distinción en lo que llamamos cuidado, en general, cuidados de enfermería y cuidados profesionales enfermeros en los que se parte de un concepto muy general va progresivamente acotando y definiendo como aquellos que son propios de la profesión y que por tanto pueden ser aprendidos y realizados con clara intención terapéutica. En este sentido me pregunto cuáles son las diferencias entre el cuidado que se lleva a cabo en un grupo de ayuda mutua y el que se realiza en una relación enfermera-paciente profesionalizado, sus diferencias y sus similitudes y la eficacia de los mismos.

En este proceso de búsqueda, vislumbro desde una actitud humilde, desde otra perspectiva no profesionalizada se obtiene la ayuda necesaria para resolver problemas de salud crónicos, como la drogadicción y que desde el sistema biomédico no se ha generado una respuesta parecida.



I. ETAPA CONCEPTUAL

Capítulo 1

SALUD Y COMUNIDAD

1.1. Salud y enfermedad

Partimos de entender a la salud, *como un campo complejo, en el cual se ponen en juego una serie de prácticas, representaciones, concepciones y modos de pensar que estructuran posicionamientos y se enmarcan en un hacer, donde aparecen intereses y miradas diferenciadoras*. A partir de entender a la salud de esta manera, podemos hacer un análisis desde el paradigma en el que nuestra sociedad ha construido sus significados influidos por las concepciones occidentales, que en el campo de la salud, conciben a la misma a partir de un modelo médico hegemónico con impronta positivista-biologicista, que ha reducido a comprender la salud a partir de los parámetros de normalidad, donde la enfermedad aparece como algo externo o patológico, que viene a alterar un estado.

1.1.1. El concepto de Salud desde la perspectiva médica

Durante siglos la salud fue entendida como “ausencia de enfermedad” hasta que en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Carta Constitucional⁴ de esta organización, modifica el concepto y pasa a definir la salud como:

⁴ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé*, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

“... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946:100).

De este enfoque, la salud se convierte en algo que afecta a todos los estamentos sociales y repercute sobre todos, y donde es importante reconocer la importancia de las variables biológicas y sociales en la determinación y explicación de la misma. En ella se incluyen los diferentes elementos que conforman al ser humano y se reconoce el componente social como parte fundamental de la salud.

Es decir, se deduce el interés de la OMS por incorporar una visión holística de la salud, de forma universal, y no solo considerar la salud como lo contrario a la enfermedad cuestión que exige trazar una división artificial entre lo normal y lo patológico, lo que no siempre es posible. A pesar de que esta definición supone un claro avance respecto a la concepción clásica también se podrían plantear algunas objeciones, entre las que se pueden destacar: el equiparar bienestar a salud, lo que no siempre es cierto; tratarse como una declaración de intenciones más que de posibilidades reales y además resulta estática, al considerar la salud como un absoluto, sin tener en cuenta sus distintos gradientes.

Según Milton Terris (1980), esta definición podría mejorarse eliminando de ella el término ‘completo’, ya que hace referencia a un valor absoluto, sino que hay distintos grados de salud con lo cual estaríamos ante una definición más dinámica. Así, la salud sería definida como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente -como- la ausencia de afecciones o enfermedades (Terris, 1994:2). Por la cual se deriva que la salud tiene un aspecto objetivo (capacidad de funcionamiento en distintos grados) e incluso asumiendo la posibilidad de que coexista el “sentirse bien” y la enfermedad.

Recogiendo más aportaciones al concepto de salud, Salleras (1985) propone un concepto dinámico de salud, definida como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”. Definición que, a pesar de tener que ser contextualizada dado que no es lo

mismo aplicarla en un país desarrollado que en otro sometido a condiciones de subdesarrollo, supone un cambio cualitativo respecto a las anteriores ya que apunta que la salud no es sólo un estado, sino también un 'proceso' que podría operativizarse en el sentido del desarrollo de un recurso positivo para potenciar la autorrealización de los individuos, grupos y comunidades.

Posteriormente López-Moreno (1990) señala que incluir las categorías biológicas, psicológicas y sociales en los mismos niveles jerárquicos, como determinantes o condicionantes de la enfermedad, parece no llevar a un adecuado nivel de estudio, y que el análisis posterior de la definición ha dejado ver sus enormes limitaciones conceptuales. El mismo autor expresa que la salud es un estado, lo cual es incompatible con el carácter fundamentalmente dinámico del trayecto salud-enfermedad. Asimismo, señala que la definición traslada el término de salud al de bienestar, conceptos que en la actualidad se consideran inseparables para la comprensión de la salud; sin embargo, dice, el bienestar es un concepto relativo, que depende no sólo del lugar y la época histórica en la cual se exprese, sino fundamentalmente de la concepción que de él tenga cada sociedad.

En 1978, dos organizaciones dependientes de la ONU, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, celebraron un Congreso conjunto en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética), apoyada por delegados gubernamentales de 134 países, en donde la Salud fue asumida como un derecho humano del que todos somos titulares. La Declaración de Alma Ata y su eslogan Salud para todos en el año 2000 ha sido una referencia extraordinaria para todas las generaciones posteriores de activistas de la Salud y el concepto de 'Atención Primaria Integral' ha sido una de las claves para mejorar los sistemas de salud en muchos países.

Los aspectos esenciales de la declaración de Alma Ata fueron los siguientes:

- El derecho a la salud requiere la acción colectiva y su garantía es responsabilidad de los gobiernos.
- La importancia de la participación popular en salud como derecho y como responsabilidad.

- La trascendencia de la Atención Primaria en la prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Lograr salud requiere el esfuerzo coordinado de todos los sectores implicados.
- Rechazo de las desigualdades en salud, especialmente entre países ricos y pobres.
- Importancia de la paz y el desarme como fuente de salud y desarrollo.

La declaración de Alma Ata expresa la convicción de que las soluciones técnicas son insuficientes y que el desarrollo económico y social está íntimamente asociado a la salud, defiende la participación colectiva en salud en oposición al individualismo y el consumismo (Baum, 2007).

Con anterioridad a Alma Ata, en 1974, el Gobierno de Canadá a través del denominado "Informe Lalonde" estableció las coordenadas del 'campo de la salud': los estilos de vida y las características del medio ambiente, y no solo la biología y la medicina. Y que el principal instrumento para la intervención era la promoción de la salud, además de la primacía de lo preventivo sobre lo curativo. En la declaración de Alma Ata se recogieron estos dos grandes objetivos – Prevención y Promoción – propuestos en dicho Informe:

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud
(Lalonde 1978:2).

Y la estrategia clave para desarrollar estas políticas es la 'Atención Primaria Integral', consistente en la prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con la intervención activa de la comunidad y la vinculación cooperativa de otros sectores sociales – no solo sanitarios –.

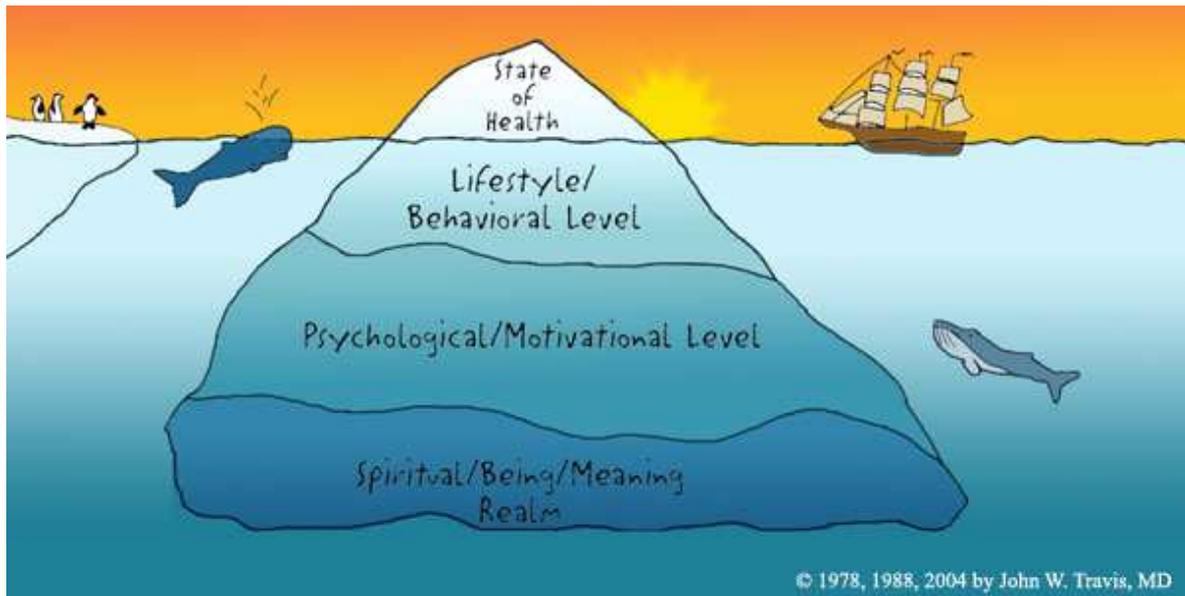


Figura 1.1 Modelo de bienestar como un iceberg. John W. Travis, 1978.

En 1986, esta transformación conceptual alcanzó su culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada en Canadá por la OMS con asistencia de 112 delegados de 38 países. La conferencia elaboró un documento titulado "Carta de Ottawa" que definió cinco puntos nucleares para definir la *Promoción de la Salud*:

1. La necesidad de construir estrategias públicas saludables sustentadas en el fomento y la coordinación de las políticas del sector público de modo que todas contribuyan al logro de la salud universal.
2. La conformación de entornos saludables.
3. La participación de la población y el apoyo a las acciones colectivas. Es fundamental dotar a los ciudadanos de habilidades personales para facilitar la participación.
4. La capacitación de las personas para el autocuidado de su salud y el fomento de la ayuda mutua.
5. La necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la comunidad.

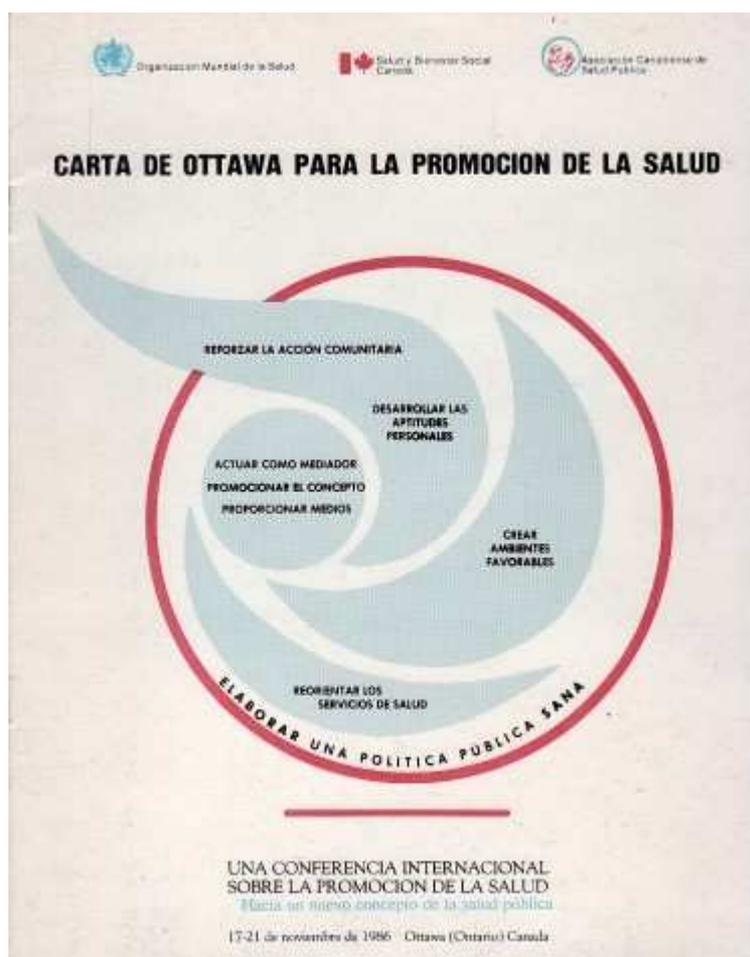


Figura 1.2 Portada y lema de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de 1986, en Ottawa, Canadá.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir las condiciones y los requisitos para la salud: paz, vivienda, educación, alimentación, renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

Nada más terminada la conferencia de Alma Ata, ya se empezaron a elaborar propuestas de signo contrario. La más importante negaba la visión 'integral' de la Atención Primaria, proponiendo una alternativa 'selectiva' que intentaba anular el compromiso comunitario (empoderamiento) y social para volver al marco médico (control profesional) y a las soluciones técnicas. La perspectiva "selectiva", que también deja la puerta abierta a las privatizaciones de los

servicios sanitarios, es, en suma, una reinterpretación de la Atención Primaria como el primer nivel asistencial, excluyendo la promoción de la salud y la participación de la comunidad, y manteniendo el carácter elitista, autoritario y biologicista de los servicios sanitarios (Ponte, 2008).

Este mismo autor (Ponte, 2008:14-15) explica que la Declaración de Alma Ata se desarrolló en un ambiente hostil, político y económico, constreñida por los Programas de Ajuste Estructural del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional que recortaron los sistemas públicos de salud y, más aún, que destinaron mayoritariamente el poco dinero restante en atender gastos de carácter curativo. En los años 90, un hecho de crucial importancia fue la pérdida, por parte de la OMS, del liderazgo de la salud a manos del Banco Mundial: *Investing in Health* (World Development Report, 1993) que proponía inversiones en salud con soluciones verticales, focalizadas en enfermedades, totalmente ajenas al espíritu de Alma Ata.

La consolidación de la perspectiva neoliberal de la globalización de la Salud ha sido muy negativa y de indudable trascendencia. La tecnología médica, en crecimiento geométrico, solo está disponible para personas de los países ricos y la industria muestra poco interés por las enfermedades que afectan a la gente pobre. Hay una creciente mercantilización de la salud y de la enfermedad y los costes sanitarios son cada día mayores por la incesante expansión del mercado y de las tecnologías. La conclusión a la que se puede llegar con respecto al ideal de Salud para todos es que se ha transformado en un empeoramiento de la salud en el mundo pobre y en consumismo tecnológico y sanitario en el mundo rico. Se tenía, además, una confianza ilimitada en la ciencia y en la tecnología para, por ejemplo, erradicar algunas enfermedades como las infecciosas. La realidad ha sido otra, los microorganismos se han globalizado por la intervención humana en los ecosistemas y la utilización indiscriminada de antibióticos.

Puesto que los pactos de Alma-Ata y en Ottawa no se materializaron, cabe preguntarse por qué fracasaron tantas buenas intenciones. Las explicaciones son probablemente varias, pero, entre ellas, las que tienen mayor significación según Ponte (2008:16-17) son las siguientes:

La hegemonía biomédica. La medicina oficial acepta el vínculo social y político solo de forma retórica o académica. De hecho, ha trabajado en otra dirección: al estudio de los condicionantes sub-individuales (microorganismos, metabolitos, genómica) o de los condicionantes conductuales individuales, siempre aislados de su contexto social. La Medicina se ha desarrollado bajo la influencia del denominado Modelo Biomédico que confunde la objetividad científica con una idílica 'neutralidad social'. Una prueba de esta evolución, supuestamente 'apolítica' de la Salud, es la debilidad de lo que podríamos denominar 'epidemiología política', esto es, la que estudia la asociación entre salud y poder político. Pese a su importancia, hay muy pocos estudios, aunque las excepciones tienen un valor notable como, por ejemplo, el realizado por Carlos Álvarez-Dardet (2008), que establece una asociación positiva entre niveles de Salud y libertades democráticas, o del profesor Vicente Navarro (2006), relacionando la protección de la salud con el mantenimiento en el poder de gobiernos socialdemócratas en Europa.

El modelo biomédico es la ideología médica del liberalismo económico. Entiende que la salud y la enfermedad son problemas individuales – no colectivos – de una maquinaria biológica (mecanicista) que se puede reparar (curación) de manera fragmentaria (reduccionista). Margina la prevención, la promoción de la salud y la salud pública. Piensa en la enfermedad antes que en el paciente, en los síntomas antes que las causas, en las razones individuales antes que las sociales y en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. Secuestra al sujeto que pierde la autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las elites profesionales y a la alta tecnología.

- El proceso de privatización de la salud. Con la globalización, los sistemas curativos públicos están sometidos al asedio de la privatización, pese a que sus resultados asistenciales han sido satisfactorios (sin duda mejores que los de los sistemas privados). Los sistemas públicos tienen defectos innegables: han disparado los costes, hay demasiada especialización, dependencia de la tecnología, invasión farmacéutica, etc. Problemas que no son inherentes a su condición de públicos, sino a la hegemonía del modelo biomédico, anteriormente mencionado, que impregna a los sistemas

asistenciales y a toda la medicina científica. La privatización, se presenta como racionalidad y modernidad –promete productividad y eficiencia–, pero su verdadero objetivo es extender los negocios a los servicios y seguros sanitarios –de rentabilidad probada–. El Estado pasa a ser subsidiario mientras se promueve el mercado, y para que el mercado funcione –sea rentable– necesita mayor número de consumidores y mayor consumo aunque la demanda sea artificial, los precios adulterados, las patentes gocen de privilegios abusivos, y haya permisividad iatrogénica y medicalización. La medicalización de la salud es un efecto directo de la globalización. Una estrategia derrochadora que sube incesantemente el porcentaje sanitario del PIB.

- La naturaleza misma de las políticas de Promoción de la Salud, es otra de las explicaciones. Sus propuestas se dirigen hacia la transformación de las estructuras sociales, lo que ha resultado inaceptable para los gobiernos por su inequívoco contenido de renovación social:
 - a) El fomento de estilos de vida saludables (probablemente la menos compleja de implementar aunque también tropieza con serias dificultades).
 - b) La capacitación de los ciudadanos para controlar su propia salud, participando en la toma de decisiones y, en esa medida, reorientando hacia la comunitaria a los servicios de salud. No es una alternativa fácil porque los sanitarios son reacios a estos cambios y se atrincheran en lo curativo, vertical e individual, esto es, en ideas y prácticas contrarias a la promoción de la salud. El profesional de la salud tiene que aprender en primer lugar a actuar como ‘mediador’ de las actividades de los individuos, familias y comunidades (de dificultad intermedia alta).
 - c) El cambio de las estructuras y de los condicionamientos que impiden el desarrollo de la salud universal, que es multisectorial y dependiente de voluntades y decisiones políticas, paz, equidad, justicia, ecosistemas, educación básica, ingresos, alimentación y vivienda adecuados. Una propuesta que otorga carácter revolucionario a la promoción de la salud, que tiene que desafiar la ciega tenacidad de las estructuras de poder que mayoritariamente defienden intereses conservadores, y sólo muy rara vez

se atreven a transferir recursos de los sectores privilegiados de la sociedad en beneficio de los menos favorecidos. Un proceso tendente a modificar las relaciones sociales de modo que sean inaceptables la marginación, la inequidad y la degradación ambiental (de dificultad máxima).

Los postulados de “Salud para Todos” siguen plenamente vigentes, como prueba el que, adentrados en el siglo XXI, sigamos constatando que la realidad biológica continúa íntimamente vinculada a la realidad social. Es la estructura social la que determina los patrones de enfermedad, como muestran, por ejemplo, las epidemias del SIDA o de la diabetes. ¿Cómo explicar la propagación del VIH sino a través de patrones sociales, o como analizar la pandemia de diabetes tipo II sin estudiar la política económica agroalimentaria?

Para recuperar este lema el primer paso implica el entender la salud en su verdadera dimensión holística e integradora, en una nueva perspectiva epistemológica que la libere de las servidumbres del pensamiento neoliberal. Un trabajo en el que ya existen interesantes antecedentes: el enfoque biopsicosocial (con un gran desarrollo dentro de la psiquiatría), la perspectiva comunitaria e integral (promovida desde atención primaria), la eco-salud, la antropología de la salud o las importantes aportaciones a la Salud del movimiento feminista (Baum, 2007).

1.1.2. El concepto de Salud desde la perspectiva socio-antropológica

A finales del siglo XX y principios del XXI, nos encontramos con las aportaciones de la biología molecular que pretende explicar las causas de la enfermedad por la constitución genética de los seres humanos. Si bien existen en este campo avances sorprendentes, el papel de lo social y cultural no puede relegarse. Conceptualizar la salud y la enfermedad demanda explicaciones sustentadas en modelos más complejos que incluyan un espectro más amplio ya que el concepto de salud no puede limitarse a la mirada biomédica.

La conceptualización del concepto de salud requiere de la comprensión de su significado biológico entrelazado con las creencias culturales, vivencias personales y experiencias cotidianas. Una definición ampliada que permita su comprensión y estudio requiere de la participación de varias disciplinas:

etnografía, clínica, epidemiología, historia, sociología, psicología, política y economía, entre otras. De esta manera el estado de salud se convierte en un fenómeno socio-cultural percibido de forma distinta por cada cultura (Rodríguez y de Miguel, 1990)⁵. Y por ese mismo principio un ideal de *salud* es difícil de definir, debido a las diferencias conceptuales que existen en cada sociedad y cultura así como también lo es el concepto de enfermedad que se van modificando con el desarrollo de la civilización.

La consideración de la medicina como ciencia social es por lo menos tan antigua como Virchow, quien en 1849 acuñó la frase – tan célebre como incomprendida – de que “*la medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala*”. Esta fue la respuesta, del entonces joven patólogo, cuando fue requerido por el gobierno de Berlín para estudiar la grave situación de salud que sufre la provincia de la Alta Silesia en Alemania debido a una epidemia. En su informe, Rudolf Virchow deja claro que las causas fundamentales del tifus que sufre la población se deben a problemas sociales como la pobreza, el hambre, la inadecuada educación y vivienda, y aún más, por la falta de acción política. Entre sus recomendaciones incluye la realización de cambios económicos y sociales muy profundos: crear más empleo, mejorar la educación, aumentar los salarios e instaurar una política fiscal más progresiva. Las autoridades prusianas provocan como respuesta la citada frase al indicarle que “*no ha hecho un informe médico sino político*” (Benach y Muntaner, 2005:95).

La salud es un bien fundamental dentro de la escala de valores de la sociedad española actual y su protección está reconocida como un derecho constitucional (Gafo, 1999:154). Sin embargo, esta condición “de bien fundamental” no significa que se proteja por encima de cualquier otro ni que el acceso a su cuidado esté plenamente garantizado para todos los ciudadanos. A título individual, Durán (1983) apunta las numerosas ocasiones en que cada persona se enfrenta con opciones en las que ha de arriesgar su salud a cambio de obtener otro bien alternativo: dinero, prestigio, emociones, trabajo,

⁵ Uno de los pocos estudios en España sobre el poder que ejerce el sector sanitario en la sociedad para determinar lo que es salud y enfermedad. Analizan la distribución desigual de la salud entre la población y la presión que producen las profesiones médicas en España.

seguridad, vida familiar, creencias filosóficas o religiosas, belleza, son otros tantos bienes que ocasionalmente se presentan como alternativos o incompatibles con el cuidado de la salud. O, a la inversa, es la carencia de estos bienes lo que impide acceder a su cuidado.

En un sentido general el término de Antropología Médica como la de Sociología de la Medicina se han patentado, de la misma manera que sucedió antes con la Epidemiología. Casi todos los estudios sociales parten de diversos criterios comunes: que la enfermedad es universal; que todos los grupos humanos desarrollan algún sistema para luchar contra la enfermedad; y que dentro de su marco cultural crean teorías más o menos elaboradas para explicar, diagnosticar, y a veces justificar la enfermedad (Coe, 1973). La salud y la enfermedad han sido miradas desde diferentes modelos interpretativos, provenientes de otras disciplinas que han encontrado en ellas un nudo problemático.

1.1.3. Salud y Enfermedad

En el intrincado trayecto salud-enfermedad, la antropología médica contemporánea desde la perspectiva interpretativa ha realizado numerosos esfuerzos en este sentido así como la mirada sociológica se ha propuesto dilucidar la discrepancia entre la enfermedad y el padecer. Hay que aludir a la publicación de Talcott Parsons (1966)⁶ en la que hace la primera referencia sobre el concepto de malestar (*sickness*) como componente social del complejo enfermedad-padecimiento (*disease-illness*), y conceptúa la salud como el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas en los que ha sido socializado; es decir, trató la relación de la personalidad y el organismo, por un lado, y del sistema social y cultural por el otro; pero los contemplaba en una interacción sistémica particular. La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo humano considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las sociedades.

⁶ Parsons, T. (1966). Se refiere a las acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad

Kleinman (1980) ha integrado los conceptos de enfermedad (*disease*), haciendo referencia al modelo biológico, como la alteración o disfunción de órganos o sistemas, padecer (*illness*), como una categoría que incorpora la experiencia y la percepción, y malestar (*sickness*), como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. El mismo autor afirma que ambas, enfermedad y padecimiento, son socialmente construidas. El padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar. Según este autor, el malestar requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción.

Para el sociólogo Josep A. Rodríguez (1987:45) el término *disease* se refiere a un mal funcionamiento del organismo humano e *illness*, sería la representación social de tal estado. La distinción es importante en tanto que el análisis de una u otra tiene como consecuencia resultados diferentes. Otros investigadores (Comelles y Martínez, 1993)⁷ distinguen *disease* como la dimensión biológica de la enfermedad, más cercana a la idea de patología; se utiliza *illness* como la vivencia cultural de la enfermedad; y se habla de *sickness* para referirse a los procesos sociales.

Según el Diccionario de la Real Academia, (RAE, 2015), la enfermedad se define en tres dimensiones:

1. *f. Alteración más o menos grave de la salud.*
2. *f. Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual:*
La ambición es enfermedad que difícilmente se cura
Las enfermedades del alma o del espíritu.
3. *f. Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etc.*

De las cuales se refleja que es un término que se construye en la sociedad aunque la enfermedad no es una metáfora, como titula Susan Sontag (1980) de

⁷ Estudio antropológico sobre la enfermedad en la sociedad. Define algunos conceptos relevantes desde la perspectiva antropológica.

una manera equívoca, a su famoso libro⁸. La enfermedad puede ser definida como una desviación social, como amenaza o como pecado en tanto que se les adjudica una etiqueta o estigma que los diferencia de otros padecimientos o enfermedades (Goffman, 1970, 1988)⁹. Cuando se define a la enfermedad como una disfunción natural se trata de mantener una cierta independencia biológica de las interpretaciones sociales.

1.1.4. La salud y enfermedad desde la perspectiva enfermera

La enfermería como profesión, desde su formación inicial y luego de su desarrollo en la práctica, se ha construido e identificado principalmente a partir de su competencia técnica en el seno del enfoque positivista propio del siglo XIX que proporciona una concepción de la enfermedad construida en base al paradigma biomédico, donde los cuidados que se prestan se hallan más centrados en los procesos fisiológicos y en la enfermedad que en la persona doliente entendida como un todo, esto es, como un ser holístico en el que la aparición de la enfermedad afecta directamente a todas sus dimensiones: física, emotiva, cognitiva, social y espiritual. Tal y como indica Feito (2000), no cabe un enfoque de la enfermería que pierda de vista esta perspectiva, y con esto se entiende que cuidar a un ser humano es algo más que paliar sus necesidades de tipo somático, sino que consiste en percibir todas sus necesidades y velar por ellas.

Atendiendo a Amezcua (2000), entendemos que toda situación de cuidados es una situación antropológica, en el sentido de estar atentos a la realidad humana de la persona doliente, atentos a todos sus códigos: físicos, cognitivos,

⁸ *La enfermedad y sus metáforas*, publicado originalmente en inglés bajo el título: *Illness as Metaphor*. La tesis del libro consiste en una crítica a la utilización de las metáforas para evadir la enfermedad como un hecho biológico que afecta al cuerpo humano. Pone un énfasis especial al caso del cáncer y la tuberculosis. Analiza las formas históricas de respuesta social ante la enfermedad. Cuando la sociedad carece de recursos para enfrentarse a esos padecimientos se crean metáforas que dificultan la capacidad para enfrentar el dolor, la soledad y la muerte. Según la autora la forma de luchar contra la enfermedad es evitando caer en las interpretaciones metafóricas: la enfermedad no es una metáfora. Posteriormente, Sontag publicó otro libro sobre *El sida y sus metáforas* (1989) que es una continuación del primero.

⁹ *Estigma: La identidad deteriorada* (1970) es un estudio sociológico sobre la creación del estigma en la sociedad contemporánea. Y en *Internados* (1988) analiza la vida de los enfermos mentales en los manicomios, definidos como "instituciones totales" donde se describen las características del prepaciente y del paciente, a las que Goffman define como la "carrera del enfermo mental". Analiza los determinantes sociales que impulsan los grupos sociales a marginar a las personas y clasificarlas como "locas". Dentro de la institución mental el rol de la persona se ve ajustado por las normas que le confieren, reajustándola a una nueva forma de ver la vida. Al incorporarse a la vida social no deja de perder su etiqueta de anormal.

emocionales, sociales y espirituales, en el momento de prestar cuidados enfermeros. Y también en acuerdo con el pensamiento de Torralba (1998), la enfermería aporta a la antropología una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y atender a la persona enferma, y es necesario que un antropólogo, un filósofo de la condición humana, sea receptivo a las vivas lecciones de la enfermería, profundizando en los fenómenos que tienen lugar en la realidad, en la cotidianidad de los seres humanos.

Apoyándonos en lo anterior, y desde una perspectiva filosófica “la enfermedad puede definirse como una alteración global de la estructura pluridimensional y plurirelacional de la persona, una alteración que puede ir al sufrimiento a lo largo de la vida” (Torralba, 1998:252). Se comprende a la persona como una estructura *pluridimensional*, es decir, que tiene varias dimensiones, y como una estructura plurirelacional, entendiendo con esto que el ser humano no está solo ni aislado en el conjunto del universo, sino que establece vínculos, de un modo explícito o implícito con el entorno y las demás personas que con él convive. Comunicarse y relacionarse con los demás es una necesidad sentida por el ser humano. De esta manera la enfermedad altera globalmente la esencia del ser humano de un modo interno y externo y si tratamos de entender la enfermedad como objeto de análisis filosófico, ésta debe ser investigada en su particular relación con la vida humana, con los cambios que sufre el ser humano no sólo en lo que refiere a sus estructura somática, sino en todas sus dimensiones a modo integral, dado que el modo que tiene el ser humano de padecer la enfermedad es específicamente propio (Feito, 2000).

La enfermería es fundamentalmente el desarrollo de una actividad humana, y esta profesión. En tanto que labor de cuidado, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y de atender a la persona enferma. Siguiendo a Torralba, podemos afirmar que “nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo (Torralba, 1998:5)”. Esto es así porque el profesional de enfermería trata cotidianamente a personas humanas en una situación de extrema vulnerabilidad como es la enfermedad,

acompañando al ser doliente y prestando los cuidados cuando existe en él una situación de necesidad o debilidad que imposibilita o dificulta su independencia, así como en aquellas circunstancias de dolor, sufrimiento o de abandono y, muy a menudo, de proximidad con la muerte. Por todo ello, pensamos que es importante una reflexión antropológica desde la enfermería que haga hincapié en estas cuestiones que constituyen la esencia del ser humano antes la enfermedad.

Castillo (2000) en sus investigaciones acerca del papel de la fenomenología para el estudio de los fenómenos humanos, dice que en el cuidado enfermero, la persona debe ser entendida como corporalidad. La persona más que tener un cuerpo, es una persona corporal y la experiencia de esta corporalidad es un fenómeno completamente individual. Esto significa, que no se tiene el cuerpo como una realidad extrínseca de la propia identidad de la persona, sino que la persona vive, se desarrolla y crece en ese cuerpo. El ser humano es entonces corporeidad, porque su cuerpo no se entiende como un puro objeto, sino como una fuente de comunicación para expresarse en relación con los demás, el entorno y con él mismo.

Y, por otro lado, la corporeidad es también comunicación. La persona humana a través de sus gestos, sus palabras, sus movimientos e incluso a través de su lenguaje no verbal, nos comunica sus sentimientos y las experiencias vitales de su mundo externo e interno. Tal como indica Cibanal, “la verdadera comprensión de lo que es el cuerpo se decide en la comprensión del lenguaje del cuerpo. A partir de aquí lo que llamamos síntoma toma una significación que muchas veces no tiene nada que ver con el pensamiento que está debajo de las explicaciones mecanicistas y causales” (Cibanal, 1997:30).

Del mismo modo, Alberdi (1988), destacando la importancia que tiene para la profesión enfermera la comprensión de cómo los pacientes perciben la enfermedad de un modo individual. Cree como algo esencial el aprender a realizar una lectura de los síntomas del cuerpo, más allá de la ‘*medicalización*’¹⁰ de la salud. Para esta autora la realidad del síntoma no sólo se basa en la objetivación científica del mismo sino también en la percepción

¹⁰ La *cursiva* es nuestra.

individual del sujeto, y pone énfasis en la comprensión del síntoma como un mensaje producto de la influencia socio-cultural y de las vivencias personales del individuo.

En la tarea y arte de cuidar, y principalmente en el plano de la relación de ayuda, el profesional de enfermería está receptivo a todos estos elementos que son fuente de comunicación de la percepción individual y subjetiva de la persona enferma y necesitada de ayuda. Y esto es así, porque la enfermedad estudiada desde el paradigma biomédico, tiene sus manifestaciones y experiencias físicas y fisiológicas, pero desde un enfoque antropológico, afecta el código subjetivo del ser humano, a su interioridad y a su mundo emotivo, afectivo y relacional.

La forma de pensar y sentir la salud y la enfermedad es también una construcción sociocultural, por tanto, cabe decir que en nuestra sociedad occidental se ha venido pensando que se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia o sintomatología, entendiendo la salud como ausencia de enfermedad física, siendo esta última, un hecho científico externo al individuo causada por una bacteria, un virus u otro agente patógeno (Flores, 2004). Con esto se entiende que en el marco social de la medicina occidental la salud operaba en oposición a ausencia de enfermedad, vinculando esta última con agentes científicamente demostrables.

Ahora bien, en una visión holística, la salud y la enfermedad toman un significado particular que es preciso reconocer. Es decir, no se trataría de interpretar desde el prisma de ausencia de enfermedad, sino más bien, se trataría de comprender el proceso salud-enfermedad desde dos puntos de vista distintos entre sí y a la vez complementarios. De un lado estaría la enfermedad padecida por la persona como realidad objetivamente considerada, y por otro, la enfermedad como realidad subjetivamente vivida (Laín, 1985). En este sentido, es importante abordar el proceso de la salud y de la enfermedad de un modo integral considerando el componente subjetivo de la persona, las alteraciones físicas objetivas e incluso su capacidad de adaptarse al medio ambiente (San Martín, 1985).

Chalifour (1994) inspirándose en un pensamiento holístico-humanista concibe la persona sana como aquella que conoce lo que es bueno para ella, con capacidad de adaptación al entorno y de relacionarse conforme a los ejes de su naturaleza humana. Del mismo modo, este autor, citando a LaRouche escribe: “Según la visión holística de la salud, la enfermedad no es, hablando con propiedad, una infección o una deficiencia de un órganos. Es el organismo entero el que está desequilibrado y debilitado. El proceso de curación implica un replanteamiento de sí mismo, de sus valores, de sus comportamientos, de sus relaciones con los otros, de su manera de vivir. Cuanto más grave es la enfermedad, más profundo y radical deberá ser el cuestionamiento” (Chalifour, 1994:35).

Toda situación de cuidados es en sí una situación antropológica, y desde este ángulo de enfoque, se comprende el proceso de salud-enfermedad teniendo en cuenta, no sólo los efectos materiales del deterioro biológico, sino también los códigos de respuesta psico-social, que a su vez están condicionados por los referentes culturales en los que las personas se hallan inmersas (Amezcuca, 2000). Las personas responden de forma distinta ante la enfermedad atendiendo a variables como pueden ser la estructura social a la que pertenecen, las relaciones que establecen con las personas que interaccionan y el medio, su sistema de valores y, por su puesto, su cultura (Esteban, 2002).

Ante esta diversidad cultural en la práctica de los cuidados enfermeros hay que conocer los significados de enfermar y las diferentes visiones del mundo de la persona necesitada de ayuda (Duch, 2002). Inspirándose en la triple terminología que la lengua inglesa posee para designar la enfermedad, así como en los diferentes autores que han trabajado estos términos y que ya hemos mencionado en otras perspectivas, dice que la persona doliente y necesitada de ayuda presenta en primer lugar una *enfermedad-objeto* (*Disease*), es decir, lo que entendemos por enfermedad en sentido estricto, del mal funcionamiento fisiológico. En segundo lugar, la *enfermedad-sujeto* (*Illness*), que sería la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la enfermedad. O lo que es lo mismo, la vivencia interior del paciente de su enfermedad, el significado que para él tiene, el padecimiento interior y subjetivo que en la mayoría de los casos es más importante para el paciente que la

propia enfermedad. Y en tercer lugar, estaría la enfermedad social (Sickness), que implica la dimensión simbólica de la enfermedad, las ideologías en torno a la misma, los estigmas y demás simbolizaciones añadidas.

1.2. Modelo Médico Hegemónico

El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos –significados– respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos (Menéndez, 1984).

Todas las sociedades *necesitan* producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva. No hubo que esperar a la epidemiología para determinar que los padecimientos presentan un eje individual y uno colectivo. Todas las sociedades han reconocido algunos de los padecimientos como fenómenos que adquieren carácter colectivo y que, por lo menos, en parte deben ser solucionados a nivel colectivo.

La medicina denominada *científica*¹¹ constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad. Pero desde nuestra perspectiva, tanto ésta como las otras formas académicas y/o academizadas (homeopatía, quiropráctica), o populares (herbolaria, espiritualismo, entre otras) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de “instituciones”, es decir instituyen una

¹¹ El conocimiento médico se consolida como un saber "experto" que permite definir lo normal y lo patológico.

determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos.

La medicina facultativa u ortodoxa surge como parte del desarrollo de lo que de una manera muy general puede denominarse pensamiento de Occidente, el cual se constituye como la principal base de nuestras ideas, reflexiones y sentimientos cotidianos y académicos a partir de los cuales construimos nuestros conocimientos tanto profanos como científicos. Esta forma de pensamiento se consolida desde la época del Renacimiento en Europa (siglos XV–XVII), y se encuentra directamente vinculada a procesos económicos como el Capitalismo y la Revolución Industrial, políticos como la Revolución Francesa, y sociales y culturales como el desarrollo de la Modernidad. Sus pilares filosóficos son el Positivismo, corriente que motiva a aceptar sólo lo que se puede medir, cuantificar y percibir con nuestros cinco más evidentes sentidos, y el Mecanicismo, que supone que todo en el universo puede mirarse desde una sola racionalidad, puede fragmentarse como las piezas de un reloj, y puede predecirse porque nada se sale de unas supuestas leyes generales que determinan tanto el cuerpo como la sociedad (Payán, 2007).

Esta forma de pensar que sobrevalora lo racional, fue desestimando todo aquello que la lógica no logra explicar, como lo subjetivo, la magia y la intuición. Esta historia fue protagonizada por pensadores como Descartes, Bacon, Copérnico, Newton y Laplace entre muchos otros, y surgió inicialmente como reacción al pensamiento medieval que subestimaba la razón humana para darle predilección al poder de lo divino.

El Modelo Médico Hegemónico -medicina facultativa u ortodoxa-, y adoptando la denominación de Menéndez¹² (1984) se entiende entonces como el *conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando*

¹² Eduardo L. Menéndez es antropólogo y actualmente ejerce como investigador y docente en el CIESAS (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, en México). Ha realizado investigaciones sobre racismo, migración, alcoholismo, saberes médicos subalternos y hegemónicos, y elaborado trabajos teórico-metodológicos que impulsan un enfoque relacional fundamentando lo que denomina metodología personalizada. Sus principales trabajos son: Cura y Control; Poder, estratificación social y salud; Morir de alcohol. Saber e ideología médica; Hegemonía y autoatención (gestión); Participación social como realidad técnica y como imaginario social.

dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. Existe toda una organización social, ideológica, económica y política que fortalece dicha hegemonía, mediante la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferentes, y mediante la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo médico.

Este Modelo Médico Hegemónico (citado en Carrasco 2012:26) establece como principales parámetros para entender y actuar sobre la salud y la enfermedad los siguientes:

- a) “Biologismo, ahistoricidad y asocialidad”, es decir que reduce a los individuos a su dimensión física aislándola de toda condición social, histórica y espiritual;
- b) Concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia, y de la salud como normalidad estadística;
- c) Práctica curativa basada en la eliminación del síntoma;
- d) Relación médico – paciente asimétrica, de subordinación social y técnica del paciente;
- e) La salud–enfermedad como mercancía y tendencia inductora al consumismo médico;
- f) Medicalización de los problemas, y;
- g) Identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos”.

En general, se trata de una concepción mecanicista del ser humano, que lleva, entre otras cosas, a las inconsistentes separaciones entre las partes de un todo, entre la mente y el cuerpo, y entre el individuo, la sociedad y el universo; a la búsqueda de certidumbres y de verdades absolutas; a la creencia en la causalidad lineal como única forma de relación; y a la subvaloración de la subjetividad.

Históricamente la medicina profesional se ha caracterizado por tratarse de una disciplina con tendencia al corporativismo y a la fagocitación, en el sentido de que ha hecho propios los saberes de otros grupos sociales. Los ejemplos no

son pocos; uno de los más típicos es el de la psiquiatría, que ni siquiera es considerada como parte de la medicina por algunos especialistas (González y Comelles, 2000) y que para otros no se trata de más que una forma de control social (Ehrenreich, 1988). La enfermería en este sentido también ha resultado mal parada. Las mujeres que se dedicaban a la sanación de una manera casi profesional, durante la Edad Media fueron quemadas en la hoguera con el fin de “hacerse con el campo y la exclusividad” (Szaas, 1997). A estas “brujas” se les puede considerar un antecedente entre la medicina y la enfermería. No es necesario nombrar el caso de la Ginecología, que nace a partir de la conversión en enfermedad de un proceso natural como es el embarazo y el parto, atendido tradicionalmente por comadronas o parteras. Estas cuestiones se han producido más por razones de control social que por filantropía (Foucault, 1990).

Este último autor, una década anterior ya sentenció que:

“Los intelectuales han descubierto que las masas no tienen necesidad de ellos para conocer -saben mucho más-, pero existe un sistema de dominación que obstaculiza, prohíbe, invalida ese discurso y el conocimiento. El poder -entendido en un sistema amplio, no únicamente político- termina produciendo un saber determinado, con el fin de ponerlo a su servicio”. (Foucault 1980:79).

El proyecto de la biomedicina, desde el s. XIX, y el de la Psiquiatría a finales del XX, aspiraba a alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, depurando, casi patológicamente, la clínica y el laboratorio de cuantas variables fuesen accesorias a esos tres actos. Operaba sobre una transformación de la construcción del conocimiento médico, conocido como el “nacimiento de la clínica moderna”, y que es coetáneo con el despliegue del Estado liberal¹³. En este periodo desapareció el valor del contexto – el del medio, la sociedad y la cultura del enfermo y de la enfermedad – en la práctica clínica, quedando el cuerpo desnudo del paciente en la mesa de exploración o

¹³ Sobre la transición entre la medicina galénico-hipocrática y la clínica moderna sigue siendo fundamental Foucault (1978), y Ackercknetch (1985).

el del cadáver en la de autopsias en busca de la utopía de una práctica técnica que condujese a una toma de decisiones racional (Comelles, 2003:6).

El paciente ideal viene a ser hoy uno intubado, monitorizado, que recibe alimentación parenteral para que no defecue, que orina mediante una sonda, y sobre el cual las computadoras alimentan de parámetros objetivos las decisiones que un médico supervisa desde un *dispatching*¹⁴, desde el cual dicta órdenes al personal técnico que realiza los inevitables cambios de curas o de ropas del paciente hasta que los robots sean capaces de hacerlo¹⁵. En esa arena la cultura, según los médicos – y en todas sus acepciones – habría dejado de existir.

Toda práctica y discurso llevan en sí una perspectiva de sociedad, ciencia y ser humano determinada, incluyendo las prácticas y discursos de la medicina ortodoxa y de las medicinas alternativas. El pensamiento médico forma parte de la manera como el ser humano se relaciona consigo mismo y con su entorno, la cual se expresa entre otras cosas, en los planteamientos de otras disciplinas, en la forma de entender la política, en la economía, en la cultura, en la cotidianidad, en los planes de desarrollo, en la organización de las ciudades y pueblos, en las relaciones entre las personas, en nuestros sueños y miedos; es decir que el pensamiento médico forma parte de la manera como vivimos, sentimos y pensamos. Todo sistema médico es producto de una historia y una sociedad que lo justifica y lo valida, y la ciencia y los modelos sanitarios se conforman y comportan de acuerdo con los paradigmas de la sociedad en la que se encuentran; por eso para reformularse lo médico o lo científico, necesariamente debe llegarse a lo social y a lo político. Desde esta perspectiva, no es posible hablar de medicinas (facultativa, alternativa o complementaria) sólo como procesos o formas diferentes de curar y cuidar así como otros enfoques de pensar la salud.

¹⁴ Despacho o lugar de reunión de los médicos.

¹⁵ El desarrollo de la "medicina de la evidencia" es una consecuencia del desarrollo de la epidemiología clínica y apunta hacia ese objetivo. En un monográfico de la revista *Health*, Pope (2003) la presenta como un nuevo movimiento social y no únicamente clínico y analiza las "resistencias" de amplios sectores clínicos a su penetración. Cronje & Fullan (2003) resaltan la utopía de la búsqueda de una nueva "racionalidad" en ese tipo de acercamientos.

La crisis del *modelo médico hegemónico*, el surgimiento de nuevos “estilos de vida”, las modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, condujeron desde la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y a la recuperación de una serie de concepciones y prácticas “curativas”, que parcialmente ponen en duda, no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica.

En todos los contextos las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control, estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural. Los llamados “nuevos paradigmas” no constituyen simplemente una alternativa o una opción a los planteamientos de “viejos paradigmas”, no son una propuesta para poner a discusión de científicos o académicos; son el camino que sigue, que urge, que se requiere.

1.3. Crisis del Estado del Bienestar

1.3.1 Origen del Estado del Bienestar

La noción actual de "Estado del Bienestar" corresponde al término inglés *Welfare State* – del que es traducción literal –, cuyo uso quedó acuñado a partir de 1945, en la posguerra de la Segunda Guerra Mundial, a partir de una expresión original de William Temple, entonces Arzobispo de Canterbury, como contraposición al *Warfare State* –"Estado de Guerra"– de la Alemania Nazi para describir la emergencia de las políticas keynesianas de posguerra.

Sin embargo, apuntar que no existe acuerdo entre la doctrina al señalar los orígenes del Estado de bienestar, aunque la mayoría de los autores coinciden en fechar su origen después de la II Guerra Mundial y lo catalogan como un modelo más de intervención del sector público en la economía en países desarrollados como los de la UE (Bilbao-Ubillas, 1990:395-401; González, 2009:15-42)

La primera de las acepciones que emanan del diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE, 2015) sobre “bienestar” dice así:

(De bien y estar).

- 1. m. Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien.*
- 2. m. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.*
- 3. m. Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.*

Pudiéndose decir, por tanto, que el bienestar material dependerá de las retribuciones que un individuo o una economía familiar consigan para satisfacer sus necesidades básicas, como son la alimentación, la vivienda y el confort para llevar una vida digna. En otras palabras el bienestar estará estrechamente relacionado con la ausencia de privaciones. Por el contrario, “la gente que padece hambre o malnutrición, que no dispone de una vivienda y si la tiene, no cuenta con agua potable o servicios de luz eléctrica, o que vive con su familia hacinados en una misma vivienda – en la actualidad son muchas las familias que se encuentran en esta situación” – como señala Berzosa. (2003: 126).

Pero ¿qué se entiende por “estado de bienestar”?

- 1. m. “Sistema social de organización en el que se procura compensar las deficiencias e injusticias de la economía de mercado con redistribuciones de renta y prestaciones sociales otorgadas a los menos favorecidos” (RAE, 2015).*

En realidad, la concepción que tradicionalmente ha existido en España del Estado del Bienestar ha sido una concepción asistencial y benéfica, tal como queda, reflejado en la definición del Estado del Bienestar que todavía hoy existe en el diccionario de la Real Academia de la Lengua, que lo define como *la organización del Estado en la que este tiende a procurar una mejor redistribución de la renta y mayores prestaciones sociales para los más desfavorecidos*, incluyendo como tales los servicios asistenciales de carácter benéfico para las ‘clases humildes’ o para ‘las personas menos favorecidas’¹⁶, expresión ampliamente utilizada en las culturas conservadoras dominantes. Esta visión es para Navarro (2007:25-34) profundamente errónea, y reproduce una interpretación decimonónica de lo que es el Estado del Bienestar. Esta

¹⁶ Definición de la Real Academia de la Lengua Española (XXIII Edición)

incluye aquellas intervenciones del Estado encaminadas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de toda la población de un país. Se podría argumentar, con razón, que cualquier intervención del Estado afecta, de una manera u otra, negativa o positivamente al bienestar social de la población.

Por *bienestar* podemos entender todas aquellas medidas tomadas en la sociedad para satisfacer las necesidades de las personas y grupos. Dicho término engloba, no sólo las competen a los poderes públicos, sino también, las provenientes de la acción social por parte de los agentes privados como la familia, entidades mercantiles o las entidades no lucrativas, que pueden contribuir a la mejora de la calidad de vida de los individuos en cualquiera de sus vertientes (Alemán y García, 1999). En todos los países desarrollados, existen tres pilares fundamentales que contribuyen a mejorar el bienestar social: la familia, basada por el principio de reciprocidad; el mercado, basado en el intercambio y el Estado que trata de redistribuir (Montagut, 2004; Rodríguez, 2004).

1.3.2 Diferentes perspectivas del fracaso del Estado del Bienestar

Desde una perspectiva político-económica se utilizan varios indicadores para medir el grado de desarrollo de los distintos componentes de un Estado del Bienestar (Navarro y Quiroga, 2003):

- Uno de ellos, que mide el nivel de desarrollo de los servicios del Estado del Bienestar, es el porcentaje de la población adulta que trabaja en tales servicios, es decir, en sanidad, en educación y en servicios de ayuda a la familia y otros servicios personales.
- Otro indicador que también se utiliza para medir el grado de desarrollo de un Estado del Bienestar es la cantidad de fondos públicos que financian las transferencias, servicios públicos y otras intervenciones del Estado para mejorar el bienestar de la población, cantidad medida como porcentaje del PIB (Producto Interior Bruto) y el otro es que el gasto público social por habitante en España ha crecido muy lentamente.

- Así como el gasto sanitario público (como porcentaje del PIB) y el gasto sanitario público por habitante de España con el promedio de la UE (Unión Europea). El bajo gasto público invertido en sanidad pública conlleva una gran extensión de la medicina privada, reproduciéndose una polarización social en la que, por lo general, la burguesía, pequeña burguesía y clases medias de renta alta utilizan los servicios médicos privados, mientras que las clases medias de renta media y baja y la clase trabajadora utilizan la sanidad pública.

Eurostat clasifica el gasto público en diez epígrafes y los últimos datos, que corresponden a 2012, muestran que España se encuentra en todos ellos por debajo de la media con tres excepciones. Como puede verse en el gráfico adjunto, España destina en porcentaje del PIB menos recursos que sus socios europeos en protección social, sanidad o educación. En cambio, se encuentra por encima de la media en orden público y seguridad, actividades recreativas, cultura y religión y en asuntos económicos. Estas son algunas de las cifras más significativas:

Tabla 1.1 El gasto público en España y en la Unión Europea, año 2012.

Fuente: Ministerio de Hacienda y Eurostat

El gasto público en España y en la Unión Europea

■ Clasificación funcional del gasto Año 2012. En % del PIB. Base 2008

Servicios generales de las AA PP ¹	Defensa	Orden público y seguridad	Asuntos económicos ²	Protección del medio ambiente	Vivienda y servicios comunitarios	Salud	Act. recreativas, cultura y religión	Educación	Protección social
Grecia 13,8	Grecia 2,4	Croacia 2,6	ESPAÑA 7,7	Holanda 1,7	Chipre 2,3	Croacia 9,2	R. Checa 2,7	Dinamarca 7,9	Dinamarca 25,2
Chipre 12,4	Reino Unido 2,4	Eslavaquia 2,4	Bélgica 7,0	Malta 1,5	Francia 1,9	Holanda 8,9	Hungría 1,9	Suecia 6,8	Finlandia 24,8
Italia 9,1	Estonia 1,9	Reino Unido 2,4	Hungría 6,2	R. Checa 1,4	Letonia 1,2	Dinamarca 8,6	Luxemburgo 1,8	Chipre 6,7	Francia 24,4
Portugal 9,1	Francia 1,9	Bulgaria 2,3	Rumanía 6,2	Luxemburgo 1,3	Rumanía 1,1	Francia 8,3	Eslovenia 1,8	Estonia 6,4	Austria 21,4
Dinamarca 9,0	Chipre 1,9	Chipre 2,2	Austria 5,8	Francia 1,1	Bulgaria 1,0	Finlandia 8,2	Dinamarca 1,7	Eslovenia 6,4	Suecia 21,2
Hungría 9,0	Chipre 1,6	Rumanía 2,2	R. Checa 5,6	Estonia 0,9	Hungría 0,9	Bélgica 8,1	Estonia 1,7	Bélgica 6,3	Grecia 21,2
Bélgica 8,1	UE 28 1,5	Rumanía 2,2	Croacia 5,3	Italia 0,9	UE 28 0,8	Reino Unido 8,0	Holanda 1,7	Finlandia 6,3	Italia 21,0
Finlandia 7,4	Dinamarca 1,5	Estonia 2,1	Letonia 5,3	Lituania 0,9	EA 18 0,8	Austria 7,9	Letonia 1,5	Francia 6,1	EA 18 20,5
Suecia 7,2	Croacia 1,5	Holanda 2,1	Holanda 5,3	Eslavaquia 0,9	Irlanda 0,8	R. Checa 7,8	Francia 1,4	Reino Unido 6,1	Bélgica 20,3
Croacia 7,1	Italia 1,4	Hungría 2,0	Malta 5,2	Reino Unido 0,9	Luxemburgo 0,8	EA 18 7,4	Bélgica 1,3	Malta 5,9	UE 28 19,9
EA 18 6,8	Suecia 1,4	UE 28 1,9	Bulgaria 5,1	UE 28 0,8	Polonia 0,8	UE 28 7,3	ESPAÑA 1,3	Holanda 5,8	Alemania 19,4
UE 28 6,7	EA 18 1,3	Bélgica 1,9	Finlandia 4,9	EA 18 0,8	Eslovenia 0,8	Italia 7,3	Finlandia 1,3	Portugal 5,7	Luxemburgo 19,2
Austria 6,7	Holanda 1,3	Italia 1,9	Polonia 4,7	Irlanda 0,8	Eslavaquia 0,8	Irlanda 7,1	Croacia 1,2	Lituania 5,6	Eslovenia 18,9
Malta 6,6	Polonia 1,2	Polonia 1,8	Estonia 4,5	ESPAÑA 0,6	Reino Unido 0,8	Suecia 7,1	Polonia 1,2	Austria 5,6	Portugal 18,8
Alemania 6,1	Bulgaria 1,1	EA 18 1,8	Luxemburgo 4,4	Rumanía 0,8	R. Checa 0,7	Alemania 7,0	UE 28 1,1	Letonia 5,5	Reino Unido 18,0
ESPAÑA 6,1	Alemania 1,1	Grecia 1,8	Suecia 4,4	Bélgica 0,7	Estonia 0,7	Eslovenia 7,0	EA 18 1,1	Polonia 5,5	ESPAÑA 17,7
Eslavaquia 6,0	Portugal 1,1	Francia 1,8	EA 18 4,3	Bulgaria 0,7	Italia 0,7	ESPAÑA 6,2	Chipre 1,1	Luxemburgo 5,4	Holanda 17,6
Francia 5,9	Eslovenia 1,1	Letonia 1,8	UE 28 4,1	Letonia 0,7	Suecia 0,7	Eslavaquia 6,2	Suecia 1,1	UE 28 5,3	Hungría 17,1
Polonia 5,9	Bélgica 1,0	Lituania 1,8	Eslovenia 3,9	Hungría 0,7	Holanda 0,6	Portugal 6,1	Austria 1,0	Irlanda 5,2	Irlanda 16,4
Irlanda 5,8	ESPAÑA 1,0	Portugal 1,8	Dinamarca 3,7	Eslovenia 0,7	Austria 0,6	Lituania 5,9	Portugal 1,0	EA 18 5,0	Polonia 16,1
Eslovenia 5,8	Lituania 1,0	Eslovenia 1,8	Francia 3,7	Alemania 0,6	Portugal 0,6	Grecia 5,8	Rumanía 1,0	Croacia 5,0	Malta 14,6
Reino Unido 5,8	Eslavaquia 1,0	Irlanda 1,7	Irlanda 3,6	Grecia 0,6	Alemania 0,5	Malta 5,8	Eslavaquia 1,0	R. Checa 4,8	R. Checa 13,8
Países Bajos 5,4	R. Checa 0,9	Polonia 1,7	Eslavaquia 3,5	Polonia 0,6	Finlandia 0,5	Hungría 5,3	Reino Unido 1,0	Hungría 4,8	Rumanía 13,6
R. Checa 5,0	Letonia 0,9	Alemania 1,6	Alemania 3,4	Austria 0,5	Bélgica 0,4	Estonia 5,1	Malta 0,9	ESPAÑA 4,6	Croacia 13,1
Luxemburgo 4,9	Hungría 0,8	Malta 1,5	Italia 3,4	Portugal 0,5	Dinamarca 0,4	Luxemburgo 5,1	Bulgaria 0,8	Alemania 4,3	Bulgaria 12,8
Rumanía 4,9	Malta 0,7	Austria 1,5	Lituania 3,3	Dinamarca 0,4	ESPAÑA 0,4	Bulgaria 4,6	Alemania 0,8	Italia 4,2	Estonia 12,6
Letonia 4,5	Austria 0,7	Finlandia 1,5	Grecia 3,2	Croacia 0,4	Croacia 0,4	Polonia 4,6	Irlanda 0,8	Grecia 4,1	Chipre 12,4
Lituania 4,3	Rumanía 0,7	Suecia 1,4	Chipre 3,1	Chipre 0,3	Malta 0,4	Letonia 3,9	Lituania 0,8	Eslavaquia 3,8	Lituania 12,1
Bulgaria 3,7	Irlanda 0,4	Dinamarca 1,1	Portugal 2,8	Finlandia 0,3	Grecia 0,2	Chipre 3,3	Italia 0,7	Bulgaria 3,5	Eslavaquia 12,1
Estonia 3,6	Luxemburgo 0,4	Reino Unido 2,8	Reino Unido 2,8	Suecia 0,3	Lituania 0,2	Rumanía 3,1	Grecia 0,6	Rumanía 3,0	Letonia 11,2

(1) Incluye intereses de la deuda.

(2) La cifra tan elevada se explica porque en el epígrafe se incluyen 39.068 millones del rescate bancario, el 3,7% del PIB.

Fuente: Ministerio de Hacienda y Eurostat

JAUME VIÑAS Y ALEJANDRO MERAVIGLIA / CINCO DÍAS

- Protección social: es el principal capítulo de gasto. De cada cien euros públicos, 37 se utilizan para pagar pensiones o prestaciones por desempleo.

A pesar del elevado número de parados y al proceso de envejecimiento de la población, el gasto en protección social se sitúa en el 17,7% del PIB frente al 20,5% de la zona euro o el 19,9% de la UE. Lidera el ranking Dinamarca (25,2%), Finlandia (24,8%) y Francia (24,4%).

Tabla 1.2 Gasto en protección social (como porcentaje del PIB).
Fuente: Navarro y Quiroga, (2003:23) y Eurostat (2012).

GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL			
PAÍSES /AÑOS	1993	2000	2012
España	24,0%	20,1%	17,7%
UE	28,8%	27,3%	20,5%

Este dato en sí ya muy preocupante – y que debería ser un punto central en el debate político del país– es incluso más preocupante cuando se analiza la evolución de tal gasto público desde principios de los años noventa. Estas cifras muestran no sólo que el gasto público social como porcentaje del PIB en España es muy bajo (de los más bajos de la UE) sino que ha ido descendiendo muy rápidamente desde 1993, distanciándose más y más del promedio de gasto público social de la UE.

- **Asuntos económicos:** España fue el país de la UE que más dinero gastó en asuntos económicos, que engloba el gasto en infraestructuras o subvenciones a sectores como la pesca o la agricultura. El liderazgo se explica, sin embargo, porque en 2012 se incluyeron 39.068 millones del rescate financiero. El gasto en asuntos económicos ascendió al 7,7% del PIB. Si se descuenta el auxilio financiero, el porcentaje baja hasta el 4%, inferior a la media europea.
- **Sanidad:** Una de las partidas más relevantes -asumida en su mayor parte por las comunidades autónomas- y que alcanza los 63.446 millones. Supone el 6,2% del PIB frente al 7,4% de la eurozona. Así, también en el área de salud, España se encuentra por debajo de la Unión Europea. Croacia, Holanda y Dinamarca son los países con un mayor gasto sanitario.

Tabla 1.3 Gasto público sanitario (como porcentaje del PIB).
Fuente: Navarro y Quiroga, (2003:23) y Eurostat (2012).

GASTO PÚBLICO SANITARIO			
PAISES/AÑOS	1993	2000	2012
España	6,6%	5,8%	6,2%
UE	7,5%	7,2%	7,4%

La excepción del gasto en sanidad que se ha mostrado con un ligero incremento con respecto al año anterior estudiado. Sin embargo, España sólo **gasta un 6% de su PIB en fondos públicos para sanidad ya que el 2,4%** restante corresponde a aportaciones privadas que explican por qué ha sobrevivido nuestro sistema sanitario con la mísera inversión pública (Carrasco¹⁷, 2012). .Es decir, como resultado del enorme poder de la industria farmacéutica en España, el 22% del gasto público sanitario se dedica a farmacia, con lo que el gasto sanitario público no farmacéutico es el 4,64% del PIB, el más bajo de la UE. y que le sitúa muy por debajo de la media europeas,.

- Servicios generales de la Administración: En este apartado se contabiliza el coste de los órganos ejecutivos, legislativos, la Casa Real o la acción exterior. También incluye los intereses de la deuda. España gastó en todas estas áreas un 6,1% de su PIB, cifra similar a la partida destinada a sanidad. En cualquier caso, se encuentra por debajo de la media europea (6,7%).
- Educación: El tercer pilar del Estado de bienestar representa el 4,5% del PIB, la séptima cifra más baja de la UE. Se encuentra medio punto por debajo de la media de la zona euro y supera a países como Alemania o Italia. Dinamarca, Suecia y Chipre son los países que más gastan en educación.

¹⁷ Para conocer aspectos de la información contenida en su libro se puede consultar en: <http://elpacienteinteligente.blogspot.com.es/search/label/Sistemas%20sanitarios%20europeos%20comparados>

- Orden público y seguridad: Una de las excepciones. España destina en orden público y seguridad, que incluye la policía, prisiones o justicia, más que sus vecinos. Destina el 2,1% frente al 1,8% de la media de la zona euro.
- Actividades recreativas, cultura y religión: También la Administración española gasta más dinero que la media en eventos deportivos, servicios culturales y televisiones públicas, entre otros. Destina un 1,3% de su PIB.

A modo de conclusión podemos destacar que el gasto público, tanto en los *servicios públicos* del Estado del Bienestar (como son la sanidad, educación y servicios de ayuda a las familias) como en la gran mayoría de *transferencias* de Estado del Bienestar (como son las pensiones de vejez, de viudedad y de invalidez así como las ayudas a las familias y a la vivienda social), es de los más bajos de la UE.

Desde el año 2008, estamos inmersos en lo que se ha venido en llamar “crisis económica y financiera”. Esta “crisis”, fruto de la internacionalización del capital que nos ha traído la globalización, ha acabado con la “hegemonía económica neoliberal” causando el fin del extraordinario crecimiento y prosperidad alcanzados por el capitalismo en los países desarrollados. La causa principal fue, tal y como lo describe Carrasco (2012:56): “*que los gobiernos confiaron en que los mercados financieros se regularían solos, sin darse cuenta de que el dinero es un animal feroz e insaciable que sólo busca más dinero y que cuando las cosas no van bien, su hambre no se detiene frente a nada ni nadie: ni ante gobiernos por poderosos que sean ni ante entidades públicas por prestigiosas que parezcan*”.

Desde una perspectiva antropológica, Comelles (2003:10), explica que el problema de la crisis del estado del bienestar había dejado de ser un problema de *cantidad* basado en indicadores sanitarios, para serlo de *calidad* en la atención. Eso significa que el problema no es tanto que el proyecto biomédico no haya triunfado y sus valores hayan sido *embodied* por la población, como que ahora la demanda de ayuda de la población al sistema ya no corresponde a las prioridades tradicionales, como la atención a la enfermedad aguda, a los accidentes de trabajo, al hambre y a la pobreza, sino los malestares de una sociedad teóricamente “sana” entendida esta como una sociedad que ha

disminuido la mortalidad por infecto contagiosas y la morbimortalidad infantil y materna, y ha aumentado dos o tres veces la esperanza de vida y a la que pueden aplicarse los aforismos aquellos de que la salud es un estadio transitorio que no presagia nada bueno, o el de que un hombre sano es simplemente un enfermo que ignora su condición.

La segunda circunstancia, según este mismo autor, es distinta y se refiere al problema que plantea hoy en los países desarrollados una demanda cualitativamente sesgada basada en cuidados de salud, enfermedades crónicas y degenerativas, y medicalización de malestares y formas de aflicción en toda la población, así como los problemas que plantea la diversidad cultural – actualmente percibida por el impacto de la inmigración comunitaria– en la relación comunicativa que se produce entre el demandante de servicios y los profesionales que los ofrecen¹⁸. Los límites del modelo médico hegemónico y su negación de lo cultural, se ponen de manifiesto por dos bandas: por la banda alta la que corresponde, simplificando a las clases altas y medias y a los sectores más prósperos del proletariado porque no responde adecuadamente a los cambios culturales en las representaciones de la salud y de la enfermedad; por la banda baja, porque la sofisticación del dispositivo técnico de la biomedicina desarrollada en países industrializados y bien capitalizados, no puede utilizarse por falta de recursos en la mayor parte de países del mundo.

El fiasco del modelo médico, se produce por su incapacidad de adaptarse al cambio de una demanda sostenida por el riesgo de muerte, a otra que trata de evitar el riesgo del sufrimiento a medio o largo plazo en el cual el paciente se halla inerme puesto que la cultura de la biomedicina no asegura su seguimiento de modo adecuado salvo en casos singulares. Es en buena medida el producto de haber abandonado los criterios de co-producción con los profanos que ha llevado a infravalorar su papel y su conocimiento respecto a la salud y por ese camino a alentar su dependencia de terceros¹⁹ especialmente cuando la implantación del derecho universal a la salud ha derribado las barreras de mercado para el acceso a los profesionales y los servicios.

¹⁸ Este problema fue detectado en los sesenta y dio lugar a la literatura y los posicionamientos respecto a la idea de participación ciudadana en salud

¹⁹ Para una crítica ver sobre todo Allué (2003) y Canals (2002), desde la perspectiva del derecho de los usuarios.

1.3.3 Consecuencias del fracaso del Estado del Bienestar

Las consecuencias de esta situación son múltiples. Si nos centramos solo en Cataluña, Navarro (2005:7) insiste en que es la CCAA con un gasto sanitario público como porcentaje del PIB más bajos de la UE y es también –junto con España– en el que el gasto sanitario público por habitante está creciendo más lentamente, siendo por lo tanto, el país de la UE con un déficit sanitario público más alto. Detrás de muchos de los problemas que nos encontramos en la sanidad pública catalana, como las largas listas de espera para el tratamiento y para el diagnóstico de los pacientes (fenómenos muy generalizados que crean gran angustia e incertidumbre entre los pacientes) el escaso tiempo de visita al médico (una de las quejas más frecuentes en las visitas a los centros de atención primaria, resultado de asignar un número excesivo de pacientes al médico de familia), el gran retraso de la reforma de la atención primaria (la más retrasada en España después de Galicia), el escaso confort de las facilidades públicas sanitarias (con hospitales que tienen incluso seis camas por habitación), el estrés y frustración entre los profesionales y trabajadores de las instituciones sanitarias públicas, y otras muchas situaciones insatisfactorias está este enorme déficit del gasto sanitario público.

Además existe una polarización, característica de países con gasto público muy bajo, se traduce en que las clases pudientes –burguesía, pequeña burguesía, clases profesionales y clases medias de renta media alta- utilizan los servicios sanitarios privados, mientras que los servicios públicos sirven, en general, a las clases medias de renta baja y a la clase trabajadora, según la última encuesta del “*Panel de Desigualtats Socials a Catalunya*²⁰”. Hay mucha gente que utiliza una u otra según sus necesidades particulares. Pero esta permeabilidad entre ambas, no niega la existencia de tal polarización, la cual es clave para entender la ausencia de una presión social que fuerce un incremento significativo del gasto público sanitario. Las personas con renta

²⁰ El PaD empezó a trabajar en el seno de la Fundación Jaume Bofill (FJB) en el año 2000 y ha recogido datos desde los años 2001 y 2012. Su valor reside en el seguimiento anual de una muestra representativa de individuos a lo largo del tiempo – el panel puro - (es una base de datos de carácter longitudinal), tiene una doble unidad de estudio: familias e individuos y se trata de una muestra representativa de una población de Cataluña y provincias. Entre sus publicaciones hemos seleccionado la relacionada con la salud de Borrell y Benach: “*Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*” (2005:133-157).

superior de la población en Cataluña (Navarro, 2005:10), que tienen una enorme influencia en la cultura mediática y política del país va a la sanidad privada y, en general, se desentiende del deterioro relativo de la pública, creyendo – equivocadamente- que tiene su situación resuelta. La realidad, sin embargo, es que no tiene su problemática resuelta, aunque no lo sepan. La sanidad privada es frecuentemente mejor que la pública en aspectos muy importantes para la calidad de la atención sanitaria tales como la capacidad de elección, el confort (una cama por habitación, por ejemplo) y un trato personalizado. Ahora bien, la calidad científica y técnica tanto del personal como del equipamiento público son mucho mayores en la sanidad pública *“por lo que aconsejo a los lectores que se encuentren enfermos graves que vayan a la sanidad pública”* me comentaba Vicenç Navarro con quien que he tenido el gusto de compartir excelentes momentos, tanto como profesor en la 1ª promoción del Master de Salud Pública que se inició en la U.B. en colaboración con la Universidad de John Hopkins (Pensilvania, USA) como en otros ratos de ocio e inestimables charlas mantenidas fuera del contexto académico. Leámosle textualmente:

.... “Reproduciendo esta situación están intereses económicos y profesionales muy poderosos y muy influyentes en la opción política que gobierna la Generalitat. Uno de ellos son los Colegios de Médicos que representan en su mayoría a la sanidad privada (así como los hospitales y centros privados) que están hoy parasitando al sector público. A algunos lectores el término “parasitando” les podrá parecer exagerado. La realidad muestra, sin embargo, que tal adjetivo describe correctamente la situación presente. Los grandes nombres de la sanidad privada trabajan en general en la pública por la mañana y en la privada por la tarde. Es de su ventaja que la pública no resuelva la problemática que tales profesionales canalizan a la privada. Tal situación, por cierto, es semejante a que la empresa Ford tuviera unos capataces que trabajaran para la Ford por la mañana y trabajaran por la tarde para la General Motors, la empresa productora de automóviles que compite con la Ford. Esta dualidad pública/privada daña a la pública, pues inhibe el incremento de la productividad en la pública, de lo cual es responsable el gobierno de la Generalitat que constantemente favorece contrataciones con la sanidad privada en lugar de aumentar la eficiencia y las inversiones en la pública”. (Navarro, 2005:18)

Ahora bien, la lógica del propio desarrollo sanitario, con su creciente complejidad tecnológica, altamente costosa, y su necesaria especialización hace insostenible una sanidad privada de alta calidad. Incluso en EEUU, en teoría el paraíso de la sanidad privada, la mayoría de los fondos sanitarios que sostienen los mejores centros de atención sanitaria son públicos. De ahí que existe un proyecto sanitario compartido por los partidos gobernantes en Cataluña y en España de incrementar tal "*parasitarismo*", acercando la privada hacia la pública, de manera tal que la atención privada, en lugar de realizarse en la clínica privada, se realice de manera creciente en las instituciones públicas, de modo que tales instituciones tengan dos tipos de despachos, de salas de espera, laboratorios y habitaciones, unos para los enfermos privados y otros para los enfermos públicos, todo ello en la misma institución pública. Facilitando esta situación existe la expansión de los seguros privados (que tienen ventajas fiscales a partir de la reforma del IRPF, aprobadas con el apoyo de los partidos conservadores que gobiernan Cataluña y España) que contratan con los hospitales públicos, convertidos en Fundaciones, para la provisión de facilidades y privilegios para sus asegurados privados en los hospitales públicos.

Siguiendo el mismo estudio (Navarro, 2005:10), dentro de la sanidad catalana hay una dimensión que es especialmente preocupante, la salud pública, que está poco desarrollada debido en parte a la excesiva medicalización del sistema sanitario (donde hay centros avanzadísimos del estudio del genoma sin que haya, por ejemplo, una escuela de salud pública), en parte se debe a los escasos recursos, y en parte al insuficiente desarrollo del municipalismo en Cataluña y en España, autoridades que ya tienen responsabilidades en algunas áreas importantes de salud pública, tales como el control de las aguas, del aire, del alimento, de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otros. Esta situación explica la situación grave de salud pública de Cataluña que tiene una de las tasas de tuberculosis, de sida, de drogadicción más altas de la UE, con una de las tasas más insuficientes de educación sexual y sanitaria. Es también una de las regiones en la UE que tiene mayores tasas de intoxicaciones alimenticias y mayor mortalidad laboral y de tráfico.

En general, podemos afirmar que la excelente medicina europea (que, en adelante, consideraremos sinónimo de la Atención Sanitaria prestada por equipos multidisciplinarios o por cualquiera de los profesionales de la salud) ha sido fuertemente atacada por estos cambios, viendo comprometida su propia sostenibilidad. Los necesarios recortes en su financiación han cerrado centros de salud, quirófanos, han disminuido plantillas y han alargado de forma preocupante las listas de espera de los ciudadanos europeos para una intervención quirúrgica o una exploración diagnóstica. Y a pesar de ello, Navarro (2004) defiende que la calidad de vida de la ciudadanía no depende de intervenciones dramáticas (de vida o muerte) sino de intervenciones constantes y contundentes para mejorar las condiciones ambientales como son, por ejemplo, el ruido, que afectan el confort y el bienestar de la ciudadanía. Es sorprendente en este aspecto las enormes limitaciones del poder local, limitaciones que son desconocidas por la ciudadanía, que asume erróneamente que las autoridades locales tienen tales poderes.

En la misma línea, podría decirse que el hecho de estar trabajando no garantiza la percepción de un salario digno, ni tampoco el derecho a unos niveles de prestaciones sociales adecuados. De tal forma que, comienzan cuestionarse los nuevos retos que se deben afrontar en el siglo XXI²¹.

Las reacciones a nivel internacional, ante la denominada crisis del Estado de Bienestar, han promovido nuevas vías a las soluciones de mercado, y a las exigencias de retornar las responsabilidades sociales del Estado a la comunidad, o a la sociedad civil, también llamado Tercer Sector²², ampliamente difundido en los últimos años.

²¹ Para el caso español, la grave crisis económica internacional que estamos viviendo actualmente, se ve reflejada, en lo que al debate del Estado de bienestar respecta, en aspectos tales como: el debate para prolongar la edad de jubilación de los 65 a los 67 años, el posible recorte de los gastos destinados a la aplicación de la Ley de la Dependencia por parte de las comunidades autónomas, la reestructuración de las administraciones públicas con objeto de recortar gastos o la supresión de la cobertura estatal de determinados medicamentos.

²² Tercer Sector: La organización no lucrativa del siglo XXI. El Anuario del Tercer Sector Social de España de 2012, realizado por la Fundación Luis Vives, certificaba la importancia del Tercer Sector Social en nuestra sociedad mostrando su peso social y económico: el número de entidades sociales en España está alrededor de 29.000 organizaciones que tienen contratadas 635.961 personas y cuentan con la colaboración de 1.075.000 personas voluntarias. Esto representa un volumen económico estimado de 17.467,5 millones de euros, casi el 1,88% del PIB español de ese año.

Origen y caracterización del TS

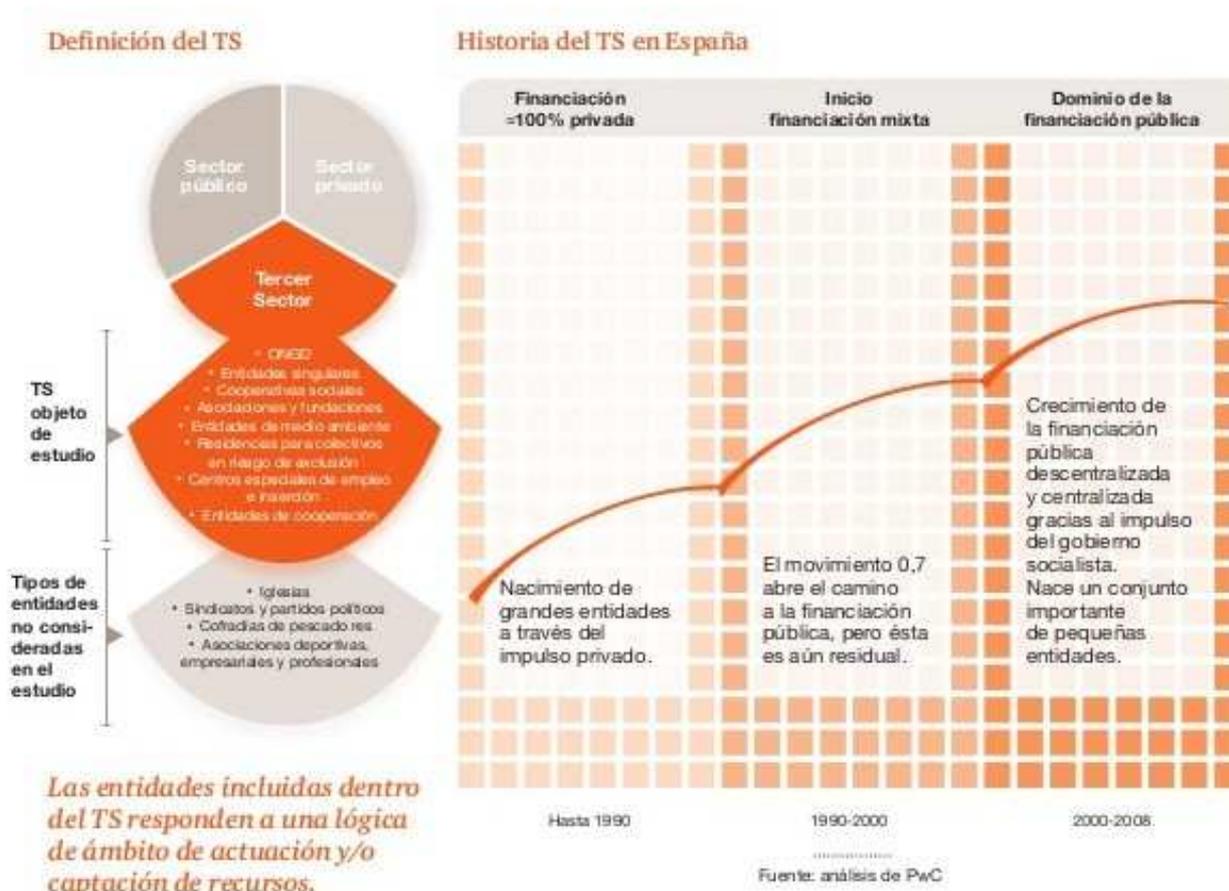


Figura 1.3. Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España. Fundación Luis Vives (2012:156).

Las realidad muestra que en aquellos países en que las clases populares, las mujeres y las fuerzas políticas que las representan son más poderosas, como es el caso de los países nórdicos de Europa, los impuestos son más elevados (52%), el gasto público social es también más elevado (32%), el Estado del Bienestar es más extenso, y la calidad de vida de la ciudadanía es mayor que en aquellos países donde las clases populares, las mujeres y las fuerzas políticas que las representan tienen menos poder, como es el caso del sur de Europa, incluida España. En estos países, las fuerzas conservadoras han sido las que, históricamente (con escasos paréntesis), han tenido mayor influencia en la vida política del país.

1.4 Comunidad y valores sociales

El giro hacia el *'individualismo'* es indiscutible hoy en el mundo occidental. Una de las tendencias más notables de los últimos tiempos es el auge del individualismo como valor. Es decir, se valora más al individuo que al grupo, la independencia personal, el preocuparse de los propios asuntos sin interesarse por lo que hacen los demás (Orizo y Roqué 2001). En la misma línea Inglehart (1998) explica la individualización a través de un creciente alejamiento de las personas tanto de la autoridad religiosa como de la autoridad del Estado. Este autor argumenta que la secularización que vivimos provoca un deterioro del significado de **comunidad**, aísla al individuo, ya vacío de un interés por lo colectivo.

Los valores llamados posmodernos le dan la máxima prioridad a la autorrealización a través de la carrera profesional. El resultado es un alto nivel de **anomia**^{23,24} entendida como la desconfianza en los líderes políticos y sociales y en la gente, como carencia de objetivos vitales y escasa fe en el futuro²⁵. Putnam (2000), ha identificado como causa de esta anomia creciente la ruptura del tejido social debido al desinterés de la gente a comprometerse y responsabilizarse en la vida pública. El ciudadano medio vive cada vez más aislado del mundo institucional, apático en política y en las elecciones, con asistencia declinante en grupos, asociaciones e iglesias, solitario en su propia familia y en las actividades de ocio. Se va perdiendo el "capital social", es decir,

²³ **Anomia** es un término popularizado por Durkheim. El sentido literal de la palabra es el de ausencia de normas. En sociología denota una situación en la que existe un conflicto de normas, de manera que los individuos no pueden orientar con precisión su conducta. Conflictos de normas suponen un vacío normativo para quien se encuentra en él. Durkheim (1976) lo utilizó en su estudio sobre el suicidio. El suicidio anómico se produce cuando el individuo pierde sus marcas normativas de referencia, se siente perdido, no sabe rehacer su conducta. Merton (1980:210) afirma que su causa es el desequilibrio entre las metas o fines culturales y los medios permitidos para lograrlo.

²⁴ La **anomie** que significa falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos lo que les sería necesario para lograr las metas de la sociedad, ha ejercido una gran influencia sobre la teoría sociológica contemporánea. También ha ofrecido una de las explicaciones más importantes de la conducta desviada.

²⁵ Casi diez años después de la publicación de *El Suicidio*, las teorías sociológicas de Durkheim fueron aplicadas al alcoholismo por Cheinisse, quien veía la solidaridad y cohesión de la comunidad religiosa como factores de profilaxis contra el alcoholismo entre los judíos ortodoxos, cuyas tasas de alcoholismo son extraordinariamente bajas. La modesta difusión de la ebriedad y de los signos de alcoholismo vinculada con la secularización y el declive de la ortodoxia pueden interpretarse dentro del esquema general propuesto por Cheinisse y Durkheim (Citados en Monteiro, Klein & Schuckit, 1991).

los vínculos entre los ciudadanos y las normas de confianza y **reciprocidad** derivadas de ellos.

El individualismo ha penetrado profundamente en el esquema de valores y estilos de vida de los españoles. Como afirma Juan Linz (1990:663), llama la atención la apatía, indiferencia, privatización, insolidaridad e ineficacia para la acción colectiva. Todavía tenemos un déficit de formación en valores comunitarios, en la ética de la cooperación y del trabajo en equipo, y se menosprecian los triunfos colectivos, excepto en el deporte (de Sebastián, 1998:33). El grueso de la actividad social se realiza fuera del ámbito asociativo²⁶. Por ejemplo, Fishman (1998:162) apunta que la participación en asociaciones voluntarias y en grupos políticos es especialmente baja en España tal y como se desprende de la *Primera Encuesta Europea de Valores*, “las actuaciones solidarias son muy minoritarias, la mayoría se sienten implicados sentimentalmente pero luego no actúan en consecuencia, muchos se sienten comprometidos pero pocos son los que se afilian en el movimiento asociativo” (Orizo 1991:207). Esta situación suele conducir a los individuos a un cierto aislamiento social al no desarrollar lazos comunitarios que le sirvan de soporte para su vida social. Como sugiere Putnam (2000), se debilita así el factor más potente de la felicidad, de la satisfacción personal y social, con lo que acaban comprometidos la salud, la economía y la misma democracia.

En definitiva, no parece que la participación en grupos más o menos formales haya sido un incentivo para la vida social en España en las últimas décadas anteriores al cambio del milenio ni se vislumbra un giro en los valores que propician este escenario en los inicios del siglo XXI.

Silvestre y Elzo editaron el libro “*Un individualismo placentero y protegido*” en el que se recoge la interpretación de la, hasta ahora, última edición de la Encuesta Europea de Valores en su aplicación en España, en el que afirmaban que uno de los rasgos del sistema de valores de la sociedad española antes de la crisis económica de 2008 se trata de un individualismo poco participativo y

²⁶ Otras investigaciones sobre los valores y estilos de la sociedad española coinciden en este déficit de solidaridad. Ver Amado de Miguel (1994:478).

poco responsabilizado con “la res publica” que, a su vez, exige una elevada presencia y protección al Estado (2010: 251-298).

Así lo confirman las conclusiones expuestas en el libro “Valores blandos en tiempos duros” que se desprenden de la IV edición de la Encuesta Europea de Valores (*European Values Study, EVS*) y que analiza los cambios de valores de la sociedad catalana en los últimos 10 años. Según estos resultados, la sociedad catalana es individualista –antepone el interés personal al colectivo, hedonista –prevalece el ocio y las relaciones sociales ante el trabajo y profundamente liberal –las conductas privadas son cada vez más aceptadas socialmente. Los mismos autores concluyen que:

“uno de los principales retos que tendrá que abordar la sociedad catalana en el futuro, será la conciliación satisfactoria de la autonomía y los valores individuales en alza con el regreso y refuerzo de determinados valores colectivos, centrados en la solidaridad, la responsabilidad y la cohesión sociales”. (Elzo y Castiñeira 2012: 320-32).

Actualmente, Silvestre (2014:8), plantea que partimos de un individualismo que ya no parece ni placentero ni protegido. Se ha desvanecido la idea del progreso lineal y continuado y se ha instalado la inseguridad y la creencia de que las cosas no van a ir a mejor. Desesperanza, miedos o percepción de riesgos que no garantizan la cultura proclive para el mantenimiento y desarrollo del sistema de bienestar.

Los miedos, la inseguridad y los posibles riesgos no controlables, como que aumente la probabilidad de perder el puesto de trabajo o se incremente la incertidumbre de no encontrar un empleo, son elementos importantes a la hora de priorizar aspectos como el orden, la seguridad o el respeto a la autoridad. Los “miedos” pueden situarnos ante posturas contradictorias con respecto al Estado de bienestar: por un lado, el miedo podría inspirar una mayor demanda de protección al Estado, pero, a su vez, podría condicionar el principio redistributivo y la técnica universal.

Una de las cuestiones que se plantea Silvestre (2014) es que habrá que prestar especial atención en la próxima Encuesta Europea de Valores prevista para 2017 es la persistencia o no del fenómeno de la individualización y el impacto que este y otros valores están teniendo en el mantenimiento de viejas redes de solidaridad y en el establecimiento de nuevas.

El escenario descrito hasta ahora refleja una situación paradójica. Por un lado, estamos en una era de profesionalización creciente en la que el tratamiento de las enfermedades agudas y también de las crónicas se suele realizar por especialistas. Por otro lado, vivimos en una era de valores individualistas que han socavado los lazos comunitarios y que, al parecer, dirigen al individuo hacia un estado de semi-aislamiento social. Sin embargo, aparecen cada vez más Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y otros movimientos asociativos de carácter comunitario que de forma intencionada se alejan de la presencia del “profesional experto”. Un entorno individualista y profesionalizado no haría prever este fenómeno ¿Por qué surgen estos grupos y se consolidan? ¿Cómo funcionan y cuál es la efectividad de los grupos de ayuda? ¿Qué aportan estas comunidades que no obtengan de los profesionales expertos?

1.5 Redes sociales / apoyo social

El apoyo y la ayuda mutua existen desde los mismos orígenes de la organización social y encarnan una filosofía que, como señaló Hess (1982), desarrolla y estimula el poder de las personas no sólo para ayudarse a sí mismas, sino también para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas. Una reacción humana natural ante situaciones de peligro, ante el temor, la ansiedad o el estrés es la búsqueda de la proximidad de otra persona, de sus palabras, de su contacto físico. Una tendencia que compartimos con otras especies y que, desde el punto de vista funcional, es de gran importancia para la salud, el ajuste y el bienestar (Gracia, 1997).

Es precisamente la idea de que determinadas relaciones sociales pueden prevenir y reducir los efectos negativos del estrés y el gran interés que esa propiedad de la interacción humana despertaría entre los científicos y profesionales de diversas disciplinas, lo que daría origen a un nuevo campo de investigación que surgiría en los años 70: el apoyo social. Los estudios

epidemiológicos de finales del siglo XIX y principios del XX sobre la influencia de los factores sociales en la salud mental de las personas, que constataron las consecuencias negativas del aislamiento y la desintegración social en la salud y ajuste social.

El primer estudio en este terreno es *El Suicidio*, de Durkheim²⁷ (1897/1951). A partir de entonces los investigadores sociales se han interesado no sólo en las consecuencias que tiene el grado de integración social para los individuos, sino también en los determinantes de dichos niveles de integración. Algunos autores afirman que lo que determina el apoyo social se localiza en varios niveles — biológico, psicológico y social— y hacen un llamado a incrementar la investigación en los determinantes a nivel estructural de este fenómeno (Thoits, 1995; Wellman, 1981).

Desde la psicología social se ha estudiado la tendencia de buscar compañía de otras personas en situaciones de temor o ansiedad, y también los efectos que esta compañía tiene en el ajuste a situaciones estresantes a partir de un estudio clásico de Schachter en 1959. Este autor concluyó que este deseo de buscar la compañía de otras personas en situaciones de temor o ansiedad era debido, al menos en parte, a la necesidad de establecer un proceso de comparación social (Festinger, 1954) a través del cual se puede obtener información acerca de la situación estresante (lo que permite reducir la incertidumbre) y validar las propias reacciones (comparando sentimientos y conductas).

Es a partir de las publicaciones, a mediados de los 70, de los trabajos de Cassel (1974), Cobb (1976) y Caplan (1974), cuando el apoyo social será reconocido como un concepto clave para la investigación y la intervención. Estos investigadores trabajaron sobre los efectos protectores en la salud de los vínculos sociales con el grupo primario y dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los

²⁷ La tesis de la obra se resume en la siguiente frase: "El suicidio varía en proporción inversa al grado de integración del individuo en la comunidad religiosa, familiar y política". Según Durkheim, las verdaderas causas del suicidio son de naturaleza social (falta de integración) y permanecen desconocidas incluso para el mismo suicida. El autor distingue entre causas y motivos, y considera estos últimos como pretextos no decisivos.

individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés (House, Landis & Umberson, 1988).

Cassel y Cobb propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos de vida estresantes. Por ejemplo, Cassel (1974:471-482), señaló que el apoyo social es proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo, incluyéndolo en la categoría de procesos psicosociales que denominó “protectores de la salud”. Tanto Cassel como Cobb subrayarían la importancia de los procesos informativos como un componente fundamental en las relaciones de apoyo (Cobb solo consideraría como apoyo social aquella información que lleva a la persona a creer que es querida y cuidada, estimada y valorada, y que forma parte de una red de relaciones que implica obligaciones mutuas). Destacar a Cassel que, como epidemiólogo, ya se había interesado en los efectos negativos que determinadas condiciones de la vida urbana (hacinamiento, viviendas deficientes, vecindarios deteriorados) ejercían sobre la salud física y emocional de los residentes. Este autor hipotetizaba que una consecuencia importante de esas condiciones de vida era el deterioro de los vínculos sociales, deterioro que reducía la cantidad de información que las personas reciben acerca de su situación y que interfería en el *feedback* relacionado con la precisión de sus percepciones y la efectividad de sus conductas. Al carecer de ese *feedback*, se incrementarían los niveles de incertidumbre que pueden llevar a un incremento del estrés y posibles desórdenes físicos y emocionales. A su vez, Caplan, un psiquiatra para quien las propuestas de Cassel eran altamente compatibles con su propio interés en las intervenciones de carácter preventivo basadas en la comunidad, también propondría ideas prácticas que los profesionales podrían utilizar para iniciar o estimular el desarrollo de relaciones de apoyo. Y es que como señala este autor, el impulso que cobra el apoyo social como ámbito de estudio tiene lugar cuando los investigadores comienzan a darse cuenta de sus importantes implicaciones prácticas (de Roda & Fuertes, 1992).

Sin embargo, a pesar de la enorme cantidad de investigaciones en este campo, el concepto de “apoyo social” como concepto multidimensional continúa siendo ambiguo: es común encontrar que términos tales como “relaciones sociales”,

“redes sociales”, “integración social”, “vínculos sociales”, y otros, son usados indistintamente, si bien no se refieren necesariamente a lo mismo.

House (op cit) han señalado que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes *estructuras* de relaciones sociales, y tres tipos de *procesos* sociales. Los elementos estructurales son: a) el grado de integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracteriza a un conjunto de relaciones sociales dado. Para este mismo autor, tres son los procesos identificados: a) el control social, esto es, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; b) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social; c) el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales.

Finalmente, Vaux (1990) señala que el apoyo social como tal no es medible, pero identifica varios conceptos relacionados con el apoyo social que a su parecer sí se pueden medir, a saber:

- a) recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad);
- b) conductas de apoyo (actos específicos de apoyo);
- c) valoración del apoyo (evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles);
- d) orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social).

Investigaciones sobre el apoyo social (Cohen & Wills, 1985; Turner, 1981) sostienen que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental —dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones. Se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del *efecto directo*, que postula que el apoyo social

favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del *efecto amortiguador*, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen & Syme, 1985; Gore, 1985). Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador).

Bajo **el modelo del efecto directo**, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se defiende que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

Otras investigaciones (House, 1981; Berkman, 1985) reportan que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social que se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental. En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud. De hecho, habría que señalar que los modelos causales que siguen esta línea de investigación sugieren que puede ser el aislamiento, que actúa como estresor, *“lo que causa la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que resulta en una mejor salud”* (Berkman, 1985; Cohen & Syme, 1985).

El segundo modelo de apoyo social es conocido como **el modelo del efecto amortiguador** (Cohen & McKay, 1984: 253-267; Wheaton, 1985: 352-364). Bajo este modelo se postula que el apoyo social interviene como variable “mediadora” en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la

ausencia de apoyo social. La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud.

Mucha de la investigación reciente ha tendido a acumular evidencia empírica en favor de alguno de estos dos modelos —modelo del efecto directo (Thoitts, 1985: 51-72) , y modelo del efecto amortiguador (Cobb, 1976:300-314). Se ha sugerido que un mayor énfasis en la comparación de ambos modelos no incrementará significativamente nuestro entendimiento de cómo el apoyo social evita la enfermedad y/o fortalece la salud. En suma, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos.

Pearlin (1985) afirma que el apoyo emocional es algo que se desarrolla dentro de las relaciones primarias de los individuos, más que algo que deba ser buscado conscientemente en ellas. De acuerdo a esta idea, el apoyo social debe ser considerado no sólo como un evento episódico, que resulta de una demanda explícita de un individuo hacia otro, sino también como una especie de algo “dado” o como un estado permanente del cuál los individuos se benefician constantemente. Una extensión lógica de esta idea es que la calidad y naturaleza de este estado varía de un grupo a otro, y que si la naturaleza de ese estado es esencialmente negativa, los individuos obtienen de él básicamente consecuencias negativas.

Este mismo autor habla de diferentes *formas* de apoyo social, y señala críticamente que con frecuencia algunas de esas formas son pasadas por alto o ignoradas por la investigación. Entre estas formas ignoradas, destaca la sensación de pertenencia a un grupo: “es muy probable que una persona con apoyo sienta que le importa a los demás... *importarle a los demás es*

importante... Es bueno contar con apoyo en momentos difíciles, pero también es bueno contar con él cuando nada se necesita excepto un sentido de ubicación y pertenencia". Esta distinción entre formas de apoyo social puede dar cuenta de los resultados poco concluyentes encontrados en programas de "apoyo social" sobre la salud. Distintas formas de apoyo pueden tener distintos efectos en las condiciones de salud de acuerdo al contexto social de cada situación y al significado de dicho apoyo para los diversos grupos.

1.6 Asociacionismo y Grupos de Ayuda Mutua

*"Los sentimientos y las ideas no se renuevan,
el corazón no se engrandece,
ni el espíritu humano se desarrolla,
sino (es) por la acción recíproca
de unos seres humanos con otros (...)
esto sólo las asociaciones pueden lograrlo"*
Tocqueville. (1984:648).

La ayuda mutua es una condición natural en el ser humano de buscar contacto con otras personas, en las que confiar ante una situación de enfermedad, peligro o de ansiedad. También de algunas especies animales que, cuando tienen alguna dificultad o estrés o situación de miedo, necesitan buscar a otro para compartir aquella situación, y en la medida en que se comparte, nuestro estrés, nuestro temor, nuestro miedo se alivia. En el momento que contrastamos nuestro problema con otra persona, aquel problema ya no es tan grave, porque muchas veces resulta que lo vivimos con tanta intensidad, encerrados en nuestro individualismo que deja de ser tan intenso en el momento que lo compartimos con otros y podemos, aunque solo sea hablar o intercambiar información. Resulta que nos podíamos ayudar. En este intercambio es en el que se dice que nace la ayuda mutua: dar y recibir. Unos de los principios universales de ayuda mutua dice: "el que más da, más recibe". (Álvarez²⁸, 1999). Y al final de su ponencia añadía:

²⁸ Introducción que con la que M.D. Alvarez inició su ponencia durante las Primeras Jornadas de Afectados por la Neurofibromatosis en Cataluña en 1999, con el título de: "Los Grupos de

“Y no podemos obviar que los GAM complementan las instituciones existentes y ayudan a generar un mayor bienestar social y comunitario de la población. De la experiencia recogida y de los estudios realizados en otros países más avanzados en estos temas, nos indican que en la medida que se fomenta y se da apoyo a los grupos de ayuda mutua, la salud, la solidaridad y la participación de la sociedad aumenta” (Álvarez, 1999:8).

En los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, las distintas respuestas o intervenciones pueden darse en dos contextos, básicamente (Comelles, 1985a,b):

- El ámbito doméstico-familiar, que es ampliable a la red social inmediata y que incluye las actuaciones del individuo sobre sí mismo. Este contexto se entiende como un ámbito de acción autónoma respecto a los médicos u otros profesionales. La auto-atención doméstica es el eje sobre el que gira verdaderamente el sistema sanitario, en el sentido de que, a pesar de que buena parte de los procesos pasan en algún momento por las manos de los profesionales y por instituciones –especialmente en cuadros de gravedad que requieren un ingreso hospitalario-, normalmente comporta un regreso al hogar.
- El ámbito institucional, que incluye la relación con los especialistas reconocidos institucionalmente, aunque a veces también se incluye a los que no lo son. El ámbito institucional representa un ente que implica una diferenciación espacial, la aparición de roles especializados en él, e intentos normativos para gestionar la salud y, de alguna manera, recuperar para sí incumbencias que pertenecían al entorno de los sujetos sociales. Esta conceptualización, realizada por el antropólogo Josep Canals, tiene la ventaja de subrayar dos factores fundamentales (Canals, 1996): en primer lugar, que el ámbito institucional supone una discontinuidad espacial con los lugares donde transcurre la vida cotidiana, en los cuales los miembros de la unidad doméstica pueden controlar bien sus propios actos y sus propias

Ayuda Mutua, un modelo social de salud. Experiencia de trabajo desde la Agencia Municipal de Servicios a las Asociaciones del Ayuntamiento de Barcelona”

vidas. De esta forma, el usuario se ve obligado a cruzar unas barreras sistemáticas que le separan de sus referencias habituales y le convierten en un ser dependiente de una lógica y unas normas que no son las suyas. En segundo lugar, el contexto institucional pasa a ser definido como sistema sanitario, excluyendo a todo lo que queda fuera de él, ya que las normas, los valores y los lenguajes que rigen los actos de atención a la salud y la enfermedad son definidos e impuestos desde la institución.

Las *asociaciones de salud (AS)* y los *grupos de ayuda mutua (GAM)* son entidades formadas por personas afectadas por problemas de salud y/o por familiares de estas. Constituyen un sector que ha conseguido una presencia importante en los últimos años, de tal manera que en estos momentos ya no es posible describir el sistema sanitario sin hacer alguna referencia al ámbito asociativo. Ambas formas asociativas se sitúan en una posición intermedia entre la autoatención doméstica y los dispositivos sanitarios institucionalizados. Sobre todo los segundos, desarrollan formas horizontales de ayuda recíproca, creando un espacio de autocuidado y de autoatención externo a los grupos primarios que siempre han desempeñado estas funciones (Canals 2003:71-81). En este sentido, son alternativas características de las sociedades urbano-industriales, puesto que se constituyen a partir de la libre asociación de sus miembros y no dentro de estructuras comunitarias tradicionales y basadas en alguna forma de estatus adscrito.

A diferencia de los GAM, las asociaciones (para pacientes), son formas asociativas que intentan proporcionar alternativas en determinadas problemáticas a las carencias de los servicios públicos y a las insuficiencias de la auto atención doméstica. Esto significa que tienen al mismo tiempo funciones asistenciales y reivindicativas (Canals, 2003:287).

De estas primeras aportaciones ante la aparición de grupos de ayuda mutua, asociacionismo, ONG y otras modalidades de ayuda solidaria nos preguntamos: ¿cuáles son los factores que han incidido en la aparición de los mismos y que circunstancias han sido determinantes para que, en una época muy acentuada por valores como el individualismo a nivel comunitario, el máxima especialización en los tratamientos médicos y un supuesto nivel de

bienestar fruto de la evolución de países desarrollados como son los de la Unión Europea?

En la fundación y desarrollo de los GAM y las AS, tal y como lo plantea Canals (2002:77), inciden sobre todo las siguientes causas:

1. Las limitaciones de la medicina hegemónica planteada ampliamente por Menéndez. Actualmente, el crecimiento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, en las que una medicina que se había concebido como curativa encuentra sus límites, está en el origen de la gran mayoría de los GAM y AS existentes. También es muy significativo que el sector que más crece ahora en nuestro país sea el constituido alrededor de los síndromes de baja incidencia, donde la falta de recursos terapéuticos se une a la invisibilidad social. Es significativo que las primeras organizaciones basadas en GAM hayan sido *Alcohólicos Anónimos* y *Recovery*. Ésta última, creada en los años 30 y en los Estados Unidos al igual que *Alcohólicos Anónimos*, agrupa a enfermos mentales y fue fundada por pacientes que habían salido del hospital. Obsérvese que se trata de problemáticas ante las cuales el fracaso médico era y sigue siendo muy elevado.
2. Las ya mencionadas carencias de la sanidad pública y del sistema de bienestar social. La falta de un sistema público universalizado de salud y bienestar social comparable a los europeos es ahí una variable decisiva. Esto debe relacionarse con la implantación creciente de las AS y GAM en Europa a partir de los años setenta, precisamente cuando el Estado del Bienestar está siendo reformulado y la extensión de las prestaciones públicas se ve limitada, traspasándose cada vez mayores responsabilidades al llamado Tercer Sector.
3. El debilitamiento de las estructuras cuidadoras tradicionales afectadas por las transformaciones ocurridas en las relaciones familiares y vecinales, estas últimas injustamente poco consideradas en la mayoría de análisis, que se han centrado exclusivamente en la familia.

Y por último habría que añadir la necesidad de reconstruir la identidad deteriorada por el estigma asociado a la enfermedad y la consiguiente

recuperación de autoestima (especialmente en los problemas relacionados con dependencias que conllevan un marcado estigma social). También debe mencionarse la frecuente necesidad de incorporar nuevos conocimientos y habilidades que no están disponibles en la tradición cuidadora del grupo familiar y su red social.

En Europa, el crecimiento de las asociaciones y los grupos de ayuda mutua es significativo a partir de la década de los setenta (Canals, 2002). Se desarrolla un discurso dirigido a revalorizar la asistencia primaria y a convertirla en un elemento fundamental del sistema sanitario, frente al sistema centrado en el hospital de alta tecnología. Esta tendencia encontró un eco decisivo en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Alma Ata en 1978 bajo el lema Salud para todos en el año 2000²⁹ y la posterior creación de centros de información, promoción y formación de la ayuda mutua.

1.6.1 La aparición de los Grupos de Ayuda en España

El retraso con que España se incorporó al proceso industrializador permitió la supervivencia de estructuras y relaciones sociales tradicionales que hizo posible el mantenimiento de formas tradicionales de ayuda mutua, basadas fundamentalmente en el parentesco y la vecindad. Pero, por otra parte, impidió el desarrollo de una sociedad civil lo bastante dinámica para afrontar nuevos retos y situaciones antes desconocidas (Casado, 1995). Una vez entrados en su crisis definitiva los restos de la vieja sociedad, nos encontramos con una iniciativa civil débil y con un retraso considerable en el terreno de la política social del Estado, que no ha permitido la formación de un Estado del Bienestar similar al de ciertos países de Europa. Además, cuando se han dado las condiciones políticas para ello, la situación económica y las corrientes económicas hegemónicas en el mundo hoy apuntan hacia otro lado. Llegamos al "Welfare" a la hora de su de-construcción, por utilizar un término adecuadamente post-moderno (Moreno y Pérez Yruela, 1992).

Conjuntamente con nuestra arraigada tradición católica, la Iglesia mantuvo durante siglos un considerable dispositivo asistencial basado en la gestión de la

²⁹ En sus resoluciones incluía a los GAM entre los recursos necesarios para ese cambio de orientación (WHO, 1978). Posteriormente, la Carta de Ottawa de 1986 otorga la legitimación definitiva a los GAM como agentes de salud (Roca y Llauger 1994: 218).

limosna y las donaciones, estimuladas con motivaciones espirituales, como forma de redistribución de la riqueza. Este dispositivo era más paliativo que resolutivo ante la pobreza, mientras que en su vertiente sanitaria hacía mayor hincapié en el cuidar que en el curar. Los países de tradición protestante, en cambio, debido a la concepción que se tienen de las comunidades y su relación con el Estado, presentan (desde hace varios siglos) una rica variedad de realidades asociativas con sesgos de ayuda mutua (Canals, 1991).

La tradición de actividad voluntaria con grandes componentes de ayuda mutua en los países anglosajones no tiene ningún equivalente en nuestra área. Por lo tanto, aquí habrían de aparecer otros tipos de agentes promotores, necesariamente menos arraigados en las tradiciones socioculturales mayoritarias. En el caso español, debemos destacar el papel dinamizador de algunos profesionales de la salud, generalmente críticos ante los modelos existentes de atención institucionalizada. También es importante destacar la presencia de numerosas entidades con objetivos de asesoramiento y/o defensa de determinados colectivos y que sirven de soporte organizativo para la creación de los GAM (Gallardo, 2001).

Según las fuentes existentes, el número de entidades registradas en Barcelona este sector se ha multiplicado por cuatro en poco más de una década³⁰.

1.6.2 Ayuda mutua y autoayuda

Podemos detectar que existe un uso equívoco de los términos *ayuda mutua* y *autoayuda*, que en muchos casos funcionan como sinónimos y así dicen percibirlos buena parte de los miembros e incluso líderes de AS. En la bibliografía anglosajona aparecen también las mismas ambigüedades entre los usos de *mutual-aid* y *self-help*. El primer término define más adecuadamente el tipo de ayuda que se produce en los GAM, pero el segundo goza de mayor popularidad y es utilizado con mucha mayor frecuencia. Esto es reconocido también por autores anglosajones partidarios de diferenciar ambos términos

³⁰ En el primer directorio que se publicó en la provincia de Barcelona constaban 46 organizaciones (Roca, Fiol y Villabí 1989) y en la Guía d'Associacions i Grups d'Ajuda Mútua publicada una década después, en diciembre de 2000, figuraban 167 grupos. Actualmente, a través de la página web del Parc de Salut (Mar) consta que en Barcelona funcionan más de 180 grupos y asociaciones de Ayuda Mutua que trabajan para su bienestar y el de su comunidad, dando servicio a las personas afectadas por alguna enfermedad, adicción o situación especial. En: http://www.parcdesalutmar.cat/usuaris/es_grupsajuda.html

(Rappaport, 1993). El carácter reflexivo de *self* en inglés, que no siempre es fácil traducir, expresa mejor las acciones del individuo sobre sí mismo. En este sentido, la traducción al castellano como *autoayuda* es perfectamente válida y es el significado que se recoge en la muy popularizada literatura denominada de *autoayuda*.

Sin entrar en debates sobre el significado etimológico y uso de las palabras, lo que importa es la utilización que se hace en la práctica en cada caso (Menéndez, 2000:169). Así, en nuestro país, cuando se habla de grupos o asociaciones de autoayuda, se acostumbra a nombrar a las AS que asumen los criterios y actuaciones de la medicina oficial y que habitualmente cuentan con la presencia de profesionales en su estructura. Estos últimos tienen vinculaciones con las asociaciones que van desde la prestación voluntaria –que puede unir el interés curricular al altruismo- hasta el trabajo asalariado -con dedicaciones variadas- que es la modalidad cada vez más frecuente.

Conde (1996:39) distingue entre la “autoayuda tradicional” y el “espacio contemporáneo de las asociaciones de autoayuda”, siendo la primera un símil de la autoatención doméstico-familiar en la que se encuentra la frontera que separa al sistema médico –con sus correspondientes modelos de intervención profesional- de todo lo que queda fuera de él. Los GAM propiamente dichos quedarían situados en una indefinida tierra de nadie o zona fronteriza con tendencias variables a decantarse hacia uno u otro territorio. Por las formas de reciprocidad que movilizan y por su autonomía en la gestión de la enfermedad estarían más cerca de la autoatención doméstica, pero el uso de categorías clínicas y la apropiación de saberes médico-sanitarios señalan una relación con el sistema médico que también es cierta.

Paradójicamente, un término como autoayuda, que sugiere un grado muy elevado de autonomía, es utilizado para presentar formas asistenciales que conllevan una considerable heteronomía. Este contrasentido es una muestra más de la ambivalencia con que se maneja en nuestro entorno la idea de autonomía, invocada como un valor fundamental por diferentes profesiones, pero constantemente puesta en cuestión por la desconfianza que genera en muchos profesionales todo lo que los pacientes o usuarios puedan hacer fuera

de su control. Al fin y al cabo, el concepto de autonomía que se maneja en los ámbitos asistenciales ha sido importado por los discursos profesionales desde otro universo moral, caracterizado por la concepción protestante de la responsabilidad individual, que choca con las tradiciones de dependencia desarrolladas en el área latino-católica. Como en el caso de *selfhelp* y su traducción *autoayuda*, se hace patente la dependencia que padecemos respecto a lo que se publica en lengua inglesa y respecto a la hegemonía de la producción anglosajona (Canals, 2003:78).

A pesar de todo podemos establecer un acuerdo mínimo sobre el concepto de autoayuda que puede reflejar la autonomía de un grupo en la generación de ayuda para sus miembros (Roca y Llauger, 1994:215) pero sin presuponer ninguna forma concreta de producirla. En este sentido, y atendiendo al uso generalizado del concepto, puede aceptarse que la autoayuda define en sentido amplio a un movimiento social (Villalba, 1996:26).

1.6.3 Los Grupos de Ayuda Mutua

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) están formados por grupos de personas que padecen un mismo problema, atraviesan una experiencia similar o viven una situación que afecta negativamente a su bienestar y que se congregan para poder solucionar el problema que tienen en común. Las personas que padecen una enfermedad crónica –como la Diabetes, el cáncer o el Sida–, una situación traumática que le obliga a cambiar su forma de vida de manera involuntaria –discapacidades propias o de un familiar próximo– o aquellos que dependen de sustancias tóxicas –alcohol, drogas y otras adicciones– suelen nutrir los grupos de ayuda mutua³¹. Muchas de estas comunidades surgen como respuesta a situaciones que soportan alguna forma de estigma, ya que se relacionan con fenómenos que son percibidos como marginales, desviaciones o enfermedades discapacitantes.

³¹ Se deben establecer las diferencias entre un grupo de ayuda mutua, un grupo de apoyo, un grupo terapéutico, una organización voluntaria o una asociación más compleja que provee recursos a sus asociados. En principio todos ellos son creados y gestionados por grupos de personas afectadas por un problema común. Sin embargo, difieren en la naturaleza de su prestación. La ayuda mutua, la prestación voluntaria de servicios, la reivindicación de derechos o la facilitación de recursos caracterizan el significado y la función de cada grupo o asociación (Canals 2002:61).

Como apunta una de las pioneras que colaboró activamente en el desarrollo de dichos grupos en nuestro país, Francina Roca, son una muestra de participación comunitaria y han aparecido por una necesidad sentida y expresada por la propia comunidad y como una respuesta a un vacío no cubierto por los servicios profesionales (Roca y Llauger, 1994).

Los Grupos de Ayuda Mutua cumplen dos funciones en el sentido mertoniano del término³². Por un lado, desempeñan una función manifiesta cuyo objetivo es curar. Por otro lado, según he observado, los GAM cumplen una función latente: se convierten en comunidades, con sus normas, sus valores, su estructura, sus estrategias de acción, etc. Más que organizaciones formales, los grupos de ayuda mutua son grupos comunitarios en el sentido del concepto alemán de *Gemeinschaft* o comunidad. Para Tönnies (1984:13), una comunidad es un conjunto de personas que establecen relaciones sociales en las que existen unos lazos trabados entre ellos por la filiación, el sexo o la necesidad donde las personas llevan un tipo de convivencia íntima, privada y excluyente y se tratan las unas a las otras como fines en sí mismas. El criterio para distinguir ambos grupos radica, como distingue Giner (1996:103), “en el grado de prominencia que posee el elemento emocional o afectivo en cada caso. Se trata de una comunidad cuando los sentimientos son primordiales dentro del grupo, se comparten las vivencias y hasta el destino personal de sus miembros”.

Esta relación se basa en el principio de reciprocidad donde los miembros reciben y aportan ayuda (Gouldner 1970:232). Sin embargo la reciprocidad por sí sola no produce ayuda mutua. Menéndez (1984:98) propone una definición del concepto de ayuda mutua sobre formas de reciprocidad horizontal y simétrica que se dan entre dos o más personas. Cuando la reciprocidad se da entre posiciones de asimetría tiende a desaparecer el elemento de ayuda mutua. En consecuencia, la reciprocidad sólo implica ayuda mutua cuando opera entre iguales o por lo menos entre equivalentes. En un GAM la equivalencia puede ser construida por las personas afectadas a partir de sus vivencias relativas a la historia compartida de un mismo problema.

³² Para la distinción entre funciones manifiestas y latentes, véase Merton (1980:126).

Un elemento importante para entender el éxito de la relación entre los miembros del grupo es el grado de confianza que se deposita entre ellos. Sin confianza no hay relación social, como sugirió Durkheim. Además, como señala Coller (2003:261) “la confianza tiene una dimensión doble: es previa al intercambio y posterior a él. Es previa porque para establecer relaciones de intercambio se requiere que la otra persona merezca nuestra confianza. Y es posterior al intercambio porque los actores confían que transcurrido un cierto periodo de tiempo el objeto intercambiado se devolverá”. La confianza es un valor en los GAM y una necesidad, en cuanto que los miembros necesitan la confianza del grupo y el grupo debe tener confianza en sus miembros para que se genere una verdadera comunidad³³.

El objetivo de cualquier GAM es recuperar y mantener a sus miembros alejados de la conducta adictiva y/o dependencia. Sin embargo, en el funcionamiento de estos grupos existe una función latente, en sentido mertoniano del término, más allá de la función manifiesta. Se consolidan como una comunidad donde se generan lazos afectivos y solidarios muy valiosos, no sólo para su recuperación sino también para conseguir y mantener la sobriedad, aunque no sean reconocidos como motivos principales. En definitiva, la ayuda mutua se refiere a la prestación de servicios materiales o emocionales que se dan informalmente en la familia, en el vecindario o en la comunidad, para aliviar situaciones dificultosas (Llopis, 2011).

Podemos encontrar innumerables definiciones del significado de ayuda mutua, sin embargo, son dos las condiciones *sine quanon*, que las distingue de otro tipo de grupos con finalidades similares a un GAM. La primera condición es la siguiente:

*La ayuda mutua ocurre únicamente
cuando la persona que ayuda y la que
recibe esa ayuda comparten una historia
del mismo problema.” (Silverman, 1980:74)*

³³ Como indica Fukuyama (2000:66), si se puede contar con la gente para que cumpla los compromisos, obedezca las normas de reciprocidad y evite la conducta oportunista, se forman grupos con más facilidad, y los que se forman pueden alcanzar objetivos comunes con más eficacia.

De la cita propuesta de Silverman se desprenden algunas cuestiones notables. En primer lugar, el carácter de relación entre iguales que implica el mismo concepto de ayuda mutua. En segundo lugar, el hecho de que la igualdad entre los participantes se base en la vivencia compartida de un mismo problema. Dicho de otro modo, la igualdad no viene dada, en principio, por factores sociológicos sino por compartir ese mismo problema. Evidentemente, una desigualdad manifiesta en el plano socioeconómico y/o cultural conlleva formas muy distintas de sufrir, experimentar, vivir y expresar, por ejemplo, una misma enfermedad, de tal modo que lo que aparece como problema sería caracterizado de maneras tan distintas que dejaría de ser el mismo problema. La enfermedad puede ser la misma pero la situación no lo es. El problema es ahí una categoría eminentemente situacional. Qué es o no es problema ha de ser definido por las mismas personas afectadas (Richardson & Goodman, 1983).

En tercer lugar, la propuesta citada añade un matiz importante cuando en vez de hablar de 'compartir un mismo problema' precisa que se trata de compartir 'una historia de un mismo problema'. Una historia que no es reducible a la anamnesis, sino que abarca a las vivencias, experiencias y circunstancias asociadas al problema, incluida la experiencia de relación con los profesionales y los servicios. Esta última, por cierto, es un tema de debate recurrente en los GAM. En conjunto, en la cuasi-definición de Silverman se apuntan aquellos elementos que hacen decir tantas veces a los actores que "sólo lo sabe quién lo ha pasado".

En la segunda condición para definir a la ayuda mutua aparece alguna referencia a la *reciprocidad* como un tipo de relación de intercambio necesaria para que exista ayuda mutua. La reciprocidad, sin embargo, presenta diferentes formas que no siempre responden a los requisitos de la ayuda mutua señalados anteriormente. La reciprocidad puede darse entre desiguales y alimentar relaciones de dependencia. Es lo que sucede cuando la parte más débil solamente puede corresponder a sus benefactores más poderosos con la lealtad y la sumisión. Tal y como lo plantea Menéndez:

"(...) la reciprocidad sólo implica ayuda mutua cuando opera entre iguales o por lo menos entre equivalentes. Por lo tanto, reciprocidad y ayuda mutua establecen un nivel horizontal de relaciones que no está implicado en la reciprocidad por sí sola."
(Menéndez, 1984:85).

Esta definición contiene la propuesta de Silverman, señalando el tipo de reciprocidad horizontal y simétrica capaz de generar ayuda mutua. Pero la horizontalidad aludida no deja de ser un tipo ideal que nunca llega a cumplirse del todo, entre otras cosas porque no existen dos personas exactamente iguales, de modo que la categoría de equivalentes introducida en esta última cita responde mejor a las situaciones reales que se dan en un grupo de esta naturaleza.

Un resumen preciso de las características definitorias de los GAM aparecía en un texto pionero en la difusión de estos grupos en nuestro país (Roca, Fiol y Villalbí, 1989:7) que planteaban las siguientes:

- carecer de una estructura jerárquica y ser producto de una asociación libre;
- funcionar sin la supervisión de ningún profesional externo;
- valorar especialmente la interacción personal entre sus miembros, así como la asunción individual de responsabilidades;
- promover unos valores mediante los cuales sus miembros puedan reforzar la propia identidad y autoestima.

Estos autores añadían, en el mismo lugar, que “el grupo tiende a potenciar su autonomía, creando fuertes vínculos de confianza, compañerismo y seguridad entre sus componentes”.

1.6.4 Relación de los GAM y los profesionales de la salud

El movimiento de la autoayuda y los servicios profesionales son dos sistemas diferentes de apoyo y ayuda que coexisten con todavía una escasa articulación. Su integración puede proporcionar la oportunidad del aprendizaje mutuo y la generación de una red asistencial más amplia y efectiva capaz de responder a la creciente crisis de provisión de servicios en nuestra sociedad.

En el trabajo llevado a cabo que dio por título “Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud. Claves de un nuevo modelo socio-sanitario” (Rivera y Gallardo, 2005) extraemos algunas de las conclusiones planteadas por ambos autores y que son un reto todavía una década después:

1. Que las asociaciones de salud desean participar en el diseño de políticas que atañen a sus afiliados.
2. Se plantea la integración del tejido asociativo dentro del sistema socio-sanitario como una articulación estructurada con el fin de diseñar políticas eficaces y resolutivas.
3. Los GAM aparecen en algunas patologías (salud mental, adicciones y enfermedades crónicas) como parte imprescindible en la rehabilitación social y emocional del afectado y la familia.
4. Todas las asociaciones, mediante los GAM, crean un espacio simbólico que trata de subvertir la consideración que en el ámbito social y profesional se tiene de su problemática concreta.
5. Hay una escasa participación de los ciudadanos en los GAM y asociaciones relacionadas con la salud y atribuimos esta mínima colaboración a una percepción de las organizaciones como prestadoras de servicios y como una plataforma conjunta de afectados y familiares.

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 1

- Ajuntament de Barcelona (2000). *Guia d'Associacions i Grups d'Ajuda Mútua*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Ackercknetch, E.H. (1985). *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal.
- Alberdi, R.M. (1988). La percepción de enfermar. *Rol de Enfermería*, 179-180, 65-69.
- Alemán, C. y García, M. (1999). *Fundamentos de bienestar social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Allué, M. (2003). *DisCapacitados: La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Bellaterra.
- Álvarez, M.D. (1999). *Los Grupos de Ayuda Mutua, un modelo social de salud. Experiencia de trabajo desde la Agencia Municipal de Servicios a las Asociaciones del Ayuntamiento de Barcelona*. Primeras Jornadas de Afectados por la Neurofibromatosis en Cataluña. Ponencia. Recuperado de <http://www.acnefi.org/revista/1999t35.htm>.
- Álvarez-Dardet, C. (2008). El papel de la epidemiología en la definición de políticas. Hacia la salud pública que se necesita. *Gaceta Sanitaria* 22, (Sup1), 8-13. Recuperado de http://web.ua.es/opps/docs/articulos/El_papel_de_la_epidemiologia_en_la_definicion_de_politicas.pdf
- Amezcuca, M. (2000). Antropología de los cuidados: Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los Cuidados*, 7-8, 60-67.
- Baum F. (2007). ¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI. *Medicina social*, 2(1), 37-46. Recuperado de: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial>
- Benach, J. y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Mataró: El Viejo Topo.
- Berkman, L.F. (1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. En S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Berzosa, C. (2003). El Bienestar en la Economía Mundial, 7. En E. Fontela y J. Guzmán, *Economía ética y bienestar social* (pp. 125-127). Madrid: Pirámide.
- Bilbao, J. (1990). *Hacia una hipótesis explicativa del Estado del Bienestar* (pp. 395-401). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Borrell, C., i Benach, J. (Coord.). (2005). Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. *Polítiques, Informe CAPS*. (pp. 133-157). Catalunya: Fundació Jaume Bofill. Recuperado de: <http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/414.pdf>.
- Canals, J. (1991). Comunidad y redes sociales: de las metáforas a los conceptos operativos. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 23, 7-18.
- Canals, J. (1996). *La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua*. Actas del VII Congreso de Antropología Social Zaragoza, Septiembre, (pp. 43-55).

- Canals, J. (2002). *El retorno de la reciprocidad: Grupos de Ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Canals, J. (2003). Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 1(3). Oviedo: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Nueva York: Behavioural Publications.
- Caplan, G. (1986). Recent developments in crisis intervention and in the promotion of support services. En M. Kessler & S.E. Goldston (Comps.), *A decade of progress in primary prevention*. Hanover: University Press of New England.
- Carrasco, G. (2012). *El paciente inteligente: Qué saber y qué hacer por su salud en tiempos de crisis*. Barcelona: Sello Editorial.
- Casado, D. (1995). Acción Social y Servicios Sociales. En M. Juárez y D. Casado. V informe Sociológico sobre la situación social en España. *Sociedad para todos en el año 2000* (pp. 1735-1875). Madrid: Fundación Foessa.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial process and "stress": Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1), 17-35.
- Chalifour, J. (1994). *La relación de ayuda en cuidados de enfermería: Una perspectiva holística y humanística*. Barcelona: SG editores.
- Cibanal, L. y Arce, M.C. (1997). ¿Qué aporta la fenomenología a la relación médico-paciente?. *Cultura de los Cuidados*, 1, 25-30.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Coe, R.M. (1973). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull*, 98, 310-57.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. En A. Baum, J.E. Singer & S.E. Taylor, *Handbook of psychology and health*, 4. Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, S. & Syme, L. (1985). Issues in the study and application of social support. En S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social support and health* (4). New York: Academic Press.
- Coller, X. (2003). *Canon Sociológico*. Madrid: Tecnos.
- Comelles, J. (2003). El regreso de lo cultural: Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI. En J. Filgueira y I. López (Comps), *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Antropología Médica y Salud Mental* 1,(3), 4-20.

- Comelles, J.M. (1985a). Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. *Jano*, 665: 71-83.
- Comelles, J.M. (1985b). El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales. *Jano*, 665, 357-372.
- Comelles, J.M. y Martínez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.
- Conde, F. (1996). Las mujeres y el movimiento de ayuda mutua. En *Boletín de Ayuda Mutua y Salud*, 3, 34-53. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Cronje, R. & Fullan, A. (2003). Evidence-based medicine: toward o new definition of "rational" medicine. *Health*, 7(3), 353-369.
- De Miguel, A. (1994). *La sociedad española*. Madrid: Alianza.
- De Roda, A. B. L. & Fuertes, F. C. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.
- De Sebastián, L. (1998). *La solidaridad*. Barcelona: Ariel.
- Duch, L. (2002). *Antropología de la vida cotidiana: Simbolismo y Salud*. Madrid: Trotta.
- Durán, M.A. (1983). *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in Sociology*. Glencoe Ill: The Free Press.
- Durkheim, E. (1976 [1897]). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Durkheim, E. (1993 [1896]). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ehrenreich, B. (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras*. Barcelona: La Sal.
- Elzo, J. y Castiñeira, A. (2012). *Valores blandos en tiempos duros: La sociedad catalana en la Encuesta Europea de valores*. Colección Observatorio de los valores. Fundació Luis Carulla. Barcelona: Proteus.
- Equipo de Investigaciones Sociológicas. (2012). *Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España*. España: Fundación Luis Vives. Recuperado de: http://www.luisvivesces.org/upload/95/52/2012_anuario_tsas.pdf
- Esteban, C. (2002). El papel del antropólogo en el ámbito de la salud. *X Congreso Internacional de Estudiante de Antropología*. Murcia: Libro de Actas.
- Feito, L. (2000). *Filosofía profesional de la enfermería: Filosofía de enfermería como ética del cuidado*. Madrid: Promoción Popular Cristiana.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fishman, R. (1998). *The Cultural Dynamics of Democratization in Spain*. En P. McDonough, S. Barnes & A. López. Ithaca: Cornell University Press.

- Flores, R. (2004). Salud, Enfermedad y Muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *MAD*, 10. Recuperado de: www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. y Deleuze, G. (1980). Los intelectuales y el poder. En M. Foucault, *La microfísica del poder* (pp. 77-86). Madrid: La Piqueta.
- Fukuyama, F. (2000). *La gran ruptura*. Barcelona: Ediciones B.
- Gafo, J. (1999). El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. *Serie: Dilemas éticos de la medicina actual*, 12. Comillas: Icade.
- Gallardo, C. (2001). *Los grupos de ayuda mutua en la Comunidad de Madrid. Perspectiva de los médicos de Atención Primaria*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos.
- Giner, S. (1996). *Sociología*. Barcelona: Península.
- Goffman, E. (1970). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1988). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, E. y Comelles, J.M. (2000). *Psiquiatría Transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- González, M.C. (2009). El Estado de bienestar y la gestión mixta, (1). En P. Juez (Coord.), M. González, y M. Bautista, *Economía y Gestión de Entidades No Lucrativas* (pp.133-157). Madrid: Ed. Universitaria Ramón Areces.
- Gore, S. (1985). Social support and styles of coping with stress. En S. Cohen & S.L. Syme. *Social support and health* (pp. 80-263). New York: Academic Press.
- Gouldner, A. (1970). *La crisis de la sociología occidental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Hess, R. (1982). Prevention in Human Services. *Self-Help as a service delivery strategy*, 1, 1-2.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 5, 241: 540.
- Inglehart, R. (1998). *Modernización y posmodernización. El cambio cultural, económico y político en 42 sociedades*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley (CA): University of California Press.
- Kurtz, L.F. (1997). *Self-Help and support groups. A handbook for Practitioners*. London: Sage Publications.
- Laín Entralgo, P. (1985). *Antropología Médica*. Barcelona: Salvat.

- Lalonde, M. (1974). *El Concepto de "Campo de La Salud": Una Perspectiva Canadiense*. Canadá: Ministro de Salud y Bienestar.
- Langdon, E. J. & Wiik, F. B. (2010) Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18, 177-185.
- Linz, J. (1990). Reflexiones sobre la sociedad española. En S. Giner, *España, Sociedad y Política* (pp. 657-686). Madrid: Espasa.
- Llopis, J. (2011). *Corazones de papel: patrones de cambio en las familias con niños con cardiopatías congénitas*. (Tesis Doctoral). Antropología Social y Cultural. Barcelona: UAB.
- López-Moreno, S. (1990). El proceso salud-enfermedad. En A.L. Moreno y Cols. *Factores de riesgo en la comunidad*. México: Facultad de Medicina, UNAM.
- Menéndez, E.L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (3), 83-119.
- Menéndez, E.L. (2000). Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En E. Perdiguer y J.M. Comelles. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp.163-188). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Merton, R. (1980). *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Montagut, T. (2004). *Política Social*. Madrid: Ariel.
- Monteiro, M. G., Klein, J. L., & Schuckit, M. A. (1991). High levels of sensitivity to alcohol in young adult Jewish men: a pilot study. *Journal of studies on alcohol*, 52(5), 464-469.
- Moreno, L. y Pérez-Yruela, M. (1992). *Política social y Estado del Bienestar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Navarro, V. (2004). *El Estado de bienestar en España*. Madrid: Tecnos.
- Navarro, V. (2005). *El Estado de Bienestar en Cataluña*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6527/vnavarro2.pdf>
- Navarro, V. (2007). Estado de bienestar en España y sus déficits sociales. En V. Navarro (Ed.), *La situación social en España II* (pp. 25-34). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Navarro, V., y Quiroga, A. (2003). *La Protección Social en Cataluña*. Capítulos: 1, 2. Barcelona: Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya.
- OMS (1946). *Carta Magna Constitucional*. Official Records of the World Health Organization, 2, 100. Ginebra.
- OMS (1977). *Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000*. 30ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.
- OMS (1978) *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS (6-12 de Septiembre de 1978).

- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa (Canadá). Documento recoge las cinco áreas de acción prioritarias donde se apoyan las estrategias básicas para la promoción de la salud.
- OMS (1997). *Declaración de Jakarta. Nuevos actores para tiempos nuevos: la promoción de la salud hacia el siglo XXI*. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Jakarta, Indonesia, 21–25 de julio de 1997.
- OMS (1998). *Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI*. Ginebra. Documento que identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI. Estrategia de la OMS promovida en 1984 y renovada en 1998 que pretende la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva.
- Orizo, A. (1991). *Los nuevos valores de los españoles*. Madrid: Fundación Santa María.
- Orizo, A. y Roqué, M.A. (2001). *Los catalanes en la Encuesta Europea de Valores*. Barcelona: Institut Català de la Mediterrània.
- Panel de Desigualtats Socials a Catalunya (2014). Barcelona: Fundació Jaume Bofill. Recuperado de <http://obdesigualtats.cat/index.php>
- Parsons, T. (1966). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Payán, S.I. (2007). *El cambio de paradigma*. Colombia: Intersomos.
- Pearlin, L.I. (1985). Social structure and processes of social support. En S. Cohen, & S.L. Syme, *Social support and health* (pp. 43-60). New York: Academic Press.
- Ponte, C. (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. En Ponte et al., *Salud y Ciudadanía: Teoría y Práctica de la innovación* (pp. 13-17). Gijón: Centro del Profesorado y de Recursos de Gijón.
- Pope, C. (2003). Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health*, 7(3): 267-281.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The collapse and revival of American Community*. New York: Simon&Schuster.
- Rappaport, J. (1993). Narrative studies, personal stories, and identity: Transformation in the mutual help context. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29(2), 237-254.
- Real Academia Española. (2015). Bienestar. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=bienestar&m=form&o=h>
- Real Academia Española. (2015). Enfermedad. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=enfermedad&m=form&o=h>
- Real Academia Española. (2015). Estado de bienestar. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=GjqhahjH#Cnb4zsl&o=h>
- Richardson, A. & Goodman, M. (1983). *Self-help and social care: mutual aid organizations in practice*. Londres: Policy Studies Institute.

- Rivera, J. y Gallardo, C. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud: Claves de un nuevo modelo socio-sanitario*. México: Plaza y Valdés.
- Roca, F. y Llauger, M.A. (1994). Grupos de ayuda mutua: una realidad a tener en cuenta en Atención Primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1(4), 214-224.
- Roca, F., Fiol, C., i Villabí, J.R. (1989). *Directori d'organitzacions i grups d'ajuda mútua de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Rodríguez, G. (2004). *El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Madrid: Fundamentos.
- Rodríguez, J.A. (1987). *Salud y sociedad: Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español*. Madrid: Tecnos.
- Rodríguez, J.A. y de Miguel, J.M. (1990). *Salud y poder*. Madrid: CIS.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- San Martín, H. (1985). *La crisis mundial de la salud* (2ª ed.). Madrid: Ciencia 3
- Schachter, S. (1959). *The psychology of the affiliation*. Stanford: University Press.
- Silverman, P.R. (1980). *Manual Help Groups: Organization and Development*. Londres: Sage.
- Silvestre, M. (2014). *De un individualismo placentero y protegido a un individualismo no placentero y desprotegido*. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Fundación Foessa. Recuperado de http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/23102014160137_5634.pdf.
- Silvestre, M. y Elzo, J. (2010). *Un individualismo placentero y protegido: Cuarta Encuesta Europea de valores en su aplicación a España*. Deusto: Universidad de Deusto.
- Sontag, S. (1980). *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- Sontag, S. (1989). *El Sida y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik.
- Szaas, T. (1997). *The manufacture of madness*. Syracuse: Syracuse University Press.
- Terris, M. (1980). *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. México: Siglo XXI.
- Terris, M. (1994). La Epidemiología y la Salud Pública: Orígenes e impacto de la segunda revolución epidemiológica. *Rev San Hig Púb*, 68, 5-10.
- Thoitts, P.A. (1985). Social support processes and psychological well-being: theoretical possibilities. En I.G. Sarason & B. Sarason, *Social support theory, research and applications* (pp. 51-72). The Hague: Martinus Nijhof.
- Thoitts, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? what next?. *Health Soc. Behav.* (extraissue), 53-79.
- Tocqueville, A. D. ([1842] 1945). *De la democracia en América* (2 vols.). New York: Vintage. Recuperado de <http://cd.dgb.uanl.mx/handle/201504211/13710>

- Tönnies, F. (1984). *Comunitat i associació*. Barcelona: Edicions 62.
- Torralba, F. y Roselló, R. (1998). *Antropología del cuidar*. Fundación MAFRE Medicina. Madrid: Instituto Borja de Bioética.
- Turner, R.J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Health Soc. Behav*, 22, 357-67.
- Vaux, A. (1990). *The assessment of social support*. Frankfurt. [Trabajo presentado en el Simposium Internacional. The Meaning and Measurement of Social Support, Frankfurt, Alemania].
- Villalba, C. (1996). Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional. *Intervención Psicosocial*, 15, 23-41.
- Villalbí, J.R. (1999). *La salud y los Grupos de Ayuda Mutua*. Minusval. Instituto Nacional de Servicios Sociales: Inersso.
- Wellman, B. (1981). Applying network analysis to the study of social support. En B.H. Gottlieb, *Social networks and social support*. (pp. 171-200). Los Angeles: Sage Publications (Sage Studies in Community Mental Health, 4).
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Health Soc. Behav.*, 26, 64-352.
- WHO (1978). *Primary Health Care: Alma Ata 1978*. Ginebra: World Health Organization.
- Wituk, S., Shepherd, M.D., Slavich, S., Warren, M.L. & Meissen, G. (2000). A topography of self-help groups: an empirical analysis. *Social work*, 45:157-165.
- World Development Report (1993). *Oxford University Press* para el Banco Mundial. Recuperado de http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/31/000333037_20100831011011/Rendered/PDF/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf

“La elección de una forma de vida es una elección de una comunidad humana con la que compartimos nuestra vida. Aunque la vida buena de cada uno es única, es compartida simultáneamente por los miembros de una comunidad, grupo, sociedad” (Heller, 1990: 403).

Capítulo 2

ALCOHOLISMO Y ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)

¿Causa y consecuencia de un mismo problema?

¿Qué factores pueden ser los que influyen en que una persona integrada en una comunidad o sociedad llegue a ser dependiente de una sustancia, como es el alcohol, y que posteriormente ese mismo entorno -la comunidad- que le enfermó sea el medio para mantener la sobriedad?

2.1 Introducción

El alcoholismo, aunque extendido, es un fenómeno oculto, socialmente ignorado bajo la etiqueta de 'borracho'. Pero el alcohólico no nace, se hace, y debemos preguntarnos por los factores que conducen a algunas personas hacia el alcoholismo. ¿Cómo se hace un alcohólico? Uno se convierte en alcohólico tras un proceso largo jalonado por acontecimientos y situaciones cuya similitud entre los alcohólicos sorprende. El alcoholismo es, pues, el resultado de una trayectoria y para contestar a todas estas preguntas consideramos necesaria la aproximación a las diferentes perspectivas teóricas como la genética, psicológica, biomédica, social y antropológica que han aportado su explicación sobre el alcoholismo.

Convertirse en alcohólico es un proceso largo, genuino y está salpicado por multitud de factores que lo favorecen y estimulan. Como con el consumo de otras drogas, el recorrido se realiza paso a paso, escalón tras escalón esquivando todo tipo de presiones del entorno y sorteando los obstáculos que se interponen en el objetivo: beber, beber alcohol para sobrevivir. Como si de una carrera se tratase, cualquiera puede probar una bebida alcohólica, pero para llegar a ser dependiente del alcohol se deben traspasar una serie de etapas en el trayecto de vida del individuo. El concepto de carrera es útil para desarrollar un modelo secuencial de varios tipos de conducta desviada tal y como Becker (1973) lo utilizó en su libro *Outsiders* para explicar el proceso de convertirse en un fumador de marihuana. Sin atravesar cada etapa y todas ellas no se completa toda la secuencia: la persona debe tener las drogas asequibles, experimentar con ellas y continuar usándolas. Sin embargo y, a diferencia de un fumador de marihuana, el consumo de cualquier bebida alcohólica no presupone romper con ninguna norma, el individuo no es consciente de que está experimentando con alguna droga ni lo asocia con una conducta desviada. El alcohol está presente en la vida de cualquiera de nosotros desde siempre, su consumo se ha incorporado en nuestros hábitos culturales de una forma natural como para utilizarlo en la mayoría de los actos sociales.

Por lo tanto, si el consumo de alcohol está tan arraigado podríamos presuponer que es una actividad socialmente aprendida. A través del proceso de enculturación se explicitan los motivos por los cuales la juventud utiliza las bebidas alcohólicas: por gusto, diversión, influencia social, mejora las relaciones, etc. y que no difieren demasiado de los motivos de los adultos para hacer lo mismo. Bebemos alcohol porque está a nuestro alcance, en nuestras casas, en los bares y en muchas celebraciones sociales. Son pocos y pocas los que no beben, los abstemios, que son los que dicen no tomar alcohol aunque es posible que a algunos de ellos no les desagrade tomar alcohol en alguna ocasión y otros planteen un rechazo del alcohol como principio.

Es condición necesaria la de beber alcohol, experimentar con él e ir aumentando la frecuencia de su ingesta para llegar a ser un alcohólico, pero no es suficiente para predecir quienes se convertirán en adictos o dependientes y

quiénes no. Estamos ante la primera etapa en la carrera del alcoholismo cuya secuencia debe ser recorrida de forma progresiva.

2.2 Origen y usos de alcohol

Desde múltiples fuentes de información, conocemos que los seres humanos descubrieron la fermentación de hidratos de carbono contenidos en distintos productos alimenticios (frutas, cereales, miel, plantas crasas, leche, etc.) y fueron capaces de producir –mediante la acción fermentativa de ciertas levaduras (Curtis, 2000:217)–, bebidas que contenían, en mayor o menor proporción, un compuesto llamado modernamente alcohol etílico o etanol. Etimológicamente dicho vocablo procede del árabe “al.ku’ul”, término que remotamente tuvo un parentesco con el griego y que describía una sustancia antiséptica. El alcohol era la sustancia psicoactiva, resultante de la acción fermentativa de las levaduras sobre los hidratos de carbono. Al margen de las consideraciones puramente organolépticas que dichas bebidas proporcionaban a quienes las ingerían, parece también evidente que otras características que acompañaban a su metabolización por el organismo humano, entre las que podríamos citar la producción de efectos euforizantes, ansiolíticos y vasodepresores³⁴ –según la cantidad ingerida y su metabolización particular–, fueron despertando un claro interés en nuestros ancestros. Dicho interés también representó, ya desde un pasado remoto muy difícil de datar, un esfuerzo en adquirir conocimientos y capacidades tecnológicas para producir, de forma cada vez más controlada y en mayor cantidad, dicho tipo de bebidas como producto destinado al consumo humano, fuera éste en circunstancias habituales o por motivos simbólicos-religiosos (Escohotado, 2008:91).

Con un halo mítico y religioso (López, 2005:25), junto con claros atributos de desinfectante, y también como *eau de vie* o como medicamento ya desde la antigua medicina hipocrática –prescripciones que incluso han continuado hasta nuestros días, tanto en la biomedicina como en ciertas medicinas alternativas–, las bebidas alcohólicas fueron adquiriendo una presencia masiva en los hábitos alimentarios, sociales y curativos. Asociadas a los elementos de consumo

³⁴ Fenómeno que, en determinadas fases, recibe el nombre de ebriedad, aunque es un estado no asociado exclusivamente al alcohol como sustancia única. El mismo autor lo ha definido como “modificación química de la conciencia” (Escohotado, 2008:22)

cotidianos en buena parte de países y de forma mayoritaria –tanto como bebidas corrientes, domésticas y sociales, como también para reafirmar determinados ritos en ceremonias simbólico-sociales–, las bebidas alcohólicas han formado y forman parte de los elementos de ingesta habitual en la mayor parte de sociedades humanas, si exceptuamos aquellas que las prohíben expresamente por razones asociadas a ciertos preceptos religiosos que incluyen entre otras a las culturas islámicas.

El alcohol es una sustancia utilizada desde la Antigüedad tanto en ámbitos profanos como sagrados (Escohotado, 2008:73), atendiendo a sus propiedades temporales sobre la personalidad. Sin embargo, a efectos de este trabajo, no sería útil entrar en los detalles de las bacanales o de los ritos dionisiacos, como tampoco aportaría nada nuevo al conocimiento del valor simbólico, en este caso del vino, hacer alusión tanto al Antiguo como al Nuevo Testamento ni tampoco a los antiguos textos chinos. En la mayor parte de civilizaciones encontramos referencias a las bebidas alcohólicas, que han constituido, hasta nuestros días, elementos de consumo cotidiano muchas veces confundidos con alimentos por su contenido calórico (Esteve, 2013:20).

En esta introducción, es pertinente una primera aproximación al *alcoholismo* que, siendo un término asociado al uso abusivo de sustancias alcohólicas, no surge como concepto claro ni se contempla su problemática social hasta la emergencia de la que podríamos denominar fase industrial de las sociedades modernas, con sus secuelas de desarraigo social por el fenómeno de las migraciones campo-ciudad, y la presencia de condiciones de vida precarias y salarios paupérrimos que difícilmente aseguraban los mínimos vitales, tanto en la familia como en los propios individuos (Polanyi, 2007:165-184).

Un planteamiento objetivo, es el concepto de *alcoholización de la sociedad* (Menéndez, 1996), fenómeno que deriva de la presencia masiva de bebidas alcohólicas en los hábitos de consumo cotidianos junto con una gran oferta de las mismas, tendría una connotación ancestral como tal proceso y una presencia transversal en las propias sociedades, según el autor citado. Es a partir de dicho concepto que el uso, que no el abuso, del alcohol tiene unas connotaciones muy particulares:

“... reconocer que las investigaciones socio-antropológicas e históricas han demostrado que el alcohol constituye frecuentemente un instrumento, un medio, en determinados contextos aparentemente imprescindible, para la realización de rituales de interacción social, económica y/o cultural”. (Menéndez, 1996: 15-19).

Estas reflexiones vendrían a describir la importancia de las funciones del consumo de bebidas alcohólicas y de su dimensión simbólica, en determinados contextos, por su asociación a prestigio y representatividad social desde una perspectiva socio-antropológica, amén de haber sido investigadas desde diferentes disciplinas como las que se plantean a continuación.

2.3 Antropología del alcoholismo

Desde una perspectiva general, podemos considerar tres corrientes de aportes empíricos y teóricos a la antropología del alcoholismo (Menéndez, 1990:39-41).

La antropología del alcoholismo constituye una de las más tempranas especializaciones de lo que luego se denominará antropología médica. Lo que interesa subrayar es el hecho de que esta producción antropológica – al contrario del Modelo Médico Hegemónico (MMH) – se preocupa secundariamente por las consecuencias negativas y coloca el acento en las funciones económicas, sociales y sobre todo culturales cumplidas por el uso y consumo de alcohol en el proceso de alcoholización. Esta aproximación no patológica ni patologizante, ubica a las consecuencias dentro del sistema social en el cual ocurren colocando el peso en la estructuración cultural y no en las consecuencias. El otro eje etnográfico estará dado por la importancia de las representaciones culturales e ideológicas que los conjuntos sociales construyen respecto del alcoholismo (Menéndez, 1990).

- Las primeras aportaciones son los trabajos que a partir de la década de 1930 inician la discusión sobre la relación normalidad/anormalidad y que establecen los primeros aportes sustantivos a una crítica de las concepciones patologizantes de la realidad, incluida la práctica médica. Esta

corriente se desarrollará en las décadas de los cincuenta y sesenta, por medio de las denominadas **teorías de la desviación**.

El referente que introdujo el concepto de “conducta desviada” se relaciona con Howard Becker (1973) quien bajo el significativo título de su libro *Outsiders* fue desgranando el proceso de convertirse en un fumador de marihuana. Sin atravesar cada etapa y todas ellas no se completa toda la secuencia: la persona debe tener las drogas asequibles, experimentar con ellas y continuar usándolas. Sin embargo y, a diferencia de un fumador de marihuana, el consumo de cualquier bebida alcohólica no presupone romper con ninguna norma, el individuo no es consciente de que está experimentando con alguna droga ni lo asocia con una conducta desviada. El alcohol está presente en la vida de cualquiera de nosotros desde siempre, su consumo se ha incorporado en nuestros hábitos culturales de una forma natural como para utilizarlo en la mayoría de los actos sociales.

- Una segunda corriente la constituyen los estudios sociológicos y antropológicos sobre **las instituciones médicas**, incluidos **la relación médico-paciente**, **los curadores populares** y en particular las investigaciones de unidades hospitalarias. Estos trabajos contribuyeron a proponer un modelo de análisis de las prácticas curativas referido a las funciones reales que las mismas cumplían más allá de la intencionalidad explícita de dichas instituciones. Estas relaciones se abordarán en el apartado de “Tratamiento del alcoholismo” así como en el de “Apoyo Social”.
- Y por último, la producción antropológica específica sobre **alcoholización**, que se constituyó en cierta manera en un campo de especialización en el interior de la producción antropológica.

Respecto al proceso de alcoholismo existe una notable masa de material nacional y extranjero, pero respecto a las dos primeras corrientes de trabajo es muy escaso el material empírico y teórico en nuestros países, salvo en lo referente a curadores populares y, en menor medida, respecto a la relación médico-paciente.

Entre finales de 1930 y principios de 1940 se organiza una nueva perspectiva de investigación sobre la problemática del alcoholismo, que si bien partió de la demanda de la práctica médica, se caracterizaría por proponer la colaboración interdisciplinaria con las ciencias antropológicas y sociales. La misma se centra en Estados Unidos y su desarrollo obedece, por un lado, al fracaso de las políticas prohibicionistas y, por otro, a las limitaciones de la práctica médica respecto de un problema que se sigue incrementando. Una de las figuras promotoras de la investigación sobre el alcoholismo, era uno de los más destacados nutriólogos estadounidenses, J. Jelliffe:

“quien emprendió una ambiciosa y provechosa investigación acerca de las enfermedades de los miles de pacientes alcohólicos que ingresaban cada año al hospital Bellevue de New York (...). Pero a medida que Jelliffe y sus colaboradores ayudaban a revelar la naturaleza nutricional de muchas de las llamadas enfermedades alcohólicas, se dio cuenta de que la enfermedad principal de sus pacientes era el alcoholismo, es decir, la incapacidad para resistir la tendencia a beber y su incapacidad para controlar la ingestión de bebida.” (en Keller, 1970:120).

Más tarde y bajo la dirección de Jellinek se creó el Centro de Estudios sobre el Alcohol en la Universidad de Yale. El traslado de los estudios sobre el alcoholismo a esta universidad tuvo una particular importancia para la ulterior participación de la antropología ya que se desarrolló el corpus informativo que dio lugar a las investigaciones de tipo intercultural y de las cuales los estudios sobre el alcoholismo serían los primeros (Horton, 1943) y más constantes (Field, 1962; Bacon, 1962). Si bien el Centro de Estudios sobre el Alcohol propuso una revisión del problema con enfoque interdisciplinario, la orientación dominante seguiría siendo la médica. El alcoholismo sería definido como enfermedad aunque en sus definiciones, sobre todo en la de Keller (1972), los componentes sociales y culturales serían tomados en cuenta.

A principios de la década de los cuarenta Jellinek solicitó al sociólogo S. Bacon (1943) un trabajo que planteara las líneas básicas de investigación sociológica sobre el alcoholismo. Cuando Bacon escribió este trabajo no existían en

sociología, pero tampoco en antropología investigaciones que focalizaran el problema del alcoholismo. La producción antropológica en la temática era marginal y la sociológica sólo se preocupaba por las consecuencias del alcohol en la criminalidad, la prostitución, etc. Justamente el punto de partida de esta revisión sería una crítica de los enfoques previos de la sociología, ya que su perspectiva, al igual que la médica, se centraba en lo patológico. Según Bacon esta perspectiva era apropiada para la psicología o la psiquiatría, pero no para los científicos sociales a la vez que propone que la ingestión de alcohol sea estudiada como un proceso normal dentro de la vida de los grupos sociales (Levine, 1981).

El primer trabajo de Bacon (1943) es netamente culturalista, propone describir y analizar el sistema de hábitos y costumbres así como las funciones y sistemas de reglas y controles que operan respecto del alcohol así como su simbolización, como lo subraya Levine (1981). Los cambios ocurridos en la estructura económica, y al respecto Bacon realizó un análisis del papel del dinero, al cual describe no sólo en su determinación estructural, sino también en su función simbólica siendo el elemento principal que domina las relaciones sociales y personales bajo el capitalismo. El objetivo de Bacon fue identificar las funciones que cumple el alcohol en este tipo de sociedad en la que se ha incrementado la necesidad de mecanismos sociales integrativos. La competencia, el aislamiento, la incertidumbre hacia los otros, potencian una sociedad ansiógena. Desde esta perspectiva la ingestión de alcohol cumpliría dos funciones básicas: inhibir y reducir la ansiedad, y favorecer la interrelación social, aunque sea esporádicamente. Según Bacon la sociedad compleja tiende a desarrollar más ansiedad que las sociedades simples.

Prácticamente en las mismas fechas Horton (1943) construía la primera teoría antropológica sobre la alcoholización, que, al igual que la de Bacon, refería el alcoholismo a la situación de ansiedad. Este autor critica el enfoque dominante en la investigación sobre el alcoholismo que sólo se preocupa del bebedor enfermo y postula que *el enfoque cultural sugiere que el bebedor moderado, el adicto y el crónico, y aún el abstemio, deben ser estudiados en relación con la cuestión central de las funciones cumplidas por el consumo de bebidas alcohólicas en su sociedad.* Al igual que Bacon, Horton asume que la ansiedad

constituye un fenómeno universal que se incrementa en determinadas condiciones de existencia y que necesita ser reducida para asegurar la continuidad del grupo, en tanto que el alcohol aparece como el principal instrumento de reducción de la ansiedad de los conjuntos sociales.

Un último “principio” propuesto por Horton (1943) establece como poco relevante manejarse con los criterios de tolerancia innata o constitucional, y concluye que “mucho más importante es el factor de tolerancia adquirida” o “habituación”, que es una respuesta aprendida a la bebida que implica la capacidad de ingerir cantidades cada vez mayores de alcohol con efectos progresivamente menores sobre la conducta manifiesta. Son estos aportes los que interesa resaltar ya que supuso un salto cualitativo en la elaboración conceptual del alcoholismo. Si bien el marco teórico se construye a partir de materiales antropológicos, su base teórica está extraída de elaboraciones formuladas desde el nivel psicológico. Siguiendo a los teóricos del aprendizaje (Hull, 1943³⁵, Dollard, 1937³⁶), propone que la ansiedad es una respuesta aprendida que anticipa la situación. La conducta del bebedor social, por lo tanto, representa un equilibrio psicológico dinámico, en el cual la incipiente anticipación a la reducción de ansiedad es el principal motivo para beber, y la anticipación del castigo por las consecuencias negativas sociales y personales es la principal razón para no beber.

En 1954, Lemert, publicó una de las investigaciones etnográficas más influyentes sobre el proceso de alcoholización; sus conclusiones concuerdan con las de Horton (1943) en que el alcoholismo es resultado de la ansiedad, pero eso no debe implicar, según este autor, desconocer las funciones positivas que cumple la ingestión del alcohol. Más tarde otros trabajos cuestionaron total o parcialmente las conclusiones de Horton, subrayando que las funciones positivas eran más importantes que la de reducción de la ansiedad, o que en determinados grupos étnicos no se bebe por ansiedad, o

³⁵ Clark L. Hull, fue un influyente psicólogo estadounidense que se propuso comprender el aprendizaje y la motivación a través de leyes científicas del comportamiento (véase conductismo). Llevó a cabo investigaciones con las que demostró que sus teorías podían predecir y controlar el comportamiento. Una de sus obras más significativas es *Principles of Behavior* (1943), la cual estableció su análisis del aprendizaje y condicionamiento animal como la teoría dominante del comportamiento de su tiempo.

³⁶ John Dollard, psicólogo y también un científico social que había estudiado en gran medida las relaciones raciales en los Estados Unidos. Una mirada a la personalidad en la psicología social.

concluyendo que el alcohol no reduce la ansiedad, sino que, por el contrario, la incrementa (Lemert, 1954).

En 1962, Field publica el segundo estudio antropológico de importancia, que parte de la necesidad de la comparación intercultural para llegar a proponer una teoría general. Su análisis cuestiona la conclusión de Horton respecto de la función del alcohol como reductor de la ansiedad. Sin negar la existencia de la misma, la remite a otro marco explicativo que el autor halla en la estructura y organización social; básicamente en la organización del parentesco. Field critica la explicación basada en variables psicológicas y pondera que la ansiedad es una emergencia de otras condiciones, por ejemplo, la pérdida de la organización social nativa. Según su investigación, en las sociedades primitivas la embriaguez está menos determinada por el nivel de ansiedad de la sociedad que por la ausencia de grupos de parentesco corporativos con estructura formal de permanencia y estabilidad y con funciones bien definidas. Esta conclusión la pone a prueba comparando diferentes organizaciones de parentesco; encuentra que las pautas de no embriaguez dominan en las sociedades con alto grado de solidaridad social lineal, y relaciones interpersonales estructuradas mediante líneas jerárquicas o de respeto.

Si bien las conclusiones de Field (1962) se verificaban en contextos etnográficos, así como en investigaciones realizadas sobre grupos étnicos urbanos (trabajos sociológicos sobre judíos e italianos), la información comparada no avalaba totalmente sus resultados. Según la revisión de Mandelbaum:

“... puede haber grupos fuertemente integrados y en los cuales se permita una gran ingestión de alcohol. La embriaguez es la meta normal que se persigue con el consumo de la bebida en un buen número de sociedades sudamericanas, entre las cuales algunas tienen hermética organización unilineal de parentesco y otras no. Por el contrario, la embriaguez es mínima en muchas sociedades africanas, algunas de ellas con fuertes grupos corporados de parientes y otras con organizaciones de parentesco bastante laxa.” (Mandelbaum, 1965:287).

El análisis comparativo de Field (1962) excluye, en consecuencia, las hipótesis psicológicas³⁷ en antropología como factor determinante de la embriaguez y halla la causalidad en el nivel de organización social, referida casi exclusivamente a la estructura de parentesco. En su trabajo, las condiciones materiales y, en menor medida, los procesos aculturativos son poco tomados en cuenta.

En síntesis señalar que los trabajos sociológicos sobre el alcoholismo durante las décadas de 1920 y 1930 se centraban sobre las consecuencias en la criminalidad; durante la década de los 40 se investiga la influencia de la variabilidad étnica en la ingestión del alcohol y en sus consecuencias en la conducta, refiriendo las mismas a la incidencia de los valores normativos en la integración o desintegración social generada por las bebidas alcohólicas. La mayoría de estos estudios concluyen que cuando la ingestión de alcohol está bien integrada socialmente no genera problemas –como en los casos de judíos e italianos–, y cuando está débilmente integrada tiende a producir problemas –como los irlandeses–. En la misma época, la investigación antropológica, se centró en la funcionalidad del alcohol y los patrones dominantes de su consumo. Es decir, el alcoholismo no constituye el objeto de estudio sino es el contexto donde el alcohol, o más precisamente la embriaguez, expresan funciones y relaciones, que son las que constituyen el verdadero objeto de investigación (Bunzel, 1976).

Y durante el mismo periodo, la investigación sociológica, al igual que la antropología, no maneja la dimensión económico-política, siendo una de las limitaciones más cuestionables del trabajo antropológico sobre alcoholismo (Singer, 1986); dimensión que será un factor básico para entender algunas particularidades del problema en su conjunto.

A partir de la década de los cincuenta, las principales explicaciones teóricas del alcoholismo utilizadas en antropología fueron las siguientes:

³⁷ Esto no quiere decir que desaparezcan, en 1965, Warkov, Bacon and Hawkins, publicaron el más extenso estudio intercultural cuya base explicativa es notoriamente psicologista. Pero a partir de la década de los cincuenta y sobre todo los sesenta las propuestas antropológicas autonomizarán el nivel de análisis en lo normativo-cultural, si bien seguirán siendo tomadas en cuenta variables y teorías psicológicas.

I. ETAPA CONCEPTUAL

Tabla 2.1. Principales teorías antropológicas del alcoholismo, a partir de la década de 1950, basadas en Menéndez, 1990:50. Fuente: elaboración propia.

PRINCIPALES TEORÍAS ANTROPOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO (a partir de 1950)	AUTORES
El alcoholismo como reacción anómica ante la sociedad; esta interpretación puede aparecer ligada a las propuestas subculturales manejadas o no en grupos étnicos.	Graves, 1967
El alcoholismo como instrumento revitalizador de patrones, creencias y rituales nativo.	Lemert, 1954
La alcoholización como expresión de la dependencia psicológica.	Bacon, 1965
El alcoholismo como expresión de la necesidad de poder.	Leland, 1976
La alcoholización como expresión de la propia tradición cultural y no como respuesta aculturativa y/o desorganizativa.	Kunitz & Levy, 1974
La alcoholización como expresión simbólica de la resistencia étnica y cultural.	Lurie, 1971
La alcoholización como representación cultural y social.	Marshall, 1983
El comportamiento alcohólico como aprendizaje histórico y cultural.	Mac Andrew & Edgerton, 1969
El alcoholismo como expresión de procesos de control social y político.	Lemert, 1954
La alcoholización como expresión simbólica de relaciones sociales, políticas e ideológicas entre grupos sociales, e incluso a nivel de clase social.	Gusfield, 1966
El alcoholismo como expresión de deculturación: “llena el hueco de la cultura perdida”.	Maccoby & Frommn, 1967. De Walt, 1979
Las corrientes teóricas que han dado lugar a estas formulaciones provienen del estructural-funcionalismo integrativo y del construccionismo, así como de propuestas de tipo psicologista. No hay aportaciones marxistas ni materialistas ecológicas.	

Dentro de la disciplina antropológica tal como lo menciona el reconocido Eduardo Menéndez, autor de numerosas obras sobre antropología y alcoholismo, en la que plantea una primera diferenciación entre alcoholismo y alcoholización ; “siendo el primer concepto el que refiere a las consecuencias

patológicas generadas por el consumo de alcohol y el segundo, coloca la ingesta de alcohol dentro de un proceso que la instituye y le da funcionalidades específicas dentro del juego de relaciones dominantes en una sociedad o cultura determinada” (Menéndez, 1991:13).

Para cerrar el apartado me permito aportar la transcripción con la que introducía Comas (1994), la que sería una de las primeras tesis doctorales que se escribían en nuestro país relacionada con el abuso de drogas en España, desde una perspectiva que incluye componentes bio-psico-sociales y no solo los aspectos más patologizantes como se habían priorizado es las investigaciones de corte biomédico realizadas anteriormente.

“Nada podremos comprender sobre los comportamientos reales de nuestra sociedad, o cualquiera de los segmentos que la conforman, si no somos capaces de asumir la sobredeterminación cultural de la vida cotidiana. Así, nada nos es ajeno en la cultura, ni tan siquiera aquello que rechazamos, porque actuamos asumiendo y excluyendo alternativas de acuerdo a valores, valores propios que son a la vez valores sociales, valores tanto positivos como negativos que orientan nuestra acción, en los que hemos sido socializados y que nos van a proporcionar estabilidad. Pero nada ni la propia sobredeterminación cultural puede garantizar el orden, ya que aunque sea cierto que la base material, el sujeto y las normas, al interactuar siempre interpretan o se ajustan a valores, ninguna regla universal establece ni cuales deben ser estos valores ni cómo funcionan. Vivimos, y vive todo ser social, instalado en una permanente contradicción: puede elegir sus comportamientos, pero la elección le viene impuesta por mecanismos que no somos capaces de determinar.

Comprender supone, entonces, renunciar a un conocimiento modelado al margen de la contradicción, de la complejidad y de la diversidad cultural, pero comprender también supone aceptar que la más pequeña e irrelevante de las acciones no es nunca el producto del azar, sino que se halla constreñida por una infinita

marea de elementos materiales, personales y sociales que en cada momento, frente a cada acción, se articulan como un conjunto cerrado de códigos culturales” (ya referidos en la obra de Geertz, 1988:364-372)³⁸.

“Investigar un fenómeno social, como el uso de drogas, supone simplemente ampliar la base de nuestros conocimientos, introducir otros elementos (materiales, personales y sociales) en la explicación, pero, por encima de todo, supone describir como se integran tales elementos en el sistema cultural que orienta la acción para cada sujeto, cada grupo y en cada momento.” (Comas, 1994: 19-21).

2.4. Historia del tratamiento del alcoholismo en España

La existencia de políticas asistenciales para los problemas de alcoholismo y otras adicciones, se inicia en el siglo XIX en países anglosajones con la creación de establecimientos de internamiento y tratamiento de ebrios. En nuestro país podemos diferenciar tres etapas diferenciadas en la concepción y abordaje de las personas con problemas de dependencia al alcohol, que se resumen a continuación.

En una primera etapa, la preocupación por la asistencia a los alcohólicos se inicia en el siglo XX, especialmente a partir de los años 30, a través de la *Liga Española de Higiene Mental* y la *Asociación de Neuropsiquiatras* que culminó en la organización del *Consejo Superior Psiquiátrico*, en 1931, el cual promulgó la *Ley de Hospitalización Psiquiátrica* y el *Proyecto Piloto de Dispensarios de Higiene mental y Toxicomanías* (Santo-Domingo, 2004).

A partir de entonces, concedió una atención específica de primer orden a los problemas relacionados con el alcoholismo y las otras toxicomanías, proponiendo medidas y soluciones tanto para los aspectos preventivos como

³⁸ Su visión “culturalista” y postparsoniana que apuesta por una explicación limitada pero eficaz y holística de los comportamientos a partir del juego entre códigos culturales complementarios que se ofrecen como alternativas de la acción pública, representa una de las maneras más claras de describir la dinámica de los fenómenos sociales.

asistenciales, con consciencia de sus implicaciones sociales y sanitarias generales, siempre considerándolos en la perspectiva psiquiátrica y de salud mental. La normativa legal del 31 sobre asistencia psiquiátrica, consideraba como una de las cuatro razones para indicar y certificar la admisión en un establecimiento psiquiátrico, “la toxicomanía incorregible que ponga en peligro la salud del enfermo, o la vida y los bienes de los demás”. Con ello, se confirmaba el carácter psiquiátrico del paciente alcohólico así como su asistencia en establecimientos psiquiátricos, conjuntamente con pacientes psiquiátricos con otros diagnósticos.

También se hace mención de medidas de seguridad, que incluyen tratamientos extrahospitalarios impuestos judicialmente. La Ley de Vagos y Maleantes de 1933, *la gandula*, también preveía el funcionamiento de centros de temperancia (“casas de templanza”) y colonias de trabajo en los que se recogieran preventivamente los ‘ebrios y toxicómanos’ con conductas socialmente peligrosas. Sin embargo y como ha solido ser lo habitual en este tipo de legislaciones, la previsión legal no fue seguida en la práctica, ni entonces ni después, de la provisión asistencial de los dispositivos necesarios.

Aunque el alcoholismo, como conjunto de problemas sanitarios y sociales producidos por el abuso de alcohol, que afectaban al individuo y a la sociedad, seguía siendo percibido por los sanitarios, los higienistas, los juristas y otros agentes sociales como un peligro y una lacra de los que la sociedad debía defenderse y protegerse, los conceptos y actitudes psiquiátricas se derivan de lo que entiende como alcoholismo en ese momento. Es decir, la conceptualización psiquiátrica tanto de la apetencia descontrolada de sustancias como de las alteraciones patológicas en sí mismas (toxicomanías) se asiste en general a lo que consideran de incumbencia y competencia psiquiátrica que fundamentalmente se centraban en las complicaciones tóxicas del uso de alcohol. La conducta alcohólica en sí misma es desatendida o como mucho puesta en relación con anomalías y reacciones de la personalidad, que en la época interesaban poco a la psiquiatría pesada ocupada con las grandes psicosis. Los tratados clásicos de psiquiatría de entonces reflejaban la cuestión, sobre todo los alemanes, que tanto influyeron en el pensamiento

psiquiátrico español de aquella primera mitad del siglo XX y aun posteriormente.

La asistencia psiquiátrica recibida en la mayoría de los casos quedaba reducida al periodo de hospitalización y circunscrita en el mejor de los casos a la desintoxicación y al tratamiento de su patología tóxica inmediata. El circuito asistencial no proveía por regla general el seguimiento ulterior del paciente. La recaída más o menos inmediata era la regla. En algunos casos y por razones a veces no relacionadas directamente con la situación patológica, algún paciente alcohólico quedaba incluso años residiendo crónicamente en el manicomio o en la misma sala del hospital general, habitualmente desempeñando trabajos útiles para la institución, y con tolerancia por parte de esta para su consumo de bebidas alcohólicas. La situación asistencial en lo esencial era la misma en las instituciones públicas y concertadas, que en las clínicas y sanatorios privados (Santo-Domingo, 2012).

Los años de la postguerra – a partir de la década de 1940 –, fueron tiempos de retroceso y de espera, como para la psiquiatría en general, también en el desarrollo de la asistencia y la prevención del alcoholismo. El Seguro Obligatorio de Enfermedad (más tarde ‘Seguridad Social’), empezó a funcionar hacia 1944 y en sus inicios atendió prioritariamente la patología médico-quirúrgica del trabajador y su familia, y solo secundariamente y en forma muy limitada comenzó a prestar asistencia en determinadas especialidades. Concretamente, la asistencia psiquiátrica fue dejada de lado desde el comienzo, con el argumento de que legalmente era responsabilidad de las instituciones provinciales, las Diputaciones. Más tardíamente, comenzaron a funcionar consultas de “neuropsiquiatría”, en las cuales eran atendidos conjuntamente y por un único profesional los pacientes neurológicos y los psiquiátricos referidos por los médicos de cabecera. Aparte de las radicales insuficiencias de estas consultas para realizar sus objetivos teóricos, su escasa intervención en los pacientes alcohólicos, siguió expresando bien claramente la incapacidad del sistema sanitario público para contactar e intervenir adecuadamente en esa necesidad, esa demanda no explicitada pero si real de la población que además ya venía siendo estimulada por una disponibilidad y consumo de alcohol crecientes. La institución que progresivamente llegó a

constituirse en el sistema nacional de salud, de hecho y en principio excluyó a la psiquiatría y con ella a los pacientes alcohólicos de la asistencia sanitaria general, perpetuando su separación de la medicina, y manteniendo para ellos un nivel asistencial de segunda clase, inferior al proporcionado para el resto de las enfermedades en las instituciones hospitalarias y extrahospitalarias de la Seguridad Social, posteriormente Insalud (Santo-Domingo, 1970).

Como resumen de esta primera etapa cabe destacar que la situación asistencial del paciente alcohólico en el siglo XX, bastante después de la guerra civil, hasta los años 60, estuvo integrada y sin diferenciar en la asistencia psiquiátrica general, tanto en el nivel hospitalario como en el extrahospitalario.

No fue hasta 1950, promulgada por la OMS, cuando adquirió la consideración de enfermedad y por lo tanto de respuesta médica alcanzó el rigor terapéutico propio a cualquier patología, definiéndose el *alcoholismo* como el síndrome de dependencia al alcohol. Esta fue la definición formulada en su idioma original:

“A primary, chronic disease with genetic, psychosocial, and environmental factors influencing its development and manifestations. The disease is often progressive and fatal. It is characterized by impaired control over drinking, preoccupation with the drug alcohol, use of alcohol despite adverse consequences, and distortions in thinking, most notably denial. Each of these symptoms may be continuous or periodic³⁹.” (OMS, 1950:2).

Aunque esta concepción diferente y su repercusión en el abordaje del alcoholismo, en España, tuvo un impacto mucho más tardío. Solo en épocas relativamente recientes, posteriores a los años 70, comenzaron algunas actuaciones tendentes a modificar esta situación, si bien en momentos y formas muy distintas en diferentes territorios del estado.

³⁹ Y esta es la traducción que se adjunta de elaboración propia: "Enfermedad crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad suele ser progresiva y fatal. Es caracterizado por deterioro del control sobre la bebida, la preocupación por el alcohol -o droga-, el uso de alcohol a pesar de consecuencias adversas y las distorsiones en el pensamiento, sobre todo la negación. Cada uno de estos síntomas pueden ser continuos o periódicos".

Los cambios en los conceptos sobre alcohol y alcoholismo, en la **segunda etapa** del tratamiento del alcoholismo, se atribuyen a la tipología promulgada por Jellinek (1960), así como con sus descripciones clínicas de los fenómenos básicos de la dependencia (pérdida del control e incapacidad de abstinencia) y por supuesto con su concepción básica del alcoholismo como enfermedad. De la misma forma, influyeron los datos y experiencias sobre la posibilidad de recuperación de la capacidad de control, y en relación con ello, la posibilidad de tratamiento conductual y cognitivo de la dependencia del alcohol y más tarde de las recaídas. En el marco del trabajo dispensarial, se realizaron investigaciones, que dieron lugar a publicaciones y tesis doctorales sobre ello. Las psicoterapias individuales y de grupo específicas para el alcoholismo, fueron otra de las bases del trabajo clínico, diferenciándose de las actividades de rehabilitación y postcura realizadas en los grupos de autoayuda. En el mismo sentido, comenzaron a utilizarse en forma sistemática y controlada psicofármacos y otros tratamientos farmacológicos en los pacientes alcohólicos, incorporando para ello en ocasiones una incipiente metodología de ensayos clínicos (Santo-Domingo, 1982).

Todo este funcionamiento, el interés que despertaron, hicieron que se creara una Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas del alcoholismo y estupefacientes que en 1975 planteó una serie de intervenciones integradas y que constituyó la base del *Plan Nacional sobre Drogas* que dejó de lado por completo la atención a los problemas del alcoholismo, aunque con el tiempo se han venido resolviendo dichas diferencias, sobre todo a través de los planes autonómicos de drogodependencias en que el alcoholismo ha sido integrado como un problema más dentro de las actividades de los recursos asistenciales. Cabe destacar en ese momento el nacimiento de algunas sociedades científicas, las asociaciones de ex enfermos junto con el desarrollo autonómico y sus acciones frente al tratamiento del alcoholismo, en que se plantea que el abordaje del alcoholismo debe realizarse de una forma multidisciplinaria desde la medicina interna a la psicología y psiquiatría y también teniendo en cuenta aspectos sociales (Ávila & col. 2006).

El papel de los programas de salud mental y asistencia psiquiátrica en las últimas décadas del siglo XX, en relación con el alcoholismo ha sido variable y

complejo, a veces aparentemente contradictorio, donde la actitud subyacente de que el hecho de ser profesional de la psiquiatría, suponía en sí mismo la capacitación necesaria y suficiente para asistir cualquier tipo de dependencia de sustancias, incluido el alcoholismo, como cualquier otra patología mental y que no era necesaria en modo alguno una dedicación especial a estos temas, ni en el nivel profesional, ni en el organizativo asistencial. Ni siquiera la normativa sanitaria vigente más elevada en la actualidad, la Ley de Sanidad (1986) que en su artículo 20 se ocupa de la asistencia a la salud mental, en sus principios no hace ninguna referencia explícita a los problemas del alcoholismo y las otras drogodependencias (Santo-Domingo, 2001).

Tercera y última de las etapas, a finales del siglo XX, el alcoholismo y las toxicomanías vieron renovado el interés de los psiquiatras por ellas, hasta el punto de poder hablarse de una “re-psiquiatrización” de dichos temas. Parece que ello puede deberse en resumen a dos factores coincidentes, uno de orden científico y otro profesional:

- por una parte los avances en los conocimientos neurobiológicos respecto a las bases etiopatogénicas del alcoholismo y las adicciones, así como en los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos,
- y por otra una cierta reacción ante las invasiones y progresiva disminución de los territorios de la especialidad por otras especialidades y profesionales.

En la práctica, se ha producido un cierto aumento del número de psiquiatras en algunos programas para alcoholismo y drogodependencias, y se han proyectado unidades específicas para patologías emergentes, como la dependencia de cocaína y la patología dual. Así mismo, la Sociedad Española de Psiquiatría creó (2000) una Sección de Alcoholismo y Drogodependencias para profundizar en los diversos aspectos científicos y profesionales de la denominada actualmente “psiquiatría de la adicción” y actuar coordinadamente con otras sociedades e instituciones españolas y extranjeras que actúan en esas áreas. Coherentemente con esos cambios que se están produciendo tanto en la red de asistencia a drogas como en el medio psiquiátrico y que tienden a una toma en cargo explícita del tratamiento y la asistencia del alcoholismo en las diversas instituciones, se está produciendo una cierta

intensificación de las acciones docentes y formativas respecto el alcoholismo. Desde hace unos años, se imparten cursos obligatorios y optativos para los estudiantes de medicina y son más frecuentes los cursos de doctorado y así mismo los trabajos de tesis doctorales sobre el tema alcoholismo. Existen cada vez con más frecuencia cursos y titulaciones propias de diferentes universidades, con la colaboración de las sociedades científicas, dirigidos a los profesionales de las redes de drogodependencias y de otras instituciones. Con todo ello el nivel de formación de los diferentes profesionales está adquiriendo en general un alto y actualizado nivel de capacitación (Santo-Domingo 2012).

En los principios del siglo XXI, ya en 2012, el alcoholismo sigue siendo un grave problema sanitario y social en España. Sin embargo, y como hace diez años, puede afirmarse, que han cambiado esencialmente las características sociodemográficas, y culturales de los consumidores, así como las actitudes del entorno, y las características de este cambio se conocen fiablemente en su mayor parte por estudios epidemiológicos disponibles en la actualidad.

2.4.1 Objetivos del tratamiento del alcoholismo

Podemos establecer dos grandes líneas dentro del tratamiento del alcoholismo que se relacionan con los diferentes enfoques de entender las causas que lo provocan:

- Por un lado planteamos el modelo biomédico que es el establecido por el Modelo Médico Hegemónico (MMH), derivado de la propia definición de alcoholismo, en el que se plantean factores genéticos, psicológicos e incluso sociales. Lo que caracteriza a este modelo es que un profesional, preferentemente un médico especialista en el tratamiento de adicciones o alcoholismo quien dirija y establezca las pautas a seguir según el tipo de persona dependiente del alcohol (PDA) y características específicas en relación a patrones de consumo.
- La segunda línea se basa en los modelos de ayuda mutua (GAM) también llamados “espiritualistas”⁴⁰ en los que la ayuda procede de otras personas

⁴⁰ Utilizado por dichas instituciones para definir su enfoque deshabitador evitando mencionar explícitamente el concepto “terapia”.

que han padecido el mismo problema, como es el caso de AA, y en los que no existe ningún profesional especializado en su seno.

Ambos modelos pueden coexistir al mismo tiempo aunque la opción por uno de ellos es inevitable a medio o largo plazo.

Partiendo del modelo biomédico, el abordaje terapéutico de los pacientes afectados del síndrome de dependencia alcohólica se halla sin duda fuertemente influenciado todavía por las concepciones moralistas que ya en el siglo XIX etiquetaban la dependencia alcohólica como una tara moral. Dado que al alcohólico se le veía más como a un ‘vicioso’ que como a un enfermo, es lógico que las primeras intervenciones ‘terapéuticas’ procediesen del campo de la beneficencia y no de la ciencia (Gual, 2002). De hecho, aún hoy en día la concepción moralista de la enfermedad alcohólica se halla profundamente arraigada en amplios sectores sociales, y sigue constituyendo un serio obstáculo para la identificación y tratamiento precoz de los afectados.

Desde las iniciales concepciones morales hasta la actualidad se han desarrollado distintos modelos de intervención, que comportan otros tantos modelos ideológicos en los que se sustentan. Ya en 1982 Sieglar estableció una primera clasificación de los modelos de intervención existentes para el tratamiento del alcoholismo (Tabla 2.2.). A grandes rasgos, Sieglar señala cómo en el transcurso de los años se ha experimentado una evolución desde los antiguos modelos morales, hasta los modernos modelos médicos.

Tabla 2.2. Modelos de intervención según etiología del alcoholismo basados en la clasificación de Sieglar (1982:39-47). Fuente: elaboración propia.

MODELOS DE INTERVENCIÓN. CLASIFICACIÓN DE SIEGLER	
Modelo	Etiología propuesta para el alcoholismo
Modelo ‘defectual’	Hay gente que es así, por causas desconocidas
Modelo moral ‘seco’	El alcoholismo es un fallo moral, no una enfermedad. Es la pena natural para el bebedor.
Modelo moral ‘húmedo’	Los alcohólicos son bebedores que no obedecen las normas sociales. El alcoholismo es una forma de beber inaceptable. Es un misterio porque algunas personas se alcoholizan.

I. ETAPA CONCEPTUAL

Modelo 'Alcohólicos Anónimos'	Los alcohólicos padecen problemas emocionales. Beben para 'Alcohólicos Anónimos' compensarlos y su organismo se convierte en adicto al alcohol, creando un círculo vicioso de más problemas y más consumo.
Modelo psicoanalítico	La llave del alcoholismo está en las experiencias emocionales infantiles.
Modelo de interacción familiar	El alcoholismo es una forma de interacción familiar en la que un familiar miembro es designado 'alcohólico' mientras el resto de familiares asumen roles complementarios
Modelo médico 'viejo'	El alcoholismo es una enfermedad progresiva y grave, producida por una conducta viciosa.
Modelo médico 'nuevo'	Los alcohólicos son enfermos. Probablemente existen factores metabólicos, psicológicos y socioculturales que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

En España se ha desarrollado en los últimos años un modelo de intervención y que se corresponde bastante con el que Sieglar etiquetó como 'nuevo modelo médico' (Gual, 2002:406). En líneas generales, se acepta que es un modelo bio-psico-social y se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Trabajo en equipo multidisciplinario, que incluye médico, psicólogo, enfermero y trabajador social.
- La dependencia alcohólica se define como enfermedad crónica con tendencia a la recidiva.
- La dependencia alcohólica no sólo comporta problemas físicos, sino que tiene importantes repercusiones en el ámbito psíquico individual, así como en el ámbito familiar y socio-laboral.
- El abordaje terapéutico debe tomar en consideración no sólo al individuo sino también la familia y su entorno socio-laboral más inmediato.
- La rehabilitación es un proceso de reaprendizaje lento, en el que el retorno ocasional a las conductas anteriores –desde consumos ocasionales hasta recaídas francas – no es excepcional y debe entenderse como parte integrante del proceso de recuperación.

- El proceso terapéutico lo realiza el paciente. Al terapeuta le corresponde una labor de acompañamiento y asesoramiento, donde su misión principal consiste en ayudar al afectado a hacer un buen uso de sus propias capacidades en el proceso de rehabilitación. La utilización de técnicas motivacionales, que provocan la confrontación interna, es mucho más útil en este sentido que el recurso a la confrontación, habitualmente utilizado en los antiguos modelos conductuales.

Así, a corto plazo los objetivos prioritarios deben centrarse en la interrupción de las conductas auto-destructivas y la disminución de los riesgos asociados por un lado, al tiempo que se intenta establecer una relación de colaboración con el paciente que permita ganarse su confianza y, en definitiva, convertirle en protagonista de su propio cambio. En cambio, a medio plazo se buscará la progresiva adquisición de consciencia de enfermedad, la remisión estable de la patología orgánica, psíquica y socio-familiar existentes, así como el fortalecimiento de la autoeficacia y de la motivación para el cambio.

Finalmente, los objetivos a largo plazo deben incluir la consolidación de la consciencia de enfermedad y motivación para el cambio por un lado, mientras que por el otro se debe facilitar la progresiva separación del equipo terapéutico mediante la potenciación del uso los propios recursos del paciente y el establecimiento consensuado de un plan de intervención rápida en caso de recaída (Gual, 2002:407).

El segundo enfoque o modelo que se ofrece desde las comunidades espiritualistas, deposita en el individuo la responsabilidad de su dependencia, dejando en un plano secundaria tanto la sustancia como el contexto y que contrasta con el anterior modelo biomédico que pretende tratar y “curar” a la PDA. La siguiente referencia plasma la conceptualización descrita:

“Así es que nuestras dificultades, creemos, son básicamente producto de nosotros mismos; surgen de nosotros, y el alcohólico es un ejemplo extremo de la obstinación desbocada, aunque él piense que no es así. Por encima de todo, nosotros los alcohólicos tenemos que librarnos de ese egoísmo (...)” (AAWS, 2008:62)

Esta cita textual de la obra de cabecera Alcohólicos Anónimos – conocido en dicha organización como *Blue Book*, debido al color azul de su portada–, ilustra la concepción de causalidad en la persona que optó por la bebida.

Es precisamente este segundo modelo basado en los GAM el propósito de este trabajo a través del trabajo de campo en las diferentes comunidades de AA y entrevistas realizadas a personas que asisten a estos grupos para abandonar el alcohol, adquirir la sobriedad y reconstruir una identidad y muchas veces una vida desestructurada o quebrada por las consecuencias del consumo de alcohol.

2.5 El alcohol y sus consecuencias en la actualidad

El alcohol es uno de los factores más importantes de morbi-mortalidad prevenible en la actualidad, ya que causa múltiples enfermedades que podrían evitarse con la prevención del abuso de esta sustancia o con el tratamiento de los trastornos adictivos generados por la misma. El consumo de alcohol se asocia como causa en más de 60 patologías (WHO, 2009), estableciéndose generalmente una relación dosis-respuesta, es decir, cuanto más alcohol se consume, mayor es el riesgo de padecer la enfermedad atribuible al alcohol.

Aunque solo la mitad de la población mundial consume alcohol, a nivel mundial es la tercera causa de morbilidad y muerte prematura (5%), aproximándose al sexo inseguro (5%) y el bajo peso en recién nacidos (6%). En los países de mayor nivel económico, entre los que se encuentra España, el alcohol es el segundo factor de riesgo de morbi-mortalidad, solo superado por el tabaco. El 1,6% de la mortalidad y el 6,7% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs o DALYs) están producidos por el consumo de alcohol (WHO, 2009). Como consecuencia de ello, en 2004, unas 120.000 personas fallecieron en la Unión Europea por enfermedades cuya causa es atribuible al alcohol, casi 95.000 hombres y más de 25.000 mujeres, de entre 15 y 64 años. Esto significa que 1 de cada 7 muertes de hombres, y 1 de cada 13 muertes de mujeres en este grupo de edad fueron causadas por el alcohol.



Figura 2.1. Mortalidad relacionada al consumo de alcohol en 2012. Fuente: Informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud en el año 2014 (OMS).

Según el último informe publicado por la Oficina contra las Drogas y el Crimen de la ONU (UNODC 2012), las estimaciones mundiales indican que la prevalencia del consumo de alcohol durante el mes anterior a la reunión de los datos es del 42% y teniendo en cuenta que el consumo de alcohol es legal en la mayoría de los países, la prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo problemático de drogas ilegales (5,0%).

En los datos del mismo informe determinan que el consumo de drogas representa el 0,9% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad⁴¹ perdidos a nivel mundial, o el 10% del total de años de vida

⁴¹ Los DALYs (Disability Adjusted Life Years) o AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) son una medida de la morbilidad y la mortalidad debidas a las enfermedades y los accidentes, es decir, son indicadores de muertes tempranas. Los años de vida ajustados en

perdidos como resultado del consumo de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol y tabaco). El consumo de alcohol es responsable del 3,8% de la mortalidad general y la tercera causa de mortalidad prematura y discapacidad, contribuyendo a un 4,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs o AVADs) según Shield, et al. (2013).

Existen diferentes patrones de consumo de alcohol (Galán, González y Valencia-Martín, 2014). Tradicionalmente se ha dividido el mundo en regiones con elevado o bajo consumo *per cápita*, denominando *wet cultures* o *dry cultures* respectivamente. En países con *wet cultures* el consumo de alcohol está integrado en la vida cotidiana y es consumido regularmente acompañando las comidas, las bebidas alcohólicas son fácilmente accesibles y la proporción de personas abstemias es escasa. Esta cultura es característica de los países de la cuenca mediterránea en los que el vino es la bebida predominante, a diferencia de las regiones con *dry cultures* donde el consumo de alcohol no es habitual con las comidas ni está integrado en las actividades cotidianas. Su acceso es más restrictivo y las tasa de abstinencia son muy superiores. Sin embargo, cuando se consume alcohol es más probable que ocurra intoxicación. Este patrón de consumo es típico de los países escandinavos, Estados Unidos y Canadá, donde la cerveza y los destilados son las bebidas preferentes. Comparaciones más recientes realizadas principalmente en países europeos, describen como la división *wet/dry* parece ir desapareciendo y la forma de consumo, incluido el tipo de bebidas, se va homogeneizando (Bloomfield et al, 2003). Por otro lado, esta dicotomía se ha adaptado a nuevas formas de consumo emergentes, considerando una variedad de comportamientos donde destacan las dimensiones de la regularidad del consumo y del grado de embriaguez (Room & Makela, 2000).

Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol, a pesar del descenso observado con relación a los datos conocidos para los años 70 y que situaban el consumo de alcohol puro por adulto/año en 15 litros. Los adultos europeos mayores de 15 años consumen un promedio de 12,5 litros de alcohol, una cantidad superior a la de cualquier otra parte del mundo, según un reciente

función de la discapacidad son un indicador preparado por la OMS que combina la esperanza de vida y la calidad de la salud durante un año de vida.

estudio conjunto de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea (Anderson, Lars & Gauden, 2012). El estudio divide Europa en cuatro subregiones entre las cuales se registran diferencias: los países del este y el centro consumen 14,5 litros de alcohol por año, mientras que en la zona nórdica el consumo es de 10,4 litros anuales. En los últimos 40 años, hemos asistido también a una armonización de los niveles de consumo y aunque la mayor parte de los europeos consumen bebidas alcohólicas, más de 55 millones de adultos (15%) se abstienen⁴².

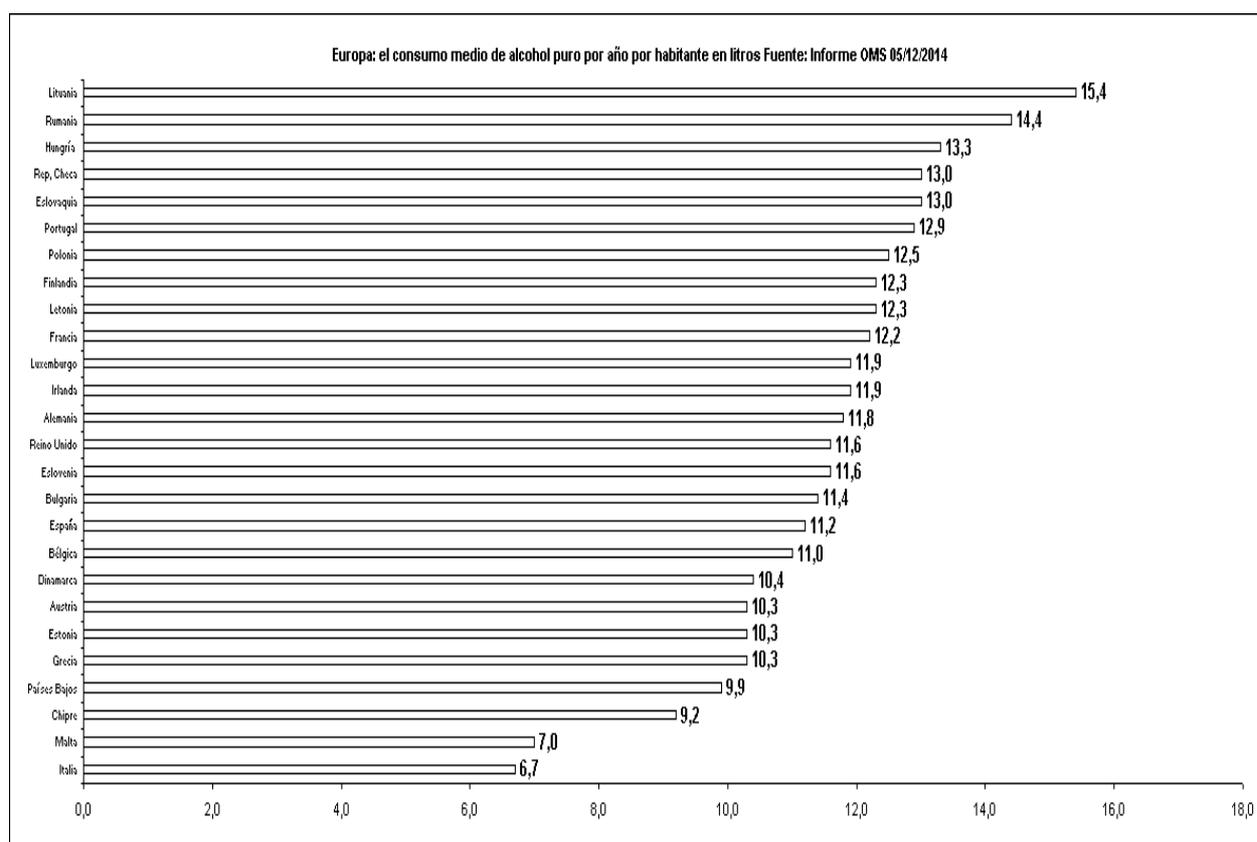


Figura 2.2. Europa: consumo medio (en litros) de alcohol anual por habitante.
Fuente: OMS, 2014.

Siguiendo el mismo estudio de Anderson, Lars & Gauden, 2012 casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%). Dentro de la Unión Europea (UE), los países nórdicos y centrales beben sobre todo cerveza, mientras que en el sur de

⁴² Se clasifican a los no bebedores actuales y los que no consumieron alcohol en los últimos 12 meses.

Europa bebe sobre todo vino – aunque España puede ser una excepción—. Éste es un fenómeno relativamente nuevo, observándose, dentro de la UE, una tendencia a la armonización en los últimos 40 años. En la mayor parte de los países, alrededor del 40% de las ocasiones de consumo se concentran en la cena, aunque, en los países del sur, es mucho más probable consumir alcohol a la hora del almuerzo que en otras regiones. Mientras que existe también un gradiente norte-sur en el nivel de consumo diario, la frecuencia de consumo no diaria – por ejemplos beber varias veces por semana, pero no cada día – parece ser más común en la Europa Central.

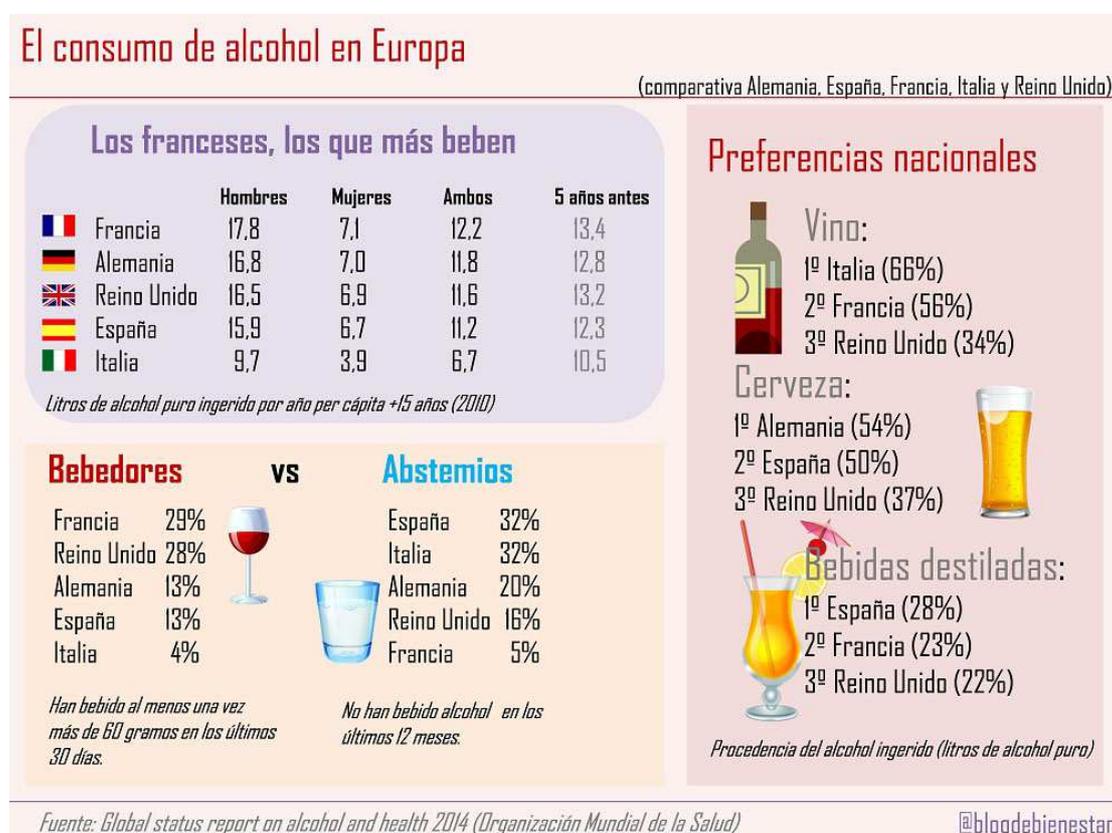


Figura 2.3. El consumo de alcohol comparado en Alemania, España, Francia, Italia y Reino Unido. Fuente: OMS, *Global status report on alcohol and health*, 2014.

2.5.1 Datos existentes sobre consumo de alcohol en España

España podría situarse en el perfil de países en transición. A pesar de que el patrón de consumo es menos peligroso comparado con el de otros países (Rehm, et al. 2004), el porcentaje de personas que realizan consumos excesivos en una misma ocasión o *binge drinking* en población adulta es

elevado (Soler-Vila, H. et al. 2013; Valencia-Martín, J.L., Galán, I. y Rodríguez-Artalejo, F., 2007) y el número de intoxicaciones etílicas continúa aumentando en la población juvenil según el Plan Nacional sobre Drogas, (2013). Probablemente, de seguir este cambio de patrón, las consecuencias del consumo de alcohol podrían incrementarse en un futuro (Rehm, J. et al. 2013).

Las bebidas con alcohol son productos de uso muy difundido en nuestro país, y bien valorados socialmente. Y sin embargo, el alcohol es una sustancia peculiar. Como el tabaco, tiene capacidad adictiva. Pero a diferencia del tabaco, es posible un consumo de alcohol sin consecuencias adversas para la salud y de hecho la mayoría de los consumidores no presenta criterios de abuso o dependencia. De todas maneras, en términos poblacionales su impacto negativo en la salud es notable, y afecta también a muchas personas que no realizan un consumo elevado (Anderson, P. & Baumberg, B., 2006; Room, R., Babor, T. & Rehm, J., 2005).

Una de las mayores dificultades para medir el consumo de alcohol tiene que ver con la diversidad de bebidas alcohólicas existentes, y con la variabilidad de contenido de alcohol de cada una de ellas. Las bebidas con mayor peso en el consumo global de alcohol de la población son la cerveza, el vino y las bebidas destiladas o licores. El problema principal en las encuestas es como medir la cantidad de alcohol puro (químicamente, de etanol) consumida por la persona encuestada, tanto en un día o una ocasión de consumo como a lo largo de un período más prolongado. Para ello hay que aceptar asunciones sobre las dimensiones de las bebidas y su contenido en alcohol. En los países europeos esto es cada vez más difícil, debido a la tremenda variedad de bebidas presentes en el mercado, que se ofrecen en envases de diversa capacidad y con graduación variable: en las encuestas se pregunta sobre copas, vasos o botellas, pero estas tienen contenido diverso, incluso en un mismo país (Villalbí, J.R., Granero, L., y Brugal, M.T. 2008).

Otra de las dificultades en los países en que el consumo está muy extendido es intentar centrarse en medir el consumo de riesgo. El impacto global que el consumo de alcohol tiene en la salud pública se deriva de una compleja combinación de efectos. Hay que tener en cuenta que a los efectos negativos

que se derivan de un consumo crónico elevado (con o sin dependencia) habrá que añadir los que puede provocar un consumo elevado esporádico. Para añadir complejidad al tema, se ha descrito que un patrón de consumo habitual de dosis bajas tiene un efecto beneficioso sobre el riesgo cardiovascular. Además, el sexo juega un papel importante, pues la farmacocinética del alcohol es distinta y las mujeres son más susceptibles que los varones.

Sin embargo, datos que provienen de fuentes como las anteriormente citadas para nuestro país (Rehm, J. et al. 2013), muestran un descenso importante del consumo alcohol/año en nuestro país entre 1970 y 2010. Los datos conocidos sugieren una fuerte tendencia a la reducción del consumo de vino a lo largo de los años, y un incremento del consumo de cerveza, mientras que el consumo de licores y bebidas espirituosas se mantendría estable. Todos los datos sugieren que el consumo global parece haber disminuido notablemente, en una primera fase desde finales de los años 70 hasta mediados de los 90, y luego tras unos años de estabilidad parece haber una nueva disminución en los últimos años. En todo caso, que haya disminuido el consumo de forma global no evita que un porcentaje importante de la población realice ingestas de alcohol que suponen un factor de riesgo para la salud, con un gran impacto negativo sobre la misma según demuestran los informes de los expertos en salud pública.

Desde el año 1995, el Plan Nacional sobre Drogas realiza, cada dos años, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), aplicada a una muestra de la población española de 15-64 años no institucionalizada y cuyos resultados publica como parte del informe anual del Observatorio Español sobre Drogas, accesibles en el portal del Plan. Tanto la metodología de la encuesta realizada como su periodicidad permiten monitorizar de alguna manera la situación de consumo y obtener datos valiosos que permiten ya no solo conocer una aproximación al consumo puntual sino, además, observar las tendencias históricas del mismo para los años estudiados.

Según los últimos datos que nos proporciona la Encuesta EDADES 2011-2012 (EDADES, 2013), el alcohol es la droga más consumida por los españoles en los doce últimos meses; de este modo, el 76,6% de los encuestados dice haber consumido alcohol en el último año, el 40,2% tabaco, el 11,4% hipnosedantes, el 9,6% cannabis, el 2,3% cocaína, y para el resto de las drogas menos de un 1% de la población.

Al igual que sucede para con la mayor parte de las drogas, se observa una diferencia porcentual en el consumo según el sexo, de modo que los hombres realizan una mayor ingesta de alcohol que las mujeres (83,2% vs. 66.9%).

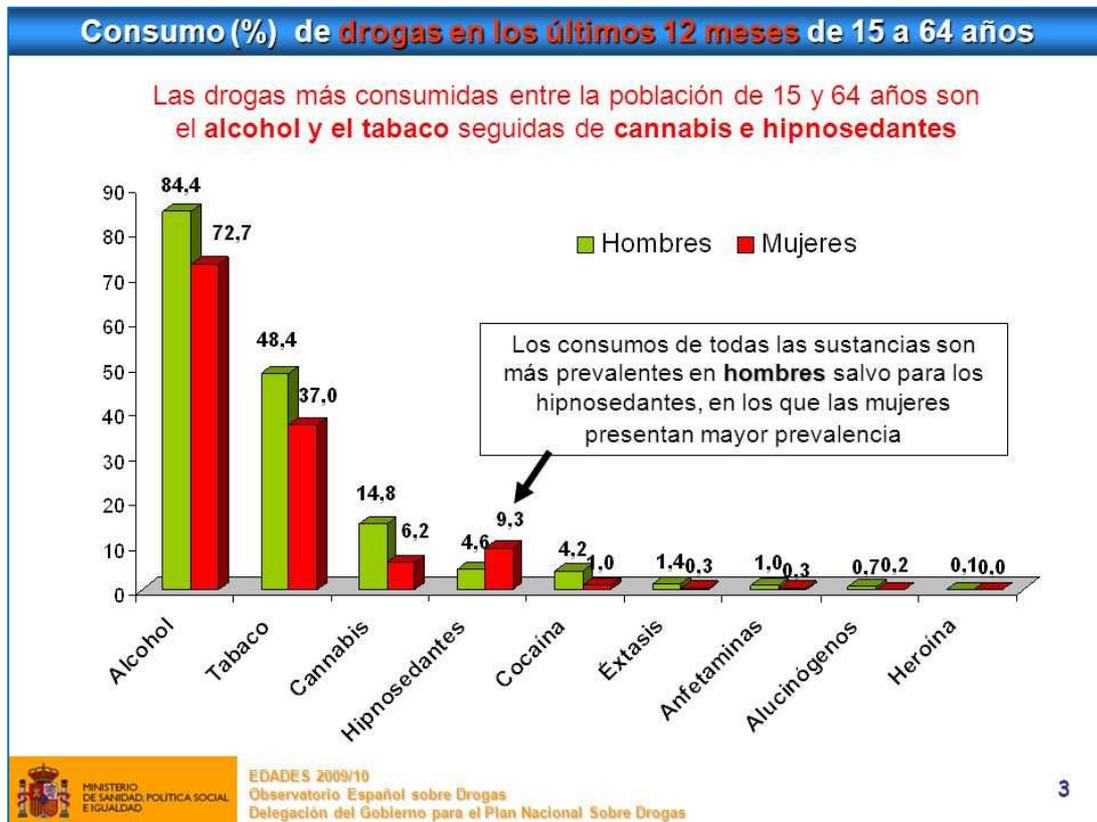


Figura 2.4. Consumo de drogas en los últimos 12 meses según sexo.
 Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España.
 EDADES 2009-10:6.

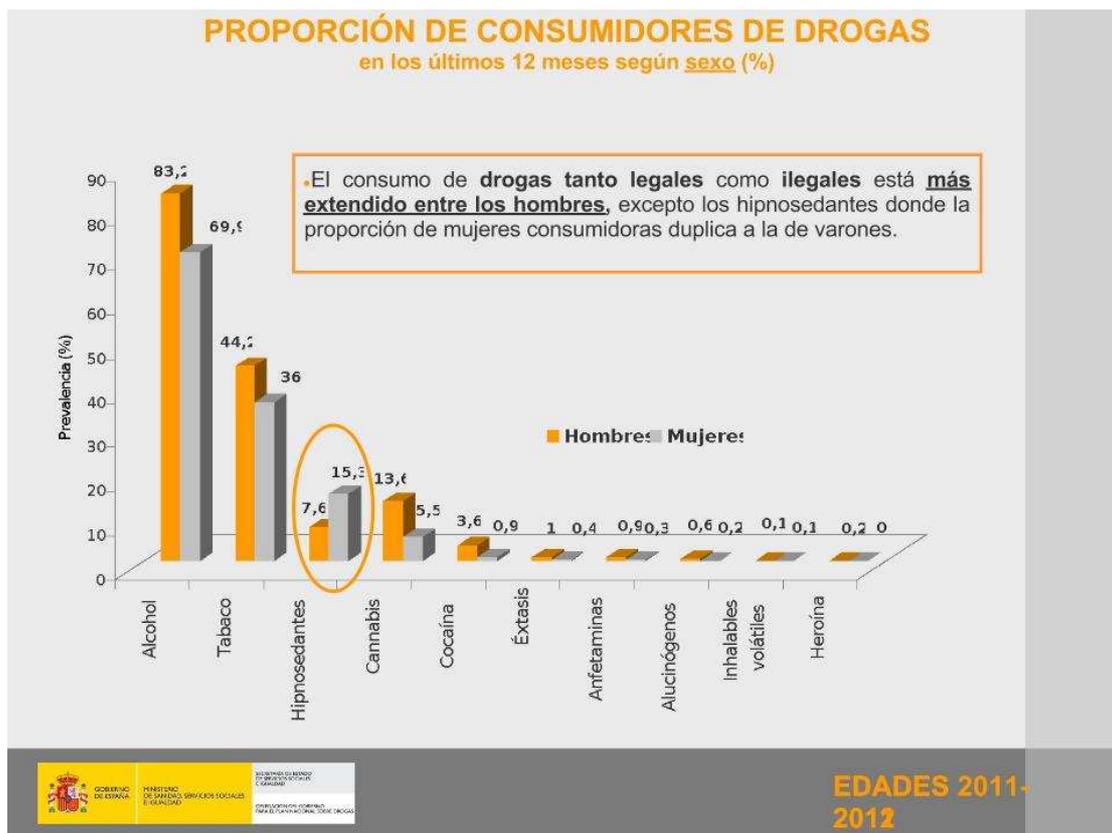


Figura 2.5. Consumo de drogas en los últimos 12 meses según sexo.
Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España.
EDADES, 2011-12:5.

El consumo de alcohol se inicia en nuestro país a edades tempranas, en torno a los 16,7 años de media, de modo similar a lo que sucede con el tabaco (16,3 años). De modo que son las drogas que se consumen más precozmente, con dos años de anticipación al consumo de otras drogas ilegales de uso muy extendido como por ejemplo el cannabis, que se inicia a los 18,7 años, o la cocaína a los 21 años. Las tendencias de consumos de bebidas alcohólicas por frecuencia de consumo no muestran cambios significativos en los últimos 10 años y se encuentran estabilizadas. No muestran una variación significativa a lo largo de los años que se han estudiado (1997-2011) las edades de inicio de consumo, el consumo realizado alguna vez en la vida o en el último mes. Los datos correspondientes a la última encuesta muestran que son los jóvenes de entre 25 y 34 años son los que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (79,5%) y en los últimos 30 días (64,9%).



Figura 2.6. Edad media de inicio en el consumo de drogas.

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España.
EDADES 2011-12:7.

Un dato preocupante, que muestran las encuestas realizadas en nuestro país, es el relativo al elevado número de intoxicaciones etílicas referidas por los jóvenes. Así, si nos referimos a la población de 15 a 34 años de edad: 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado en el último año de la encuesta del 2011.

En relación a la evolución temporal, los datos de la encuesta EDADES confirman que, para el último año estudiado, se han emborrachado menos personas que en años anteriores, pero las que se han emborrachado lo han hecho un mayor número de veces. La prevalencia de intoxicaciones etílicas desciende ligeramente en ambos sexos y en todos los grupos de edad, aunque sigue manteniéndose en niveles altos.

Se acostumbra a denominar consumo en atracón (*binge drinking*) a tomar 5 o más bebidas para los hombres y 4 ó más bebidas para las mujeres en un intervalo de 2 horas. Referido a los últimos 30 días, un 15,2% de los sujetos que participó en la encuesta EDADES afirma realizar este tipo de ingesta

alcohólica, claramente perjudicial. Especialmente preocupante es que esta modalidad de consumo entre los más jóvenes (de 15 a 19 años) es elevada y no ha dejado de aumentar desde 2007 tanto en hombres como en mujeres, aunque de modo especial en estas últimas, pasando del 13,7% al 17,2% para este grupo de edad. En España, los jóvenes consiguen bebidas alcohólicas a bajo precio en supermercados u otros establecimientos (Becoña & Calafat, 2006), lo cual favorece un mayor consumo y un incremento de ‘atracones’ de bebida, que producen intoxicaciones alcohólicas agudas (OEDT, 2011).



Figura 2.7. Policonsumo y consumo intensivo de alcohol (Binge Drinking).
Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en la población general en España.
EDADES 2011-12:18.

Todos los datos conocidos para los últimos años apuntan al consumo simultáneo de varias drogas – policonsumo – como conducta más prevalente en nuestro país. En relación con esto es preciso señalar que el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos. El consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo – consumo en atracón y borracheras – se asocia estadísticamente con una mayor prevalencia de consumo de otras sustancias. Así por ejemplo, el consumo de cannabis y cocaína se observa en el 23,2% y el

5,9% respectivamente de los sujetos que realizan consumo intensivo, mientras que tan solo aparece en el 4,1% y 0,3% de los que no lo hacen.

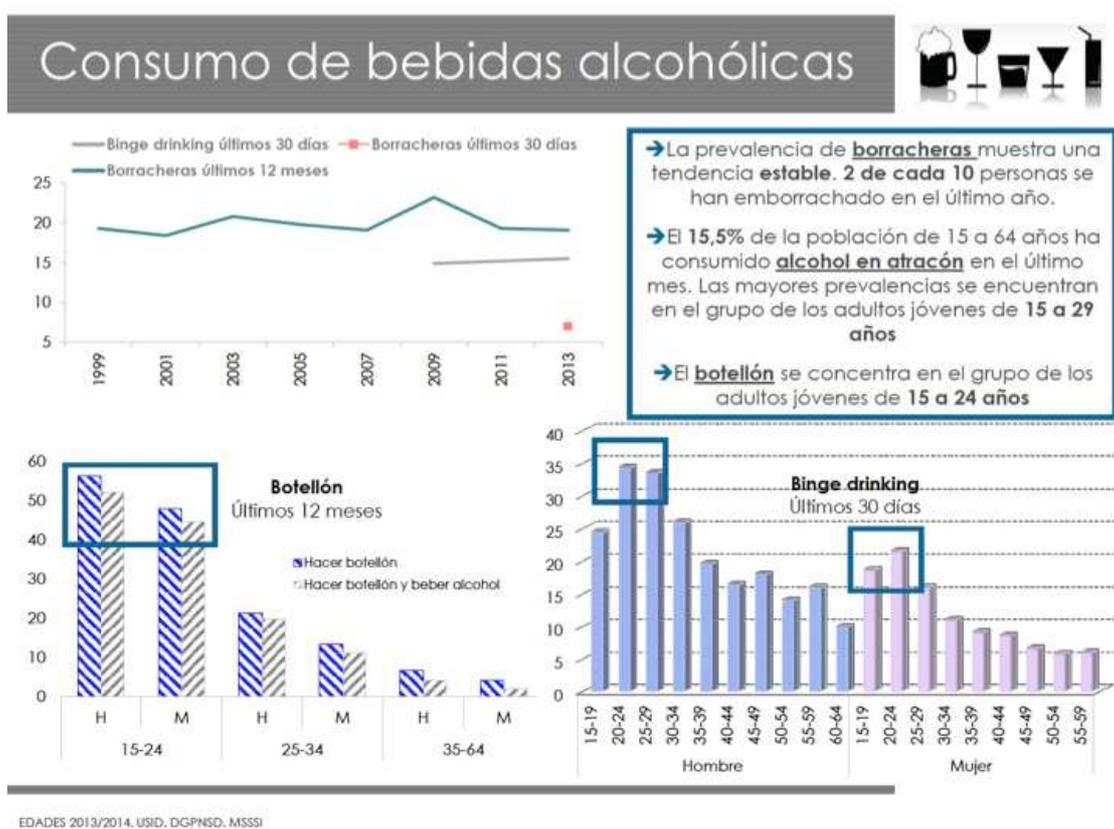


Figura 2.8. Consumo intensivo de alcohol (Binge Drinking).

Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES 2013/14:12.

A la luz de los datos que nos proporciona la última encuesta EDADES realizada, en cuanto al riesgo percibido derivado del consumo de sustancias, el alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa: menos de la mitad de los encuestados considera que tomar 5 ó 6 copas en fin de semana puede producir problemas.

La compleja relación entre empleo y consumo de sustancias psicoactivas tiene, en el momento actual, un especial interés, a consecuencia de la crisis económica que padecemos, que podría influir en cómo la población se comporta ante el consumo de drogas. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas publicó un estudio basado en el consumo de drogas en el medio laboral en el que se analizan los datos de la encuesta EDADES, realizada en 2007-2008 (OEDT, 2011). Así, se incluyó en esta edición de la

Encuesta un módulo específico en la población laboral para ampliar la información disponible y contribuir a la orientación de las políticas sanitarias para poder planificar actuaciones sobre el consumo de drogas en este ámbito.

Los resultados de la encuesta confirman que, al igual que ocurre en la población general, el alcohol es la droga psicoactiva más consumida en la población laboral.

La publicidad y la presión social, a favor del consumo de alcohol, facilitan el conocimiento del producto y la conciencia de que su consumo es normal. Esta es la estrategia mediática de las compañías alcoholeras, las cuales utilizan estrategias sofisticadas de publicidad, basadas en el aprendizaje (López-Sánchez, García y García, 2009). La publicidad directa e indirecta del alcohol es omnipresente y promueve su consumo, mediante un doble mensaje contradictorio, la primera premisa sería que cada persona es libre de hacer lo que quiera –descontrolarse, liberarse, etc.– bebiendo, pero añade la afirmación: “Bebe con moderación, es tu responsabilidad”.

La elevada aceptación social, o normalización del consumo de bebidas alcohólicas, lleva a considerar beber como ‘normal’ en determinadas situaciones y convierte en ‘anormal’ o ‘raro’ el no hacerlo. Con ello se facilita que las personas que se encuentran en recuperación del alcoholismo tengan más probabilidad de recaer, creyendo subjetivamente que hacen lo “normal”. Y que esta “normalización” opere como una presión social al consumo. Es el efecto de conformidad. Las personas que tienen una mayor percepción de riesgo de una droga determinada tienen una menor probabilidad de consumirla; como contrapartida, cuando la percepción de riesgo es baja (Weinstein, 1987), o cuando existe percepción de invulnerabilidad hacia sus efectos negativos (Ayers & Myers, 2012), su consumo es más probable. Esta percepción del riesgo varía de unas a otras drogas y mantiene una relación con las prevalencias de consumo de cada droga (Bachman et al., 2008). En el caso del alcohol hay una baja percepción de riesgo (Dillard, Midboe & Klein, 2009), dado que la mayoría de sus consumidores buscan en él placer y beneficios, facilidad de acceso y facilidad de consumo (Trujillo, Forns y Pérez, 2007).

2.5.2 Patrones de consumo y gravedad de dependencia del alcohol

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar.

- Gramos de alcohol

El consumo de alcohol inferior a 40 gr/día para los hombres, 20 gr/día para mujeres, cuando es muy frecuente, se considera como un consumo de bajo riesgo, porque ya puede estar asociado a determinadas consecuencias negativas. Un consumo entre 40 y 60 gr/día para los hombres (entre 20 y 40 gr/día para las mujeres) se considera de riesgo moderado. Entre 60 y 100 gr/día para los hombres (entre 40 y 60 gr/día para las mujeres) se considera de riesgo elevado y por encima de los 100 gr/día para los hombres y de los 60 gr/día para las mujeres, de riesgo muy elevado (WHO, 2002).

- Unidad de Bebida Estándar (UBE): índice cantidad-frecuencia

Con el fin de unificar criterios a la hora de calcular el consumo de alcohol, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estipuló su medida a través de la Unidad de Bebida Estándar.

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº UNIDADES DE BEBIDA ESTÁNDAR
Vino	1 vasito (100 c.c.)	1 UBE
Cerveza	1 caña (200 c.c.)	1 UBE
Licor	1 copa (50 c.c.)	2 UBE
Cubata	1 combinado	2 UBE

TIPO DE CONSUMIDORES SEGÚN LA OMS		
Consumo	Varón	Mujer
Bajo riesgo	Hasta 17 UBE/semana	Hasta 11 UBE/semana
Alto riesgo	Entre 17 y 28 UBE/semana	Entre 11 y 17 UBE/semana
Peligroso	Más de 28 UBE/semana	Más de 17 UBE/semana

Bebida	Consumición habitual	Equivalencia en UBE
Cerveza (3°-5°)	Un quinto/una caña (200 cc)	1 UBE
	Un litro	5 UBE
Vino, cava (12°-14°)	Un vaso (100 cc)	1 UBE
	Un litro	10 UBE
Carajillo	25 cc	1 UBE
Vino dulce/jerez/vermut (18°-20°)	Una copa (50 cc)	1 UBE
Destilados (40°-50°)	Una copa (50 cc)	2 UBE
	Un combinado (50 cc)	2 UBE

El valor de una UBE en España se establece en 10 gramos de alcohol.

Figura 2.9. Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. Fuente: OPS/OMS (2000:77).

Es una forma de cuantificar la cantidad de consumo de alcohol. Una UBE en España y en Estados Unidos contiene 10 gramos de alcohol puro (Rodríguez-Martos, Gual, & Llopis LLacer, 1999), mientras que en el resto de Europa equivale a 8 gramos.

Una UBE equivale a:

Tabla 2.3. Equivalencia de la UBE basada en la Guía Socidrogalcohol 2013
Fuente: Elaboración propia

UNIDAD O UBE =	MILILITROS	% de ALCOHOL
1 caña o copa de cerveza	250 ml	5%
1 vaso pequeño o copa de vino o cava	100 ml	12%
½ copa de vinos generosos, del tipo de jerez o vermut	50 ml	18%
½ copa, un chupito o medio combinado de destilados del tipo coñac, anís, ginebra, ron, vodka, o whisky.	25 ml	40-50%

La gravedad del consumo se clasifica en 3 niveles en función de las UBE's consumidas:

Tabla 2.4. Gravedad del consumo según UBE's consumidas basada en la Guía Socidrogalcohol 2013. Fuente: Elaboración propia

CONSUMO	NIVEL DE RIESGO	CRITERIOS
Moderado	Riesgo bajo	Hombres: 0-16 UBEs/semana. Mujeres: 0-10 UBEs/semana. Menores de 18 años: 0 UBEs/semana.
Peligroso	Riesgo elevado	Hombres: 17-28 UBEs/semana. Mujeres: 11-17 UBEs/semana.
Abusivo	Riesgo perjudicial	Hombres: >28 UBEs/semana o 6 UBEs/24 horas al menos 1 vez al mes, aunque el consumo semanal sea inferior a 28 UBEs. Mujeres: >17 UBEs/semana o 5 UBEs/24 horas al menos 1 vez al mes, aunque el consumo semanal sea inferior a 28 UBEs. Cualquier grado de consumo si existen antecedentes familiares de alcoholismo, menores, embarazo y lactancia.

De acuerdo con el esquema desarrollado por Rehm et al. (2003) los efectos del alcohol en la salud dependen de tres variables intermedias que además se interrelacionan: los efectos directos bioquímicos, la intoxicación por alcohol, y la dependencia al alcohol.

- Los *efectos directos bioquímicos* pueden influir en diversas enfermedades agudas o crónicas, tanto con consecuencias positivas como negativas. El efecto beneficioso conocido es la reducción del riesgo cardiovascular asociado al consumo de dosis bajas que favorece un incremento de las HDL. Entre los efectos negativos destaca el riesgo de cirrosis hepática.
- La *intoxicación* es un estado de alteración funcional de las capacidades psicológicas y psicomotoras inducido por la presencia de alcohol en el organismo, y que básicamente depende de la dosis. Puede generar lesiones accidentales, y también facilitar la comisión de delitos o generar violencia. El consumo intenso esporádico de alcohol puede causar problemas graves, como arritmia cardíaca o ictus.
- La *dependencia* del alcohol (término preferible al de alcoholismo y que será desarrollado en el apartado 2.6 de este capítulo) es una enfermedad en sí misma. Se define como un conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona sufre un deterioro del control sobre el consumo de alcohol, y que éste prosigue a pesar de las consecuencias adversas. Para esta persona, la dependencia del alcohol es un mecanismo poderoso en el mantenimiento del consumo.

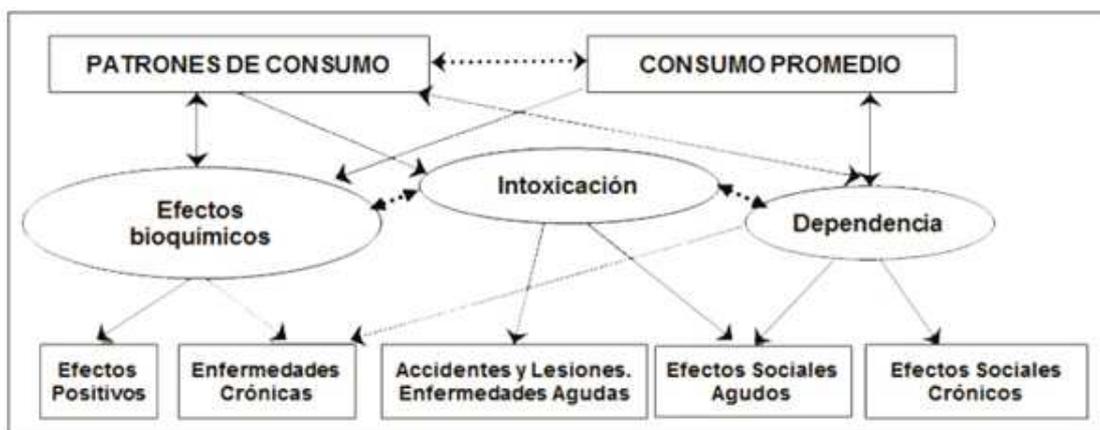


Figura 2.10. Modelo global de efectos asociados al consumo de alcohol (modificado de Rehm et al.). Fuente: Valencia, González y Galán (2014:441)

Por ello, cada vez se tiene más en cuenta que, el concepto de patrones de consumo, omite aspectos que no quedan bien cubiertos con la valoración del volumen de alcohol consumido. La dosis consumida – cuantificable en gramos de alcohol por unidad de tiempo – ha sido la variable que se ha usado tradicionalmente para relacionar el alcohol con enfermedades (Rodríguez-Martos y Rosón, 2008) ya que produce efectos a largo plazo tanto mediante sus efectos bioquímicos directos como por los derivados de la toxicidad crónica cuando existe. Ahora bien, la misma cantidad de alcohol puede ser consumida en pequeñas cantidades de manera regular o con grandes ingestas en algunas ocasiones, y tanto la dosis de alcohol como el patrón de consumo parecen actuar de manera independiente sobre algunos riesgos: el patrón media entre la dosis y el riesgo. Los patrones de consumo no sólo tienen que ver con efectos agudos –como las lesiones de tráfico–, también se relacionan con problemas crónicos –como la enfermedad coronaria y la co-morbilidad psiquiátrica–. Los estudios poblacionales registran los patrones de consumo además del volumen consumido, como lo hacen cada vez más los profesionales en la consulta (Valencia-Martín, Galán y Rodríguez-Artalejo, 2007).

En la misma línea, otros autores como Rodríguez-Artalejo et al., (1999) recomiendan aproximarse a realizar estudios sobre los daños relacionados con el alcohol aportando elementos de distintas fuentes para construir una imagen más integral a partir de componentes diversos, que por separado son necesariamente incompletos. Estos autores también se cuestionan la calidad de los datos utilizados, ya el consumo de alcohol autorreportado infraestima el verdadero consumo incluso entre los bebedores moderados. Así mismo es posible que los bebedores excesivos estén sub-representados en las encuestas, porque se encuentran institucionalizados o porque la tasa de no respuesta sea mayor entre ellos. Sin embargo, el descenso en el consumo de alcohol observado por las ENSE (Encuestas Nacionales de Salud de España) es consistente con el estimado a partir de las ventas de bebidas alcohólicas.

2.5.3. Consecuencias del consumo de riesgo

En España no hay datos claros sobre la prevalencia de TUA o Trastorno por abuso de alcohol (abuso, uso nocivo, dependencia) en población general. La comparación de las cifras de prevalencia de abuso/dependencia de alcohol es problemática por las diferencias conceptuales y metodológicas de los diversos estudios. Como afirman García-Sempere y Portella (2002) la medida del consumo de alcohol y de su impacto en la salud es compleja y multidimensional y, a pesar de ello, en España no se ha realizado un intento integral de valoración de la carga de enfermedad debida al alcohol que incorpore datos de morbilidad o discapacidad comparable al GBD⁴³.

A pesar de esta carencia, se han hecho estudios de mortalidad. Entre las causas de muerte relacionadas con el alcohol (Villalbí & Brugal, 2012) destacan por su peso cuantitativo las cirrosis hepáticas y los accidentes de tráfico, pero también algunos cánceres del tracto digestivo que en parte son debidos al alcohol como el cáncer de esófago o el de laringe. Hay otras causas de muerte como el suicidio en cuyo desarrollo el alcohol es un factor importante aunque la fracción poblacional atribuible al alcohol sea menor. Otros autores han documentado que la mortalidad atribuible al alcohol ha descendido (Fierro et al., 2008). Por lo que respecta a las tasas ajustadas por edad de mortalidad por cirrosis hepática en España, ascendieron hasta alcanzar sus valores máximos en los años 1972-76, iniciando luego un declive. Aunque la cirrosis hepática sigue siendo una causa relevante de mortalidad, las cifras son actualmente un tercio de lo que eran hace 30 años.

Recientemente, Pulido et al. (2014), partiendo de la revisión de los principales artículos científicos e informes así como del análisis de algunos datos secundarios, evaluaron los problemas relacionados con el consumo de alcohol

⁴³ Desde sus comienzos a principios de los años noventa, el estudio de la carga mundial de morbilidad ha generado una serie de resultados de gran trascendencia sobre la repercusión de diferentes enfermedades, traumatismos y riesgos en la salud de la población. Una aportación importante del estudio ha sido el desarrollo del concepto de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) como una nueva medida de utilidad para cuantificar las pérdidas de vida sana, ya sea por mortalidad prematura o por el tiempo vivido con una salud menguada. Para tener en cuenta en su justa medida esas dos posibilidades, los AVAD obligan a asignar pesos numéricos a las muy diversas consecuencias no mortales de diferentes enfermedades y lesiones. (Ver: Indave et al. (2014). Métodos de investigación sobre daños en la población relacionados con el alcohol. *Rev. Esp. Salud Pública*, 88: 447-468.)

en España entre 1990 y 2011. En la publicación de “Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol”, afirman que en 2011 pudo ser atribuible al alcohol el 10% de la mortalidad total y aproximadamente el 30% de la mortalidad por accidente de tráfico en la población de 15-64 años. En esta misma población al menos el 0,8% padecía trastornos por consumo de alcohol, el 5% adicional podía tener problemas que necesitaban evaluación y aproximadamente el 20% había tenido alguna intoxicación etílica aguda (IEA) en el último año. Las IEA supusieron aproximadamente el 0,5-1,1% de las urgencias hospitalarias. Los costes sociales totales del consumo de alcohol podrían representar el 1% del producto interior bruto. La probabilidad de daños relacionados con el consumo de alcohol es bastante mayor en hombres que en mujeres, con una razón hombre/mujer de mortalidad o daños graves relacionados con alcohol de 3/4, situación que apenas ha cambiado en los últimos 20 años. Los daños relacionados con alcohol han seguido una tendencia descendente, excepto la IEA. En el período 1990-2011 la tasa estandarizada de mortalidad relacionada con consumo de alcohol disminuyó a la mitad. Las grandes lagunas de conocimiento y las incertidumbres sobre los daños poblacionales relacionados con el alcohol en España justifican el apoyo institucional a su investigación y la puesta en marcha de un sistema integral de monitorización.

Sin embargo, y a pesar de la cantidad de evidencia que se ha reportado con las Encuestas realizadas a lo largo de estos años y por diferentes Instituciones de ámbito nacional, referidas anteriormente, lo que podríamos denominar ‘cuantitativismo’ en torno al alcohol presenta una serie de limitaciones que afectan a la veracidad de los datos y que hacen difícil la lectura comparativa⁴⁴, tal y como lo plantea Jaume Esteve (2013:52) en su reciente tesis titulada “La dependencia del alcohol: una comparación crítica sobre los tratamientos de dicha dependencia desde modelos biomédicos y espiritualistas”

⁴⁴ Este mismo autor (Esteve, 2013:29-72) en el marco teórico de su tesis argumenta la discrepancia de los datos obtenidos y su fiabilidad para poder ser utilizados y extraer conclusiones. Ejemplos de las asimetrías en la tasa de mortalidad por cirrosis en diferentes países por ingesta de alcohol y el llamativo ejemplo de Egipto por detentar una elevada tasa de cirrosis a pesar de que su consumo es prácticamente inexistente.

Además, la carga marginal y estigmatizante (Goffman,1987:118-119) de cualquier reconocimiento personal de consumo abusivo del alcohol, dificulta, en una primera aproximación, la obtención de datos fiables al obtenerse estos a través de informaciones personales y voluntarias procedentes del conjunto de la población.

2.5.4 Alcohol y accidentes de tráfico

En nuestro país, el último informe del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (2012) muestra que en el 45,01% de los conductores fallecidos en accidente de tráfico el resultado es positivo a alguna droga. De estos, en el 72,78% se ha detectado alcohol solo o asociado con otras sustancias. Además, los análisis indican que el 76,52% de las víctimas presentan una tasa de alcohol superior a 1,2 g/l. Al analizar la distribución de los resultados de alcoholemia positiva en los últimos años se observa una progresión ascendente desde 2009 (30%), 2010 (31%) a 2011 (32,76%).

Llama la atención que la fuente anterior citada como la Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior español, sólo facilitan datos relativos a conductores fallecidos con tasas elevadas de alcoholemia. No encontramos datos sobre las víctimas tanto mortales como aquellas que sufren heridas de mayor o menor gravedad, asociadas a un accidente en el que se halla involucrado dicha tipología de conductores, hayan estos fallecido o no en el accidente. En cualquier caso dichas víctimas existen y superan ampliamente, en número, al de conductores fallecidos.

En las revisiones del Fondo de Prevención Vial (2010) destacan que la concentración de alcohol en sangre, incluso en niveles bajos, altera las habilidades de conducción e incrementa el riesgo de colisión. La afectación sobre la capacidad de conducción provoca una distorsión en el rendimiento psicomotor, aumentando el tiempo de reacción, alterando la coordinación visomanual y la atención. Y por último se empeora la percepción de la velocidad, la distancia y la habilidad para seguir una trayectoria. Se produce además una afectación de la visión y el oído, reduciendo el campo visual, alterando la visión periférica y disminuyendo la agudeza auditiva. A la vez se aumentan las conductas de riesgo al conducir, se aumenta la agresividad, hace

más probable que se violen normas de tráfico, llevando a reacciones y comportamientos anómalos o absurdos, con respuestas temerarias, violentas, de euforia o agresividad. Todos estos cambios incrementan exponencialmente la probabilidad de sufrir o provocar un accidente, entre los que destacan los choques de vehículos, las salidas de vía y la desviación de la trayectoria del vehículo.

2.5.5 Alcohol y consecuencias psicosociales

Se ha podido constatar con el paso de los años la gran correlación que existe entre violencia y el consumo de alcohol, aunque es difícil determinar si el alcohol etílico es el causante o el desencadenante de algunas de estas reacciones violentas. Sin embargo, a partir de un estudio sobre *Violencia y Salud* de la OMS (2002) se han identificado los efectos psicofarmacológicos de la intoxicación etílica como facilitadores de la conducta agresiva debido a que los bebedores tienen menos autocontrol, una menor capacidad de procesar la información que reciben, un incremento en la labilidad emocional y la impulsividad, por lo que es más probable que recurran a la violencia en las confrontaciones. Por este motivo, no es extraño que una elevada proporción de personas que han cometido delitos violentos, y también sus víctimas, se encontraran bajo los efectos del alcohol (Room, Babor & Rehm, 2005).

Si bien es verdad que no todos los alcohólicos son violentos, ni todas las situaciones de agresividad comportan un consumo de alcohol, el número de veces que concurren ambas circunstancias se acerca en algunos casos al 50% (Fundación Salud y Comunidad – Proyecto Malva), e incluso más. Por lo tanto, el consumo de alcohol precede a la mitad de todos los incidentes de violencia (incesto, el abuso de menores, el maltrato y la agresión a la pareja y otras formas de violencia familia), destacando especialmente su relación con agresión, violación y homicidio.

Por otro lado, autores como Gelles y Straus (1988) sostienen que la relación empírica entre la ingestión de alcohol y la violencia en general no permite establecer que el alcohol cause violencia. Los autores afirman que si las propiedades químicas del alcohol actúan sobre el cerebro humano, induciendo la conducta violenta, este efecto debe ser observable en cualquier parte del

mundo y en cualquier momento de la historia. Basándose en diversos estudios antropológicos, llegan a la conclusión de que si bien, en algunas culturas, las personas que ingieren alcohol se tornan más violentas y sexualmente promiscuas, en otras, por el contrario tienden más bien a la “pasividad” y a la “retracción”. En otros términos, desde este punto de vista, el comportamiento de la persona ebria es básicamente cultural y socialmente aprendido:

“En nuestra sociedad, como en muchas otras, los individuos aprenden que no tendrán que asumir responsabilidad por su comportamiento ebrio. En nuestra cultura (...) es un ‘tiempo muerto’ en las normas usuales de conducta. El ‘tiempo muerto’, combinado con la necesidad de encubrir o de eludir la responsabilidad de la violencia familiar (...) provee la perfecta excusa en el campo de la violencia doméstica: ‘Yo no sabía lo que hacía cuando estaba borracho’, es la excusa más frecuentemente escuchada por quienes trabajan en el ámbito de la violencia familiar. Cuando las mujeres cuentan que sus parejas son como ‘Dr Jekyll y Mr, Hyde’, están proveyendo la excusa que sus parejas necesitan para justificar sus conductas violentas. Los padres y compañeros violentos aprenden que, si no quieren ser considerados responsables de su violencia, deben beber y pegar, o al menos, decir que estaban ebrios” (Gelles & Straus, 1988:45-46).

Para estos autores sería ilusoria la creencia de que eliminando el alcohol o las drogas el problema de la violencia en la pareja desaparecerá. El hecho que una persona maltratadora habitual de su pareja deje de consumir alcohol u otras drogas no constituye una garantía suficiente de que por ello dejará de ejercer la violencia contra ella, aspecto que cuestiona la supuesta ‘unicausalidad’ de la violencia en la pareja, en relación al abuso de alcohol y otras drogas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) propone que en la definición de violencia se incluya tanto la física como la sexual, el abuso emocional y la negligencia. Por ello se procede a analizar la relación del consumo de alcohol en otros ámbitos como:

- a) Violencia íntima en la pareja, o de manera más genérica, violencia familiar. Existe numerosa evidencia que refleja la relación recíproca entre el consumo de alcohol y la violencia de pareja. En el caso de Europa, EUROCARE⁴⁵ (2011), cifra estas consecuencias atribuyendo al alcohol alrededor de un 40% de los casos de violencia doméstica. Una revisión de García et al. (2007) mostraba cómo los hombres que bebían alcohol eran tres veces más propensos a cometer actos violentos en la pareja que los hombres que no bebían. Y que si tanto la víctima como el agresor presentaban un consumo problemático de alcohol, la tasa de homicidio en la pareja pasaba del 5% (para ambos no bebedores) al 74%.

También se ha constatado el consumo de alcohol entre las víctimas de la violencia de pareja, (aunque en menor grado que entre los agresores) tanto en el momento de la agresión (García Moreno et al., 2005) como después de ella. El consumo por parte de un progenitor puede generar o agravar dificultades económicas y problemas en el cuidado de los hijos. Ello puede generar tensión y conflictos en el seno familiar e incrementar el riesgo de que se den actos violentos entre sus miembros, así como modelos de funcionamiento familiar disfuncional y generadoras de problemas emocionales.

- b) Violencia o abusos sexuales. El abuso de alcohol es uno de los factores de riesgo más importantes para la violencia de pareja. Las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual pueden presentar patrones de abuso de alcohol más problemáticos, más trastornos psiquiátricos concurrentes y dicha asociación parece ser mayor para las formas de abuso más graves y más traumáticas, que incluyen la penetración y la violencia, sobre todo cuando el abuso se ha producido durante la infancia. Por otro lado, cuando los padres presentan alcoholismo, es menos probable que puedan proteger

⁴⁵ EUROCARE (Alianza Europea de Política sobre Alcohol), se fundó en 1990 con 9 organizaciones miembros, como una alianza de ONG's y Organizaciones Públicas Sanitarias. Hoy, Eurocare, consta de unas 50 organizaciones distribuidas por 21 países europeos, con los objetivos de prevenir y reducir los daños derivados del uso del alcohol en nuestro continente. Europa es la parte del mundo en que más alcohol se consume, con un nivel de 11 litros / habitante y año. Esto representa más de 2,5 veces el promedio de consumo de todo el resto del mundo. Se estiman en más de 58 millones de adultos (15%) los bebedores de riesgo y en 23 millones, los adictos al alcohol.

a sus hijos contra el abuso sexual perpetrado por otras personas del entorno (OMS, 2006).

- c) Maltrato infantil. En estudios con hijos de alcohólicos españoles (Díaz et al., 2008) se ha puesto de manifiesto que estos niños tenían el doble de probabilidad que los controles de presentar síntomas subclínicos y cuatro veces más de presentar trastornos como enuresis, fobias, depresión, problemas de concentración, fracaso escolar o tics, así como la aparición de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de trastorno de ansiedad generalizada. El alcohol causa daños a terceros, destacando su impacto en los nacimientos de bajo peso, los niños que viven en familias negativamente afectadas por el alcohol (Villalbí & Brugat, 2012).
- d) Violencia contra uno mismo (autolesiones y suicidio). El alcohol juega un papel importante en el comportamiento suicida, ya sea mortal o no, y tanto la intoxicación aguda como el consumo crónico aumentan el riesgo de lesiones autoinfligidas. En el informe EURO CARE (2011), el alcohol está implicado en uno de cada seis suicidios.

2.6 Alcohol/Alcoholismo. Dependencia/Adicción

Definiendo conceptos, tal vez la primera mención que corresponda hacer desde de la MMH, sea la que surgió del llamado Comité de Expertos en Drogas Adictivas dentro de la OMS, que en 1957 definió **adicción** – y dependencia, como se menciona en el punto 3 – bajo los siguientes criterios:

“Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- 1. Una compulsión por continuar consumiendo por cualquier medio.*
- 2. Una tendencia al aumento de las dosis.*
- 3. Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.*
- 4. Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.”*

(OMS, 1957:10)

Como se puede observar en esta temprana definición biomédica, prevalece el concepto de adicción sobre el de dependencia, aspecto puramente semántico ya que ambos términos son sinónimos dentro de una visión estrictamente lingüística.

Al mismo tiempo, la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*), trabaja en paralelo con la OMS en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” con sus respectivas revisiones. En el DSM-III-R –Revisión de la DSM-III, publicada en 1987–, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10⁴⁶ en el cual el término dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome. Este término se intercambia a menudo con el de adicción y alcoholismo.

En el 2002, se publica la cuarta clasificación revisada (DSM-IV-TR) de la mencionada Asociación, en la que establece que los trastornos relacionados con el alcohol se clasifican en abuso, consumo perjudicial (CIE-10) y dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia. Se habla de consumo problemático cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol. El consumo perjudicial (CIE-10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida.

En el DSM-5 (APA, 2013) se ha propuesto una nueva categoría denominada Trastornos adictivos y relacionados a sustancias en los que se incluyen los “trastornos no relacionados a sustancias”. Sobre el abuso de sustancias y la dependencia a sustancias se refuerzan los criterios anteriores de abuso de sustancias combina las categorías del DSM-IV en los que sólo requerían de un síntoma, mientras que en el DSM-V se establecen de dos a tres síntomas. Y

⁴⁶ La décima revisión de la “Clasificación Estadística internacional de Enfermedades y Problemas de Salud” (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992, pero seguramente no tendrá un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación.

también se propone eliminar el criterio de problemas legales para el diagnóstico, así como incorporar un nuevo criterio diagnóstico definido como “ansia de consumo”.

Las críticas al modelo médico hegemónico no han tardado en aparecer. La Organización Mundial de la Salud. La CIE-9, la CIE-10, y la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A. con el DSM III, el DSM III-R, el DSM IV, el DSM IV-TR y el DSM-5, siguen manteniendo sus diferencias y editando sus clasificaciones convertidas en *best sellers* de la bibliografía psiquiátrica. Este afán clasificatorio responde a una corriente que intenta hacer de la Psiquiatría una especialidad médica más científica que basa sus diagnósticos en algo más que la intuición o el principio de autoridad y que tras la revolución de los psicofármacos es de vital importancia el poder diagnosticar con precisión el ‘trastorno del paciente’. Precisamente, estas nuevas clasificaciones (CIE-10 y DSM) tratan de huir del lenguaje ofensivo de uso común utilizado, en general para describir a los enfermos mentales como “dementes” y, en concreto, a los alcohólicos como “viciosos”, recurriendo a definirlos como ‘trastornos’ en lugar de ‘enfermedades’ (Miranda y Colomer, 2010).

No se trata, entonces, de desacreditar lo que no es sino el esfuerzo por una práctica psiquiátrica más rigurosa. El problema aparece cuando, a la asignación a un paciente de un determinado diagnóstico, además se le añaden otros significados (la etiqueta), lo que puede llevar al escepticismo terapéutico y a la ‘estigmatización’ tan bien descrita por Goffman, cuando, como afirma Seva Díaz (1995:257), la sociedad termina haciendo un uso marginador de palabras empleadas con fines médico-psiquiátricos.

Desde la psiquiatría cultural, se defiende que el uso de las categorías psiquiátricas como realidades más que como representaciones ha conducido al efecto definido por Kleinman (1988) como “falacia categorial”, especialmente cuando estamos exportando nosologías y criterios diagnósticos a contextos culturales en donde difieren de coherencia y sentido. El contexto social, cultural y económico-político de la aflicción es una realidad que está ahí, como los cromosomas y los neurotransmisores, mostrándose necesario para distinguir correctamente un caso de un no caso, para la tarea de interpretación clínica,

para la puesta a prueba de las nosologías, para la traducción y adaptación de los instrumentos diagnósticos y epidemiológicos y también para la reflexión sobre la propia práctica profesional (Martínez, 2008).

Dentro de la organización y filosofía de AA las palabras dependencia o adicción al alcohol quedan integradas en el concepto generalizado de **alcoholismo**. Así lo reconoce cada uno de los participantes en las reuniones de AA cuando toma la palabra. Concepción que se asemeja a la afirmación de que *“la dependencia sería el síntoma de una situación patológica en la que se encontraría un individuo como resultado de diversos factores, agravada por los propios efectos farmacológicos de las drogas”* (Romaní, 2011:94).

Por *adicción o dependencia* entenderemos la necesidad periódica de consumir una sustancia (término aplicable también a ciertas prácticas adictivas sin sustancias, como sería el caso de la adicción al juego) que, en la mayoría de los casos, va acompañada de una conducta *compulsiva*, es decir, sin capacidad o con ésta muy disminuida por parte del consumidor, para poder dar voluntariamente por finalizada una sesión de consumo. Cabe añadir la complejidad que encierra la categorización de dependencia o adicción, que en ocasiones puede interpretarse como un síntoma de una situación multicausal (Romaní, 2011:94-95).

El proceso de debate del concepto de dependencia del alcohol incluye aquellas características que lo acompañan: compulsión y síndrome de abstinencia⁴⁷ (SA). Una de las principales dificultades en catalogar a una persona dentro del concepto PDA posiblemente la podríamos ilustrar mostrando algunas tipologías de sus patrones de consumo de bebidas alcohólicas, aunque procedería puntualizar, previamente, que existen determinados casos de dependencia sin que, necesariamente, se alcancen los comúnmente aceptados por la OMS como niveles de consumo de los considerados de riesgo⁴⁸, especialmente si

⁴⁷ SA: se puede definir como la respuesta integral y compleja de una persona dependiente, frente a la ausencia del elemento adictivo, que se manifiesta durante un tiempo variable y según unos síntomas diferenciales en función de las circunstancias particulares de dicha persona.

⁴⁸ Los estudios de riesgo hablan de una cantidad de alcohol –en torno a los 60 g de etanol puro por día–, como punto a partir del cual definir la entrada en zona de consumo de riesgo (en el caso del género femenino este valor se situaría en 40 g en razón a consideraciones

pensamos que en una PDA inciden, además, aspectos socio-culturales y relacionales. Así como el caso inverso también es posible, ya que ciertos niveles de dependencia derivados de algunos de los patrones que se explican a continuación, no implican necesariamente la catalogación de alcoholismo, ni entrañan los riesgos de salud o la percepción social que suelen ir aparejados a dicho concepto.

Los patrones de consumo de bebidas alcohólicas identificados en tratados especializados (Sánchez: 2003:49-85), podrían resumirse en:

- a) PDA con consumo regular a altas dosis durante todo el día.
- b) Personas que no beben a diario las mismas cantidades, con diferencias cuantitativas entre distintos días, pero que pueden incurrir, en determinados momentos, en situaciones de riesgo para ellos y para la sociedad (p.e., consumo elevado en paralelo con la conducción de vehículos).
- c) Consumidores por franjas horarias que concentran una gran cantidad de sustancia en un corto lapso temporal, con gran sobrecarga tóxica sobre ciertos órganos (hígado especialmente).
- d) Consumidores de fin de semana como patrón fijo y exclusivo.
- e) Consumidores secuenciales (sin patrón temporal fijo), pero cuya ingesta, cuando se produce, se encuentra muy por encima de los umbrales de riesgo mencionado (con lapsos de sobriedad de varias semanas de duración entre dos situaciones secuenciales como la descrita).

Los patrones enunciados son una forma de clasificar las distintas tipologías de las PDA, algunas de las cuales caben dentro del apartado del consumo social de alcohol y pueden consistir en prácticas que no son ni regulares ni estrictamente dependientes: bebedores grupales, familiares (como hábito doméstico frecuente o en fiestas familiares), en celebraciones o eventos socio-profesionales, etc., dentro de la realidad que representan las sociedades o

básicamente de peso corporal medio comparativo). Coincidió en considerar dichos aspectos cuantitativos como muy parciales a efectos de un juicio objetivo sobre riesgos asociados.

culturas alcoholizadas (Menéndez, 1996). Tales perfiles demuestran nuevamente la dificultad que entraña categorizar a una PDA como tal, atendiendo a la variabilidad de los patrones de consumo y la dificultad de estimarlos adecuadamente en nuestro país (Galán, González y Valencia, 2014).

Surgen multitud de interrogantes en relación a la muestra utilizada, por ejemplo, si se ha recogido información de la población mayor de 15 años o ésta incluye consumos a edades menores o si se han contemplado todo tipo de bebidas alcohólicas como las de fabricación doméstica o clandestina de difícil evaluación cuantitativa al tiempo de las cifras se miden en consumos *per cápita*, entre otras (Esteve, 2013:43). Serán tal vez los exámenes clínicos y psicológicos, la propia sensibilidad y sintomatología (*illness*), o la percepción por el entorno relacional más inmediato a una PDA (*sickness*), lo que podrá aportar criterios válidos sobre si existe o no una dependencia fuerte (*disease*).

Los patrones de consumo que, entre otros conceptos, quedarían implícitos en la anterior definición de alcoholismo, son aquellas formas específicas de uso de una sustancia, que se constituyen en habituales según una determinado PDA, y que están asociadas a la ingestión de la misma –alcohol en este caso–, en sus aspectos de temporalidad (momento del día, pauta de fin de semana, etc.) y frecuencia de su ingesta o por la forma de su consumo, sea grupal o no (Sánchez, 2003:63-85). Se incluyen también en dichos patrones de consumo aquellos datos cuantitativos y cualitativos asociados a dicha sustancia y a la forma de ingerirla.

También incluimos el concepto *Codependiente* referido al pariente, amigo íntimo o compañero de una persona dependiente del alcohol o de las drogas, cuyas acciones tienden a perpetuar la dependencia de esa persona, retrasando así el proceso de recuperación. Al comienzo de los años setenta, los profesionales que trataban el alcoholismo en EEUU comenzaron a utilizar los términos coalcohólico y coalcoholismo para definir a los familiares cercanos de los alcohólicos (al principio, en referencia sobre todo a la esposa). Cuando se sustituyó el término alcoholismo por dependencia del alcohol, se implantó el uso de codependiente y codependencia, en referencia también a los familiares

de las personas dependientes de otras drogas. El empleo de este término implica una necesidad atribuida de tratamiento o ayuda y algunos expertos han propuesto que la codependencia se clasifique dentro de los trastornos psiquiátricos. Hoy en día, esta palabra también se usa en sentido figurado para designar a la comunidad o la sociedad permisiva con la dependencia del alcohol o las drogas (OMS 1994:24).

La *sobriedad* se entenderá como un periodo abierto de 'no consumo', sea como estado idealmente definitivo, y así asumido por una PDA en proceso de deshabitación, o con una duración temporal dilatada, sin que ello represente una situación permanente y sin riesgo de retorno al consumo.

Sobriedad (*Sobriety*, OMS 1994:59):

(1) Abstinencia continuada del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

(2) En Alcohólicos Anónimos y otros grupos de ayuda mutua, se usa a menudo para referirse también al logro y al mantenimiento del control y el equilibrio en la vida en general. Algunos sinónimos de sobrio, referidos especialmente a las drogas ilegales, son 'limpio' y 'desenganchado'.

(3) Moderación o moderación habitual en los patrones de consumo de alcohol, en el sentido original de 'templanza', aunque esta acepción es cada vez menos frecuente.

Se utilizará el término *deshabitación* para identificar dicha situación personal, que puede ser equivalente a los términos recuperación, sanación, alcanzar la sobriedad, abandono del consumo o, simplemente, proceso terapéutico. No parece muy adecuado utilizar el término "rehabilitación" por lo que pueda llevar asociado de connotaciones penales o culpabilizantes y que añadirían más estigmatización al colectivo de las PDA, ni el término desintoxicación, que deviene después de un periodo de fuerte dependencia y que suele tener lugar en instituciones especializadas y realizarse con ingreso hospitalario.

Y por último, los conceptos de Reconstrucción/*Reinserción*, entendidos como la capacidad de un ex-PDA de incorporarse a la vida en sociedad con facultades renovadas, sintiéndose un miembro activo, perdonado, querido y en un estado de sobriedad, es decir, alejado del alcohol. ¿Qué es lo que sucede dentro de la Comunidad de AA para que empodere a un PDA a cesar en su dependencia al alcohol, que tipo de ayuda está recibiendo para que resurjan sus mejores cualidades y pueda enfrentarse de nuevo a una sociedad que en primera instancia es la que le había enfermado? O planteado al revés, que ocurre en las comunidades/sociedades que son las generadoras de personas dependientes de sustancias (y otras nuevas que no son sustancias pero si dependencias como el juegos, internet, al sexo, etc). ¿De que adolece nuestra comunidad/sociedad –la de origen– para que sea en otra –comunidad de AA– en la que se encuentre la “curación”?

2.7 Alcohólicos Anónimos

“Alcohólicos Anónimos es, en términos de la propia organización, “una hermandad de hombres y mujeres que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza para poder resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro es el deseo de dejar la bebida. No existen pagos o cuotas para pertenecer a AA; somos autosuficientes a través de nuestras propias contribuciones. AA no está relacionada con ninguna secta, denominación, grupo político, organización o institución; no desea involucrarse en controversias ni tampoco apoyar u oponerse a ninguna causa. Nuestro propósito primario es permanecer sobrios y ayudar a otros alcohólicos a conseguir la sobriedad”.

La OMS define “Comunidad terapéutica” (*therapeutic community*) como un entorno estructurado en el que viven personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para lograr su rehabilitación. Estas comunidades están a menudo diseñadas expresamente para personas drogodependientes; operan bajo normas estrictas, están dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de una dependencia y suelen estar en zonas aisladas geográficamente. Las comunidades terapéuticas se caracterizan por ofrecer

una combinación de “pruebas de realidad” (mediante la confrontación del problema personal con las drogas) y de apoyo para la recuperación prestado por el personal y los compañeros. Suelen estar muy vinculadas a los Grupos de Ayuda Mutua (OMS 1994:25).

Los “Grupos Basados en los Doce Pasos” (*Twelve-step Group*) son grupos de ayuda mutua organizados en torno al programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos o a una adaptación directa de ese programa. El programa de los doce pasos de AA se basa en admitir que uno es impotente ante el alcohol y no puede gobernar su vida debido a ello; en poner la propia vida en manos de un “poder superior”; en hacer un inventario moral y reparar los daños causados en el pasado, y en ayudar a otros alcohólicos. Los alcohólicos en recuperación que siguen el programa no deben volver a beber nunca más, aunque este objetivo se va consiguiendo día a día. AA está organizado a partir de “doce tradiciones”, que imponen el anonimato, una postura apolítica y una estructura organizativa sin jerarquías.

Estas organizaciones o grupos de los doce pasos pueden centrarse en un problema concreto de conducta, personalidad o relaciones. Los grupos que trabajan en el campo de las drogas son Cocainómanos Anónimos, Toxicómanos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Fumadores Anónimos o Adictos a Pastillas Anónimos. Para las familias de personas alcohólicas existen las asociaciones Al-Anon, Alateen y Co-dependientes Anónimos (OMS 1994:33).

2.7.1 Origen y creación de AA

Alcohólicos Anónimos (AA) es el grupo más antiguo, la mayor organización extendida por todo el mundo dedicada a la ayuda mutua, y sobre el cual más se ha escrito. AA constituye, sin duda, el prototipo de la organización anónima y paradigma en el terreno de la ayuda mutua. Las siguientes cifras proporcionan una primera impresión de las dimensiones que ha alcanzado esta organización y su relevancia en el contexto del alcoholismo.

Ya en 1956, AA tenía 5.000 grupos en 60 países con 150.000 miembros. En 1976 esta cifra superaba al millón de personas, con alrededor de 28.000 grupos en más de 90 países. Actualmente, las cifras mundiales o nacionales en ciertos casos, que ofrece en sus diferentes webs la institución (cada país suele

tener la suya propia a la que hay que añadir la corporativa de su sede central⁴⁹) hablan de 100.000 grupos distribuidos en 150 países (sólo México ya registra 18.000 grupos locales, dato que le situaría, después del país donde AA se fundó, en la segunda posición en importancia para la institución en cuanto al número de grupos). Dada la dinámica de asistencia a más de un grupo, que en muchos países, y en determinadas zonas, es habitual por parte de muchos miembros de AA y de formar parte de las recomendaciones de la Comunidad, la cifra de tres millones de usuarios tal vez es exagerada, aunque, en cualquier caso, tampoco es posible validarla, ni interna ni externamente, dada la naturaleza anónima de los participantes en los grupos, con la dificultad añadida que representa la ausencia de listas de asistencia y el mencionado peregrinaje grupal.

El proceso que conduce al nacimiento de AA en 1935 en la localidad estadounidense de Akron (Ohio), va estrechamente asociado a la figura de William Griffith Wilson (1895-1971) –conocido con el apodo de **Bill**, como es la costumbre en la institución–. La historia de la misma comienza cuando Bill W., un operador financiero que había sido diagnosticado como un alcohólico desahuciado, consigue abandonar el alcohol por primera vez en muchos años, como resultado de la visita y consejos de un amigo, también alcohólico, que había conseguido dejar la bebida con la ayuda de un grupo religioso y tras haber tenido una experiencia espiritual. Junto a esa figura, también fueron determinantes las experiencias de otros enfermos alcohólicos que se relacionaban con Bill, especialmente Rowland H. Este último había experimentado largas sesiones de tratamiento con Carl G. Jung en Zúrich y, simultáneamente, formaba parte de una iniciativa espiritualista que, desde principios del siglo XX, se conocía y operaba en EE.UU. bajo el nombre de Oxford Groups. Dichos grupos, estrechamente relacionados con la iglesia evangélica de dicho país, formaban una corriente regeneracionista que preconizaba el retorno a unas prácticas religiosas que el citado movimiento espiritual atribuía al cristianismo primitivo.

⁴⁹ www.aa.org/ en el caso de EE.UU. para su sede mundial y www.alcoholicos-anonimos.org/ para la sede española.

La figura del Dr. Robert Holbrook Smith, MD. (1879-1950) –conocido como **Bob**, y su encuentro con Bill, es descrita como el elemento clave en el origen fundacional de la institución. Siempre aparecerá como una figura menos activa que Bill, no tanto por su contribución teórica y práctica a AA, que fue relevante a través de su particular visión profesional, como por el hecho de la actividad literaria de Bill, a quien se atribuyen implícita y explícitamente la mayor parte de los textos “canónicos” de AA⁵⁰. Es plausible que la diferencia de edad entre ambos también contribuyera a una mayor actividad del segundo, en todos los sentidos.

Bill W. se daría cuenta de que para mantener la sobriedad necesitaba ayudar a otras personas. Así, en 1935 contactó con el doctor Bob S., un cirujano alcohólico, con quien fundaría en Akron, Ohio, el primer grupo de Alcohólicos Anónimos, nombre que esta organización adoptaría después de la publicación, en el año 1939, del libro Alcohólicos Anónimos (*Alcoholics Anonymus*).

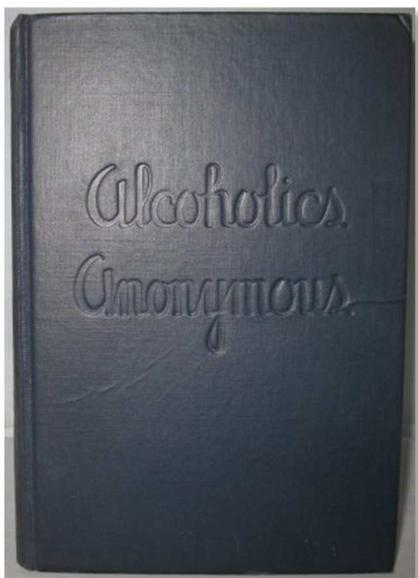


Figura 2.11. Portada del Libro Grande o “Big Book” (1ª Ed.), publicado en 1939, Ohio (EEUU).

Las ideas-fuerza que se documenta que guiaron a los pioneros de AA, fueron básicamente cuatro:

⁵⁰ No es extraño que no existan textos recientes en AA. Las lecturas siguen siendo las que se publicaron en vida de los dos “fundadores” y suele observarse el sello inequívoco de Bill. La única excepción es el libro “Reflexiones”, cuya publicación fue decidida por el Directorio de AA en 1987, y cuyos contenidos proceden también de los textos originales, la mayor parte de los cuales fueron escritos por Bill.

- La conceptualización del enfermo alcohólico como una persona dependiente del alcohol, con pérdida del control sobre sí mismo en relación a la sustancia, siendo incapaz de superar, por sí mismo, dicha dependencia.
- El perfil caracterológico de los enfermos alcohólicos suele estar configurado alrededor de la arrogancia y el egocentrismo: “*¡Egoísmo - concentración en sí mismo! creemos que ésta es la raíz de nuestras dificultades.*” (AAWS, 2008a:58).
- Hay una componente espiritual implícita en la dependencia del alcohol (Kurtz, 1991:33-36) que llama a la conversión de los enfermos alcohólicos –a un cambio de personalidad bajo la guía de un poder superior–, como paso necesario para lograr su curación. Ello ocurriría mediante el arrepentimiento de sus acciones erróneas, la reparación de los daños y afrentas causadas a otras personas y un cambio radical en su forma de ser⁵¹.
- Esa toma de conciencia de la necesidad de cambiar de vida, de convertirse, en definitiva, sólo puede producirse compartiendo experiencias con otros enfermos alcohólicos⁵² que se reúnan con frecuencia para intercambiar sus experiencias y dificultades, manteniendo constante el propósito de reunirse regularmente durante muy largos periodos de tiempo.

En la propia historia de AA, oficialmente reconocida en alguno de sus textos (AWSS, 2008:26), destaca la temprana influencia que tuvo la obra de William James en la conceptualización, por parte de Bill, de lo que posteriormente sería la ideología de AA. En el texto citado se menciona lo que James definió como “variedad educacional”, refiriéndose con esta expresión a los hábitos que se adquieren por reiteración de determinadas prácticas durante largos periodos de tiempo. La interpretación de W. James sobre la bondad de la reiteración de ciertas prácticas para interiorizarlas como estilo de vida nuevo, está en la base del mensaje de AA a sus miembros, concretamente en lo que se preconiza sobre la necesidad de acudir regularmente a las reuniones de grupo, sin horizonte temporal de finalización en dicha participación, es decir, idealmente

⁵¹ Este punto refiere a que dicha reparación es una señal del converso a partir de la cual se transforma en un ser ni egocéntrico ni prepotente, dejando que la espiritualidad que se respira en los grupos le vaya convenciendo de la necesidad y la bondad de dejar de beber alcohol.

⁵² “AA’s fundamental idea of *one alcoholic talking to another.*” (Kurtz, op. cit.)

durante toda la vida de la persona que participa en AA, aun cuando lleve muchos años de sobriedad. En los últimos años de su vida, Bill era consciente del espiritualismo que impregna la doctrina de dicha comunidad –tan explícito que utilizaba directamente el término Dios y se traduce en palabras, frases o actitudes que cobran un sentido incluso bíblico, hasta el punto de haber diseñado, a partir del número 12, los Pasos y Tradiciones que forman parte de las prácticas de AA–.

2.7.2 Objetivos de la comunidad

El objetivo primordial de un grupo es el de ayudar a los alcohólicos a abandonar la bebida por medio de su programa de recuperación. Todas las reuniones del grupo se basan en el seguimiento de sus doce tradiciones y los doce pasos que están presentes en toda la información publicada y constituyen el núcleo del programa de recuperación.

Tabla 2.11. Los DOCE PASOS del Programa de AA. Fuente: O.S.G. AA España.

PASOS	ENUNCIADO
1	Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2	Llegamos al convencimiento de que un Poder Supremo podría devolvernos el sano juicio.
3	Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4	Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5	Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6	Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7	Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8	Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9	Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para nosotros.
10	Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente
11	Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12	Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de prácticas estos principios en todos nuestros asuntos.

Gran parte de los miembros de AA se refieren a ellos como: "los pasos que dimos y que nos condujeron a una vida nueva". Estos doce pasos fueron el resultado del análisis que los dos fundadores realizaron juntos y resume lo que habían hecho para lograr y mantener la sobriedad. Los pasos guían hacia la recuperación del individuo y las doce tradiciones se aplican al grupo.

El método de Alcohólicos Anónimos parte con la promesa de, *Solo por hoy*, no beber alcohol. Es una de las características que definen el sistema de AA en el que el trabajo es paulatino, no se intenta que la persona deje su dependencia al alcoholismo radicalmente, sino que en sus posibilidades cada uno tome la determinación de que ese día no beberá.

2.7.3 Características de la organización

El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es el deseo de dejar de beber cualquier persona con problemas de alcoholismo puede formar parte de la comunidad. Generalmente el primer contacto con un grupo de AA se establece durante periodos de crisis. La persona se acerca voluntariamente a un grupo local (numerosos grupos incluyen su número de teléfono en guías, listines telefónicos o a través de internet), o es guiada por amistades, familiares, médicos y en algunos casos programas de tratamiento aconsejan a la persona acudir a un grupo de AA. Una encuesta realizada en Inglaterra reveló que el 56% de miembros de AA indicó que psiquiatras, médicos o trabajadores sociales habían estado involucrados en su decisión de acudir a una reunión de AA (Henry & Robinson, 1978). Otra encuesta realizada por AA reveló que un 36% de personas señalaron a distintos profesionales y programas de rehabilitación como el principal factor para acudir a un grupo de AA (Alcoholics Anonymous, 1987).

Para integrarse en un grupo de AA no es necesario rellenar impresos, pasar una evaluación o pagar una cuota como nuevo miembro. Habitualmente la persona que se acerca por primera vez a AA tiene la opción de hablar con algún miembro antes de asistir a su primera reunión. De esta forma tiene la oportunidad de obtener información acerca de la ayuda que AA puede ofrecer y decidir si realmente se encuentra preparada para abandonar el alcohol (el único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida).

Después de asistir a algunas reuniones es la persona quien decide si AA resulta adecuado para ella y si desea continuar (Alcoholics Anonymus, 1994).

El tamaño de los grupos es variable ya que oscila entre las 15 y 25 personas, aunque en la práctica he observado una variabilidad de entre 5 y más de 40. Los miembros de cada grupo suelen reunirse entre dos y tres veces por semana, y celebran dos tipos de reuniones. Las reuniones abiertas donde los oradores comparten sus experiencias sobre cómo bebieron, cómo encontraron la organización y de qué manera el programa les ha ayudado en su vida. Los miembros pueden invitar a sus parientes y amigos y cualquier persona interesada es también bienvenida. Las reuniones cerradas son exclusivas para alcohólicos. Allí se debaten y estudian temas sobre alcoholismo y cualquier miembro que quiera puede participar, hacer preguntas o bien compartir sus opiniones con sus compañeros. En este tipo de reuniones los miembros pueden obtener ayuda para sus problemas personales o para permanecer sobrio en su vida cotidiana. Algunos de sus compañeros pueden compartir su experiencia ya que se han enfrentado a los mismos problemas.

Aunque la pertenencia a AA no involucra ninguna obligación económica aunque el mantenimiento de los gastos imprescindibles para su funcionamiento provienen de la contribución libre de cada uno. AA se declara autosuficiente y no acepta contribuciones externas. Los miembros contribuyen voluntariamente aportando dinero en las reuniones. Con sus propias contribuciones se autofinancian pagando el alquiler del local de reuniones⁵³, la compra de café y refrescos, la compra de libros, folletos, el boletín y la revista de A.A. Los grupos también contribuyen con dinero para mantener la estructura y las actividades de la organización. Ninguno de sus miembros cobra por la ayuda que prestan a otros alcohólicos, ni ellos reciben nunca pago alguno. Su retribución es percibida como algo mucho mayor que lo que representa el valor del dinero ya

⁵³ Existe la tradición de cesión de locales por parte de las parroquias aunque se pague un arrendamiento mínimo con los ingresos del grupo como lugares de reunión. Los ideales cristianos de redención de los pecadores sirven también para establecer un espacio simbólico percibido como igualitario. El grupo es un campo de interacción simbólica que elabora sus propios significados y sus particulares códigos y narrativas. La situación de los miembros del grupo ha de ser redefinida para dar un nuevo sentido a la vida. Esto implica a menudo la elaboración de ideas nuevas y distintas sobre la "normalidad" que permiten enfrentar los estigmas asociados al problema y reconstruir la autoestima. Todo ello pasa por redefinir la propia identidad.

que consiste en su propia recuperación. Los miembros de A.A. han descubierto que ayudar a otros alcohólicos es la mejor forma de asegurar su sobriedad.

AA no se gobierna de forma centralizada, en el sentido de que no existe un cuerpo directivo que mantenga una situación de poder o ejerza su autoridad sobre la organización. Cada grupo es libre de desarrollar sus propias modalidades y formas de realizar reuniones, siempre y cuando no perjudique a otros grupos o a la organización. No obstante, si necesita llevar a cabo distintas actividades organizativas tanto a nivel local, nacional e internacional. Por ejemplo, localmente, es necesario seleccionar un local donde reunirse, programar las reuniones, preparar cafés o refrescos. Además numerosos grupos consideran conveniente asignar a algún miembro la responsabilidad de mantener el contacto con la organización nacional e internacional de AA. Generalmente, cuando se inicia un grupo, estas tareas son asumidas informalmente por sus miembros. Posteriormente, una vez esté consolidado ese grupo, esas responsabilidades se asignan por elección un coordinador, un secretario y otros facilitadores del grupo y se mantienen de forma rotatoria por espacios limitados de tiempo. Ejerciendo estos cargos de confianza no se dan órdenes; su deber es velar por el buen funcionamiento del grupo y que las reuniones sean agradables para el resto. En la mayoría de los grupos, los nuevos facilitadores son elegidos dos veces por año.

A nivel nacional o internacional también es necesario desempeñar numerosas tareas: impresión y distribución de materiales, respuesta a grupos nuevos y ya establecidos, solicitudes de información acerca de AA y su programa, y relaciones públicas (AA coopera con representantes responsables de prensa, radio, televisión, producción de películas y otros medios de comunicación que soliciten información acerca del programa para la recuperación de AA). Con el objetivo de llevar a cabo estas tareas y facilitar así el crecimiento de AA, los primeros miembros de la organización establecieron un consejo supervisor (*The General Service Board of Alcoholics Anonymous*) que custodia las tradiciones de AA y asume la responsabilidad de mantener la calidad de los servicios de la Oficina de Servicios Generales de AA (Alcoholics Anonymous, 1994).

AA no es una sociedad religiosa, aspecto que es importante aclarar puesto que con frecuencia da lugar a malentendidos, ni tampoco se encuentra asociada a ninguna organización o secta religiosa. Para ser miembro de AA no se requiere mantener ningún tipo de creencia religiosa definida (entre sus miembros pueden encontrarse católicos, protestantes, judíos y, aunque en menor proporción, personas que se consideran ateas o agnósticas). El programa de AA se basa, indudablemente, en la aceptación de ciertos valores espirituales, aunque a título individual, cada miembro de AA es libre en la forma de interpretar esos valores.

En general, la persona alcohólica que acude a AA ha admitido que no puede controlar la bebida. El alcohol se ha convertido para esa persona en un poder superior al suyo, una situación que acaba por aceptarse. Algunos alcohólicos identifican al grupo de AA como ese poder, mientras que otros deciden aceptar otros conceptos de ese poder, aunque la mayoría adoptan el concepto de Dios, en la forma en que es entendido por el propio individuo. Ciertamente, algunos alcohólicos mantienen fuertes reservas con respecto a la creencia de un poder superior a sí mismos. Sin embargo, la experiencia de AA señala que si la persona mantiene una actitud abierta con respecto a este concepto y continua asistiendo a las reuniones de AA, no resulta difícil encontrar una conciliación aceptable a este problema o conflicto personal.

Las doce tradiciones están dirigidas a cada grupo o comunidad de AA con el objetivo de mantenerse unidos ya que se considera que sin la existencia del grupo el individuo no se recuperará y sin la presencia de individuos no existiría.



Figura 2.13. Logo de AA.

Tabla 2.14. Las DOCE TRADICIONES de AA. Fuente: O.S.G. AA España

AA - LAS DOCE TRADICIONES	
1	Nuestro bienestar común debe tener la preferencia, la recuperación personal depende de la unidad de Alcohólicos Anónimos.
2	Para el propósito de nuestro Grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza, no gobiernan.
3	El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es querer dejar de beber.
4	Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a alcohólicos, considerando como un todo.
5	Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6	Un Grupo de 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.
7	Todo Grupo de Alcohólicos Anónimos debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8	Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9	A.A. como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10	Alcohólicos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11	Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción, necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12	El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

2.7.4 Como evaluar la efectividad de AA

La evaluación de la efectividad en el campo de las dependencias se plantea como una situación ambigua para los tratamientos convencionales como a través de los GAM. Los parámetros a considerar para determinar la superación de una enfermedad considerada crónica como la deshabitación a corto, medio o largo plazo, y el objetivo de consumo (la abstinencia o solo la disminución), entre otros, dificultan la unanimidad de los resultados y la comparación entre diferentes métodos para tratar el alcoholismo. A partir de esta consideración, existen numerosas publicaciones que explican los resultados y sugerencias para evaluar a los grupos de AA.

El crecimiento y expansión de AA a lo largo de su historia es, indudablemente, un tributo a su efectividad. Su contribución para abordar el alcoholismo ha sido también reconocida por instituciones y la comunidad profesional. Gracia Fuster, destaca que ya en 1951, la Asociación Americana para la Salud Pública premió a AA en reconocimiento de su éxito en el tratamiento del alcoholismo como una enfermedad y en reducir su estigma social. También la Asociación Médica Americana afirmó en 1967 que ser miembro de AA era el medio más efectivo para tratar el alcoholismo. Su historial de éxitos motivó a la Organización Mundial de la Salud a denominar en los años setenta a AA como la mayor organización terapéutica del mundo (Gracia Fuster, 1997:212).

Los resultados de estudios empíricos que han evaluado la efectividad de AA suelen ser problemáticos debido a diversas limitaciones metodológicas y logísticas (Rogers, 1987). Sin embargo, se han observado diferentes tasas de éxito dependiendo de la regularidad con la que se acude a las reuniones de AA (73% para las personas que acuden regularmente frente a un 33% para los que no asisten) (Hoffman et al., 1983:311). Otros estudios señalan que las diferentes tasas de éxitos dependen de factores como haber recibido previa o simultáneamente a AA otros tratamientos, el número de meses o años que se ha mantenido la sobriedad o el grado de participación activa en AA (Rogers, 1987; Emrik, 1989). En este sentido, un nutrido grupo de estudios coinciden al considerar a AA como una forma de tratamiento tan efectiva como el acercamiento profesional o cuyos resultados indican que las comunidades de AA son efectivas para numerosos alcohólicos (Kurtz, 1981; Vaillant, 1983;

Rogers 1987; Thoreson y Budd, 1987; Emrik, 1989), aunque no lo es para todos (por ejemplo, personas con serios problemas emocionales o desórdenes psiquiátricos severos). En cualquier caso, AA reconoce que su programa no siempre es efectivo con todos los alcohólicos y que algunos pueden necesitar de orientación o consejo profesional, mientras que otras personas encontrarán tratamientos más efectivos en clínicas especializadas u hospitales.

Como concluyen Thoreson y Budd (1987) en su revisión, AA representa un sistema de apoyo significativo ya que contiene los componentes necesarios para cambiar hábitos destructivos de bebida profundamente enraizados. La insistencia en el modelo de AA de que, aunque el alcohólico no es responsable de su enfermedad sí tiene la responsabilidad para llevar a cabo un programa para la recuperación que mantendrá la enfermedad en remisión, reduce los sentimientos de culpa y promueve el compromiso para seguir un programa que conduce a la recuperación.

Desde una perspectiva general, para poder evaluar cualquier GAM, Lieberman (1986) pone la atención sobre tres aspectos relevantes en la evaluación de estos grupos: qué evaluar, cuándo evaluar y a quién evaluar, teniendo en cuenta que las definiciones de enfermedad y ausencia de enfermedad utilizadas por los grupos de ayuda mutua difieren en numerosos casos de las categorías tradicionales de salud mental empleadas en la evaluación. En segundo lugar, y a diferencia de las aproximaciones terapéuticas que asumen que las personas abandonarán el proceso terapéutico una vez experimenten mejoría, los GAM estimulan el compromiso a largo plazo, donde no pueden identificarse fácilmente puntos de salida claros. De hecho, la pertenencia a un grupo es una forma de devolver la ayuda a otros con un status similar y sirve para asegurar la continuidad de la organización. Y en tercer lugar, los patrones de participación difieren de otros modelos terapéuticos, donde la terapia se encuentra definida con claridad y existen reglas prescritas para la participación en la terapia. Una persona puede ser un miembro activo de un GAM pero su participación ser irregular, o incluso que algunos miembros reciban distintos recursos de ayuda.

Por último, para cerrar esta primera aproximación al tema, mencionar la sugerencia que hace Chesler (1991) al proponer un modelo donde los miembros participan en el diseño, implementación y utilización de la investigación, y la propia investigación se encuentra dirigida no sólo a la generación del conocimiento, sino también a la generación del cambio y el logro de las metas grupales (ver Meissen y Warren, 1994). De hecho, entre aquellos que ven estas organizaciones como agrupaciones de apoyo socialmente normativas más que como un tratamiento (Kurtz y Powell, 1987), los efectos típicamente estudiados son cambios en las redes de amistades, identidad, historias personales e incremento en el apoyo social.

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 2

- AAWS⁵⁴ (1939) (2012). *Doce Pasos y Doce Tradiciones*. Avilés: Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos.
- AAWS (1939) (2010). *Como lo ve Bill*. Avilés: Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos.
- AAWS (1939) (2008a). *Alcohólicos Anónimos*⁵⁵. Avilés: Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos.
- AAWS (1939) (2008b). *Reflexiones Diarias*. Avilés: Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos.
- AAWS (1939) (2008c). *Viviendo Sobrio*. Avilés: Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos.
- Alcoholics Anonymus (1994). *44 questions and answers about the AA programme of recovery from alcoholism*. Nueva York: Alcoholics Anonymus World Services Inc.
- Alcoholics Anonymus (1987). *About AA: Its membership – A demographic report. A newsletter for professional men and women*. New York: Alcoholics Anonymus World Services Inc.
- Alcoholics Anonymus. (1939). *The big book*. First edition. New York: Alcoholics Anonymus World Services Inc.
- APA⁵⁶ (1994). *DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*. Washington, DC.
- APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5)*. Washington, DC.
- Anderson, P., Lars, M., & Gauden, G. (2012). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies. Recuperada de http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Anderson, .P, y Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies.
- Ávila P., Marcos M., Ávila J., y Laso F. (2006). Remisión a medicina interna para el alcoholismo: influencia en la atención y seguimiento. *Rev. Clínica. Española*, 202(10), 499-505.
- Ayers, B., & Myers, L. B. (2012). Do media messages change people's risk perceptions for binge drinkers? *Alcohol and Alcoholism*, 47, 52-56.

⁵⁴ Siglas de Alcoholics Anonymous World Services, Inc., cabecera institucional mundial de AA.

⁵⁵ Esta obra es conocida en los ambientes anglosajones como *Big Book* o *Blue Book* (este último título debido al color de su portada que se ha mantenido desde la primera publicación y para cualquier idioma)

⁵⁶ American Psychiatric Association.

- Bachman, J. G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Freedman-Doan, P. & Messersmith, E. E. (2008). *The education-drug use connection*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bacon, S.D. (1943). Sociology and the problems of alcohol: Foundations for a sociologic study of drinking behavior. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4(3): 399-445.
- Bacon, S. D. (1962). Alcohol and complex society. En D.J. Pittman & C.R. Snyder (Eds.), *Society, Culture and Drinking Patterns*. New York: John Wiley and Sons.
- Becker, H. (1973). *Outsiders*. New York: The Free Press.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G., and Rehn, N., (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Res. Health*, 27, 95-109.
- Boles, S., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 155–174.
- Brandes, S. (2002). *Staying Sober in Mexico City*. Austin: University of Texas Press.
- Brecklin, L.R. (2002). The role of perpetrator alcohol use in the injury outcomes of intimate assaults. *Journal of Family Violence*, 17, 185-197.
- Canals, J. (2002). *El regreso de la reciprocidad*. (Tesis Doctoral). Antropología Social y Cultural, Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Centre for Justice Statistics (2005). *Family violence in Canada: A statistical profile 2005*. Ottawa: Statistics Canada, Canadian Centre for Justice Statistics.
- Chesler, M. A. (1991). Participatory action research with self-help groups: An alternative paradigm for inquiry and action. *American Journal of Community Psychology*, 19(5), 757-768.
- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en España en los años 90* (Tesis Doctoral). Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid. Recuperada de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/1/S 10107 01.pdf>
- Costa, S. et al., (2004). Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. *Revista Medicina Clínica*, 123 (10), 364-369.
- Curtis, E. et al. (1985) (2000). *Biología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- De Walt, B. (1979). Drinking behaviour, economic status and adaptative strategies of modernization in a highlands Mexican community. *American Ethnologist*, 6.
- Díaz, R.; Gual, A.; García, M.; Arnau, J.; Pascual, F.; Cañuelo, B.; Rubio G. de Dios, Y.; Fernández-Eire, M.C.; Valdés, R. y Garbayo, I. (2008). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. Results from the ALFIL program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 1-10.
- Dillard, A., Midboe, A. & Klein, W. (2009). The dark side of optimism: Unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 1540-1550.
- Dollard, J. (1937). *Caste and Class in a Southern Town*. New Haven: Yale University Press.

- EDADES (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España 2011-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Recuperada de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Emrik, C.D. (1989). Alcoholics Anonymus. In American Psychiatric Association (Comp). *Treatments of psychiatric disorders: A task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Escohotado, A. (1998) (2008). *Historia General de las Drogas y Fenomenología de las Drogas*. Madrid: Espasa.
- Esteve, J. (2013). *La dependencia del alcohol: una comparación crítica sobre los tratamientos de dicha dependencia desde modelos biomédicos y espiritualistas*. (Tesis Doctoral) Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Tarragona: URV.
- Eurocare (2011). *NGOs call for a new EU Alcohol Strategy*. Retrieved from http://www.eurocare.org/resources/eurocare_papers_and_publications/2011/ngo_s_call_for_a_new_eu_alcohol_strategy_nov_2011
- European Alcohol and Health Forum (2011). *Alcohol, work and productivity. Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum*. Brussels: European Commission. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf
- Eurostat (2011). *Structural business statistics overview*. Brussels: European Commission. Retrieved from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Structural_business_statistics_overview
- Field, P. (1962). A New cross-cultural study of drunkenness. En D. J. Pittman & C. R. Snyder (Eds.), *Society, culture and drinking patterns* (pp.48-74). New York: John Wiley & Sons.
- Fierro, I., Ochoa, R., Yáñez, J.L., Valderrama, J.C. y Álvarez, F.J. (2008). Mortalidad y mortalidad prematura relacionadas con el consumo de alcohol en España entre 1999 y 2004. *Med Clin (Barc)*, 131(1),10-3.
- Fondo de Prevención Vial (2010). *Estado del arte sobre legislación mundial relacionada con el consumo y niveles de alcohol y su relación con la conducción y accidentalidad vial. Metanálisis y Revisión de la literatura sobre los efectos y manifestaciones del alcohol según grado de ingesta*. Recuperado de: <http://www.fpv.org.co/uploads/estudios/e444fa5dae3b8c949625dedcc268d9ffdb60650d.pdf>
- Galán, I., González, M.J., y Valencia Martín, J.L. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: Un país en transición. *Rev Esp Salud Pública* 88, 529-540.
- García Moreno, C., et al. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: World Health Organization.
- García-Sempere, A. y Portella, E. (2002). Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Adicciones*, 14 (Supl 1), 141-54.
- Geertz, C. (1988). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Gelles, R. J., & Straus, M. A. (1988). *Intimate violence: The definitive study of the causes and consequences of abuse in the American family*. New York: Simon & Schuster.

- Goffman, E. (1987). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Graves, R. (1967). *Los mitos griegos*. Buenos Aires: Losada.
- Gual, A. (2002). *Adicciones. Monografía sobre el alcohol*. Madrid: Delegación del Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de <http://www.socidrogalcohol.org>
- Gual, A. (2002). Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. *Adicciones*, 14(1), 405-408.
- Gual, A., Bravo, F., Lligona, A., et al. (2009). Treatment for alcohol dependence in Catalonia: health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol Alcohol*, 44, 409-15.
- Guardia-Seregcini, J. (2011). Cambio de paradigma en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *Adicciones*, 23(4), 299-316.
- Guitart, A., Villalbí, J.R., Domingo-Salvany, A., Espelt, A., Castellano, Y., Bartroli, M., y Brugal, M.T. (2011). Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según edad y sexo? *Gaceta Sanitaria*, 25, 385-90.
- Gusfield, J. (1966). *Symbolic crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*. Urbana: University of Illinois Press.
- Heller, A. (1990). *Más allá de la justicia*. Barcelona: Península..
- Henry, S. & Robinson, D. (1978). Understanding Alcoholics Anonymus: Results from a survey in England and Wales. *The Lancet*, 372-375.
- Hoffmann, N.G., Harrison, P.A., & Belille, C.A. (1983). Alcoholics Anonymus after treatment: Attendance and Abstinence. *International Journal of Addictions*, 18, 311-318.
- Horton, D. (1943). The Functions of Alcohol in Primitive Societies: a Cross-cultural Study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4,199-320.
- Hull, C.L. (1943). *Principles of Behavior: An Introduction to Behavior Theory*. England: Appleton-Century-Crofts.
- Iciar Indave, B., Sordo, L., Pulido, J., Vallejo, F., Sarasa, R. y Bravo, M.J. (2014). Métodos de investigación sobre daños en la población relacionados con el alcohol. *Rev. Esp. Salud Pública*, 88, 447-468.
- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (2012). Recuperado de: https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/publico/ciudadano/informacion_institucional/organismos/instituto_nacional_de_toxicologia_y_ciencias_forenses
- James, W. (1902) (2002). *Las variedades de la experiencia religiosa: estudio de la naturaleza humana*. Barcelona: Península.
- Jellinek, E. (1960). *The disease Concept of Alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Keller, M. (1970). Tributes to E. M. Jellinek. En R.E. Popham, *Alcohol and Alcoholism*, (pp. 117-124). Toronto: University of Toronto Press.
- Keller, M. (1972). On the Loss-of-Control Phenomenon in Alcoholism. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 3(67), 153-166.

- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Kunitz, S.J., & Levy, J.E. (1974). Changing ideas of alcohol among Navaho Indians. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 243-259.
- Kurtz, E. (1979) (1991). *Not-God, A History of Alcoholics Anonymous*. Center City (Minnesota): Hazelden Educational Material.
- Kurtz, E. (1981). Why AA Works: The intellectual significance of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 38-80.
- Kurtz, L. F., & Powell, T. J. (1987). Three approaches to understanding self-help groups. *Social work with groups*, 10(3), 69-80.
- Lemert, E. (1954). Alcohol and the Northwest Coast Indians. *University of California: Publications on Culture and Society*, 6(2). Berkeley: University of California Press.
- Leonard, K. (2002). Alcohol's role in domestic violence: a contributing cause or an excuse? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 9-14.
- Ley General de Sanidad (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, 102, 15207-15224.
- Levine, H. (1981). Manifiesto for a New Alcohol Social Science. *Drinking and Drug Practices Surveyor*, 17.
- Lieberman, M. (1986). Self-help groups and psychiatry. *American Psychiatric Association Annual Review*, 5, 744-760.
- López Piñero, J. M. (1990) (2005). *Historia de la Medicina*. Madrid: Alba Libros.
- López-Sánchez, C., García, J. A., y García, A. (2009). Análisis de la publicidad de alcohol desde las teorías del aprendizaje. En J. A. García y C. López-Sánchez (Eds.). *Medios de comunicación. Publicidad y adicciones*. (pp. 47-74). Madrid: EDAF.
- Lurie, N.O. (1971). The world's oldest on-going protest demonstration: North American Indian drinking patterns. *Pacific Historical Review*, 40(3), 311-332.
- MacAndrew, C., & Edgerton, R. (1969). *Drunken comportament: A social explanation*. Chicago: Aldine.
- Maffii, E., & Zumbunn, A. (2003). Alcohol and domestic violence in a sample of incidents reported to the police of Zurich city. *Substance Use and Misuse*, 38, 881-893.
- Mandelbaum, D. (1965). Alcohol and Culture. *Current Anthropology*, 6(3), 281 - 292. UC Berkeley: Retrieved from <http://escholarship.org/uc/item/66m323jv>
- Marshall, M. (1983). Four Hundred Rabbits: An Anthropological View of Ethanol as a Dishinibitor. En R. Room, & G. Collins. *Alcohol and disinhibition: Nature and meaning of the link. Research Monograph*, 12, 186-204. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services.

- Martínez, A. (2009). Psiquiatría cultural: Teorías, comparaciones y políticas en salud mental. En M.A. Martorell, J.M. Comelles, y M. Bernal, *Antropología y enfermería* (pp. 143-164). Tarragona: Publicaciones de la URV.
- Menéndez, E.L. (1990). *Morir de alcohol*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E.L. (1991). *Antropología del Alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México, D.F.: CIESAS.
- Menéndez, E.L. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*, 20 (SPE. 2), 5-50.
- Menéndez, E.L. y Di Pardo, R.B. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Miranda, M. y Colomer, A. (2009). Salud mental y enfermería. En M.A. Martorell, J.M. Comelles, y M. Bernal, *Antropología y Enfermería* (pp.101-141). Tarragona: Publicaciones de la URV.
- Monteiro, M.G. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la Identificación y el manejo de los riesgos y problemas*. Washington: OPS/OMS.
- O'Leary, K.D., & Schumacher, J.A. (2003). The association between alcohol use and intimate partner violence: Linear effect, threshold effect, or both? *Addictive Behaviors*, 28(9), 1575–1585.
- OEDT (2011). *Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. Madrid: Edit. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- OMS (2006). Violencia interpersonal y alcohol. *Colección de sinopsis de Políticas*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/index.html
- OMS (2005). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf.
- OMS (2003). *Aplicación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y salud*, 56. Ginebra: Asamblea Mundial de la salud (ONU).
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud*. Washington, DC.
- OMS (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Editado por la OMS bajo el título Lexicon of Alcohol and Drug Terms.
- OMS (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. *CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª Rev)*. Madrid: Meditor.
- OMS (1957). Comité de Expertos en Drogas Toxicomanígenas: *Séptimo Informe de Ginebra*, 116, 10.
- OMS (1950). *Informe de la Primera Reunión del Subcomité de Alcoholismo*. Washington, DC.: Oficina Sanitaria Panamericana.

- OPS (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas*. Washington DC: WHO.
- Pascual, F. (2012). Consecuencias sociales del consumo perjudicial de alcohol. En F. Pascual y J. Guardia, *Monografía sobre el alcoholismo* (pp. 295-332). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Meissen, G. & Warren, M.(1994). The self-help clearinghouse: A new development in action research for community psychology. *Understanding the self-help organization: Frameworks and findings*, 190-211.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Plan Nacional sobre Drogas. (2013). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Madrid. Recuperado de www.pnsd.msc.es/en/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf
- Polanyi, K. (1944) (2007). *La gran transformación*. Buenos Aires: FCE.
- Pulido, J., Indave-Ruiz, B.I., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M., y Barrio, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev. Esp. Salud Pública*, 88(4).
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., Sempos, C. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease - an overview. *Addiction*, 98, 1209-28.
- Rehm, J., Rehm, M.X., Shield, K.D., Gmel, G., Gual, A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adiccione*, 25, 11-8.
- Rehm, L., Room, M., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., et al. (2004). Alcohol use. En M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers, C.J.L. Murray, *Comparative quantification of health risk: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors* (pp.959-1109). Geneva: World Health Organization
- Rodríguez-Artalejo, F., de Andrés, B., Banegas, J.R., Guallar, P., Villar, F., del Rey-Calero, J. (1999). La disminución del consumo moderado de alcohol se ha asociado a un descenso de los bebedores excesivos en España en el período 1987-1993. *Med Clin (Barc)*, 113.
- Rodríguez-Martos, A., Gual Solé, A., y Llopis Llácer, J. J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina clínica*, 112(12), 446-450.
- Rodríguez-Martos, A., y Rosón, B. (2008). Definición y terminología. En: *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Madrid: *Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo*, 39-48. Recuperado de <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
- Rogers, J.C. (1987). *Mutual aid as a mechanism for health promotion and disease prevention*. Toronto: Health and Welfare Canada.
- Romaní, O. (2011). La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos sujetos y sustancias. En J.A. Haro, *El Planteamiento de una epidemiología sociocultural: Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*. Buenos Aires: Editorial Lugar—El Colegio de Sonora.
- Room, R., & Makela, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *J. Stud Alcohol*, 61, 475-83.

- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365.
- Rossow, I., Parnanen, K., & Rehm, J. (2001). Accidents, suicide and violence. En H. Klingemann y G. Gmel. *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. (pp.93-112). London: Kluwer Academic Publishers.
- Sánchez, L. et al., (2003). Epidemiología del alcoholismo: prevalencia y patrones de consumo. En E. Usieto, et al. (Coords.), *Tratado SET de Alcoholismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Santo-Domingo, J. (1970). La asistencia y rehabilitación de los alcohólicos y toxicómanos. En *Alcoholismo y otras toxicomanías*. Madrid: PANAP.
- Santo-Domingo, J. (1982). Investigaciones españolas sobre alcoholismo. *Rev. Sanidad e Higiene Publicas*.
- Santo-Domingo, J. (2001). El alcohol y la cultura del beber: Los problemas del alcohol en España. En *Drogas: Nuevos patrones y tendencias de consumo*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.
- Santo-Domingo, J. (2004). Historia de las políticas asistencias en adicciones. *Adicciones*, 14 (supl.1), 53-54.
- Santo-Domingo, J. (2012). Evolución del alcoholismo y su asistencia en España. En F. Pascual & J. Guardia (Coords.), *Monografía sobre el Alcoholismo: Socidrogalcohol*.
- Seva Díaz, A., y Fernández, A. (1995). El poder marginador de los diagnósticos psiquiátricos. Antecedentes históricos y momento actual. *Trabajo Social y Salud*, 21, 243-280.
- Shield, K.D., Rylett, M., Gmel, G., Kehoe-Chan, T.A., et al. (2013). Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005: a contribution to the Comparative Risk Assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study. *Addiction*, 108, 912-22.
- Siegler, M., Osmond, H., & Newell, S. (1982). Models of alcoholism. En *Interfaces between alcoholism and mental health Freed EX* (Ed.) Publications Division, Rutgers Center of alcohol studies. New Brunswick: New Jersey.
- Singer, M. (1986). Toward a Political Economy of Alcoholism: The Missing Link in the Anthropology of Drinking. *Social science & medicine*, 23(2), 113-130.
- Soler-Vila, H., Galan, I., Valencia-Martin, J.L., León-Muñoz, L.M., Guallar-Castillon, P., et al. (2013). Binge Drinking in Spain, 2008-2010. *Alcohol Clin Exp Res*. En prensa.
- Testa, M., Quigley, B.M., & Leonard, K.E. (2003). Does alcohol make a difference? Within participants comparison of incidents of partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 735-743.
- Thoreson, R.W. & Budd, F. (1987). Self-Help groups and other group procedures for treating alcohol problems. En W.M. Cox (Comp.), *Treatment and prevention of alcohol problems: A resource manual*. New York: Academic Press.
- Trujillo, A. M., Forns, M., y Pérez, A. (2007). Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudios comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Adicciones*, 19, 179-180.

- United States Department of Justice (2004). *Homicide trends in the United States*. Washington, DC: United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics. Versión electrónica. Recuperado de: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/htius.pdf>
- World Drug Report (2012). Viena: Edit. United Nations.
- Vaillant, G.E. (1983). *The natural history of alcoholism: Causes patterns and paths to recovery*. Cambridge MA: Cambridge University Press.
- Valencia-Martín, J.L., Galán, I., & Rodríguez-Artalejo, F. (2007). Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res*, 31, 1-8.
- Valencia-Martín, J.L., González, M.J., y Galán, I. (2014). Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. *Rev Esp Salud Pública*, 88, 433-446.
- Villalbí, J.R., Granero, L., y Brugal, M.T. (2008). Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 22 (Supl.1), 79-85.
- Villalbí, J.R. y Brugal, M.T. (2012). Epidemiología del consumo de alcohol y de sus consecuencias en la salud. En *Monografías sobre el alcoholismo, Socidrogalcohol*.
- Warkov, S., Bacon, S. D., & Hawkins, A. C. (1965). Social correlates of industrial problem drinking. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 26, 58-71.
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481-500.
- World Health Organization. Global Health Risks (2009). *Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. The World Health Report (2002). *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.
- World Bank and Institute of Sociology (1999). *Gender-based violence: the case of Vietnam*. Washington, DC and Hanoi: World Bank and Institute of Sociology.



II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Capítulo 3

METODOLOGÍA

3.1. Objetivos de la investigación

El objetivo principal de esta investigación se centra en la importancia que tiene el entorno social o la comunidad, en la génesis de algunas enfermedades crónicas como son las relacionadas a la dependencia de drogas, sustancias o alcohol, y paradójicamente, en **mostrar la capacidad que tiene la comunidad para generar la ayuda necesaria y alcanzar la sobriedad.**

De esta manera los objetivos específicos son los siguientes:

1. Argumentar la aparición de los grupos de ayuda mutua, como fenómeno asociativo relativamente reciente en las supuestas Sociedades del Bienestar que preconizan los países desarrollados Europeos, que se sitúan entre la asistencia institucionalizada y la autoatención doméstica, y en concreto centrar la atención en aquellos (grupos) que aglutinan a personas relacionadas con problemas de salud crónicos y dependencias. Es decir, interesa contextualizar a los GAM como sistemas de respuesta social a la enfermedad.
2. Describir el proceso de construcción de la identidad alcohólica así como el medio hacia la recuperación de los integrantes en la comunidad de AA y su funcionamiento.

3. Interpretar las normas, valores y la dinámica generada en la comunidad, como forma de resolver los problemas individuales relacionados con la dependencia del alcohol y el significado de la ayuda hacia el mantenimiento de la sobriedad.

3.2. Conceptualización metodológica

La palabra “investigar” viene del término latín *investigare*, que se compone de *in* ‘en dirección a’ y *vestigium* ‘huella, rastro’ que significa ‘tras la huella de’.

Según el *Diccionario de la Real Academia Española*, el verbo “investigar” hace referencia a *la acción de llevar a cabo estrategias para descubrir algo*. Sinónimos de “investigar” son: *indagar, explorar, examinar, rastrear*. (RAE, 2015).

3.2.1. Concepto de paradigma

Las investigaciones tienen detrás de ellas –de forma explícita o implícita– unas asunciones filosóficas sobre qué es la realidad y sobre cómo puede ser entendida. Estas asunciones se materializan en unos marcos teórico-metodológicos que se denominan *paradigmas*.

El concepto clave de *paradigma* o *matriz disciplinar*, en la obra de Kuhn (1962, 1970), ha supuesto el replanteamiento de concepciones tradicionales en torno a la metodología de la ciencia. En su libro “La estructura de las revoluciones científicas”, Kuhn define este concepto de la siguiente forma:

“Considero a éstos (paradigmas) como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.” (Kuhn, 1970:13).

De las diversas definiciones kuhnianas del concepto clave de *paradigma*, Ritzer en 1993 adopta la siguiente:

"Un paradigma es una imagen básica del objeto de una ciencia. Sirve para definir lo que debe estudiarse, las preguntas que es necesario responder, cómo deben preguntarse y qué reglas es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas. El paradigma es la unidad más general de consenso dentro de una ciencia y sirve para diferenciar una comunidad científica (o subcomunidad) de otra. Subsume, define e interrelaciona los ejemplares, las teorías y los métodos e instrumentos disponibles."
(Ritzer, 1993: 598).

Toda una síntesis de aspectos epistemológicos, teórico-metodológicos y técnicos que conviene diferenciar ya que las teorías (entendidas como perspectivas, creadoras de imágenes del objeto, método y sujeto de conocimiento) se conciben como partes del paradigma que las engloba.

Guba y Lincoln han abordado la definición de paradigma en varios de sus escritos (Guba y Lincoln, 1985; Guba, 1990; Guba y Lincoln, 1994) centrando la atención en la investigación cualitativa. Con el fin de aclarar conceptos y siguiendo a Guba y Lincoln (1994) introducen lo siguiente "aunque el título de este libro, *Handbook of Qualitative Research*, implica que el término cualitativo es un término paraguas, superior al término paradigma (y, es verdad, su uso es bastante común), nuestra posición es que se trata de un término que debería reservarse para una descripción de tipos de métodos. Desde nuestra perspectiva, tanto los métodos cualitativos como los cuantitativos, deben usarse apropiadamente con cualquier paradigma de investigación. Las cuestiones de método son secundarias a las cuestiones de paradigma, al que definimos como el sistema básico de creencias⁵⁷ o cosmovisión que guía al investigador, no sólo en las elecciones de método sino también en los caminos fundamentales de tipo ontológico y epistemológico" (Guba y Lincoln, 1994:105).

⁵⁷ Y añaden: "(...) que las creencias son fundamentos en el sentido de que deben ser aceptadas simplemente por la fe (aunque se las argumente bien). No existe una vía para demostrar su veracidad última. Si existiera, los debates filosóficos reflejados en estas páginas ya habrían sido resueltos hace milenios" (Guba y Lincoln, 1994:108).

Según estos autores, los *paradigmas* deben entenderse como sistemas de creencias básicas –principios, supuestos– que dan respuesta a tres preguntas fundamentales, que están interrelacionadas de tal modo que la respuesta que se dé a cada una de ellas, circunscribe cómo deben ser respondidas las otras. Las preguntas o supuestos que plantean (Guba y Lincoln, 1994:110) siguen el siguiente orden:

- 1) *El supuesto ontológico*. ¿Cuál es la forma y la naturaleza de la realidad y en consecuencia que es lo que podemos conocer a cerca de ella? Por ejemplo, si se asume que un mundo “real” lo que puede conocerse de él es “como son realmente las cosas” La naturaleza de la realidad investigada se refiere al ser en general. Por ello, en este plano la identificación de un paradigma se produce al conocer cuál es la creencia que mantiene el investigador respecto a la naturaleza de la realidad investigada.
- 2) *El supuesto epistemológico*. ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre el que conoce o el que debería conocer y lo que puede ser conocido? La respuesta que se pueda dar a esta pregunta está limitada por la respuesta dada a la cuestión ontológica, es decir, no se puede postular aquí “cualquier relación”. Según la naturaleza de esa relación, el epistémico o epistemólogo sería el "analista del saber, el técnico en producción de saberes o el autor de la simulación del saber" (Martín Santos, 1991:18). Por ejemplo, el epistemólogo actual no estaría interesado en la verdad o falsedad de una afirmación, sino en averiguar cómo fabricó o produjo intelectualmente ese estilo de pensamiento, cuál fue su *taller epistémico*.
- 3) *El supuesto metodológico*. ¿Cómo puede el investigador (quien debe conocer) encontrar aquello que él o ella creen que debe ser conocido? Sobre el modo en que podemos obtener conocimiento de dicha realidad. Nuevamente, la respuesta está condicionada a las respuestas anteriores. Si se ha partido de una realidad *real* –objetivamente aprehensible– que separa sujeto-objeto, la preocupación metodológica se centrará en el control experimental de posibles factores explicativos alternativos. Si, en cambio, se ha partido de un *realismo crítico* –una realidad 'real' pero sólo imperfectamente y probabilísticamente aprehensible– y defiende la

comunicación sujeto-objeto, se practicará un mayor interés por la utilización de métodos y técnicas cualitativos. La cuestión de la metodología considero que no puede reducirse a una cuestión de métodos; más bien los métodos deben ajustarse a una metodología determinada.

El reconocimiento de la variedad actual en la clasificación de los paradigmas, que fundamentan distintas metodologías o estrategias para responder a preguntas de investigación, sintetizo las versiones de diferentes autores a modo de sinopsis o esquemas (Tabla 3.1, 3.2 y 3.3).

Tabla 3.1 Paradigmas basados en Crabtree y Miller (1992).

CLASIFICACIÓN DE LOS PARADIGMAS: MATERIALISTA, CONSTRUCTIVISTA Y CRÍTICO O ECOLÓGICO
El paradigma de la indagación materialista (<i>materialistic inquiry</i>)
Representado por el positivismo y el modelo biomédico, se basa en el conocimiento que "nos ayuda a mantener la vida física, nuestro trabajo y tecnología". Respaldado por la ciencia de laboratorio y los métodos cuantitativos. Su lógica sigue un proceso lineal (en fases) que se inicia con la definición del problema a investigar, pasa a la revisión de la literatura y a la formulación de hipótesis hasta llegar al diseño, para proseguir en las operaciones de instrumentación, muestreo, recogida de información y análisis, concluyendo con los resultados y la revisión de hipótesis.
El paradigma de la indagación constructivista (también denominada naturalista, hermenéutica)
Está basado en el conocimiento que nos ayuda a mantener la vida cultural, nuestra comunicación y significado simbólicos. Respaldado por la metodología cualitativa, cuya lógica sigue un proceso circular que parte de una experiencia (o anomalía) que se trata de interpretar en su contexto y bajo los diversos puntos de vista de los implicados. No se buscan verdades últimas, sino relatos. El diseño está abierto a la invención; la obtención de datos al descubrimiento; y el análisis a la interpretación.
El paradigma de la indagación crítica o ecológica (<i>critical / ecological inquiry</i>)
Este tercer <i>paradigma</i> del conocimiento ayuda a mantener la vida social, enfoca la realidad de la dominación, la distribución de poder y las desigualdades asociadas. Apunta a los efectos del sistema. Se sirve del conocimiento histórico, y de la articulación de los <i>paradigmas</i> materialista e interpretativo, para desenmascarar la ideología y la experiencia del presente, logrando una conciencia emancipada y verdadera. Se adecua al compromiso político y al estudio de los sistemas.

II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Tabla 3.2. Paradigmas en las Ciencias Sociales basados en Guba y Lincoln (1994) y De la Cuesta (1997). Fuente: Elaboración propia.

CLASIFICACIÓN DE LOS PARADIGMAS: POSITIVISMO, POSPOSITIVISMO, TEORÍA CRÍTICA Y OTRAS Y CONSTRUCTIVISMO		
PARADIGMAS	Características (Ontológicas)	Enfoque metodológico
Positivismo	Considera que existe una realidad que es real, objetiva, externa a las personas y por tanto posible de aprehender.	Mantiene que los hallazgos son verdad y la manera para conocerla es a través del uso los métodos cuantitativos.
Pospositivismo	Plantea un realismo crítico, cree en la objetividad de la realidad, pero considera que sólo es posible de aprehender de manera imperfecta y probabilística.	Considera que los hallazgos son probablemente verdad y por ello en los estudios se pueden incluir métodos cualitativos, pero como auxiliares de los cuantitativos.
Teoría Crítica y otras relacionadas	Plantean el realismo histórico y hacen énfasis en que esa realidad está moldeada por valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género.	Consideran que los hallazgos están mediados por los valores del investigador y de los participantes que están unidos por la interacción; la metodología. Por tanto requiere del diálogo entre ellos, este diálogo ha de transformar la ignorancia y concientizar a los participantes para que cambien las condiciones de su contexto.
Constructivismo	No cree que haya una sola realidad objetiva, entiende que hay realidades que se construyen de manera local y específica, que son internas a los individuos y que están vinculadas a los contextos y a las interpretaciones que de ellos se hacen.	Entiende que los hallazgos son creados y por tanto mientras que comparte con el paradigma anterior la necesidad metodológica del diálogo entre el investigador y los participantes, éste no es para transformar el contexto o las condiciones sino para poder interpretar los datos. Por esto, la metodología constructivista se la define como dialógica y hermenéutica.

Tabla 3.3. Paradigmas en las Ciencias de la Salud basados en Berenguera, et al. (2014:10-11).
Fuente: Elaboración propia.

CLASIFICACIÓN DE LOS PARADIGMAS: POSITIVISMO, POSPOSITIVISMO, COMPRENSIVO-NATURALISTA INTERPRETATIVO	
PARADIGMAS	Enfoque metodológico
Positivismo	Corresponde a la metodología cuantitativa. Entiende que la realidad es objetiva y mensurable y que los hechos se pueden conocer desde una mirada libre de prejuicios y descontextualizada. La finalidad es buscar relaciones causa-efecto y hacer predicciones. Se investiga a través de un proceso lineal y deductivo. Dado que la objetividad es una premisa básica, a fin de conseguirla, el equipo investigador debe mantenerse lo más alejado posible de lo investigado para evitar contaminarse e introducir sesgos.
Pospositivismo	Que corresponde, también, a la metodología cuantitativa, pero con una visión más flexible, ya que entiende que los hechos se observan “imperfectamente” a partir de la teoría y las condiciones iniciales de investigación. Además, cree que el conocimiento es conjetural, hipotético y revisable. La investigación sigue un esquema lógico dentro del cual el hecho de explicar será la conclusión de una inferencia lógico-deductiva. Los resultados serán siempre probabilísticamente ciertos (teoría bayesiana). Se desea la objetividad, aunque se entiende que conseguirla es imposible; para esto, y con el fin de minimizar los sesgos (que se consideran inevitables), las personas que investigan deben mantener “la cabeza fría” y separarse de lo investigado.
Comprensivo - naturalista interpretativo	Que corresponde a la metodología cualitativa. Entiende que existen múltiples realidades y múltiples conocimientos y que las realidades son contextuales y conformadas por valores sociales, políticos y culturales (el llamado “realismo histórico”). La investigación es un proceso circular y emergente, y el conocimiento se obtiene de forma inductiva. El sujeto investigador reconoce su subjetividad e influencia en la investigación y las acepta como algo bueno que le ayuda a entender la realidad que estudia. Para tratar de entender mejor la subjetividad de las personas investigadas y compartirla, no se separa de ellas sino al contrario: se les aproxima lo máximo posible (y a veces incluso se introduce en su vida, en su contexto).

El paradigma guía al investigador; además de en la selección de métodos, en aspectos ontológica y epistemológicamente fundamentales. Sin perder de vista, el dilema implícito subrayado a pie de página, que corroboran otros autores como de la Cuesta: “puesto que los paradigmas reflejan la comprensión que los

colectivos científicos tienen del mundo y del modo de conocerlo, el propio concepto lleva implícito un conjunto de creencias que no se pueden probar como verdaderas en un sentido convencional, es decir, son creaciones de la mente humana y por tanto sujetas a error” (De la Cuesta, 1997: 16).

En la práctica todos estos paradigmas no se han ido superando y reemplazando por otros mejores; todos ellos coexisten y fundamentan una gran variedad de metodologías o de estrategias de indagación. Éstas se consideran como instrumentos que están a disposición del investigador para ser utilizados en la resolución de los problemas de investigación. La elección de una estrategia u otra va a depender de la pregunta formulada en la investigación y del paradigma en el que está situado.

3.2.2. Metodología, métodos y técnicas

Mientras que la metodología cuantitativa se refiere al estudio de los procedimientos y al acto de recoger datos, la cualitativa cubre la totalidad del proceso de investigación, que se verifica y ajusta al mundo empírico (De la Cuesta, 1997:19). Aunque las actividades principales del investigador cuantitativo y del cualitativo son básicamente las mismas, es decir, la recolección de datos, el análisis y la focalización de éstos; existen diferencias en la ejecución de estas tareas:

- a) En primer lugar, se destacan las relaciones que el investigador tiene cuando recoge los datos, éstas son de ser un testigo e instrumento. El investigador es testigo pues participa de la vida o experiencias de los otros, obtiene sus datos en el medio natural, de cara a la realidad y no en un laboratorio o medio manipulado. Es instrumento pues se relaciona de manera activa con las personas para obtener datos, hace constantemente preguntas y se pone en el lugar de los participantes para dar cuenta del fenómeno desde su punto de vista -denominado "emic" o del interior-.
- b) En segundo lugar, el momento en el que se focalizan los datos es distinto al de los estudios cuantitativos. Los estudios cualitativos no están dirigidos por ~ teoría ya elaborada, ni por hipótesis para ser comprobadas; el momento de focalizar los datos se pospone a su recolección y está guiada por las

preocupaciones del análisis científico social de la vida de los grupos humanos. Por ello, los estudios cualitativos se inician de una manera abierta, preguntándose de forma integral por el fenómeno, esto permite al investigador actuar como testigo e instrumento de la indagación.

- c) Por último, señalar que el análisis cualitativo es emergente, surge de la interacción entre los datos y las decisiones que se toman para focalizar el estudio. El propósito de este tipo de análisis es sintonizar con los aspectos de la vida de grupos humanos, describir aspectos de esta vida y proporcionar perspectivas que no están disponibles o accesibles a otros métodos de investigación (De la Cuesta, 1997:19).

Entendemos por *metodología* el conjunto de estrategias o el “instrumental” teórico que se utiliza para aplicar en la investigación los presupuestos del paradigma elegido. Así, la metodología cualitativa cuestiona la identificación de “realidad” y “ciencia” exclusivamente con lo cuantificable, dado que esta visión limita la comprensión de las realidades complejas. Entiende que lo que piensan, sienten y hacen las personas también constituye—configura la realidad. Los valores, las creencias, las expectativas y las motivaciones explican las actitudes y las conductas de los sujetos en su vida cotidiana. Lo subjetivo es tan realidad como lo objetivo - lo mensurable - (Berenguera et al., 2014:10).

El término *método* es un término griego que significa ‘camino’. Aplicado a la investigación, se refiere al tipo de acercamiento específico que el equipo investigador hace al objeto de estudio, a las personas que participarán en la investigación y al contexto, y el rol del equipo investigador y el de los actores del fenómeno en la investigación y en la generación del conocimiento. Los *métodos* son herramientas, no son fines en sí mismos. La elección que haga el investigador ha de ser coherente con la pregunta de investigación, si no se pone en peligro la validez del estudio. El uso de estas herramientas exige un conocimiento de sus bases teóricas; la investigación cualitativa va más allá de los procedimientos, lo que hace que un estudio sea etnográfico, de teoría fundamentada o fenomenológico es la intencionalidad del investigador, es decir, su perspectiva teórica.

II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Tabla 3.4.. Diferenciación entre metodología, métodos y técnicas.
Fuente: Modificada de Íñiguez (1999:496-502).

	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN
Metodologías	Cuerpo teórico de que se dota el investigador para la aproximación general al estudio de un objeto. Hace referencia al conjunto de teorías, conceptos y herramientas desarrolladas para aplicar los presupuestos del paradigma elegido a la investigación y al conocimiento del objeto de estudio	Metodología cuantitativa Metodología cualitativa <ul style="list-style-type: none"> • Fenomenología • Hermenéutica • Interaccionista (etno-metodología, etnografía) • Perspectiva socioconstruccionista • Perspectiva crítica
Métodos	Caminos específicos que permiten acercarse al objeto de la investigación. Formas específicas en que se pauta y describe el acercamiento al objeto y que posibilitan el conocimiento de los procesos sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de interpretación buscado a partir de los datos • Tipo de estudio (TE) • Relación del investigador con el contexto: grado de enculturación • Grado de participación de los actores
Técnicas	Procedimientos específicos de recogida o producción de información. Estos procedimientos no son en sí mismos cualitativos o cuantitativos, la diferencia proviene de su encuadre en una metodología cualitativa o cuantitativa. <p>a.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas conversacionales • Técnicas observacionales • Técnicas documentales • Técnicas numéricas*

** Las técnicas numéricas son más propias de la investigación cuantitativa. No obstante, pueden utilizarse siempre que estén enmarcadas en un estudio cualitativo.*

3.2.3. Investigación fenomenológica

La realidad humana puede ser analizada a través de los fenómenos tal como estos son y se manifiestan en la conciencia, de la manera en que son vivenciados individualmente por cada persona, y este análisis es posible mediante el método fenomenológico, ya que éste se refiere a la voluntad de comprender a los seres humanos a partir de cómo ven ellos las cosas, es decir, la apreciación subjetiva del mundo de la persona, o lo que es lo mismo, el “estar en el mundo” que diría Heidegger (1975). Los individuos viven en un mundo continuamente cambiante de experiencias de las cuales son el centro.

Estas experiencias son “su realidad”, “su campo fenoménico o experiencial” y reaccionan ante ellas tal y como las perciben en su mundo.

La investigación fenomenológica pretende dar cuenta de la esencia del significado, se hacen preguntas que tratan de develar la esencia de una experiencia. Así, un fenomenólogo se pregunta: *¿A qué se parece o cómo es tener cierta experiencia?* Su raíz o disciplina matriz se encuentra en la filosofía fenomenológica; se distingue entre la fenomenología de Husserl, que retiene el concepto del dualismo objeto-sujeto cartesiano, y la de Heidegger que es una fenomenología hermenéutica.

En la fenomenología (De la Cuesta, 2006) se distinguen dos escuelas de pensamiento que implican distintas metodologías: la eidética o descriptiva y la hermenéutica o interpretada. La fenomenología eidética tiene por objetivo describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha experiencia. Aquí el investigador pone entre paréntesis sus presuposiciones, se reflejan en las experiencias e intuyen o describen las estructuras de las experiencias (Zichi Cohen y Omery, 2003). La fenomenología hermenéutica, es la que más se utiliza en enfermería, su objetivo es comprender una vivencia. Esta fenomenología entiende que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe (Zichi Cohen y Omery, 2003), esta presencia del investigador es una de las diferencias más destacadas que tiene con la fenomenología descriptiva.

a) La fenomenología eidética, propuesta por Edmundo Husserl (1949), al que se le considera padre y fundador de este movimiento tiene por objetivo *describir* una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha experiencia. Husserl, en oposición al movimiento naturalista tradicional, se apoya en Kant y en la distinción que este autor realiza entre fenómeno y noúmeno. El fenómeno sería entonces lo aparente, es decir, lo que se manifiesta en el espacio y el tiempo y que captamos o “percibimos” a través de los sentidos externos e internos. Más allá de éste estaría el noúmeno, que sería la cosa en si-misma, a la que no se puede acceder por la percepción e identificado como “lo trascendental”. De este modo, podemos

captar lo externo del ser humano, pero éste es más que el conjunto de todas estas manifestaciones externas, ya que existe en él toda una dimensión interior imperceptible, que sin embargo configura toda su vida exterior.

Hursserl quería demostrar que la filosofía es una ciencia de rigor y para esto consideró que si el investigador hacía abstracción de las ideas preconcebidas, éste podría llegar a la esencia del fenómeno que se pretende estudiar (Orb, 2007). Esto es lo que él denomina *Epojé*, entendido como poner entre paréntesis nuestras preconcepciones, nuestras ideas comunes de lo que es la persona. Como sugiere Torralba (1998), en el método fenomenológico es preciso olvidarse, momentáneamente, de todo lo recibido y aprender a mirarnos, y a mirar, sin su ayuda. Se trataría de dejar de un lado lo que no sea comprendido a través de la experiencia directa, y que de algún modo, puede hacernos ver la realidad sólo en sus manifestaciones externas. En definitiva, aprender a mirar las cosas “en sí mismas”, evitando la visión modificada por los conocimientos previos o las teorías adquiridas.

- b) La *fenomenología hermenéutica* tiene como objetivo comprender una vivencia. Su precursor, Heidegger (1975), el cual fue alumno de Hursserl y reinterpretó la fenomenología, llamándola hermenéutica, palabra derivada de “Hermes” el mensajero griego que tenía como rol interpretar los mensajes entre Dios y los humanos. Heidegger hablaba del concepto de llegar al entendimiento de lo que somos a través del lenguaje, puesto que éste tiene una gran importancia significativa. De este modo, la filosofía de Heidegger intenta comprender y buscar el entendimiento de lo que “somos” en tanto que no está de acuerdo con Hursserl en aceptar la idea de hacer una abstracción del mundo que nos rodea.

Esta fenomenología *interpretativa* entiende que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe (De la Cuesta, 2006). Este tipo de

fenomenología es la más utilizada en enfermería⁵⁸, esta presencia del investigador es una de las diferencias más destacadas que tiene con la fenomenología descriptiva.

Al abordar la perspectiva de la fenomenología, Patton (1990: 68), advierte que “el término *fenomenología* ha pasado a usarse tan ampliamente que su significado se ha hecho confuso. A veces se ve la fenomenología como un *paradigma*, a veces como una filosofía o como una perspectiva, e incluso a veces como sinónimo de métodos cualitativos o indagación naturalista”. Para este autor, buena parte de la confusión proviene de las distintas posturas adoptadas respecto al doble significado atribuido a esta perspectiva. Para unos, lo fundamental es centrarse en las experiencias e interpretaciones de los fenómenos, por parte de la gente que los vive; no siendo imprescindible que el investigador tenga la experiencia del fenómeno que estudia: soledad, marginación, maternidad. Para otros, en cambio, la adopción de la perspectiva fenomenológica comporta un “mandato metodológico” que exige al investigador vivir la experiencia del fenómeno estudiado. Esta cuestión que plantea Patton se aborda en el siguiente guion, al plantear las perspectivas “emic” o “etic” en la investigación.

En la fenomenología se estudia el mundo percibido y no un fenómeno en sí mismo de tal suerte que el sujeto y el objeto de estudio se unen por medio de la idea de “estar en el mundo”; el investigador se dirige al mundo percibido, entiende que la percepción permite el acceso a la vivencia (Oiler, 1986). Los datos se obtienen principalmente a través de entrevistas fenomenológicas con la particularidad que se debe de realizar más de una entrevista a cada informante. En el análisis se indaga sobre un fenómeno en particular, luego sobre sus esencias generales para, por último, aprehender las relaciones entre las esencias (Oiler, 1986). Los hallazgos fenomenológicos se presentan en una narración o en temas con subtemas; un buen estudio fenomenológico “toca el alma” del lector. (Field y Morse, 1985).

⁵⁸ Entre los estudios fenomenológicos realizados por enfermeras cabe destacar el de Field (1985) sobre el significado que tiene para las enfermeras administrar una inyección y el de Kelpin (1992) sobre la experiencia de dar a luz; el título de este último, sitúa al individuo cerca de la experiencia "pariendo dolor" (*Birthing Pain*) y el de Zichi-Cohen (1995) sobre la experiencia de la cirugía desde una perspectiva fenomenológica.

En definitiva, no se trata de una teoría, es una actitud, una postura, un modo de comprender el mundo. El método fenomenológico exige alejarse de toda idea previa, teoría, modelo o tesis interpretativa, a fin de evitar caer en prejuicios (Matías y Hernández, 2014:19). La actitud fenomenológica nos invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son, dejando que la esencia se manifieste en la conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar, no alterar la originalidad de los fenómenos.

Desde el campo de las ciencias de la salud destaca el interés creciente que los análisis cualitativos están despertando en la adopción de la *fenomenología* como perspectiva teórico-metodológica para describir y comprender el significado que los fenómenos tienen para las personas (Castillo, 2000).

3.2.4. Investigación cualitativa / cuantitativa

La investigación cualitativa tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno desde el punto de vista del individuo. De modo que la investigación cualitativa no es la cuantificación empírica de los hechos. Le interesa profundizar en las vivencias, las motivaciones, las percepciones, los valores, las expectativas que ayudan a explicar las relaciones, los comportamientos, los sentimientos y las actitudes en el contexto de estudio. Amezcua y Gálvez (2002:434), defienden que “la mirada cualitativa provee al investigador de un espíritu crítico que rompe con la tradición continuista que caracteriza a una institución cuasi-total como es la sanitaria”. Este posicionamiento es absolutamente necesario para afrontar cambios ‘desde dentro’ y combatir en parte la posición hegemónica de la medicina como pensadora única del sistema de salud.

La investigación cuantitativa utiliza un método de análisis causal, correlacional y la investigación cualitativa utiliza el método de análisis descriptivo e interpretativo. Los autores Reichardt y Cook (1986), describieron las diferencias entre ambos tipos de investigación:

Tabla 3.5 Diferencias entre la investigación cualitativa y cuantitativa.
Fuente: Reichardt y Cook (1986:25-58)

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA
Aboga por el empleo de los métodos cualitativos	Aboga por el empleo de los métodos cuantitativos
Fenomenologismo y comprensión: “interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa”	Positivismo lógico: “busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los subjetivos de los individuos”
Observación naturalista y sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetivo	Objetivo
Próximo a los datos; perspectiva “desde dentro”	Al margen de los datos; perspectiva “desde fuera”
Fundamentado en la realidad, orientado a los descubrimientos, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo	No fundamentado en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencial e hipotético deductivo
Orientado al proceso	Orientado al resultado
Válido: datos “reales”, “ricos” y “profundos”	Fiable: datos “sólidos” y repetibles
No generalizador: estudio de casos aislados	Generalizable: estudio de casos múltiples
Holístico	Particularista
Asume una realidad dinámica	Asume una realidad estable

En cuanto a las garantías científicas de la investigación cualitativa, se pueden evaluar en relación a diferentes aspectos de la investigación. Desde el punto de vista epistemológico –el proceso de elaboración de leyes y de teorías– así como desde el punto de vista metodológico, ya que el método no puede percibirse como algo independiente de los temas que se investigan y del contexto en el que se desarrolla la investigación. Sobre este aspecto, Anguera (1995) advierte, que pueden surgir dudas si las comparamos con las características de la investigación cuantitativa. En este sentido, comenta que se pueden señalar diversos marcos de exigencia respecto a las condiciones de legitimidad metodológica:

a) Representatividad, relevancia y plausibilidad de los datos (*validez semántica de la investigación*). Zabalza (1991) especifica las siguientes condiciones:

- Ampliar al máximo el contexto de análisis de manera que se puedan incorporar a la situación analizada todas las variables, sujetos o elementos que puedan resultar significativos en relación con el ámbito estudiando. En este sentido, se recomienda la triangulación, o uso complementario de varias (al menos tres) modalidades de recogida de datos, como método para minimizar las carencias de algunas de ellas.
- Describir el proceso seguido para obtener y analizar la información. La no estandarización y uniformidad en los procesos seguidos en la investigación cualitativa exige que el investigador informe de como planteó y desarrolló cada uno de los pasos de la investigación, de manera que esta pueda ser valorada y, en su caso, replicada en otros contextos.
- Configurar la investigación como un auténtico proceso de búsqueda deliberativa en el que se presentan y resuelven dilemas de muy diferentes órdenes, y sobre los que hay que tomar decisiones; por ejemplo, sobre si anotar un fenómeno observado, si conceder o no relevancia a una determinada dimensión de un texto, etc.

b) Fundamentación teórica de la investigación y de los análisis e interpretaciones que incluye (*validez hermenéutica de la investigación*).

En la metodología cualitativa, al basarse fundamentalmente en interpretaciones, la dialéctica entre inductivismo y deductivismo⁵⁹ adquiere una especial relevancia. Se considera que no se puede comprender sin un bagaje previo de preconcepciones ni al margen de un equipamiento interpretativo del investigador. Siendo interpretado este último requisito, no como una barrera, sino como un conjunto de componentes cognitivos y experienciales que alteran los contenidos en cada nuevo proceso.

⁵⁹ Método inductivo: procede de la tradición empirista de la filosofía que considera que sólo se puede llegar al conocimiento a través de la experiencia. El punto de partida por tanto de los científicos inductivistas es la observación de la realidad para acumular datos, ordenarlos y establecer a partir de ellos conclusiones o leyes generales aplicables a todo el conjunto de observaciones.

Método deductivo: en este método el énfasis recae en la teoría, en la explicación. El científico parte de una ley general, a la que llega mediante la razón, y de ella deduce consecuencias lógicas aplicables a la realidad. El científico parte de una serie de axiomas, principios indemostrables a los que llega por procesos de razonamiento que no se apoyan en observaciones empíricas y, es ante todo, un teorizador abstracto (Cubo, 2011:30).

c) Dinámica relacional de la investigación (*validez pragmática*).

Se relaciona con cuestiones de método, a la optimización de los procesos que se estudian y a salvaguardar los datos de las personas que participan en la investigación:

- Indicación a los participantes de los objetivos del trabajo y, en su caso, información sobre el proceso de negociación previa.
- Audiencias a las que deben acudir los distintos colectivos, o comunidades, o individuos, relacionadas con el objeto de estudio.

Y, desde un último punto de vista, se puede valorar la seguridad científica de los resultados obtenidos, mediante procedimientos propios de la investigación cualitativa relacionándolos con una serie de conceptos como el de validez y el de credibilidad, que son desarrollados al final de este capítulo.

Desde un entorno cercano, se divulgan investigaciones cualitativas realizadas en el ámbito de la salud con rigurosidad y criterio, como el siguiente ejemplo: “la investigación cualitativa en salud mental viene adoptando una posición más comprensiva sobre el sentido que la experiencia salud-enfermedad representa para el sujeto y los grupos sociales, en la interrelación con sus contextos de vida, con sus historias de vida y con sus concepciones y representaciones sobre estas realidades. Este debate puntúa el valor de la vivencia del sujeto con el fenómeno salud-enfermedad, que no puede ser entendido de forma fragmentada, aislada de toda una realidad sociocultural e intersubjetiva. Por lo tanto, la investigación en este campo está influida por una *perspectiva hermenéutica* atenta a las experiencias de salud-enfermedad de los actores sociales dentro de contextos narrativos propios y situacionales” (Silva, 2013:398).

3.2.5 Mixed Methods

El abordaje *multimetodología* de un mismo tema permite conocer diferentes facetas de un mismo fenómeno, abordar “el cuántos” y también “el qué, el cómo y el para qué”. Es en este sentido, como afirman estos autores, que los resultados de las diversas investigaciones se pueden-deben juntar para mejorar la comprensión de la realidad, pero también que se debe respetar la integridad y la coherencia de cada una de las metodologías empleadas –por

II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

ejemplo, no abordar los datos narrativos con procedimientos cuantitativos- (Berenguera et al. 2014:19).

Popay y Williams (1998) proponen que, la utilización del conocimiento y la investigación cualitativa en las ciencias de la salud y en salud pública, puede realizarse de dos maneras: como conocimiento propio sobre un determinado fenómeno u objeto de estudio, o bien como conocimiento que complementa y mejora el que se pretende obtener o ya se ha obtenido con investigaciones cuantitativas. En la tabla 3.6.se exponen las diferentes áreas temáticas en las que, según los citados autores, se puede aplicar la investigación cualitativa en ambos modelos.

Tabla 3.6 Papel de la investigación cualitativa en las ciencias de la salud y en salud pública.
Fuente: Popay & Williams (1998:32-7).

LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA COMO MODELO PROPIO Y DIFERENCIADO	LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA COMO MODELO COMPLEMENTARIO
Explorar prácticas de atención y cuidados en salud cuya justificación “se da por hecha”	Entender por qué determinadas intervenciones funcionan, o por qué no funcionan
Entender los porqués de las conductas de los clínicos y de las conductas de la población	Mejorar la precisión y relevancia de las investigaciones cuantitativas
Percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención y de los servicios	Identificar las variables apropiadas para ser medidas en diseños cuantitativos
Cultura de la organización y gestión del cambio	Explicar resultados inesperados de estudios cuantitativos
Evaluación de proyectos e iniciativas complejos	Generar hipótesis susceptibles de ser probadas con investigación cuantitativa

En esta misma línea, en los últimos años, otros autores abogan por los llamados ‘métodos mixtos’ en el campo de la salud. Es un término que engloba diferentes procedimientos para combinar, mezclar e integrar las metodologías cuantitativa y cualitativa en un único diseño de investigación. Los diferentes tipos de estudios de métodos mixtos pueden verse en la tabla 3.7

El desarrollo de la metodología mixta implica no solamente la complementariedad de las dos grandes orientaciones metodológicas, sino involucra a ambas en el desarrollo de las diversas fases del proceso. Es posible que en un determinado estudio se combinen ambas metodologías en los objetivos específicos planteados (Anguera, Camerino, Castañer y Sánchez Algarra, 2014).

Tabla 3.7 Tipos de estudios más frecuentes en los métodos mixtos.

Fuente: Creswell, Plano & Clark (2011).

TIPO DE DISEÑO	CARACTERÍSTICAS
Diseño secuencial explicativo	El componente cuantitativo es seguido por el cualitativo. El propósito es explicar los resultados cuantitativos con resultados cualitativos. Por ejemplo, los resultados cuantitativos guían la selección de fuentes de datos cualitativos. Los resultados cualitativos contribuyen a la interpretación de los hallazgos cuantitativos.
Diseño secuencial exploratorio	El componente cualitativo es seguido por el cuantitativo. El propósito es explorar, desarrollar y poner a prueba un instrumento o un marco conceptual. Por ejemplo, los resultados cualitativos dan información sobre las variables cuantitativas a desarrollar y estos permiten una generalización de los hallazgos cualitativos.
Diseño de triangulación	Los componentes cualitativos y cuantitativos son concomitantes. El propósito es examinar el mismo fenómeno mediante la interpretación de los resultados cualitativos y cuantitativos (con el análisis conjunto de ambos tipos de datos en la etapa de interpretación) o mediante la transformación de datos (por ejemplo, la cuantificación de los datos cualitativos).
Diseño complementario	Los componentes cualitativos y cuantitativos son concomitantes. El propósito es apoyar un estudio cualitativo, con un subestudio cuantitativo (medidas), o comprender mejor un determinado aspecto de un estudio cuantitativo mediante un subestudio cualitativo (por ejemplo, la efectividad de una intervención basada en las opiniones de los participantes).

Sin embargo, las ciencias de la salud no son hoy, ni lo han sido históricamente, ciencias naturales ni ciencias sociales puras, sino que participan ambas disciplinas como nos recuerdan Berenguera y otros (2014). Representan un campo en el que genuinamente se dan la mano las dos metodologías del conocimiento, la cuantitativa y la cualitativa, y constituyen unas disciplinas en el que el pluralismo metodológico es intrínseco a su práctica.

3.2.6 Métodos de acceso al objeto de estudio

- **Grado de interpretación buscado a partir de los datos**

El paradigma cualitativo, o como lo define Vasilachis (1992) al llamarlo paradigma interpretativo, se basa en la idea filosófica de que entender los procesos sociales y la acción humana es siempre interpretar, y es en el encuentro dialógico entre los actores y los investigadores donde estos pueden producir teoría a través de la interpretación que hacen de los significados de los actores. Otras autoras, como Morse (2005) y Sandelowski (2003) afirman que los estudios basados en una posición naturalista (en el sentido de “contar las cosas como son”, sin interpretar), no aportan más que datos, no pueden ser considerados investigación, ya que los datos son simplemente datos y es tarea del equipo investigador y de la investigación ir “más allá” de ellos en la elaboración de sus resultados. Ni la transcripción simple de los datos (entrevistas, observaciones, etc.) ni los simples listados de tópicos elaborados a partir de los mismos constituyen una investigación. Para que los resultados de un estudio sean considerados investigación cualitativa, debe existir un cierto nivel interpretativo, que puede ir desde la simple agrupación temática a la elaboración de teoría.

- **Tipo de estudio.** En investigación cualitativa se relaciona con la perspectiva teórico-metodológica, con los métodos elegidos para acercarse al objeto de estudio, y también con el plan de análisis (Marshall & Rossman, 1990). Existen diferentes tipos de estudio que dependen de las preguntas a las que se quiere responder:

- a) *Estudio exploratorio.* Se utiliza cuando se intenta entender un fenómeno poco explorado y se desea descubrir aspectos importantes de este fenómeno.

- b) *Estudio descriptivo*. Es el adecuado cuando queremos documentar qué sucede con el fenómeno de estudio. Los estudios descriptivos nos ayudan a conocer mejor los eventos, comportamientos, creencias, actitudes, procesos y estructuras más relevantes para el fenómeno que queremos investigar.
- c) *Estudio explicativo-interpretativo*. Se utiliza cuando, además de estudiar de forma naturalística el fenómeno, también se buscan explicaciones más interpretativas sobre por qué pasa.
- d) *Estudio predictivo*. Pretende ir más allá e identificar causalidades y predecir cómo evolucionará el fenómeno de estudio.

- **Relación del equipo investigador con el contexto. Grado de enculturación.**

La perspectiva EMIC, que proviene de la etnografía, afirma que la base del conocimiento social está en las acciones de las personas y que el equipo investigador puede compartir los significados observando “desde dentro” (es decir, el equipo investigador se encultura, se coloca dentro del fenómeno que investiga). Estudiando y revelando estas acciones se conoce la realidad. Por lo tanto, se caracteriza por la participación del investigador en el fenómeno que estudia, de modo que trata de compartir los significados a través de esta participación.

En la perspectiva ETIC, el equipo investigador trata de entender el fenómeno “desde fuera”. Sustancialmente, comparte los significados sobre el fenómeno a estudio a través de lo que le cuentan los actores. Esta relación puede ser gradual. La relación del equipo investigador con el contexto es un continuo que puede ir desde una enculturación total (EMIC) a una posición de baja enculturación, de “forastero”. Hay posiciones intermedias en las que puede haber alguna forma de observación (por ejemplo, entrevistar a personas ingresadas y observar salas de ingresados).

- **Grado de participación de los actores:** En investigación cualitativa (tabla 3.4), se parte de la premisa de que el fenómeno social que se investiga está construido por las personas implicadas en ese fenómeno, que son sujetos pensantes con un conocimiento propio sobre el tema que está estudiando el

equipo investigador. Este no se relaciona con un objeto de investigación, sino con sujetos, en este caso, los actores investigados. No obstante, en la relación entre el equipo investigador y los sujetos investigados hay diferentes posiciones según el tipo de relación dialógica.

Así, autoras como Vasilachis (2006) establece el grado de participación, que puede ir desde su actuación simplemente como persona informante, al máximo de participación, representada por la investigación-acción participativa:

- a) *Participación como informantes*: Es el menor grado de participación de los actores. Simplemente actúan como informantes. Por ejemplo, respondiendo a las preguntas de una entrevista.
- b) *Participación intermedia de los actores*: Los investigados pueden colaborar, por ejemplo, buscando informantes para construir la muestra, verificar los datos analizados (*members checking*) e incluso ayudar a los analistas en la interpretación de los datos.
- c) *La investigación-acción participativa (IAP)*⁶⁰: Parte de los supuestos que las personas construyen la realidad en la que viven y que las comunidades en las que están insertas tienen su propio desarrollo histórico, social y cultural, que trasciende a los procesos investigadores, los antecede y los continúa.

Según plantea Romaní (2013:10), “hablar de *técnicas cualitativas* ya debería ponernos sobre aviso de que algo no acaba de cuadrar; quiero decir que parece que nos estamos refiriendo a una misma categoría de construcciones como el de las técnicas cuantitativas, con sus diseños estandarizados para ser aplicados universalmente. Seguramente sería mucho más adecuado, como ya se ha propuesto algunas veces, hablar de *prácticas de investigación cualitativa*, que tienen una dimensión fenomenológica inexcusable que las relaciona directamente con las personas concernidas por las situaciones que se quieren estudiar”. Prácticas o técnicas que se plantean, a continuación, en el diseño de esta la investigación.

⁶⁰ A modo de ejemplo de IAP, destacamos el estudio publicado Delgado y col. (2001) sobre la modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión.

3.3. Diseño de la investigación

El diseño de la tesis que presentamos queda estructurado en dos fases, separadas por un intervalo de tiempo, que responde al momento en que se desarrolla cada una de ellas. No pretendemos esclarecer los motivos de este hecho, si bien, especificar el trabajo realizado en cada fase así como la validez de ensamblar los contenidos obtenidos en ambas etapas.

Los conceptos y elementos utilizados en el diseño inicial de esta tesis sirvieron de guía, de luz y de sensibilización, pero sin imponer una única realidad. Desde el inicio de esta investigación, se hicieron modificaciones justificadas por los acontecimientos que iban surgiendo en el trabajo de campo (Observación Participante) y que suscitaron la inclusión de nuevas preguntas en la técnica utilizada de recolección de datos (Entrevista). Como también en la utilización de nuevos métodos (como el estudio de las relaciones binomiales) para el análisis de la información y la elaboración de los resultados.

Erlanson et al. (1993) contraponen el "diseño tradicional" o "convencional" –cuantitativo– al "diseño emergente" –propio de la indagación derivada del paradigma naturalista–. La diferencia principal entre ambos se halla, según estos autores, en la especificidad del plan original de investigación. El concepto de diseño emergente, así como la clave de la flexibilidad del diseño en los estudios cualitativos, ya aparecen en los textos sobre metodología cualitativa como el de Lincoln y Guba (1985), que ha propagado su difusión. Patton (1990: 196), por su parte, transmite el mensaje a los investigadores que trabajan en el campo de la evaluación señalando que "los diseños cualitativos continúan siendo emergentes incluso después de que comienza la recogida de datos". Pero matiza: "el grado de flexibilidad y apertura es, sin embargo, un asunto de gran variación entre diseños". Este mismo matiz lo resalta Morgan (1992:227) cuando escribe que "para algunas preguntas de investigación, el *approach* apropiado al diseño es ciertamente pre-especificar las diversas dimensiones de la recogida de datos y la estrategia de análisis". Sin embargo, para otras "un *approach* más abierto es el apropiado". Su afirmación más general merece, asimismo, anotarse: "virtualmente toda investigación

cualitativa está basada en un conjunto de elecciones de diseño iniciales y emergentes".

Desde otro punto de vista, (Vallés 1997:44), una manera de arrojar luz sobre la naturaleza de los diseños en la investigación cualitativa consiste, sencillamente, en recordar que no hay un polo cualitativo frente a otro cuantitativo, sino más bien un *continuo* entre ambos. Ello supone romper con la imagen tradicional, en la que el investigador hacía uso de los métodos y técnicas cualitativos con propósitos sólo exploratorios o sólo descriptivos; o cuando se trataba de conocer culturas exóticas o fenómenos sociales complejos. Ciertamente, en circunstancias de investigación sobre otras culturas, sobre aspectos poco estudiados y disponiendo de mucho tiempo, el modelo de *diseño emergente* resulta útil, encaja bien. Ha servido de referencia en la antropología y en la sociología temprana. Sigue siendo un tipo de diseño que puede dar juego en un trabajo encaminado a la realización de una tesis doctoral. Pero resulta menos útil, encaja peor en circunstancias de investigación aplicada o que precisan de un tipo de diseño menos abierto (menos emergente).

Simplificando, tendríamos dos tipos extremos de diseños cualitativos, el "emergente" y el "proyectado", entre los que se encontraría la mayor parte de la investigación cualitativa. Esta es la postura de Miles y Huberman (1994), por ejemplo, que no ocultan su preferencia por los diseños más próximos al extremo opuesto al emergente, esto es, los más estructurados o atados (*tighter designs*). Las siguientes razones apoyan su opción:

- La mayoría de los estudios demandados se deben realizar en un plazo corto de tiempo.
- Los estudios que se llevan a cabo en equipo, bien por razones de premura de tiempo, bien por abarcar varios casos de estudio (en lugar de basarse en el caso único), requieren mayor coordinación y comparabilidad.
- El investigador no suele partir de cero: conoce la literatura o el estado de la cuestión, cuenta con interrogantes que le mueven a investigar, y le atraen unas perspectivas teóricas más que otras.

Entre las diferentes perspectivas planteadas, creemos que la concepción actual sobre el diseño de los estudios cualitativos se caracteriza por ser *flexible*, *abierto* y *cambiante* aunque ello no significa la pérdida del rumbo o del rigor y calidad de estas investigaciones. Las preguntas de investigación y los objetivos están abiertos y se van concretando y enriqueciendo durante el proceso investigador. La revisión de la teoría, los métodos, la recolección de datos, el análisis y la interpretación de los hallazgos, no siguen un modelo lineal, sino que hay una interacción sutil y continuada entre las diferentes fases, y el conocimiento se genera en el ir y venir de la teoría a los métodos y a los datos y viceversa (Berenguera et al. 2014:58).

Como decíamos al inicio del apartado, esta investigación está organizada en dos fases (Tabla 3.8) cronológicamente diferenciadas, y que al mismo tiempo de manera transversal, se relacionan con la estructura de los tres procesos (Figura 3.1.), planteados desde la perspectiva fenomenológica: el proceso descriptivo, el estructural y el de interpretación:



Figura 3.1. Proceso de la investigación fenomenológica. Basado en: Trejo 2012:98-101.
Fuente: Elaboración propia.

3.3.1. Primer momento del proceso de investigación (tabla 3.8)

El proceso seguido en esta fase de la investigación, está vinculado al desarrollo de cada uno de los aspectos relacionados a continuación, sin estar ceñidos a un estricto orden cronológico:

- Establecimiento de un *corpus* histórico de lo que ha sido y es la dependencia del alcohol, como base que permita ir comprendiendo ciertas facetas de la experiencia del trabajo de campo.
- Realización de un estudio detallado de las bases teóricas en relación a la problemática mencionada.
- Planificación y acceso al campo (objeto de estudio).
- Establecimiento de un análisis inicial en relación al trabajo de campo vivido junto con el material obtenido de la extensa literatura publicada por AA.
- Elaboración del primer guion de entrevista → prueba piloto → (E) definitiva
- Selección de los candidatos a entrevistar → ejecución → transcripción.
- Análisis y desarrollo de los primeros resultados de la investigación.

3.3.2. Segundo momento del proceso de investigación (tabla 3.8)

El planteamiento preliminar, en este segundo momento, es el de confirmar la validez de la información y métodos utilizados en la fase anterior con el objetivo de continuar en el desarrollo de la investigación iniciada. Tras la consulta a expertos y la confirmación favorable, se procede al diseño que ha guiado esta investigación hasta la actualidad. La similitud, en el desarrollo de esta segunda fase con respecto a la anterior, deriva de la flexibilidad mantenida en todo el proceso para armonizar (las) personas y (los) métodos, con el máximo respeto. Se incluyen:

- Proceso de actualización de la bibliografía utilizada, la adquisición de nuevos conocimientos relacionados con aspectos metodológicos de investigación.
- Aplicación de la técnica Delphi → análisis y resultados
- Verificación a través de las relaciones binomiales mediante el programa Stargraphics.
- Categorización de las entrevistas → utilización del programa para el análisis de datos cualitativos Atlas.Ti 6.1.1. → relación de los resultados de la categorización con los objetivos establecidos.
- Análisis y desarrollo de los resultados de la investigación.

Tabla 3.8. Proceso de investigación de la tesis

PRIMER PERIODO DE INVESTIGACIÓN (octubre de 2002 - octubre 2004)		
PROCESO DESCRIPTIVO		
Al principio del estudio	Durante el estudio	Final del estudio
1. Formulación del fenómeno u objeto de estudio	1. Obtención de datos	1. Cierre del periodo de la OP
2. Acceso al campo a) Informantes clave b) Periodo de observación c) GAM observados	2. Trabajo de campo (OP) a) Entrada en el campo b) Registro diario de campo c) Selección de candidatos	2. Transcripción de las entrevistas y del diario de campo
3. Relación con la teoría	3. Realización Entrevistas (E)	3. Análisis y redacción de un primer trabajo (DEA)
SEGUNDO PERIODO DE INVESTIGACIÓN (Junio de 2009 - Septiembre 2015)		
PROCESO: ESTRUCTURAL Y DE INTERPRETACIÓN		
Validación de la entrevista	Análisis de las (E)	Redacción de resultados
1. Selección de los expertos para la técnica Delphi	1. Codificación de las E: dimensiones, categorías y subcategorías	1. Tabla de datos sociodemográficos de los participantes
2. Preparación de la E y aplicación de la 1ª ronda Delphi	2. Utilización del Programa Atlas.ti 6.1.1. para el análisis de datos cualitativos	2. Relación de los resultados obtenidos de la categorización a los objetivos establecidos
3. Validación de la E a través de las relaciones binomiales (Statgraphics)	3. Selección de las categorías relevantes a desarrollar	3. Selección de verbatims para ilustrar los resultados

3.4. Contexto y participantes

3.4.1. Contexto

Por las características de los participantes del estudio y aunque el contexto de análisis fueron diferentes Grupos de Ayuda Mutua pertenecientes a la comunidad de Alcohólicos Anónimos, la recogida de los datos y el proceso de entrevistas se llevó a cabo en diversos lugares. A modo de esquema (tabla 3.7) la relación siguiente muestra donde se llevó a cabo dicha recolección:

Tabla 3.9. Contextos y participantes de la tesis.

CONTEXTO/LUGARES	PARTICIPANTES
Alcohólicos Anónimos (AA)	Observación participante (OP)
Lugar privado (Domicilio participante)	Entrevista
Lugar público (Parques y jardines, Bares y Restaurantes, Universidades)	Entrevista

Contexto → llamada telefónica a la Central de AA.

Participantes → Los informantes clave permitieron la entrada para realizar la observación participante en diferentes grupos de AA. El trabajo de campo el acceso a los miembros de AA y posibles candidatos a ser entrevistados

3.4.2. Participantes

Las decisiones sobre la estrategia de muestreo en investigación cualitativa están determinadas por el marco conceptual del estudio. El reto es seleccionar a los participantes que pueden aportar información significativa, rica, completa y profunda para la comprensión del fenómeno de estudio. La lógica del muestreo en los estudios cualitativos es diferente a la de los cuantitativos. En investigación cualitativa podemos distinguir dos tipos de muestreo, el teórico y el opinático:

- a) El *muestreo teórico* se originó con la teoría fundamentada (descubrimiento de la teoría a partir de datos obtenidos de forma sistemática). Glaser (1967) definió el muestreo teórico como “un proceso de recogida sistemática de datos para generar teoría”. En el muestreo teórico, el diseño de la muestra

se realiza según un esquema conceptual teórico que acompaña el cuerpo del estudio y que define las tipologías o perfiles de las unidades de muestreo (contextos, informantes, eventos, etc.). Con ello se pretende acercarse a la máxima variabilidad discursiva que asegure recoger significados conceptuales diferentes sobre el fenómeno estudiado.

- b) En el *muestreo opinático*, la selección de contextos y/o informantes se realiza siguiendo criterios explícitos más pragmáticos, como la facilidad y la factibilidad de los contactos, la accesibilidad, el interés concreto de un grupo, etc., y el constructo teórico previo es inexistente o muy débil (Alameda y Pazos, 2009). Algunos ejemplos de muestreo opinático son las muestras de voluntarios, el muestreo nominado bola de nieve (en el que se elige a un participante que cumpla los criterios de inclusión en el estudio y se le pide que identifique a otros posibles informantes, y así sucesivamente hasta completar la muestra), y todas las muestras de conveniencia por criterios de acceso, tiempo, etc.

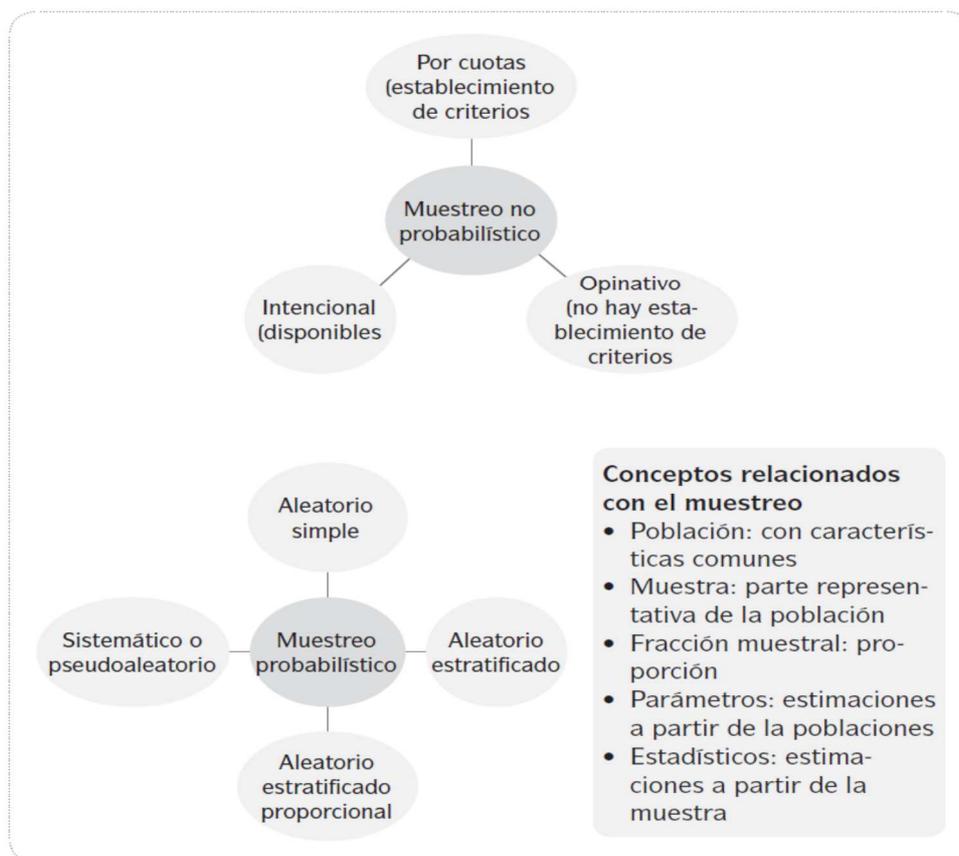


Figura 3.2 Tipos de muestreo basado en Anguera y Violant, 2015:40.

3.5 Instrumentos y procedimientos de análisis de datos

3.5.1 Instrumentos de recogida de datos

Los estudios fenomenológicos le llegan al individuo, o dicho en palabras de Morse "nos tocan el alma" (Morse, 1992:91). La recolección de datos se realiza principalmente a través de la entrevista en profundidad y las anécdotas escritas sobre experiencias personales y observaciones vividas en el trabajo de campo. La literatura fenomenológica, la poesía, las expresiones de arte y las reflexiones filosóficas son además otras fuentes de datos

a) Documentación

La lectura de material escrito (libros, revistas, documentos no publicados) o la *revisión de la literatura* constituye un paso obligado una vez se haya descrito el objeto de estudio. Morse (1994:221) aconseja, en la etapa de reflexión del diseño cualitativo, no emplear más tiempo del necesario para lograr una "base cómoda de conocimiento". El propio desarrollo de la indagación cualitativa llevará a hacer nuevas lecturas de la literatura, conforme el problema se vaya enfocando más nítidamente. Para Strauss y Corbin (1990:48) el riesgo de revisar a fondo la literatura, al comienzo de un estudio cualitativo encauzado más a generar que a testar teoría, reside en el peligro de cercenar la creatividad del analista. Por ello animan a usar todo tipo de literatura relevante (técnica o no), pero tratando de evitar ser cautivados por ésta.

b) Observación participante

La única manera de acceder a esa información más íntima o más genuina que no aparece normalmente en la entrevista es a través de la utilización de la técnica de observación participante y en la convivencia prolongada con el grupo o con los sujetos sociales objeto de estudio (Romaní 2013:54).

Mallart (2009), en su artículo, utiliza la expresión "saber perder el tiempo" como algo fundamental de la práctica antropológica. Conseguir un espacio y lugar dentro de la comunidad o el grupo que se investiga es imprescindible y ello solo puede darse con un tiempo prolongado en campo. Señala, además, que deberían ser eliminados los trabajos de

campo que no sobrepasen los tres meses, que son para las *Etnografías*, los tiempos más comunes utilizados en la antropología contemporánea.

Para recoger los datos de una observación, se necesita un clima que permita la comunicación espontánea y auténtica y la presencia y participación de la persona que observa, en todas las actividades de la vida del grupo, si se está realizando una observación participante. Hay que pensar que cuanto mayor sea la transparencia y mayor el tiempo de observación, menos artificial será el comportamiento de las personas observadas.

c) Diario de Campo

Una de las recomendaciones para registrar es la utilización de un cuaderno llamado 'de campo' en el cual se vaya anotando todo lo que va ocurriendo a lo largo de la investigación, así como los sentimientos y la experiencia del observador y los elementos interpretativos. Se recomienda comenzar las notas con título, fecha, momento y lugar de la observación. Y también separar las observaciones de las interpretaciones y utilizar seudónimos para nombres de personas y de lugares.

El diario se puede registrar de diversas formas (Guasch, 2002), cada una de ellas tiene unas peculiaridades y unas exigencias diferentes. En el caso de registrar con lápiz y papel, se recomienda al observador que se coloque en un lugar estratégico para no interrumpir el desarrollo natural de la acción. Registrar de forma discreta aquello que se observa, las experiencias, los comentarios, y poner entre paréntesis las interpretaciones.

d) Entrevista

La entrevista utilizada en esta investigación ha sido validada a través de la técnica Delphi así como a través de una prueba no paramétrica basada en las relaciones binomiales. Por su relevancia y especificidad, se ha considerado exponerlo en un apartado diferenciado (Apartado 3.6 y de manera más extensa en el capítulo de Resultados, apartado 4.2.1.).

Aunque en términos estrictos la entrevista se circunscribe al periodo de tiempo en que el entrevistador dialoga con el entrevistado, según Anguera y Violant (2015), sería un error limitar su estudio a los factores que acontecen en este intervalo. Por el contrario, su éxito depende de otros elementos, como la propia selección y formación de los entrevistadores, la calidad de la pauta que sigan o la forma en que acceden al entrevistado (González Gómez y Padilla García, 1998). Además, existen diversos criterios taxonómicos que permiten delimitar las diversas modalidades de entrevista, siendo especialmente relevantes los de estructuración, situacional, directividad, finalidad y según el número de participantes (Anguera, 2003).

Según el grado de estructuración, se han establecido varios tipos de entrevista, sin embargo cabe destacar, la que a criterio de Anguera y Violant (2015:105), consideran especialmente útil y didáctica, en tres tipos:

- *Entrevista no estructurada*: Se utiliza esencialmente en estudios exploratorios. El planteamiento es totalmente flexible, y el entrevistador, que debe estar especialmente formado, tiene libertad para formular el contenido. Las respuestas son abiertas, sin categorías de respuestas preestablecidas.
- *Entrevista semi-estructurada*: Las cuestiones sobre las que interesa recabar información están especificadas, pero no la forma de preguntarlas. El entrevistador puede adaptar la secuencia y presentación de las preguntas, según juzgue conveniente.
- *Entrevista estructurada*: Tiene una estructura y formulación de las preguntas inflexible, así como su orden y presentación. Como ventaja la de reducir sesgos pero impide la formulación de preguntas complementarias.

La herramienta utilizada para esta investigación, la entrevista semi-estructurada formulada, por las características de los participantes, en formato de entrevista de profundidad, se concibe como una guía ineludible para precisar los temas generales y específicos formuladas a las personas

entrevistadas pero, al mismo tiempo, flexible en cuanto a la utilización o no de las preguntas incluidas en cada uno de ellos. En este proceso, el entrevistador debe estar muy concentrado en el discurso de su interlocutor y conocer especialmente el contenido de la entrevista para identificar en el discurso del entrevistado la información está cubriendo. “Es una modalidad que permite ir entrelazando temas e ir construyendo un conocimiento holístico y comprensivo de la realidad. A la vez, obliga al investigador a estar muy atento a las respuestas para poder establecer dichas conexiones” (Sabariego, Dorio y Massot, 2009:337).

La sensación de alguien que interroga y otro que contesta está implícita en la técnica de entrevista. Esto limita el registro del dato, lo que se verbaliza en la escena que se crea en el contexto de la entrevista; así, el entrevistado y el entrevistador se colocan en una posición escénica que difiere de lo cotidiano —aunque la entrevista sea realizada en el interior del hogar o en la iglesia, o dentro de una institución sanitaria—, de tal modo que la relación no es realmente dialógica, en las mismas condiciones de diálogo (Romaní, 2013:54). Estas consideración de ha de tener en cuenta como un posible sesgo en la obtención de la información.

3.5.2. Procedimiento de análisis de los datos

Existen múltiples enfoques teóricos y procedimientos en el análisis cualitativo, que necesariamente se han de relacionar con el enfoque teórico y los métodos elegidos para la investigación. Cada tipo de análisis persigue unas finalidades distintas. En función, pues, de los objetivos de nuestra investigación y del enfoque teórico elegido, será más pertinente uno u otro. Según Morse (2005), se establece un continuo desde lo menos interpretativo (lo más descriptivo) a lo más interpretativo (pretendiendo elaborar marcos explicativos del fenómeno, y/o desarrollar conceptos o teorías sobre el objeto de estudio).

Siguiendo a Berenguera et al (2014:136) en función de la orientación metodológica y de la concepción y tratamiento del lenguaje, existen tres modalidades de análisis: el temático, el estructural y el del discurso.

II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

- El análisis temático enfatiza el sentido del texto y la descripción y/o interpretación del contenido temático de los datos (“qué se dice”). El significado de las palabras y de las expresiones viene dado principalmente por la significación literal. Pone el acento en la dimensión más manifiesta y plana del lenguaje: “de qué se habla”.
- En el análisis estructural o como también denominado análisis lingüístico. Se basa en que los significados de los discursos se encuentran no solo, ni fundamentalmente, en qué se dice, sino, sobre todo, en la forma en que se dice. Por lo tanto, pone el acento en “cómo se dice lo que se dice”. Trabaja con la estructura del lenguaje tratando de encontrar su lógica interna.
- En el análisis del discurso o también llamado “análisis interpretativo de los usos del lenguaje” porque busca la intencionalidad práctica y contextual del lenguaje. Es decir, el lenguaje se entiende como expresión del fenómeno social objeto de estudio. En consecuencia, se orienta a identificar y entender el proceso de comunicación y la construcción social del lenguaje en este proceso. Se trata de establecer el “por qué y para qué se dice lo que se dice”.

La fase de análisis. Consiste en la descripción de los datos hasta la interpretación de los mismos. Su objetivo es crear categorías temáticas a partir de los datos, segmentar el corpus textual por categorías y posteriormente agruparlas en un marco explicativo, más o menos generador de conceptos o teorías en función del grado de interpretación de la investigación.

- Codificar consiste en etiquetar cada cita con una palabra o palabra (código) que generalmente están en la cita y que hacen referencia a lo tratado en la misma. Los segmentos de texto (citas) de todo el corpus textual que hacen referencia a lo mismo son etiquetados con el mismo código, de tal modo que posteriormente se puedan agrupar las distintas citas que tienen el mismo código.
- Categoría es un concepto o significado que proviene de los relatos y que comienza a dar respuesta a las preguntas de la investigación. La categoría agrupa por similitud los códigos del mismo tema y es una primera línea de

interpretación. Las categorías pueden construirse de tres formas distintas: deductivamente, inductivamente, o de forma mixta.

Actualmente, existe una gran variedad de programas, conocidos genéricamente como *Computer-assisted Qualitative Data Analysis Software* (CAQDAS), que tienen por objeto facilitar el trabajo de análisis de datos cualitativos, y su uso es cada vez más popular. Concretamente, los CAQDAS permiten al equipo investigador organizar, almacenar y manejar de forma efectiva grandes cantidades de datos cualitativos y dar soporte a un proceso de análisis riguroso. Como ejemplo utilizado en esta tesis es el de Atlas.ti (versión 6.1.1).

3.6. Validación de la entrevista

Para la validación de la Entrevista (E) utilizada en esta tesis, se ha aplicado el método Delphi, con la finalidad de obtener la valoración y opiniones de un grupo de expertos sobre cada una de las preguntas planteadas en el guion de entrevista y como análisis de los datos, se ha realizado una prueba no paramétrica (relaciones binomiales). Dentro de las metodologías mixtas, el tipo de diseño secuencial exploratorio se puede utilizar para validar un instrumento de investigación como es en este caso.

3.6.1 Técnica Delphi

El método Delphi procede por medio de la interrogación a expertos con la ayuda de cuestionarios sucesivos, a fin de poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir eventuales consensos. La encuesta se lleva a cabo de una manera anónima (actualmente es habitual realizarla haciendo uso del correo electrónico o mediante cuestionarios web establecidos al efecto) para evitar los efectos de "líderes". Según Landeta (2006) el objetivo de la técnica es lograr un consenso fiable entre las opiniones de un grupo de expertos, a través de una serie de cuestionarios que se aplican secuencialmente en diferentes rondas conservando el anonimato de los participantes en el panel.

II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Tabla 3.10 Ventajas e inconvenientes de la técnica Delphi.
Fuente Anguera y Violant (2015:115).

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Cuasi-certeza de obtener un consentimiento en el desarrollo de los cuestionarios sucesivos (convergencia o consenso no significa coherencia).	El progreso es largo, costoso, fastidioso e intuitivo más que racional.
La información recogida en el curso de la consulta acerca de acontecimientos, tendencias, rupturas determinantes en la evolución futura del problema estudiado, es generalmente rica y abundante.	Si bien es cierto que las nuevas tecnologías han permitido el relanzamiento del método Delphi, había caído en cierto desuso.
La técnica Delphi puede utilizarse indistintamente tanto en el campo de la tecnología, de la gestión y de la economía como en el de las ciencias sociales.	La tramitación presionante (encuesta en varias tandas) es además discutible puesto que solo los expertos que se salen de la norma deben justificar su posición. Sin embargo, podemos considerar también que la opinión de los divergentes es, en términos de prospectiva, más interesante que aquella de los que entran en el rango.

El objetivo de los cuestionarios sucesivos, es "disminuir el espacio intercuartil, esto es cuanto se desvía la opinión del experto de la opinión del conjunto, precisando la mediana", de las respuestas obtenidas. Aunque, la formulación teórica del método Delphi propiamente dicho comprende varias etapas sucesivas de envíos de cuestionarios, de vaciado y de explotación, en buena parte de los casos puede limitarse a dos etapas, lo que sin embargo no afecta a la calidad de los resultados tal y como lo demuestra la experiencia acumulada en estudios similares (Astigarraga, 2003).

Para el desarrollo de la técnica Delphi se utilizó una muestra de expertos, tal y como demanda el propio método (Pérez Juste, 2006). Por expertos se entienden aquellos que por su condición profesional y tiempo de experiencia en el mismo, saben sobre la materia a tratar. Según los autores consultados el número de expertos necesario para aplicar esta técnica oscila dependiendo de la temática y la cantidad de expertos existentes. El perfil de las participantes requerido ha quedado delimitado por tres paneles diferentes, pero

complementarios, lo que ha permitido confirmar la información desde una visión más heterogénea y contrastada:

- a) Expertos en Drogodependencias de diferentes ámbitos profesionales
- b) Expertas en Metodología de Investigación
- c) Expertos en GAM

El contacto con los expertos se realiza por correo electrónico, invitándoles a participar como especialistas en la investigación. Se escribe una carta de presentación de la investigación⁶¹, con la explicación de la técnica y la entrevista de la primera ronda del Delphi⁶²

En nuestro estudio, por la naturaleza de la entrevista y resultados de consenso obtenidos, no se realizó una segunda ronda del Delphi. A partir de la primera se inicia el proceso de validación a través de las relaciones binomiales.

3.7. Rigor científico y ético

Desde el paradigma cualitativo en que está ubicada esta tesis, se garantiza el rigor científico de la investigación a través de diferentes aspectos o criterios. Erlandson y otros (1993) consideran que estas son las formas técnicas disponibles:

- La *credibilidad* de un estudio cualitativo se relaciona con el uso que se haya hecho de un conjunto de recursos técnicos (duración e intensidad de la observación-participación en el contexto estudiado; triangulación de datos, métodos e investigadores; acopio de documentación escrita, visual propia del contexto; discusiones con colegas; revisiones de información e interpretación con las personas estudiadas; registro de cuadernos de campo y diarios de investigación).

⁶¹ Ver Anexo I: Carta Presentación Delphi

⁶² Ver Capítulo 4.2.1.: Entrevista Delphi

II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

- La *transferibilidad* se logra, sobre todo, a través de los diversos procedimientos de muestreo cualitativo.
- La *dependibilidad* (dependability), se hace operativa mediante una suerte de auditoría externa. Para ello el investigador cualitativo debería facilitar la documentación que haga posible tal inspección: guiones de entrevista, transcripciones y todo tipo de documentos en los que se pueda seguir el rastro de su trabajo intelectual.

Desde la formación científica clásica y positivista, la perspectiva del investigador se valora negativamente, como algo que empobrece, que aleja del 'ideal científico', y por eso estamos siempre preocupados de buscar fórmulas para reducir los sesgos. Pero desde la mirada cualitativa la perspectiva del investigador y su propia subjetividad es algo que está en la propia realidad estudiada. Además de que no es posible eliminarla, debe ser aprovechada para estudiar la subjetividad de las personas investigadas y conectar con ella. Por este motivo, en investigación cualitativa es preferible hablar de imparcialidad más que de objetividad y neutralidad. La imparcialidad supone tener la capacidad y posición de escucha y de descubrimiento, de ponerse en el lugar del otro, mientras que referirse a la objetividad y la neutralidad supondría eliminar la perspectiva del investigador, lo cual sería un desiderátum imposible, además de un intento de prescindir de una fuente de riqueza inestimable (Berenguera et al., 2014:15).

Las estrategias desarrolladas para afrontar estrictamente los requerimientos éticos de la investigación incluyeron la solicitud del *Consentimiento Informado*:

- En las diferentes fases del estudio y a todos los participantes se les explicó el propósito de la investigación así como su Consentimiento que aceptaron de manera verbal (Ver guion de entrevista).
- A los expertos que colaboraron en el método Delphi se les pidió que firmasen el Consentimiento Informado⁶³ que se elaboró para este proceso.

⁶³ Ver Anexo III: Consentimiento Informado.

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 3

- Alameda, C.A., y Pazos, G.A. (2009). Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*, 83, 863-75.
- Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 423-436.
- Anguera, M.T. (1995). Metodología cualitativa. En M.T. Anguera et al., *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis.
- Anguera, M.T., Camerino, O., Castañer, M. y Sánchez Algarra, P. (2014). *Revista de Psicología del Deporte*, 23(1),123-130.
- Anguera, M.T. y Violant, V. (2015). *Investigación en Pedagogía Hospitalaria*. Málaga: Aljibe.
- Astigarraga, E. (2003). *El método Delphi*. Universidad de Deusto: San Sebastián. Recuperado de http://www.prospectiva.eu/zaharra/Metodo_delphi.pdf
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1), 27-35.
- Cook, T. y Reichardt, C. (2005). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Crabtree, B.F. & Miller, W.L. (1992). *Doing Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage, 8, 11-12.
- Creswell, J. & Plano Clark, V. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage Publications.
- Cubo, S. (2011). Fundamentación epistemológica del método científico. En: S. Cubo, B. Martín, y J.L. Ramos. *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- De la Cuesta, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Invest Educ Enferm*, XV (2): 13-24.

II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

- De la Cuesta, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2012). Manual de Investigación cualitativa (1a ed). Barcelona: Gedisa.
- Delgado. P., Sola, A., Mirabete, I. y col. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva*; 12(3), 110-126.
- RAE (2015). Investigar. *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=M3a7YOZ&o=h>
- Erlandson, D.A.; Harris, E.L.; Skipper, B.L., & Allen, S.D. (1993). *Doing naturalistic inquiry*. London: Sage.
- Field, P.A. & Morse. J.M. (1985). *Nursing Research: The application of qualitative approaches*. Londres: Croom Helm.
- Guasch, O. (2002). *Observación Participante*. Madrid: CIS.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Guba, E.G. (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park: Sage Publications.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. En N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Heidegger, M. (1975). *La pregunta por la cosa*. Buenos Aires: Alfa.
- Husserl, E. (1949). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. México: F. Cultura Económica.
- Ibáñez, J. (1994). *El regreso del sujeto*. Madrid: Siglo XXI, 31-67.
- Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria*, 23(8), 496-502.
- Kelpin, V. (1992). Birthing Pain. En J.M. Morse (Ed.), *Qualitative Health Research* (pp. 93-103). Newbury Park: Sage.
- Kuhn, T.S. (1970) [1962]. *La estructura de las revoluciones científicas*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Kuhn, T.S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

- Kuhn, T.S. (1978) [1970]. *Segundos pensamientos sobre paradigmas*. Madrid: Tecnos.
- Landeta, J. (1999). *El método Delphi*. Barcelona: Ariel
- Landeta, J. (2002). *El método Delphi: Una técnica de previsión del futuro*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Mallart, L. (2009). Esdevenir antropòleg. *Perifèria: revista de investigació y formación en antropología*, (11), 2.
- Mardones, J. M. y Ursúa, N. (1994). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*. Barcelona: Fontamara.
- Marshall, C. & Rossman, G.B. (1990). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Martín Santos, L. (1991). *Diez lecciones de epistemología*. Madrid: Akal.
- Matías, A. y Hernández, A. (2014). Positivismo, dialéctica materialista y fenomenología: tres enfoques filosóficos del método científico y la investigación educativa. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 14 (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44732048021>
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook* (2ª ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Morgan, D.L. (1992). Doctor-caregiver relationships: An exploration using focus groups. *Doing qualitative research*. Newbury Park: Sage.
- Morse, J.M. (1994). Designing Funded Qualitative Research. En J.M. Denzin; K. Norman, & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 220-235). Thousand Oaks, CA: Sage
- Morse, J.M. (Ed.) (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante. Monografías.
- Oiler, C.J. (1986). Phenomenology: The method. En P.L. Munhall & C.J. Oiler (Eds). *Nursign Research: a qualitative perspective* (pp. 69-84). Norwalk, Connecticut: Appleton-Centry-Crofts.
- Orb, A. (2007). Fenomenología e investigación en Enfermería. *Metas de Enfermería*, 10(3), 14-19.

II. ETAPA DE PLANIFICACIÓN

- Palacios-Ceña, D. Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Revista de Enfermería Intensiva*, 21(2): 68-73.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London: Sage.
- Perelló, S. (2009). *Metodología de la investigación social*. Madrid: Dykinson.
- Pérez Juste, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Madrid: La Muralla.
- Popay, J., & Williams, G. (1998). Qualitative research and evidence-based health care. *J R Soc Med*, 91(35).
- Reichardt, C.S., y Cook, T.D. (1986). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En T. D. Cook y C.S. Reichardt (Eds.), *Métodos Cualitativos de Investigación Evaluativa* (pp. 25-58). Madrid: Morata.
- Ritzer, G. (1993). *"Emile Durkheim" a Teoría Sociológica Clásica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ritzer, G. (1993). *"Max Weber" a Teoría Sociológica Clásica* (pp. 245-265). Madrid: McGraw-Hill,
- Romaní, O. (2013). *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicaciones URV.
- Sabariego, M.; Dorio, I. y Massot, M.I. (2009). Estrategias de recogida y análisis de la información. En R.C. Bisquerra (Coord.), *Metodología de la Investigación Educativa* (pp. 293-328). Madrid: La Muralla.
- Sandelowski, M., y Barroso, J. (2003). Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res*, 13 (7), 905-23.
- Silva, T.J. (2013). Caleidoscopios narrativos: experiencias, expresión artística y etnografía en el escenario psicosocial. En A. Martínez-Hernández, L. Masana y S.M. DiGiacomo, *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (pp. 391-408). Tarragona: Publicaciones URV,.
- Solano, M.C. (2006). Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cultura de los Cuidados*, (10)19: 5-6.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage.

- Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex)* 11 (2), 98-101.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Fundación Mapfre Medicina.
- Vallés, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vallés, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: CIS.
- Vasilachis, I. (1992). *Métodos cualitativos: Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. Recuperado de <http://www.ceil-conicet.gov.ar/formacion/metodos-cualitativos-curso-intensivo-de-metodologia-cualitativa/>
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Zabalza, M. (1991). *Los diarios de clase*. Barcelona: PPU.
- Zichi-Cohen, M. (1995). The experience of surgery: phenomenological clinical nursing research. En A. Omery; C.E. Kasper & G. Gayke (Eds.). En *Search of Nursing Science* (pp.159-74). Thousand Oaks: Sage.
- Zichi-Cohen, M. y Omery, A. (2003). Escuelas de Fenomenología: implicaciones para la investigación. En J. Morse (Ed.), *Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp.160-182). Medellín: Universidad de Antioquia.



III. ETAPA EMPÍRICA

Capítulo 4

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN / RESULTADOS

En este capítulo se procede al análisis de los resultados de la fase empírica de la investigación que sigue la estructura de las tres etapas planteadas desde un diseño metodológico de carácter fenomenológico: la etapa descriptiva, la estructural y la de interpretación. Dicho capítulo queda organizado de la siguiente forma:

- 4.1. Resultados del primer periodo de la investigación: proceso descriptivo**
- 4.2. Resultados del segundo periodo de la investigación: proceso estructural y de interpretación de los resultados.**

Desde el paradigma constructivista, el diseño de esta investigación se la abordado a través de la metodología cualitativa que está orientada a describir e interpretar fenómenos sociales. Se interesa por el estudio de los significados e intervenciones de las acciones humanas desde la perspectiva de los propios agentes sociales. Utiliza las palabras, las acciones y los documentos orales y escritos para poder estudiar las situaciones tal como son construidas por los participantes.

Una vez determinado el fenómeno y las preguntas iniciales que guiaron la investigación (el QUE), y que justificó los objetivos de esta tesis, se decidieron las estrategias más adecuadas para su estudio (el COMO). El interés en conocer los Grupos de Ayuda Mutua, no sólo requería de una búsqueda bibliográfica para situar las bases del tema, sino que desde la perspectiva académica y profesional como enfermera se forjó una manera de ser, de conocer y de estar en el mundo con la que me identifiqué.

Ser enfermera, esencialmente, está involucrado con el cuidado de personas en procesos de enfermedad en los que se establecen relaciones estrechas e incluso de intimidad, en muchos casos. Al incorporar la mirada antropológica aumenta, aún más si cabe, la curiosidad por conocer, por comprender y 'dar voz' a quienes están al otro lado, personas en situaciones de vulnerabilidad, a la par que, subordinados en relaciones de desigualdad. Con todo este *background* acumulado, me planteo 'que es' lo que voy a investigar, posiblemente la cuestión más compleja en ese momento, en el transcurso de los estudios de Doctorado en Sociología de la Salud que fueron impartidos por un profesorado excepcional. En los dos años consecutivos de formación, la interacción continua y fluida con los docentes, en lugar de la 'clase convencional', propició un clima de diálogo y de atentas indicaciones con respecto a nuestros proyectos. Así fue que, tras centrar en los GAM mi objeto de estudio, recogí la valiosa idea de profundizar en AA, por ser el grupo paradigmático y con mayor tradición en el ámbito de la ayuda mutua. Quedaba por concretar la manera 'en como' quería aproximarme a su análisis o de qué forma iba 'a mirar', cuestión que ya estaba implícita en 'mis maneras', es decir, en el contacto cercano a las personas, a sus vivencias y a sus discursos.

4.1. Resultados del primer periodo de la investigación: proceso descriptivo

El proceso seguido en esta fase de la investigación, está vinculado al desarrollo de cada una de las técnicas utilizadas para la obtención de datos como han sido la observación participante, el diario de campo y las entrevistas, sin estar ceñidas a un estricto orden cronológico puesto que las diferentes prácticas

cualitativas se iban solapando e intercalando en el tiempo así como el análisis de la información que sirvió de guía en todo el procedimiento.

Los resultados que presentamos a continuación, siguiendo el argumento anterior, están interrelacionados entre sí aunque se describen por separado apoyando a las tres estrategias cualitativas utilizadas, como son: la observación participante, el diario de campo y las entrevistas. La observación más intensiva al principio y participativa después precisaba ser registrada al mismo tiempo y el lápiz y papel fueron las dos herramientas disponibles para ese menester.

4.1.1. Observación participante y Diario de campo

La primera observación se realizó en octubre de 2002 y la última en julio de 2004 para finalizar la intensa y entrañable etapa del trabajo de campo. Cabe precisar que en este tiempo la frecuencia de asistencia a los grupos se intensificó en los primeros meses para ir alternando con otros periodos de análisis y reflexión del registro o diario de campo. Y de manera cíclica se establecieron repeticiones de duración similar en el campo.

La duración habitual de cada sesión era de aproximadamente dos horas con una pausa intermedia en la que se solía ofrecer alguna bebida, cafés o dulces según el grupo. Cada grupo está formado por un número diferente de miembros; según el barrio, la frecuencia semanal de sesiones e incluso por la “fama” que tenga en la comunidad de AA. De entre los observados osciló con un mínimo de 5-7 asistentes alcanzando los 30 en otro recinto o comunidad. La observación participante se llevó a cabo en 8 grupos distribuidos en distintos barrios de la ciudad de Barcelona. La frecuencia mínima de OP para cada uno fue de dos sesiones frente a las 6 ‘oficiales’ realizadas en el grupo más visitado. También asistí, en uno de ellos, sesiones abiertas en lengua inglesa. La procedencia de los espacios cedidos alternaba entre la Iglesia Evangélica, Congregaciones religiosas cristianas o Centros de usos recreativos variados. La retribución correspondiente a la entidad del local es condición innegociable para AA. De la extensa bibliografía de AA, la lectura de los 12 Pasos y las 12 Tradiciones es fundamental para cualquier persona que se inicie en la comunidad. Uno de los principios de AA es el de la ‘autonomía’ frente a

quienes no son AA, no se permiten contribuciones ni ayudas externas, y todos los gastos generados por el funcionamiento interno del grupo provienen de las aportaciones libres de sus integrantes.

En el plano, de la Figura 4.1, se muestra la ubicación de los grupos observados como el barrio correspondiente, de la ciudad de Barcelona. Los lugares utilizados para las reuniones, se ocupa previo pago de la cuota mensual de alquiler estipulada, que financian los integrantes de ese grupo.

CENTROS VISITADOS DE AA

-  Carrer Riera de Sant Miquel
-  Carrer Llul
-  Carrer de Santa Anna, 28
-  Carrer de Santaló, 22
-  Carrer de la Nació
-  Carrer dels Madrazo, 18
-  Clot
-  Plaza de España

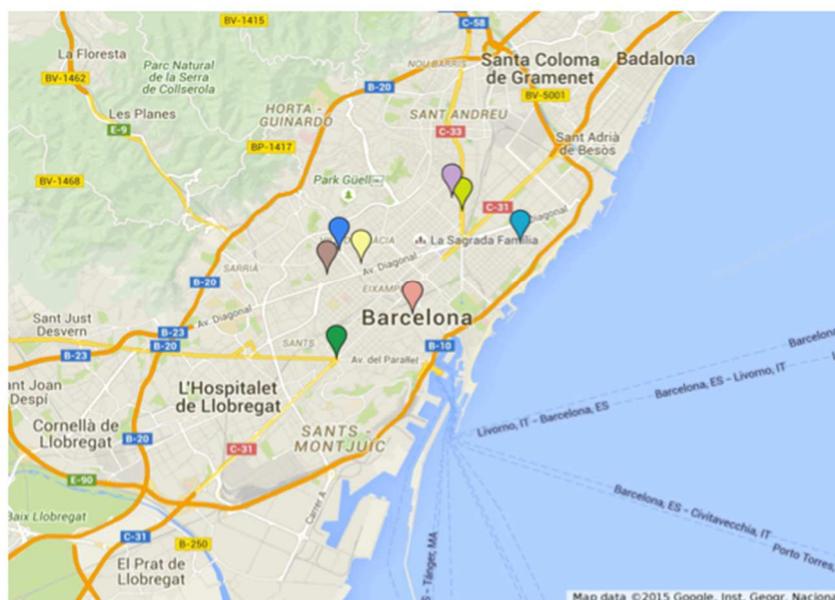


Figura 4.1. Centros visitados de AA.

El primer contacto se hizo a través de una llamada a la sede telefónica que me contactó con un informante clave de la comunidad o el responsable de “información pública”. Tras un encuentro en persona en el mismo lugar al que había llamado le orienté de mi proyecto de investigación así como mi interés en poder acudir a diferentes grupos como observadora a lo largo de las sesiones. La acogida fue francamente amistosa y como respuesta a mi solicitud, una colaboración entusiasta. Me informaron de los grupos a los que podía empezar a contactar previo aviso de mi informante clave al responsable de cada uno de ellos. Ese mismo día ya acudí conjuntamente con mis primeros contactos a una celebración de “aniversario” por considerarlo una oportunidad especial para mi investigación. Ante la sucesión de acontecimientos inesperados, y a pesar de

sentir un cierto desasosiego, adopté una actitud flexible agradeciendo la oportunidad que me brindaban. A partir de ese momento, la incertidumbre ante lo desconocido por un lado pero, sin duda, el interés por lo que se revelaba fue decisivo para vincularme con el proyecto al cual ya me sentía comprometida. Considero que ese primer día tuvo una significación e importancia dignas de recordar, además de iniciarme en el campo también suponía un reto el poder observar, registrar e intentar causar una buena impresión al mismo tiempo – que no impresionar, algo inviable, ya que la impresionada fui yo- por lo que transcribo aquí el registro completo o diario de campo de ese primer día.

El método establecido para el registro de datos, además de la memoria, fueron esencialmente la libreta y el bolígrafo. El diario de campo no solo fue útil como herramienta para recoger datos, sino también, para reflexionar sobre lo acontecido, plantear preguntas de investigación e incluso como pantalla de distanciamiento en las primeras inmersiones en el terreno. En ella empecé a escribir tímidamente priorizando el observar y absorber los máximos detalles de lo que iba sucediendo. Pero, al mismo tiempo, me di cuenta de que sin el registro no sería posible analizar o recordar los discursos. Aplicando mi propia técnica de abreviaturas fui capaz de reproducir en el papel las alocuciones, anécdotas y hasta los gestos no verbales significativos. Mi aliada –la libreta- que todavía conservo a la que recurrí en todo momento. Del papel, hoja por hoja, procedí a reescribirlas al ordenador tan pronto como me fuera posible. Releer el diario adquirió un protagonismo relevante, reflexionaba sobre lo acontecido ese mismo día e iba anotando cuestiones pendientes de averiguar, añadía detalles de la observación, analizaba los discursos, las temáticas, comparaba los acontecimientos en diferentes grupos, establecía un balance de la estructura grupal en cuanto a número de asistentes, sexo, edad aproximada. El alcance de la observación, como práctica cualitativa, se ha revelado de una riqueza inestimable. A mayor intensidad en el campo, en duración y presencia de lo observado, aumentan exponencialmente los resultados obtenidos. Cada sesión aportaba nuevos significados a través de los relatos de diferentes protagonistas y en cada repetición observacional en un mismo grupo también acrecentaban la integración y participación interna. La cercanía creo que desdibujó el perfil de observadora aunque, siendo verdaderamente honesta, he

de confesar que llegué a cerrar mi libreta y mis “gafas” de mirar para conversar distendidamente fuera de las sesiones, en las últimas etapas en el campo.

Tabla 4.1. Primer día de entrada al campo, observación y registro en el diario.

<p>A.A. c/Llull 161, Iglesia Evangelista. 21/10/02. (1ª visita)</p> <p><i>La reunión se inicia a las 20 h en punto. Rápidamente se llena la sala con aproximadamente 14 mujeres y 17 varones. En la mesa presiden una chica de 29 años (Fel, que hace un año que no bebe) y un chico, también de edad parecida. Ella toca la campana y da por iniciada la sesión leyendo Los Doce Pasos de AA y haciendo especial hincapié en el ANONIMATO de las personas que allí se reúnen. Se podrán reproducir historias, comentarios u opiniones, pero siempre manteniendo el anonimato personal. También se recalca que el grupo, bajo ningún concepto, recibirá ayuda de ninguna Asociación ni Organismo ya que el grupo se autofinancia con sus propios donativos. Por último, enfatiza su principal objetivo dentro del grupo que es el de mantenerse sobrios aunque sea por 24 horas.</i></p> <p><i>A continuación, abre el turno de palabras y un varón de 35 años empieza a explicar cómo ha vivido esta fatídica semana para él. Se presenta al grupo con su nombre y la forma tradicional de:</i></p> <p><i>“Hola soy Antonio y soy alcohólico”</i> <i>Todo el grupo contesta con fuerza y a la vez con un “hola Antonio”</i></p> <p><i>Se le ha muerto un hermano que llevaba una semana en coma. Ha sufrido mucho, especialmente con la imagen de su padre al lado de la cama “esperando a que se muriera” porque no había nada a hacer. Cuando acaba su exposición, y esto lo decide él mismo, todo el grupo le despide</i></p>	<p><i>“Gracias menganito/a” y así sucesivamente con todos los que hablen.</i></p> <p><i>Le toca el turno a F., en la mesa de enfrente (como presidiendo), quién hace la presentación de una de las Doce Tradiciones, en concreto la nº 10 que dice: AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas. No lo lee, simplemente lo explica para que se entienda bien. Su comentario lo centra en una situación que le llama la atención dentro de AA y es que nunca, en el tiempo que lleva acudiendo a este grupo, ha oído hablar o conversar sobre temas de política, de deportes o de religión. Simplemente se habla de cosas cotidianas, de asuntos personales pero no de temas que pueden llevar a discusiones subidas de tono. Incluso llega a decir que hay compañeros y compañeras que no sabría en que tendencia política simpatizan aunque llevan largo tiempo en contacto a través del grupo. Con la excepción de una mujer, de mediana edad, que sabía perfectamente que era del PP ya que el día en que ganaron las elecciones coincide con su “último trago” y desde entonces se mantiene sobria.</i></p> <p><i>También explica cómo es su actitud en el trabajo. Llega e intenta hacer las cosas lo mejor que puede. Intenta no meterse en los asuntos de los demás, y aunque pudiera parecer que su actitud es de aislamiento, considera que los demás ya saben que él está allí y que si quieren algo de él ya vendrán a pedírselo o a compartir. Así se siente a gusto y le va bien. Recuerda como en la fase alcohólica era capaz de opinar</i></p>
---	--

infinitamente sobre algo aunque no tuviese la menor idea sobre el tema o hubiera visto un programa reciente y nada más. Lo define como la “fanfarronería alcohólica”, esboza gran sonrisa, y comenta que eso ya pasó y que intenta no convencer a nadie de nada.

A continuación, le pasan la palabra a Paty, la persona que le habían facilitado mi teléfono para darme más información sobre AA y mi informante clave a partir de ese día. El, como encargado de dar información pública, insiste en que el grupo no tiene interés en reallity shows donde vayas a explicar si tu padre también bebía o lo que hacía. Que como Grupo están dispuestos a compartir información con el público y por eso tiene días de puertas abiertas para quien quiera acudir a sus centros, pero necesitan mantener su anonimato ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.

C., mujer que puede tener mi edad, muy bien vestida y trajeada, le ceden la palabra. Estamos sentadas al lado y de una forma vaga empieza a hablar de algo etéreo, indefinido, de forma clara, convincente, como muy segura de lo que dice, para poco a poco ir centrando su discurso en las dificultades que tiene para evitar no opinar sobre las cosas. Le cuesta no contestar, contradecir, posicionarse y, por el contrario, afirma que en el fondo le da igual la mayoría de los temas que oye y escucha. Que con el tiempo, también cambia de opinión. Que un día está a favor de la eutanasia y que a lo mejor al día siguiente dice que no va a firmar el testamento vital. Se sonrío. Las etiquetas, dice, que tantas veces abusamos de ellas en las personas son inevitables de colocar pero que se ha dado cuenta de que no todos los ricos son idiotas y viceversa.

T. resumió lo dicho: que muchas veces dentro del grupo se siente y ve las cosas de una manera pero que fuera las cosas cambiaban un poco, tomaba distancia y era

distinto. De alguna manera, que ese venir le ayudaba a pensar de esa forma. Por último, R. comenta el libro recomendado de la semana: “A.A. para la mujer: ¿un problema con la bebida?”.

Quién preside la mesa vuelve a toma la palabra, y lee una parte de las normas del grupo de AA insistiendo en que a los nuevos se les dará un sobre con información y se les ruega, de nuevo, que guarden el anonimato sobre las personas una vez abandonen el grupo. Anuncia que se pasará el cesto para las aportaciones que quieran hacer. Las personas ajenas al grupo o que vengan por primera vez, no tienen que dar nada.

En el descanso, rápidamente me invitan a un café y yo insisto en hacer una contribución para el grupo, pero no me dejan. Realmente me siento como una alcohólica para ojos extraños, es una sensación extrañísima. Me doy a conocer a Paty quedamos para vernos cualquier día, que le llame. Hablando me propone acudir a otro centro que van a celebrar “un aniversario” y que será bonito de ver. Que vuelva cualquier lunes al grupo. Me apunto y nos vamos.

Cuando llegamos a la **calle Nación** el discurso previo de los homenajeados ya había acabado y estaban cortando el pastel. Me presentaron a mucha gente pero fue un poco atabalante.

La que no me dejó en todo el rato fue Sol, mujer de cincuenta y muchos, que lleva 9 años sin beber. No paró de repartir besos y de ser besada con cariño. Se sentó a mi lado en el primer grupo y estuvimos juntas en el segundo. Dijo cosas muy claras:

* Tuvo tres hijos con su marido. Se dejaron y ella empezó a beber. Se emparejó su novio anterior al matrimonio y, todo un

señor, le ayudó a dejar la bebida pero cuando lo consiguió él la dejó. Desde entonces está sola, hay alguien que le hace tilín pero nada!.

* También le ayudaron sus hijos para dejar la bebida y cuando ella estuvo sobria ellos se fueron a vivir por su cuenta.

* Tiene una pensión de larga enfermedad porque sufre de varias cosas más. Tiene un sobrepeso medio que le dificulta la movilidad y agravado por una supuesta bronquitis crónica de fumar. Se ahogaba al subir las escaleras. Además tiene un problema de diabetes y ese mismo día explicaba que había tenido dos balones de azúcar con mareos y pérdida de visión. También arrastraba un hepatitis crónica C, tratada con Interferón, pero que no se había negativizado. Me confesó que no se cuidaba nada, que no iba a los médicos y que sus amigas la llamaban pesada por eso. Que antes había ido a médicos pero que no solucionó gran cosa.

* El encuentro con AA le impactó. Cómo la recibieron el primer día, estuvo toda la sesión llorando. En el camino de ida, recordaba, iba pensando que donde había caído, una borracha, ella que se consideraba una señora y fíjate lo que había logrado con su vida.

* Cuando llego a la reunión se quedó como desmontada viendo a toda aquella gente, personas como ella, empresarios y de todo tipo. Y se disipó la imagen del borracho barbudo, tirado con la litrona a su lado. A partir de ese día no volvió a beber nunca más.

* El principal objetivo y lo que da más satisfacción es ayudar al "nuevo". Te da una felicidad interior muy fuerte poder servir al que llega, que es su primera vez

* Un día a la semana hace teléfono toda la tarde, los martes, y además me ofrece su teléfono particular para lo que desee.

Decir algo de Fran, con su libro de Susan Sontag en la mano (Debajo del volcán), que se molestó al darse cuenta que yo no fuese alcohólica mientras me ofrecía un caramelo porque los iba a necesitar, ya sabes el azúcar: "lo podías haber dicho antes". Y no sabes cuándo, porque la sensación del primer momento como muy bien dijo él al llegar es ¡qué fuerte, tu primer día!. El último personaje con quién hable fue un Sr. mayor, con barba, trajeado y que se explicaba como un veterano sabio. No necesitaban a profesionales, me contestó, no porque los despreciaban sino porque en el grupo no hacían ninguna falta. La verdadera ayuda provenía de los miembros que sufrían y luchaban todos en situaciones comunes. Los profesionales ejercían su papel en los centros, y lo hacen bien, son necesarios pero en situaciones puntuales, con el síndrome de abstinencia, con momentos más críticos. Pero después, los mismos profesionales reconocen que no saben qué hacer con ellos.

Confesó que después de beber se enganchó a las máquinas, se convirtió en ludópata y por eso acudía a otro grupo de autoayuda de ludopatía. Existen algunos grupos más como el de Narcóticos, los adictos al sexo y los adictos a las relaciones que funcionan como Grupos de Ayuda Mutua, incluso puede que exista alguno de diabéticos

Antes de volver a casa, presencié un tremendo accidente de moto al que asistí hasta que llegó la ambulancia y policía. Menudo día!

Durante las primeras observaciones, me situé en una fila intermedia y en el extremo de la misma, en la que no acaparase protagonismo ni tampoco me quedase en una situación relegada o apartada. Decidí que tenía que permitir ser observada al mismo tiempo por algunos de los miembros presentes en cada reunión, de manera recíproca, y mi libreta fue una excelente compañera en esos momentos. También estimé oportuno como vestirme para que fuese lo menos llamativa posible. Mi presencia no pasó desapercibida, era inevitable, aunque en el transcurso de las sesiones fui consciente de que la tensión inicial se iba diluyendo progresivamente. Las intervenciones orales en el grupo se tornaban espontaneas, los silencios entre una y otra se reducían así como las miradas inquisidoras o confusas dirigidas a mi persona.

Considero que el tipo de observación efectuada no fue participante y la interacción o participación efectiva tenía lugar en los períodos que el grupo estaba en “off” (término asignado por la observadora). Es decir, durante el proceso ritual desarrollado a lo largo de las sesiones, no se permitían conversaciones paralelas ni interrupciones. Quien no era considerado un miembro ‘verdadero’ de AA no podía participar durante la reunión⁶⁴. En cambio, en el descanso para el café se establecían relaciones corrientes entre los asistentes que así lo deseaban y un giro hacia expresiones más coloquiales.

En poco tiempo me di cuenta, de que mi presencia en el transcurso de las sesiones, se había integrado e incluso podía pasar desapercibida, en algunos grupos.. Y lo evidencí por muchos detalles, el acercamiento espontáneo para preguntar, la atención de ofrecerme algún refrigerio en el descanso, gestos de complicidad como guardarme una silla al lado “de” o exponer relatos complicados de sus historias de vida sin recato en lugar de abordar otros temas protocolizados como los Pasos o Tradiciones de AA.

La comunidad no deja de ser un espacio de interacción, un espacio en donde resulta absolutamente imprescindible el conocimiento de sus reglas del juego. Como investigadora me sumergí en las comunidades de AA del mismo modo que lo acostumbraban mis informantes. La observación se hizo en diferentes

⁶⁴ Hay otros GAM para familiares y amigos de alcohólicos (Alanon y Al-Ateen) donde se puede formar parte como miembro del grupo. Su funcionamiento es igual que el grupo de origen ya que siguen el programa de los 12 Pasos y Tradiciones.

grupos o comunidades y siempre en —sesiones abiertas⁶⁵— en las que se permite la asistencia a personas externas no vinculadas a AA. Los meses iniciales me sirvieron para familiarizarme con la dinámica de los grupos y con el conjunto de reglas implícitas y explícitas que se establecían. A menudo, cuando finalizaban entablaba conversaciones con los presentes que mostraban interés en conocer el motivo de mi incursión en la comunidad. La percepción sentida de despertar la curiosidad, así como la complacencia por reconocermelo alguien con verdadero interés y compromiso, se iba verbalizando. Comentarios de que “por aquí han pasado algunas personas que también buscaban información pero desaparecían rápidamente, en cambio, lo tuyo es diferente – me decían- si parece que ya eres un miembro más de AA (entre risas)”.

Lo que se narraba en las sesiones me causó un gran impacto tanto por el contenido como por la intensidad de las experiencias que se verbalizaban. En ocasiones salí abatida por lo narrado, y lo que sentí, en las sesiones. En otras, el efecto fue de catarsis, con un sentimiento pletórico, y algo autocomplaciente, de haber realizado una buena labor. Y lo hice, en problemas concretos de salud a título personal me pedían mi consejo como profesional, y en otras que pudiesen parecer incluso más urgentes, entendí que sin un deseo explícito previo no podía –ni debía- intervenir. El respeto por las decisiones de los demás se demuestra en este tipo de situaciones; en un entorno no profesionalizado yo era una simple observadora, no enfermera, cuestiones que me provocaron un replanteamiento en relación a mi actitud en otros contextos. En cualquier caso, la experiencia podría catalogarla de alto contenido emocional que tuvo una influencia tangible en lo personal y profesional.

La observación participante reiterada en los diferentes grupos, me permitió entrar en contacto más directo con los miembros de AA y de manera natural, se estrechó una relación más cercana con algunos de ellos. De este modo alcancé un cierto grado de confiabilidad y respeto dentro de los grupos, las conversaciones espontáneas cada vez se mantenían con mayor frecuencia y el

⁶⁵ El tipo de sesiones abiertas (en las que además de los miembros de un grupo concreto de AA se permite la asistencia de otras personas no vinculadas o externas) o cerradas (exclusivamente para miembros de AA) se establecen según las decisiones internas de los miembros de cada grupo y ya se explicaron en el capítulo de información sobre AA

ambiente cálido que me envolvía. Con lo registrado y observado inicié el esbozo de lo que iba a ser el esqueleto de mi entrevista (supervisado por mi Director del trabajo del DEA en ese momento) así como focalicé mi mirada en los posibles candidatos para ser entrevistados.

4.1.2. La Entrevista

Se diseñó un guion de entrevista, con preguntas abiertas y cerradas, con estructura semi-estructurada pero en formato de entrevista en profundidad. La configuración inicial estructurada, por temas generales, se fue concretando con nuevas preguntas relacionadas posteriormente⁶⁶. Sin embargo, en ningún caso se formularon por orden riguroso ni se utilizaron en su totalidad. Se concibe como una plataforma organizada a la que recurrir, dependiendo de la interacción con el entrevistado, que además posibilita cambiar o añadir nuevas preguntas a medida que avanza la entrevista así como en las sucesivas. La realización de las entrevistas se hizo entre enero y julio de 2004.

- **Selección de los candidatos a entrevistar.** Dada la naturaleza del problema compartido (alcohol/drogas) y también por la filosofía de AA (preservar el anonimato de las personas es una norma esencial de la comunidad), la selección de participantes para las entrevistas no se estipuló por un criterio teórico estricto. El muestreo –que podría incluirse en los de tipo opinático– se realizó fundamentalmente según criterios de accesibilidad a la población de estudio aunque también se buscó la diversidad relacionada a ciertos aspectos, es decir, en la selección de las personas a entrevistar se fue buscando candidatos que además de ofrecerse para ser entrevistados tuviesen una representación equilibrada en cuanto a sexo, edad y procedencia de barrios contrapuestos. Tengo que decir que, con la decisión de no realizar más de 10 entrevistas, se ofrecieron algunos candidatos más de los necesarios y que decliné la oferta por criterio propio.

⁶⁶ El recurso de grabar las entrevistas para ser transcritas, es el más fiable. En mi caso, dado que estaba realizando una primera aproximación a los grupos de AA, decidí no utilizarla todavía y recoger notas mientras y después de los encuentros. Realicé dos entrevistas a modo de prueba a mi informante principal en la calle Santa Ana (sede del Grupo y centralita telefónica), y otra con dos miembros del Grupo.

- **El contacto con los participantes previo a la entrevista.** Se explicó con claridad a cada participante el objetivo de la entrevista, facilitando en papel algunas preguntas acerca de los temas generales que se pretenden abordar así como la intención de analizar la información obtenida posteriormente, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la persona entrevistada en todo momento. También se les notificó la finalidad y utilización de los datos obtenidos en la entrevista para fines exclusivamente universitarios.

Tabla 4.2. Contextos de aplicación de las entrevistas.

CONTEXTO/LUGARES	PARTICIPANTES
Lugares de uso privado:	
* Domicilio participante	E1, E7
* Sede de AA	E8
* Club Deportivo privado	E2
Lugares de uso público:	
* Jardines del edificio histórico (UB)	E3, E9
* Bar de la UB	E5
* Espacios internos (UB)	E4, E6

- **En principio se acotaron los temas y se ha buscado una secuencia apropiada para utilizarla en todas las entrevistas.** Sin embargo la dinámica propia de los encuentros, ha hecho que a partir de las respuestas obtenidas se hicieran nuevas preguntas y matizaciones hasta el punto de obtener toda la información. En las entrevistas las cuestiones planteadas de manera flexible permitiendo alterar el orden, la forma de preguntar y en todas ellas no se han formulado o se han excluido gran parte de las preguntas por no ser necesarias, es decir, al abordar un tema o categoría el relato del entrevistado las iba cubriendo de una manera espontánea. Así, en el proceso de entrevista se observa que, al inicio, se alternan preguntas y respuestas escuetas (que era lo que se pretendía para conseguir la acomodación del entrevistado), esta alternancia se va modificando y la narración más fluida inutiliza la formulación de algunas preguntas.

Todas las entrevistas fueron grabadas con cintas magnetofónicas y posteriormente transcritas personalmente. El consentimiento de las personas entrevistadas se llevó a cabo verbalmente en las diferentes sesiones llevadas a cabo en todo el proceso aunque no se firmó un documento formal en ese sentido. El anonimato de las personas e información, la utilización de los datos y cualquier aspecto relacionado con el rigor ético de la investigación, de manera tácita, se estableció como un compromiso desde mis primeras observaciones. Además, una vez transcrita cada entrevista se entregó una copia personalmente a cada participante para que pudiesen comprobar si la información registrada se correspondía con la idea transmitida. De modo que se hicieron algunas correcciones al texto inicial transcrito en un segundo archivo.

- **Para finalizar este periodo, se efectuaron dos observaciones más en el grupo más frecuentado, una despedida anunciada y mi retirada del campo.** El vínculo que se había establecido provocó que en ese momento sintiese la tristeza que conllevan las despedidas. Además, la sensación de que estaba en deuda con todos ellos por lo que me habían proporcionado solo la podía contrarrestar dándoles la oportunidad de que asistiesen el día de la presentación del trabajo de investigación en curso, y que tuvo buena acogida a pesar de que, posteriormente, declinaron la invitación.

La transcripción y análisis de las entrevistas que se llevó a cabo en ese momento cumplió con el objetivo planteado de adquirir el DEA, en octubre de 2004. De manera esquemática presentamos la siguiente (tabla 4.3.), para ilustrar el proceso de análisis que se llevó a cabo.

Tabla 4.3. Cuadro resumen de las entrevistas realizado en el trabajo del DEA

ENTREVISTA SEXO, EDAD (NIVEL ESTUDIOS)	RELACIÓN FAMILIA ALCOHOL	DURACIÓN ETAPA ALCOHÓLICA INICIO EN AA	OTRAS DROGAS	CARACTERÍSTICAS PERSONALIDAD	1ª FASE O ETAPA	2ª FASE O ETAPA	3ª FASE O ETAPA
E1 H, 43 años (F.P.)	Restaurante: empresa familiar, fácil acceso	10 años (32 a. AA)	Porros Cocaína SENSIBILIDAD ESPECIAL ALC*	"Sirocos" PSIC Timidez, celos, complejo feo "Eterno buscador carriño"	14a. Cambio cole. Cervecias 17a. No estudios y trabaja en Restaurante	24a. Se casa, sale cada noche a tomar copas y ...	30a. Tiene 1ª hija y descontrol. Sale sólo
E2 H, 51 años (Licenciado Medicina)	Padre (Médico) alcohólico CO-DEPEND	20 años 40 a. AA)	SOLO ALCOHOL	Introverso. Timido. Deportista PADRE DICTADOR	16a. Alcohol los fines de semana y en aumento progresivamente	25a. Se casa. Ya bebe cada día y por la mañana	35a. Bebedor solitario, pierde amigos. Sdme. de abstinencia La Garriga 1º
E3 V, 34 años (Escritor)	Mexicano tolerancia social (+++) Padres no alcohol	13 años (27 a. AA)	Porros Cocaína Pastillas SENSIBILIDAD ESPECIAL ALC*	Simpático, listo Compulsivo, egocéntrico "Adicto a las relaciones amor"	13a. 1ª borrachera 15a. Traslado a Puebla, fuma porros, feliz	17a. Se va a vivir, mucho alcohol y cocaína	22a. Traslado a Veracruz y luego a México DF. Todo tipo de drogas a todas horas
E4 M, 35 años (Licenciada Antropología)	Americana Madre alcohólica Padre bebedor Marido actual: 'alcohólico' CO-DEPEND	15 años (30 a. AA)	Marihuana Extasis LSD Setas Cocaína	Miedo, soledad, Inseguridades, Complejos, "dependiente emocional" ANOMIA+TRAUMAS	12a. Empezó a beber c/amigos (separación padres) 13a. Cambio ciudad	16a. Fracaso amoroso. Madre peor etapa 18a. Universidad 21a. A BCN, Universidad	24a. Conoce a su futuro marido, aumenta la bebida 26a. Se casa, 2 embarazos con alcohol, incapaz de cuidarlos

E5 H, 47 años (Licenciado Económicas)	Poco alcohol (hijo adoptado, lo sabe con 40 años padres ya muertos)	28 años (44 a. AA)	Biograminas Cocaína +++ Tranquilizantes	Soledad, madre enferma ANOMIA+NO CARE	16a. Cuando empieza a salir, con amigos + mayores	20a. Facultad y en aumento 28a. Se casa muy colocado	39a. Cambio de trabajo, muy pasado Se separa Clínico, CASS
E6 M, 30 años (Diplomada Estadística)	Mucho alcohol en casa y discusiones Abuelo alcohólico	15 años (29 a. AA)	Porros Valiums (de sus padres) SENSIBILIDAD ESPECIAL ALC*	Muy introvertida, tímida, casi antisocial ANOMIA+TRAUM	14a. Primera borrachera. Vergüenza, Culpa, descontrol	21a. Universidad: Borracheras frec 24a. Novio bebedor importante. Ideas de suicidio	26 a. Nueva pareja de AA. STOP beber x 2 ½ → depresión Lleva 6 meses en AA (presión pareja)
E7 M, 39 años (EGB)	Complicada, mucho alcohol RESTAURANTE familiar	20 años (34 a AA)	POLI (+++) Heroína, Cocaína, Trips, Porros, Éxtasis	Con carácter ANOMIA+TRAUMAS Suicidio hna. Ingre psiquiátrico hno.	Inicio muy joven. 16a Viaje fin curso Absenta como agua. Ácidos, porros 18a-23a heroína HIV (+)	33a →3 mes stop →6 mes bebiendo, substituyendo. Recaldas x visita madre	
E8 M, 36 años (Diseño Gráfico)	No alcohol aparente en casa; padre alcohólico con patrón femem.	11 años (25 a AA)	Porros (++++) de inicio Heroína, SENSIBILIDAD ESPECIAL ALC*	Hasta los 13 feliz; cambio cole, muerte abuela, triste ANOMIA+NO CARE	14ª pastillas, porros 16a. experiencia con heroína	Alcohol con todo lo demás, sobre todo fumaba hachís 25gr en dos días	Intento de suicidio. La Garriga 1º
E9 H, 45 años (Licenciado Derecho)	No alcohol en casa, abuelo alcohólico	15 años (42 a AA)	POLI (++) Cocaína	Descontrol, nada sale bien, la carrera el 10 años PADRE DICTADOR	18-19ª alcohol intermitente, fines de semana viviendo con padres	19a. amigos nuevos, muchas drogas Pareja prostituta y tienen una hija	21a. problemas derivados con el alcohol, juicios, sin dinero, muerte padres

* SENSIBILIDAD ESPECIAL ALC* → Cuando empiezan a beber no pueden parar.

En ella se recoge el proceso de construcción de la persona alcohólica, recogidas en tres etapas, o el recorrido transitado hasta llegar a convertirse en una persona dependiente del alcohol (y otras drogas). En cualquier caso, nuestro objetivo final no había hecho más que empezar ya que la extensísima y valiosa información recogida en las entrevistas y trabajo de campo, les esperaba un uso y tratamiento intensivos, para elaborar esta tesis doctoral.

4.1.3. Fuentes de información sobre AA: bibliografía y página web

Para finalizar la etapa descriptiva, concluyo con el primer análisis realizado además de la inestimable fuente de datos procedente de AA. Destacar que la información obtenida a través de la bibliografía publicada por AA en forma de guías, folletos, libros, trípticos y en otros formatos audiovisuales, son de lectura imprescindible para conocer en profundidad tanto el origen, la estructura organizativa, funcionamiento y filosofía de la comunidad de AA que, desde un enfoque muy particular es un ejemplo paradigmático de eficacia para conseguir la sobriedad. Debido al enorme volumen disponible he confeccionado un listado por tipo de publicación y título asignado en el apartado de anexos⁶⁷.

4.2. Segundo periodo de la investigación: proceso estructural y de interpretación de resultados

En este apartado y siguiendo la cronología llevada a cabo en la realización de esta tesis, se abordan los dos últimos procesos reflejados en la Figura 3.1 del capítulo anterior desde la perspectiva de la investigación fenomenológica así como la descripción de las herramientas metodológicas utilizadas que también se reflejan en la Tabla 3.8. Para facilitar la comprensión de dicha estructura y la lectura que procede a continuación, indicamos la siguiente secuencia:

4.2.1. Validación de la entrevista

4.2.1.a) Técnica Delphi

4.2.1.b) Relaciones Binomiales

4.2.2. Sistema de codificación

4.2.3. Análisis e interpretación del contenido

⁶⁷ Ver **Anexo IV**: Listado de la bibliografía y fotos de AA

4.2.1 Validación de la entrevista

4.2.1 a) Técnica Delphi

Para la validación de la Entrevista (E) utilizada en esta tesis, se ha aplicado el método Delphi, con la finalidad de obtener la valoración y opiniones de un grupo de expertos sobre cada una de las preguntas planteadas en el guion de entrevista. El perfil de los participantes ha permitido examinar la información desde una visión más heterogénea y contrastada. Los expertos poseían una importante experiencia asistencial y/o académica en sus respectivas áreas de conocimiento. El total de expertos que han colaborado en esta investigación ha sido de 9 personas (5 mujeres y 4 hombres) distribuidos en grupos de 3 para cada una de las áreas requeridas:

- A. Tres expertos en Drogodependencias de diferentes ámbitos profesionales vinculados a: la docencia universitaria (Antropología), al tratamiento médico en drogodependencias (Psiquiatría) y al tratamiento de adicciones en un Centro Terapéutico (Enfermera).
- B. Tres expertos en Metodología vinculados a la docencia universitaria (Psicología y Pedagogía).
- C. Tres expertos en GAM vinculados a la docencia (Antropología Social y Trabajo Social).

El contacto con los expertos se realiza por correo electrónico, invitándoles a participar como especialistas en la investigación. Se escribe y envía una carta de presentación de la investigación⁶⁸, con la explicación de la técnica a realizar y la entrevista⁶⁹ que fue rediseñada para facilitar el cumplimiento de la primera ronda del Delphi. Una vez recibidos los documentos con las respuestas se dispuso a su análisis comparando a valoración llevada a cabo por cada uno de los expertos, lo cual permitió estimar el grado de consenso del grupo respecto a la idoneidad de cada pregunta – en forma numérica de 0 a 10 – y al mismo tiempo se registraron algunas aportaciones concretas, de forma escrita, que han proporcionado sugerencias para su corrección.

⁶⁸ Ver **Anexo I**: Carta Presentación Delphi

⁶⁹ Ver **Anexo II**: Entrevista Delphi

Dada la homogeneidad en las respuestas, tras la valoración interjueces del análisis, se descartó el realizar una segunda ronda de valoración tal y como se establece en el método Delphi. La certeza en la idoneidad de las preguntas se evidenciaba a simple vista con lo cual tampoco se justificaba procesar los resultados mediante un programa de análisis estadístico para obtener las medianas. A modo de resumen, en nuestro estudio tanto por la naturaleza de la entrevista como por los resultados de consenso obtenidos, no se realizó una segunda ronda del Delphi.

En esta tesitura consideramos que, lejos de conformarnos con la evidencia expuesta a través del método Delphi, se podía procesar la herramienta utilizada para esta investigación a un nuevo instrumento de validación. Así se inicia el siguiente proceso de validación de la entrevista a través de las relaciones binomiales.

La tabla 4.4 que se muestra a continuación corresponde a la Entrevista que se envió a los expertos y que fue utilizada para el estudio Delphi. Está dividida en cinco secciones:

Tabla 4.4. Entrevista utilizada en el estudio Delphi de esta tesis

SECCIÓN 1																
Objetivo: Disponer de los datos generales la persona entrevistada con el fin de analizar posibles diferencias según grupos.																
1. INTRODUCCIÓN						ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA										
PREGUNTAS						0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.1 Género: Masculino / Femenino																
1.2 ¿Le importa decirme que edad tiene?																
1.3 Cuáles son los estudios de más alto nivel que ha cursado?																
1.4 ¿Qué tipo de trabajo/s ha desempeñado?																
1.5 ¿Pertenece a alguna comunidad religiosa?																
1.6 ¿Cómo se identifica en relación a la clase social: baja, media (baja, media o alta) o alta?																

1.7 Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones izquierda y derecha. En una escala hay una serie de casillas (10 casillas) que van de izq a dcha ¿en qué casilla se colocaría Ud.?										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentarios adicionales

SECCIÓN 2

Objetivo: Explorar el proceso de construcción de la identidad personal y de los acontecimientos más relevantes en el contexto de la historia de vida de la persona entrevistada en relación a tres ejes fundamentales: la infancia, la familia y relaciones.

2. ANTES	ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA
----------	---------------------------

PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.1 ¿Dónde se ubicaba su lugar de residencia: en una ciudad, en un pueblo grande o en un pueblo pequeño?											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.1.2 ¿Cómo era su vida allí?											
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.2 ¿Fue a un colegio público, privado o concertado?											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.2.1 ¿Dónde estaba el colegio: en la ciudad o en un pueblo?											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.2.2 ¿Era un colegio mixto o sólo de chicos/as?											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.2.3 ¿Cambió de colegio a menudo o siempre fue al mismo?											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.2.4 ¿Era un buen estudiante o tuvo problemas para sacar los cursos?											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.2.5 ¿Repitió algún curso escolar y por qué cree que le ocurrió?											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.2.6 ¿Cuánto duró la etapa escolar, es decir, cuál fue el curso más alto estudiado?											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.3 De pequeños todos soñamos con lo que seremos de mayores, que Ud. recuerde ¿Qué quería ser de pequeño/a?											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.4 ¿Con quién vivía en la etapa de infancia?											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.4.1 ¿Cómo se componía su núcleo familiar: padres, hermanos, abuelos, etc?											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.4.2 ¿Qué número ocupaba Ud. de entre los hermanos/as?											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.5 ¿Qué Ud. recuerde ¿cómo se sentía en su familia?											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECCIÓN 4											
Objetivo: Conocer cómo llega la persona alcohólica a A.A. Cuáles son los motivos y expectativas que mantiene para tomar la decisión de asumir su dependencia y aceptar ese tipo de ayuda para tratarla.											
4. ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS						ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA					
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.1 ¿Por qué contacta con AA? ¿Qué o quién le puso en contacto con AA?											
4.1.1 ¿Qué expectativas tenía de AA?											
4.1.2 ¿Cómo recuerda su primer día en el grupo?, ¿qué es lo que más le impactó?											
4.1.3 ¿Qué sentimientos se despertaban al principio en AA?											
4.1.4 ¿Cómo se imaginaba el proceso de deshabituación?											
4.1.5 ¿Qué le producía mayor satisfacción en ese momento y por qué?											
4.1.6 ¿Y lo que le provocaba mayor inquietud o insatisfacción?											
4.1.7 ¿Cuánto tiempo lleva viniendo a AA?											
4.1.8 ¿Qué le aporta?											
4.1.9 ¿Cómo han sido las etapas en el proceso de deshabituación?											
4.2 ¿Cuántos días a la semana acude?											
4.2.1 ¿Considera que es importante acudir siempre al grupo de base, al de inicio, o va cambiando de grupo?											
4.2.2 El asistir al grupo semanalmente ¿lo considera relajante o, a veces, se convierte en un sacrificio?											
4.2.3 ¿Por qué lo hace?											
4.2.4 ¿Por qué cree que funcionan los grupos de AA o cuál sería la principal característica que los definiría según su opinión?											
4.2.5 ¿Podría dejar de asistir y seguir sobrio?											
4.3 ¿Acude algún familiar o similar al mismo grupo con Ud?											
4.3.1 ¿Ha tenido algún cargo en su grupo?											

SECCIÓN 5											
<p>Objetivo: Profundizar en la transformación que sucede desde la etapa de sobriedad hasta la integración como persona en sociedad de forma activa en todos los ámbitos: afectiva, laboral y espiritual.</p>											
5. RECONSTRUCCIÓN	ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA										
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.1 ¿Cuánto tiempo transcurre entre su entrada en AA y su autonomía personal?											
5.1.1 ¿Se ha sentido alguna vez discriminado o humillado por su condición de ex alcoholíco?											
5.1.2 ¿Cómo les “mira” el resto de la sociedad?											
5.1.3 ¿Considera que el respeto se ha vuelto a introducir en su vida, es decir, le vuelven a tomar en serio? Respeto por sí mismo, respeto hacia los demás y respeto de los demás hacia uno/a?											
5.1.4 ¿Se siente orgulloso/a de pertenecer a AA y lo hace público o, por el contrario, prefiere permanecer en el anonimato fuera del grupo?											
5.2 ¿Ha sufrido alguna recaída?											
5.2.1 ¿Cómo se siente después en caso afirmativo?											
5.2.2 ¿Continúa asistiendo al grupo de AA aunque no esté sobrio/a o haya recaído?											
5.2.3 ¿Cómo consigue volver a dejarlo?											
5.2.4 ¿Cree que en el futuro podrá volver a tomar alguna copa o lo ha desterrado de su mente para siempre?											
5.2.5 ¿Cómo evita el trago o no se acuerda de él?											
5.2.6 ¿Cómo se maneja en situaciones estresantes?											
5.3 ¿Ha vuelto a relacionarse con amigos de otras épocas o su círculo de amistades es totalmente nuevo?											
5.3.1 En este sentido ¿ha habido alguna intención de hacerlo, de cambiar el entorno o ha sido casual?											
5.3.2 ¿Qué le proporciona más satisfacción cuando está con sus amigos y por qué?											
5.3.3 ¿Y lo que menos?											
5.3.4 ¿Qué tipo de relaciones establece con los miembros de AA?											

<p>2.5 Qué Ud. recuerde ¿cómo se sentía en su familia?</p> <p>-----</p> <p>2.5.1 ¿cree que tuvo una infancia feliz y por qué?</p> <p>-----</p>	<p>SENTIMIENTOS FAMILIA</p>	<p>← CON →</p>	<p>INICIACIÓN CON EL ALCOHOL</p>	<p>3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?</p> <p>-----</p> <p>3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?</p> <p>-----</p> <p>3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?</p> <p>-----</p>
<p>2.6 Cuando se reunía con su familia: en los cumpleaños, en Navidad, en ocasiones especiales, en general, ¿eran encuentros esperados con ilusión?</p> <p>-----</p> <p>2.6.1 ¿cómo transcurrían esos encuentros?</p> <p>-----</p> <p>2.6.2 En esas celebraciones ¿cómo se establecía la relación entre el alcohol y la fiesta: se potenciaba la idea de brindar con bebidas alcohólicas como signo de alegría o, por el contrario, se brindaba con prudencia y moderación?</p> <p>-----</p> <p>2.6.3 ¿se establecían límites en su</p>	<p>RELACIÓN FAMILIA Y ALCOHOL</p>	<p>← CON →</p>	<p>INICIACIÓN CON EL ALCOHOL</p>	<p>3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?</p> <p>-----</p> <p>3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?</p> <p>-----</p> <p>3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?</p> <p>-----</p>

<p>----- familia con respecto a este tema? ----- 2.6.4 ¿Tenía algún familiar o amigo problemas de alcohol u otras drogas? -----</p>		
<p>2.2 ¿Fue a un colegio público, privado o concertado? ----- 2.2.1 ¿Dónde estaba el colegio: en la ciudad o en un pueblo? ----- 2.2.2 ¿Era un colegio mixto o sólo de chicos/as? -----</p>		<p>3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual? ----- 3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol? -----</p>
<p>2.2.3 ¿Cambio de colegio a menudo o siempre fue al mismo? ----- 2.2.4 ¿Era un buen estudiante o tuvo problemas para sacar los cursos? ----- 2.2.5 ¿Repetió algún curso escolar y por qué cree que le ocurrió? ----- 2.2.6 ¿Cuánto duró la etapa escolar, es decir, cuál fue el curso más alto estudiado? -----</p>	<p>ESCOLARIZACIÓN</p> <p>← CON →</p>	<p>INICIACIÓN CON EL ALCOHOL</p> <p>3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?</p>

<p>2.9.3 ¿Qué actividades le gustaba realizar en esa época? ¿Cómo se divertía?</p> <p>-----</p> <p>2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?</p> <p>-----</p> <p>2.9.5 En caso de ser varón y de haber hecho la mili, ¿Cómo vivió el Servicio Militar Obligatorio, qué hacía en los ratos de ocio?</p> <p>-----</p>	<p>OCIO</p>	<p>← CON →</p>	<p>INICIACIÓN CON EL ALCOHOL</p>	<p>3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?</p> <p>-----</p> <p>3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?</p> <p>-----</p> <p>3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?</p> <p>-----</p>
<p>2.9.8 En el caso de que además tuviera hijos, ¿cómo vivió el inicio de la maternidad / paternidad?</p> <p>-----</p> <p>2.9.9 ¿Fue una época especialmente feliz o, por el contrario, lo vivió con mucha presión?, ¿qué le aportaron los hijos?</p> <p>-----</p>	<p>MATERNIDAD / PATERNIDAD</p>	<p>← CON →</p>	<p>INICIACIÓN CON EL ALCOHOL</p>	<p>3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?</p> <p>-----</p> <p>3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?</p> <p>-----</p> <p>3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?</p> <p>-----</p>

1.7.2.1. Las siguientes comparaciones pretenden relacionar códigos de la etapa adulta (familia, fracasos, ocio, amigos y vivencias) con el inicio de la alcoholización.

<p>3.3 ¿Sus relaciones y amigos también compartían el alcohol?</p> <p>-----</p> <p>3.3.1 ¿Mantuvo alguna relación estrecha con alguno/a que no bebiese?</p> <p>-----</p> <p>3.3.2 ¿Considera que se volvió más agresivo o incluso violento en su forma de relacionarse?</p> <p>-----</p>	<p>AMISTADES</p>	<p>← CON →</p>	<p>INICIACIÓN CON EL ALCOHOL</p> <p>3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?</p> <p>3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?</p> <p>-----</p> <p>3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?</p> <p>-----</p>
<p>2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?</p>	<p>VIVENCIAS DE ADULTO: FRACASOS</p>	<p>← CON →</p>	<p>INICIACIÓN CON EL ALCOHOL</p> <p>3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?</p> <p>3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?</p> <p>-----</p> <p>3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?</p> <p>-----</p>
<p>3.4 ¿Tuvo algún problema laboral: me refiero a que si pudo mantener su trabajo o hubo cambios en ese</p> <p>-----</p>	<p>SITUACIÓN LABORAL</p>	<p>← CON →</p>	<p>INICIACIÓN CON EL ALCOHOL</p> <p>3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?</p> <p>-----</p>

Para poder comparar proporciones, utilizamos los resultados de la valoración otorgada a cada pregunta por parte de los expertos en el Delphi. Se asignó un nivel de correspondencia de la valoración entre 0 y 10 en tres niveles: NIVEL 1 (0-3), NIVEL 2 (4-7), NIVEL 3 (8-10), de manera que nos permitió obtener tres proporciones en cada pregunta. En la tabla 4.6. quedan registradas las proporciones de cada una en los 3 niveles.

Tabla 4.6. Tabla auxiliar para elaborar la tabla 4.8.

SENTIMIENTOS FAMILIA	INICIACIÓN CON EL ALCOHOL	FRACCIONES		
		N1	N2	N3
2.5 Qué Ud. recuerde ¿cómo se sentía en su familia?		$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.5 Qué Ud. recuerde ¿cómo se sentía en su familia?		$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.5 Qué Ud. recuerde ¿cómo se sentía en su familia?		$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.5.1 ¿cree que tuvo una infancia feliz y por qué?		$\frac{0}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{7}{9}$
	3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.5.1 ¿cree que tuvo una infancia feliz y por qué?		$\frac{0}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{7}{9}$
	3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$

III. ETAPA EMPÍRICA

2.5.1 ¿cree que tuvo una infancia feliz y por qué?	$\frac{0}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{7}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
RELACIÓN FAMILIA Y ALCOHOL	INICIACIÓN CON EL ALCOHOL		FRACCIONES
	N1	N2	N3
2.6 Cuándo se reunía con su familia: en los cumpleaños, en Navidad, en ocasiones especiales, en general, ¿eran encuentros esperados con ilusión?	$\frac{2}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.6 Cuándo se reunía con su familia: en los cumpleaños, en Navidad, en ocasiones especiales, en general, ¿eran encuentros esperados con ilusión?	$\frac{2}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.6 Cuándo se reunía con su familia: en los cumpleaños, en Navidad, en ocasiones especiales, en general, ¿eran encuentros esperados con ilusión?	$\frac{2}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.6.1 ¿cómo transcurrían esos encuentros?	$\frac{3}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{4}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.6.1 ¿cómo transcurrían esos encuentros?	$\frac{3}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{4}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$

	que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?			
2.6.1	¿cómo transcurrían esos encuentros?	$\frac{3}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{4}{9}$
	3.1.2	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	¿Qué edad tenía en ese momento?			
2.6.2	En esas celebraciones ¿cómo se establecía la relación entre el alcohol y la fiesta: se potenciaba la idea de brindar con bebidas alcohólicas como signo de alegría o, por el contrario, se brindaba con prudencia y moderación?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?			
2.6.2	En esas celebraciones ¿cómo se establecía la relación entre el alcohol y la fiesta: se potenciaba la idea de brindar con bebidas alcohólicas como signo de alegría o, por el contrario, se brindaba con prudencia y moderación?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1.1	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?			
2.6.2	En esas celebraciones ¿cómo se establecía la relación entre el alcohol y la fiesta: se potenciaba la idea de brindar con bebidas alcohólicas como signo de alegría o, por el contrario, se brindaba con prudencia y moderación?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1.2	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	¿Qué edad tenía en ese momento?			
2.6.3	¿se establecían límites en su familia con respecto a este tema?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	3.1	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento:			

III. ETAPA EMPÍRICA

	ingesta esporádica, excesiva, habitual?			
2.6.3	¿se establecían límites en su familia con respecto a este tema?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.1	¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.6.3	¿se establecían límites en su familia con respecto a este tema?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.2	¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.6.4	¿Tenía algún familiar o amigo problemas de alcohol u otras drogas?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1	¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.6.4	¿Tenía algún familiar o amigo problemas de alcohol u otras drogas?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.1	¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.6.4	¿Tenía algún familiar o amigo problemas de alcohol u otras drogas?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.2	¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
		FRACCIONES		
	ESCOLARIZACIÓN	INICIACIÓN CON EL ALCOHOL		
		N1	N2	N3
2.2	¿Fue a un colegio público, privado o concertado?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1	¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva,	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$

habitual?			
2.2 ¿Fue a un colegio público, privado o concertado?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2 ¿Fue a un colegio público, privado o concertado?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.2.1 ¿Dónde estaba el colegio: en la ciudad o en un pueblo?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.1 ¿Dónde estaba el colegio: en la ciudad o en un pueblo?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.1 ¿Dónde estaba el colegio: en la ciudad o en un pueblo?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.2.2 ¿Era un colegio mixto o sólo de chicos/as?	$\frac{1}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{6}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.2 ¿Era un colegio mixto o sólo de chicos/as?	$\frac{1}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{6}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$

III. ETAPA EMPÍRICA

2.2.2 ¿Era un colegio mixto o sólo de chicos/as?	$\frac{1}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{6}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.2.3 ¿Cambió de colegio a menudo o siempre fue al mismo?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.3 ¿Cambió de colegio a menudo o siempre fue al mismo?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.3 ¿Cambió de colegio a menudo o siempre fue al mismo?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.2.4 ¿Era un buen estudiante o tuvo problemas para sacar los cursos?	$\frac{1}{9}$	$\frac{4}{9}$	$\frac{4}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.4 ¿Era un buen estudiante o tuvo problemas para sacar los cursos?	$\frac{1}{9}$	$\frac{4}{9}$	$\frac{4}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.4 ¿Era un buen estudiante o tuvo problemas para sacar los cursos?	$\frac{1}{9}$	$\frac{4}{9}$	$\frac{4}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.2.5 ¿Repitió algún curso escolar	$\frac{0}{9}$	$\frac{4}{9}$	$\frac{5}{9}$

y por qué cree que le ocurrió?			
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.5 ¿Repitió algún curso escolar y por qué cree que le ocurrió?	$\frac{0}{9}$	$\frac{4}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.5 ¿Repitió algún curso escolar y por qué cree que le ocurrió?	$\frac{0}{9}$	$\frac{4}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.2.6 ¿Cuánto duró la etapa escolar, es decir, cuál fue el curso más alto estudiado?	$\frac{0}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{6}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.6 ¿Cuánto duró la etapa escolar, es decir, cuál fue el curso más alto estudiado?	$\frac{0}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{6}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.2.6 ¿Cuánto duró la etapa escolar, es decir, cuál fue el curso más alto estudiado?	$\frac{0}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{6}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
OCIO	FRACCIONES		
INICIACIÓN CON EL ALCOHOL	N1	N2	N3
2.9.3 ¿Qué actividades le gustaba realizar en esa época? ¿Cómo se	$\frac{1}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{8}{9}$

III. ETAPA EMPÍRICA

divertía?			
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.3 ¿Qué actividades le gustaba realizar en esa época? ¿Cómo se divertía?	$\frac{1}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.3 ¿Qué actividades le gustaba realizar en esa época? ¿Cómo se divertía?	$\frac{1}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$

2.9.5 En caso de ser varón y de haber hecho la mili, ¿Cómo vivió el Servicio Militar Obligatorio, qué hacía en los ratos de ocio?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.5 En caso de ser varón y de haber hecho la mili, ¿Cómo vivió el Servicio Militar Obligatorio, qué hacía en los ratos de ocio?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.5 En caso de ser varón y de haber hecho la mili, ¿Cómo vivió el Servicio Militar Obligatorio, qué hacía en los ratos de ocio?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
OCIO	FRACCIONES		
INICIACIÓN CON EL ALCOHOL	N1	N2	N3
2.9.8 En el caso de que además tuviera hijos, ¿cómo vivió el inicio de la maternidad / paternidad?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.8 En el caso de que además tuviera hijos, ¿cómo vivió el inicio de la maternidad / paternidad?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.8 En el caso de que además tuviera hijos, ¿cómo vivió el inicio de la maternidad / paternidad?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$

III. ETAPA EMPÍRICA

	3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
	2.9.9 ¿Fue una época especialmente feliz o, por el contrario, lo vivió con mucha presión?, ¿qué le aportaron los hijos?	$\frac{1}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	2.9.9 ¿Fue una época especialmente feliz o, por el contrario, lo vivió con mucha presión?, ¿qué le aportaron los hijos?	$\frac{1}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	2.9.9 ¿Fue una época especialmente feliz o, por el contrario, lo vivió con mucha presión?, ¿qué le aportaron los hijos?	$\frac{1}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{8}{9}$
	3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
AMISTADES	INICIACIÓN CON EL ALCOHOL	FRACCIONES		
		N1	N2	N3
	3.3 ¿Sus relaciones y amigos también compartían el alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	3.3 ¿Sus relaciones y amigos también compartían el alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$

3.3 ¿Sus relaciones y amigos también compartían el alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.3.1 ¿Mantuvo alguna relación estrecha con alguno/a que no bebiese?	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{7}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.3.1 ¿Mantuvo alguna relación estrecha con alguno/a que no bebiese?	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{7}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.3.1 ¿Mantuvo alguna relación estrecha con alguno/a que no bebiese?	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{7}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.3.2 ¿Considera que se volvió más agresivo o incluso violento en su forma de relacionarse?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.3.2 ¿Considera que se volvió más agresivo o incluso violento en su forma de relacionarse?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.3.2 ¿Considera que se volvió más agresivo o incluso violento en su forma de relacionarse?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$

III. ETAPA EMPÍRICA

	3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
VIVENCIAS DE ADULTO: FRACASOS	INICIACIÓN CON EL ALCOHOL	FRACCIONES		
		N1	N2	N3
2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?		$\frac{0}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{7}{9}$
	3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?		$\frac{0}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{7}{9}$
	3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?		$\frac{0}{9}$	$\frac{2}{9}$	$\frac{7}{9}$
	3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
SITUACIÓN LABORAL	INICIACIÓN CON EL ALCOHOL	FRACCIONES		
		N1	N2	N3
3.4 ¿Tuvo algún problema laboral: me refiero a que si pudo mantener su trabajo o hubo cambios en ese sentido?		$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{7}{9}$
	3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$

3.4 ¿Tuvo algún problema laboral: me refiero a que si pudo mantener su trabajo o hubo cambios en ese sentido?	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{7}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.4 ¿Tuvo algún problema laboral: me refiero a que si pudo mantener su trabajo o hubo cambios en ese sentido?	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{7}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.4.1 ¿Cómo se mantenía económicamente, de dónde procedían sus ingresos?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.4.1 ¿Cómo se mantenía económicamente, de dónde procedían sus ingresos?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.4.1 ¿Cómo se mantenía económicamente, de dónde procedían sus ingresos?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
3.4.2 ¿Necesitaba más o menos dinero para vivir?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
3.4.2 ¿Necesitaba más o menos dinero para vivir?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$

III. ETAPA EMPÍRICA

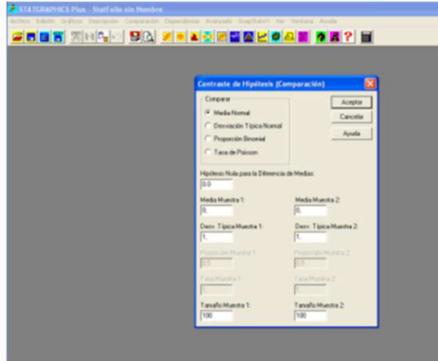
	3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	3.4.2 ¿Necesitaba más o menos dinero para vivir?	$\frac{1}{9}$	$\frac{3}{9}$	$\frac{5}{9}$
	3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	$\frac{0}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{8}{9}$
VIVENCIAS	INICIO EN AA	FRACCIONES		
		N1	N2	N3
	3.2 ¿Cómo se sentía en ese momento: sólo/a, incomprendido, abandonado, enfermo...?	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{7}{9}$
	4.1 ¿Por qué contacta con AA? ¿Qué o quién le puso en contacto con AA?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$
	3.2 ¿Cómo se sentía en ese momento: sólo/a, incomprendido, abandonado, enfermo...?	$\frac{1}{9}$	$\frac{1}{9}$	$\frac{7}{9}$
	4.1.1 ¿Qué expectativas tenía de AA?	$\frac{0}{9}$	$\frac{0}{9}$	$\frac{9}{9}$

Una vez obtenidas las fracciones se procedió a comprobar las relaciones binomiales utilizamos el programa informático Statgraphics que agiliza el proceso y la garantía de los resultados. A través de este método se comprueba la validez de la entrevista.

Tras realizar el análisis binomial y para cada una de las pruebas sólo pueden darse dos resultados: éxito o fracaso, como se explicará posteriormente. De manera esquemática en la siguiente tabla 4.6. se muestran los pasos seguidos:

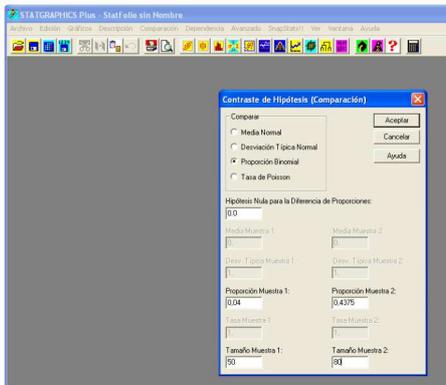
Tabla 4.7. Comparación de proporciones binomiales mediante el programa Statgraphics Centurion

LA COMPARACIÓN DE PROPORCIONES MEDIANTE STATGRAPHICS

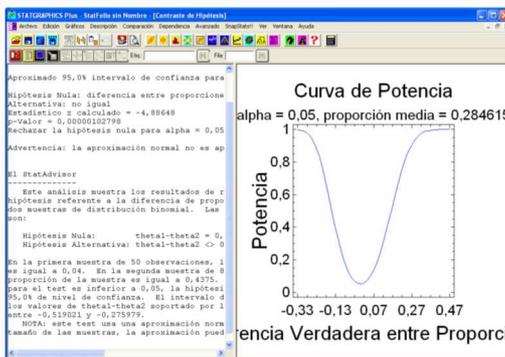


Paso 1: Vamos a Comparar → 2 muestras

Paso 2: Clicamos en Proporción binomial



Paso 3: Introducimos los datos



Paso 4: Aceptar.

Valoración de los resultados:

- Si la proporción de la muestra obtiene $p > 0,05$ no existen diferencias estadísticamente significativas.
- Si la proporción de la muestra obtiene $p < 0,05$ existen diferencias estadísticamente significativas y por tanto se rechaza la hipótesis nula.

Los resultados obtenidos tras aplicar el método de las proporciones binomiales es el que se recoge en la tabla 5.3. El significado de los mismos se definen de la forma siguiente:

- Si existe identidad similar en las proporciones no es posible realizar el cálculo estadístico mediante la ley binomial. Es decir, si en una de las dos fracciones el numerador es 0, el cociente también lo será y no se puede hacer el cálculo estadístico.
- Si existe identidad de respuesta, es decir, dos fracciones iguales como sería $9/9 : 9/9$ tampoco se puede procesar el cálculo

Tabla 4.8. Resultados de las relaciones binomiales.

PREGUNTA	PROPORCIONES A COMPARAR		VALOR p		INTERPRETACIÓN
	N2	N3	N2	N3	
- SENTIMIENTOS FAMILIA - Y - INICIACIÓN CON EL ALCOHOL -					
2.5 ¿Ud. recuerde ¿cómo se sentía en su familia?	1/9	8/9	p = 1	p = 1	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			
2.5.1 ¿cree que tuvo una infancia feliz y por qué?	2/9	7/9	p<0,529	p<0,529	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			
2.6 Cuando se reunía con su familia: en los cumpleaños, en Navidad, en ocasiones especiales, en general, ¿eran encuentros esperados con ilusión?	2/9	5/9	p<0,529	p<0,111	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			

PREGUNTA	PROPORCIONES A COMPARAR			VALOR p		INTERPRETACIÓN
	N2	N3	N2	N3		
- RELACIÓN FAMILIA Y ALCOHOL - Y - INICIACIÓN CON EL ALCOHOL -						
2.6.1 ¿cómo transcurrían esos encuentros?	2/9	4/9				N2. Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
-----	-----	-----	$p < 0,529$		$p < 0,043$	N3. Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que sí existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9				
2.6.2 En esas celebraciones ¿cómo se establecía la relación entre el alcohol y la fiesta: se potenciaba la idea de brindar con bebidas alcohólicas como signo de alegría o, por el contrario, se brindaba con prudencia y moderación?	1/9	8/9				Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
-----	-----	-----	$p = 1$		$p = 1$	
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9				

PREGUNTA	PROPORCIONES A COMPARAR			VALOR P			INTERPRETACIÓN
	N2	N3		N2	N3		
- ESCOLARIZACIÓN - Y - INICIACIÓN CON EL ALCOHOL -							
2.2 ¿Fue a un colegio público, privado o concertado?	3/9	5/9		$p < 0,259$	$p < 0,116$		Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9					
2.2.1 ¿Dónde estaba el colegio: en la ciudad o en un pueblo?	3/9	5/9		$p < 0,529$	$p < 0,116$		Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9					
2.2.2 ¿Era un colegio mixto o sólo de chicos/as?	2/9	6/9		$p < 0,529$	$p < 0,259$		Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9					
2.2.4 ¿Era un buen estudiante o tuvo problemas para sacar los cursos?	4/9	4/9					N2. Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
				$p < 0,116$	$p < 0,043$		N3. Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que si existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9					

2.2.6 ¿Cuánto duró la etapa escolar, es decir, cuál fue el curso más alto estudiado?	3/9	6/9	$p < 0,259$	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9	$p < 0,259$	

PREGUNTA	PROPORCIONES A COMPARAR			VALOR p	INTERPRETACIÓN
	N2	N3	N3		
- OCIO - Y - INICIACIÓN CON EL ALCOHOL -					

2.9.3 ¿Qué actividades le gustaba realizar en esa época? ¿Cómo se divertía?	0/9	8/9	-	$p = 1$	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			

2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?	2/9	7/9	$p < 0,529$	$p < 0,529$	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			

2.9.5 En caso de ser varón y de haber hecho la mili, ¿Cómo vivió el Servicio Militar Obligatorio, qué hacía en los ratos de ocio?	1/9	8/9	$p = 1$	$p = 1$	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			

PREGUNTA	PROPORCIONES A COMPARAR			VALOR P		INTERPRETACIÓN
	N2	N3	N2	N3		
- MATERNIDAD/PATERNIDAD - Y - INICIACIÓN CON EL ALCOHOL -						
2.9.8 En el caso de que además tuviera hijos, ¿cómo vivió el inicio de la maternidad / paternidad?	1/9	8/9	p = 1	p = 1	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.	
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9				
2.9.9 ¿Fue una época especialmente feliz o, por el contrario, lo vivió con mucha presión?, ¿qué le aportaron los hijos?	1/9	8/9	p = 1	p = 1	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.	
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9				
2.9.9 ¿Fue una época especialmente feliz o, por el contrario, lo vivió con mucha presión?, ¿qué le aportaron los hijos?	0/9	8/9	-	p = 1	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.	
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9				

PREGUNTA	PROPORCIONES A COMPARAR		VALOR p		INTERPRETACIÓN
	N2	N3	N2	N3	
- AMISTADES - Y - INICIACIÓN CON EL ALCOHOL -					
3.3.1 ¿Mantuvo alguna relación estrecha con alguno/a que no bebiese?	1/9	7/9	p = 1	p < 0,529	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			
3.3.2 ¿Considera que se volvió más agresivo o incluso violento en su forma de relacionarse?	1/9	8/9	p = 1	p = 1	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			
- VIVENCIAS DE ADULTO: FRACASOS - Y - INICIACIÓN CON EL ALCOHOL -					
2.9.4 Y, por el contrario, ¿recuerda haber sufrido alguna situación traumática, algún desengaño amoroso, tuvo la percepción de fracaso en algún acontecimiento?	2/9	7/9	p < 0,529	p < 0,529	Realizada una comparación de proporciones, los valores críticos obtenidos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas.
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?	1/9	8/9			

4.2.2. Sistema de categorización

Una vez validada la Entrevista iniciamos el proceso de categorización de la misma y que constituye la última fase del periodo estructural de la investigación realizada. En este apartado se detalla el procedimiento seguido que es el paso previo a la redacción de los resultados, algo así como, el método de construcción del esqueleto que soporta el análisis final de los datos. La descripción de las dimensiones, categorías y subcategorías se realiza a través de un soporte informático específico que agiliza el manejo de los datos.

4.2.2.a) Descripción del programa ATLAS ti

El proceso de codificación se ha realizado a través del programa de análisis de datos cualitativo ATLAS.ti 6.1.1. El primer paso, en la clasificación, consiste en etiquetar los segmentos de texto con información sobre la categoría del sistema organizativo al cual pertenece (o varias categorías si el segmento es importante para más de una). Los datos segmentados se codifican según las categorías organizativas (algunas de las categorías y las temáticas relacionadas emergieron durante la codificación; otras, ya se establecieron al inicio) y, en forma de ramificación, también se clasifican de acuerdo a las tres dimensiones establecidas: **CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD ALCOHÓLICA (CIA); ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA) y RECUPERACIÓN (RE).**

Las nueve entrevistas se agruparon en una única unidad hermenéutica en la que se contabilizaron, un total de 196 códigos, al finalizar el proceso (como se muestra en la figura 4.2.) El número de 'codes' registrados se leen en el vértice inferior izquierdo de la foto superpuesta. Detrás o como fondo de la foto, podemos ver un extracto de entrevista (E7) con los códigos en la mitad derecha y en varios colores.

La segmentación y codificación de los datos permite reflexionar sobre ellos y acerca de ellos durante todo el proceso seguido:

1. Segmentación, codificación y clasificación en categorías relevantes.
2. Descripción.
3. Interpretación.

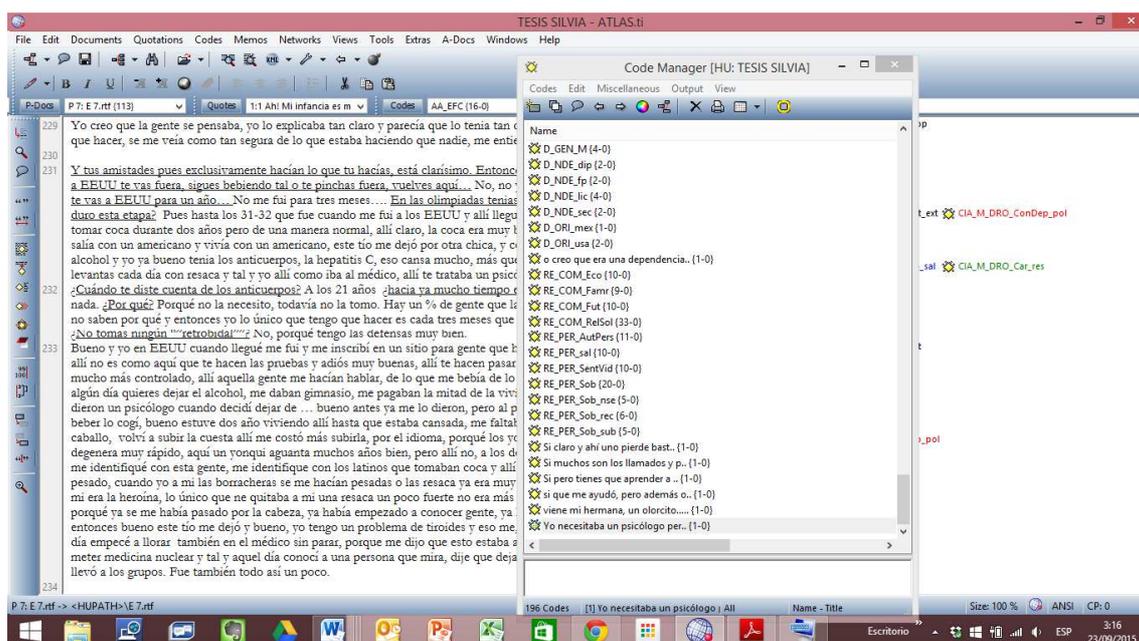


Figura 4.2. Foto capturada del programa Atlas.ti 6.1.1. utilizado en el análisis

4.2.2.b) Descripción de las Dimensiones, Categorías y Subcategorías

El sistema categorial obtenido en el análisis deriva de las tres dimensiones preestablecidas en las entrevistas y que se corresponden con los objetivos de la investigación:

- Vivencias significativas en la infancia y en la madurez que se articulan en el proceso de convertirse en una persona dependiente del alcohol (PDA).
- Circunstancias que conducen a abandonar el consumo de sustancias y a integrarse como miembro de AA. El significado de la ayuda para mantener la sobriedad.
- El proceso de recuperación a través de la comunidad de AA.

Algunas de estas, procedían del marco conceptual y estructura de la entrevista; sin embargo, otras categorías y subcategorías fueron emergiendo durante el proceso de análisis como se ha detallado más adelante. En la Tabla 4.9. se presentan las Dimensiones con sus respectivas categorías.

Tabla 4.9. Dimensiones y categorías de las entrevistas.

DIMENSIONES	CATEGORIAS
CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD ALCOHÓLICA (CIA)	1. INFANCIA (I) 2. MADUREZ (M)
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)	3. INICIO (I) 4. FINALIDAD (FIN) 5. RITUALES (RIT) 6. SEGUIMIENTO (SEG)
RECUPERACIÓN (RE)	7. PERSONAL (PER) 8. EN COMUNIDAD (COM)

Construcción de la Identidad Alcohólica (CIA).

A partir de la aproximación al significado de construcción de la identidad, en la siguiente Tabla 4.5, se presentan las Categorías y Subcategorías resultantes del análisis de las entrevistas para esta dimensión y la descripción de lo que se entiende y analiza de cada una de ellas.

Tabla 4.10. Sistema categorial de análisis de la Dimensión: CIA

SISTEMA GATEGORIAL DE ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN: CIA		
DIMENSIÓN	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD ALCOHÓLICA (CIA)	1. INFANCIA (I)	1.1 ETAPA ESCOLAR (EE)
		1.2 RELACIONES (REL)
		1.3 OCIO y TIEMPO LIBRE (OTL)
		1.4 SENTIMIENTOS (SENT)
	2. MADUREZ (M)	2.1 INDEPENDENCIA (IND)
		2.2 DESCENDENCIA (DESC)
		2.3 ACTIVIDAD LABORAL (AL)
		2.4 DROGAS (DRO)
		2.5 TRATAMIENTOS (TRAT)

Dimensión: CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD ALCOHÓLICA (CIA_)

Se establecen 2 categorías que corresponden a los períodos trascendentales del ciclo vital, como son la etapa de la infancia y la etapa de la madurez.

1) **INFANCIA (CIA_I_)**. Ciclo del periodo vital en el cual, a su vez, se distinguen: la infancia propiamente dicha que es el periodo que comprende desde los 0 hasta los 12 años y la adolescencia que se establece desde los 12 hasta los 18 años. A través de la síntesis del proceso de identificaciones que, durante los primeros años de vida y hasta finales de la adolescencia, la persona va definiendo una determinada identidad. Fundamentalmente se va edificando a través de la interacción con las personas significativas de su ambiente. Los códigos vinculados e inferidos a las cuatro subcategorías o ámbitos de desarrollo naturales (Tabla 4.10), son los que siguen:

1.1 **ETAPA ESCOLAR (EE_)**. Se registra la experiencia como estudiante y resultados obtenidos así como las vivencias de la escolarización.

1.2 **RELACIONES (REL_)**. Se distinguen los estilos de relación en tres ámbitos específicos: la relación de convivencia dentro del núcleo familiar enfatizando los hábitos, costumbres y recuerdos destacados; las relaciones de amistad y el vínculo que les asociaba y las de intimidad o afectivas con personas de otro sexo, entre iguales o parejas.

1.3 **OCIO Y TIEMPO LIBRE (OTL)**. Tipo de actividades preferidas, hobbies o lo que le gustaba realizar en su tiempo libre.

1.4 **SENTIMIENTOS (SENT_)**. Emociones/sentimientos, representativos en la infancia y que emergen en la entrevista.

2) **MADUREZ (CIA_M_)**. Establecido como el periodo del ciclo vital que se inicia aproximadamente a partir de los 18 años, aunque reconocemos que es difícil establecer límites cronológicos reales para este periodo. La madurez, en los seres humanos, puede asociarse a un nivel biológico con el desarrollo y el pleno funcionamiento de los órganos sexuales. Sin embargo, no hay una edad que asegure haber logrado la madurez emocional. En concreto cuando hablamos de madurez emocional nos estamos refiriendo al hecho de que una persona cuenta con un pensamiento y una conducta,

tanto sobre sí misma como sobre el resto del entorno, que la alejan de cualquier tipo de actitud que se pueda definir como infantil. En este sentido, las principales muestras de que una persona es madura son que acepta las críticas y las analiza y estudia para mejorar, que sabe controlar sus ataques de mal genio, que siempre acepta las consecuencias de sus actos sin ampararse o justificarse en excusas, que establece que nada es blanco o negro pues siempre hay un término medio o que ha superado la fase de envidia y celos por los demás. La madurez, por lo tanto, trasciende a un periodo cronológico y se vincula a una actitud y a un estado de la mente.

Los códigos vinculados a esta etapa (ver Tabla 4.10), corresponden a los establecidos en las cinco subcategorías que siguen:

- 2.1 *INDEPENDENCIA (IND_)*. Vinculada a un cambio en el modo de vida, el tránsito hacia la emancipación y el significado para la persona.
- 2.2 *DESCENDENCIA (DESC_)*. Tras la concepción de un hijo, como es vivida la paternidad o maternidad a partir de ese momento.
- 2.3 *Actividad laboral (ALAB_)*. Procedencia de los recursos económicos. Si ejerce un trabajo que le permita ser autónomo y el desempeño en este ámbito.
- 2.4 *DROGAS (DRO_)*. Consumo de drogas como el alcohol u otras sustancias psicoactivas. Conocer cómo y cuándo ocurren las primeras ingestas con alcohol y otras sustancias; que circunstancias le llevan a mantener e incrementar ese consumo, percepción de cambios en el carácter, la conducta del entorno próximo, repercusiones y situaciones problemáticas.
- 2.5 *TRATAMIENTOS (TRAT_)*. Realizar alguna terapia anterior, o a través de profesionales expertos y diferentes modalidades, tras la aceptación del alcoholismo, previos a AA.

Dimensión: *ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA_)*.

Refleja con mayor o menor intensidad una situación trascendental en la vida de la persona dependiente, y es que se hace consciente de su realidad, al mismo tiempo que decide abandonar el consumo de alcohol con la ayuda de la

comunidad de AA. De esta manera, en la siguiente tabla 4.11, se detallan las categorías y subcategorías principales junto a la dimensión a la que pertenece:

Tabla 4.11. Sistema categorial de análisis de la Dimensión de AA.

SISTEMA GATEGORIAL DE ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN: AA		
DIMENSIÓN	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)	3. INICIO (I)	3.1 CONTACTO (Cont) 3.2 DESENCADENANTE (Des) 3.3 EXPECTATIVAS (Expt) 3.4 VIVENCIAS (Viv) 3.5 ENTREVISTA (Entr)
	4. FINALIDAD (FIN)	4.1 OBJETIVO (Obj) 4.2 EFICACIA (Efic)
	5. RITUALES (RIT)	5.1. GRUPO BASE (GrBa) 5.2. FRECUENCIA (Frec) 5.3. APADRINAMIENTO (Apad) 5.4. SERVICIOS (Serv) 5.5. ANIVERSARIO (Aniv) 5.6. BIBLIOGRAFÍA (Biblio) 5.7. LOGO o EMBLEMA DE AA (Log) 5.8. ESPIRITUALIDAD (Esp) 5.9. RECIPROCIDAD (Recp) 5.10. HOMBRES y MUJERES (H y M) 5.11. TEMÁTICAS (Tem) 5.12. AUTONOMÍA DE LOS GRUPOS (AutGr) 5.13. ANONIMATO (Anon)
	6. SEGUIMIENTO (SEG)	6.1. CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD (CambPers) 6.2. MMH (MMH) 6.3. ESTIGMATIZACIÓN (Est) 6.4. ASPECTOS NEGATIVOS (AspNeg)

3) **INICIO (AA_I_)**. Se explora la experiencia vivida en el periodo inicial de la persona recién llegada a un grupo de AA. y se divide en 5 subcategorías relacionadas a continuación:

3.1 *Contacto (Cont_)*. La vía por la cual conoce los grupos o comunidades; si es a través de un familiar o amigo, de un profesional, de otro miembro de AA o de un medio divulgativo.

3.2 *Desencadenante (Des_)*. Existencia de algún acontecimiento concreto que desencadene la decisión de buscar ayuda para tratarse.

3.3 *Expectativas (Expt_)*. Suponer o hacer conjeturas sobre lo que acontecerá al comienzo con otros miembros del grupo.

3.4 *Vivencias (Viv_)*. Narraciones sobre lo que se recuerda en este periodo inicial. Como la acogida del grupo y anécdotas de la persona entrevistada.

3.5 *Entrevista (Entr_)*. Tiempo transcurrido desde el comienzo en AA y el día en el que se realiza la entrevista.

4) **FINALIDAD (FIN)**.

4.1 *Objetivo (Obj_)*. Definir el propósito esencial de AA.

4.2 *Eficacia (Efic_)*. Interpretar el proceso de ayuda recibido y destacar lo más relevante de la filosofía o del funcionamiento de estos grupos.

5) **RITUALES (AA_RIT_)**. Protocolos y liturgias que caracterizan el programa de las 12 Tradiciones en un grupo o comunidad de AA. En ella (ver Tabla 4.3) han sido codificadas 13 subcategorías que serán descritas en el análisis.

6) **SEGUIMIENTO (AA_SEG_)**. Describir las transformaciones percibidas, relacionadas con la conducta y actitudes de comportamiento, la vivencia de ser aceptado por su condición de AA o, al contrario, ser excluido o sentirse estigmatizado. Por último, se recogen las opiniones sobre los aspectos negativos sobre la filosofía y funcionamiento de la comunidad de AA.

Dimensión: *RECUPERACIÓN (RE_)*.

Recoge el significado de la ayuda y qué cambios se han producido a lo largo del tiempo. Las subcategorías de esta dimensión se relacionan con cambios a nivel personal y los que se producen en relación a los demás, en cualquier aspecto de la vida social. Se destacan en el carácter, formas nuevas de relacionarse y de ocio, evitar la ingesta de alcohol, es decir, las características más relevantes que emergen durante la entrevista y que forman parte de la ayuda recibida a través de estos grupos.

Tabla 4.12. Sistema categorial de análisis de la Dimensión: RE.

SISTEMA GATEGORIAL DE ANÁLISIS DE LA DIMENSIÓN: RE		
DIMENSIÓN	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
RECUPERACIÓN (RE)	7. PERSONAL (PER)	7.1 AUTONOMIA PERSONAL (AutPers) 7.2 SALUD (Sal) 7.3 SOBRIEDAD (Sob) SENTIDO DE LA VIDA (SentVid)
	8. EN COMUNIDAD (COM)	8.1 SOCIAL y RELACIONES (RelSol) 8.2 FAMILIAR (famr) 8.3 ECONOMÍA (Econ) FUTURO (Fut)

Para finalizar el proceso de categorización, en la tabla 4.13, se describen de manera agrupada la totalidad de códigos obtenidos que se relacionan con las temáticas de cada subcategoría, categorías (8) y dimensiones (3) obtenidas en este proceso. Estas se irán detallando posteriormente en el proceso de presentación y análisis de los resultados.

Tabla 4.13. Dimensiones, categorías, subcategorías y su codificación.

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	Temática de la subcategoría	CÓDIFICACIÓN
CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD ALCOHÓLICA (CIA)	INFANCIA (I) Período del ciclo vital que incluye la infancia y la adolescencia.	ETAPA ESCOLAR (EE) Se registra la experiencia como estudiante y resultados obtenidos así como las vivencias de la etapa de escolarización.	EXPERIENCIA COMO ESTUDIANTE (ExEs) - Buen estudiante (be) - Poco motivado pero superando los cursos (pm) - Mal estudiante con dificultades en superar los cursos (me) VIVENCIA COMO ESTUDIANTE (VIEs) - Dura: en relación con el profesorado (dur) - Complicada: con conflictos de adaptación (comp) - Buena: buenos recuerdos y vivencias (bue)	CIA_lee_ExEs_be CIA_lee_ExEs_pm CIA_lee_ExEs_me CIA_lee_VIEs_dur CIA_lee_VIEs_comp CIA_lee_VIEs_bue
	Adolescencia: período comprendido desde los 12 hasta los 18 años Infancia: período comprendido desde los 0 hasta los 12 años	RELACIONES (REL) Se distinguen los estilos de relación en tres ámbitos específicos: la relación de convivencia dentro del núcleo familiar enfatizando los hábitos, costumbres y recuerdos destacados; las relaciones de amistad y el vínculo que les asociaba y las de intimidad o afectivas con personas de otro sexo, entre iguales o parejas	FAMILIA (Fam) - Número de hermanos de la persona entrevistada (her) - Celebraciones familiares: como transcurrían y si el alcohol tenía un protagonismo destacado o no en ellas (cel) - Costumbres familiares: hábitos reiterados de funcionamiento (cost) - Existencia de algún familiar alcohólico (falc) - Vivencias o recuerdos específicos en la familia que marcaron su infancia (viv) AMISTAD (Ami) Qué tipo de relación se estableció con los amigos: - Intimidad (int) - Competencia (comp) - Iguales: los escoges para hacer lo que te gusta, y no al revés (igu) Procedencia de los mismos: - Del colegio (col) - De barrio (bar) - De otros ámbitos (amb)	CIA_REL_Fam_her CIA_REL_Fam_cel CIA_REL_Fam_cost CIA_REL_Fam_falc CIA_REL_Fam_viv CIA_REL_Ami_int CIA_REL_Ami_comp CIA_REL_Ami_igu CIA_REL_Ami_col CIA_REL_Ami_bar CIA_REL_Ami_amb CIA_REL_int

		<p>OCIO y TIEMPO LIBRE (OTL) Tipo de actividades preferidas, hobbies o lo que le gustaba realizar en su tiempo libre.</p> <p>SENTIMIENTOS (SENT) Emociones o sentimientos que predominan durante la infancia y que emergen en la entrevista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deportes (dép) - Motos (mot) - Salir de "copas" a bares o discotecas (cop) - Casera: escribir diario, escuchar música (cas) - Gamberradas: llamar a timbres, poner petardos (gam) - Aventuras (ave) - Nada: no le gustaba divertirse (nad) <p>SENTIMIENTOS POSITIVOS (SentPos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feliz (fel) - Responsable (res) <p>SENTIMIENTOS NEGATIVOS (SentNeg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soledad (sol) - Gris (gri) - Difícil (dif) - Complejos (com) - Envidia (env) - Celos (cel) - Falta de autoestima (fau) - Rebeldía (reb) - Rechazo (rec) - Solitaria (shi) - Intento de suicidio (ids) - Incomprensión (inc) 	<p>CIA_IOTL_dep CIA_IOTL_mot CIA_IOTL_cop CIA_IOTL_cas CIA_IOTL_gam CIA_IOTL_ave CIA_IOTL_nad</p> <p>CIA_ISENT_SentPos_fel CIA_ISENT_SentPos_res</p> <p>CIA_ISENT_SentNeg_sol CIA_ISENT_SentNeg_gri CIA_ISENT_SentNeg_dif CIA_ISENT_SentNeg_com CIA_ISENT_SentNeg_env CIA_ISENT_SentNeg_cel CIA_ISENT_SentNeg_fau CIA_ISENT_SentNeg_reb CIA_ISENT_SentNeg_rec CIA_ISENT_SentNeg_shi CIA_ISENT_SentNeg_ids CIA_ISENT_SentNeg_inc</p>
--	--	--	--	---

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	Temática de la subcategoría	CODIFICACIÓN
CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD ALCOHÓLICA (CIA)	MADUREZ (M) Periodo del ciclo vital que se inicia aproximadamente a partir de los 18 años	INDEPENDENCIA (IND) Vinculada a un cambio en el modo de vida, el tránsito hacia la emancipación y el significado para la persona.	<ul style="list-style-type: none"> - Solo (sol) - En grupo (gru) - En pareja (par) - Matrimonio (matr) - Intermite: cambios frecuentes de ubicación y de pareja (int) 	CIA_M_IND_sol CIA_M_IND_gru CIA_M_IND_par CIA_M_IND_matr CIA_M_IND_int
		DESCENDENCIA (DESC) Tras la concepción de un hijo, como es vivida la paternidad o maternidad en ese momento.	<ul style="list-style-type: none"> - Hijos (hij) - Rol de padre (rp) - Rol de madre (rm) 	CIA_M_DESC_hij CIA_M_DESC_rp CIA_M_DESC_rm
		ACTIVIDAD LABORAL (ALAB)	Procedencia de los recursos económicos. Si ejerce un trabajo que le permita ser autónomo y el desempeño en este ámbito.	CIA_M_ALAB
		DROGAS (DRO) Consumo de drogas como el alcohol u otras sustancias psicoactivas.	PRIMERAS EXPERIENCIAS (PrimExpr) - Alcohol (alc) - Otras drogas (otr) CONSOLIDACION DE LA DEPENDENCIA (ConDep) - Solo alcohol (salc) - Politoxicomania (pol)	CIA_M_DRO_PrimExpr_alc CIA_M_DRO_PrimExpr_otr CIA_M_DRO_ConDep_salc CIA_M_DRO_ConDep_pol
		Cuando se experimentan las primeras ingestas con estas sustancias, que circunstancias le llevan a mantener e incrementar ese consumo, en ese recorrido o carrera en el tiempo, como se construye la identidad alcohólica (o persona dependiente).	PAUTAS o MODOS DE INGESTA (PauIng) Social (soc) - En casa (cas) - Desencadenante: situación de estrés previa a la ingesta (des) - Protocolizado: habituado a un ritual o pauta recurrente (pro)	CIA_M_DRO_PauIng_soc CIA_M_DRO_PauIng_cas CIA_M_DRO_PauIng_des CIA_M_DRO_PauIng_pro
			CARACTER (Car) - Ansioso (ans) - Agresividad (agr) - Tranquilo (tran) - Desinhibido (deh) - Resacas (res) - Mentiras (men) - Enfados (enf) - Compulsividad (comp) - Evasión (eva) - Conflicto con la autoridad (cau)	CIA_M_DRO_Car_ans CIA_M_DRO_Car_agr CIA_M_DRO_Car_tran CIA_M_DRO_Car_deh CIA_M_DRO_Car_res CIA_M_DRO_Car_men CIA_M_DRO_Car_enf CIA_M_DRO_Car_comp CIA_M_DRO_Car_eva CIA_M_DRO_Car_cau

	<ul style="list-style-type: none"> - Promiscuidad (pro) - Falta de autoestima: miedos, inseguridades, complejos (fau) 	CIA_M_DRO_Car_pro CIA_M_DRO_Car_fsu
	<p>CONCIENCIA r/c ALCOHOLIZACIÓN (Conc)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalización (nor) - Incomprensión (inc) - Dismulso (dis) - Adquiere conciencia de su realidad (rea) - Necesidad de poner fin a su problema de dependencia (stop) 	CIA_M_DRO_Conc_nor CIA_M_DRO_Conc_inc CIA_M_DRO_Conc_dis CIA_M_DRO_Conc_rea CIA_M_DRO_Conc_stop
	<p>PRESIÓN/APOYO DEL ENTORNO (PreEnt)</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se percibe presión (no) - No se manifiesta encubriendo un comportamiento anómalo (nop) - Si se manifiesta la presión (si) - Se percibe un apoyo incondicional (apo) - Se percibe un apoyo co-dependiente (cod) 	CIA_M_DRO_PreEnt_no CIA_M_DRO_PreEnt_nop CIA_M_DRO_PreEnt_si CIA_M_DRO_PreEnt_apo CIA_M_DRO_PreEnt_cod
	<p>REPERCUSIONES (Rep)</p> <ul style="list-style-type: none"> - En relación a la salud (sal) - En las relaciones (rel) - Desbordado (des) - Vida ingobernable (ing) 	CIA_M_DRO_Rep_sal CIA_M_DRO_Rep_rel CIA_M_DRO_Rep_des CIA_M_DRO_Rep_ing
	<p>PERIODO DE CONSUMO (PerCons)</p> Valorado en su totalidad por la persona entrevistada	CIA_M_DRO_PerCons
	<p>TRATAMIENTOS ANTERIORES SIN RECONOCIMIENTO</p>	CIA_M_TRAT_Ant
<p>TRATAMIENTOS (TRAT) Realizar alguna terapia anterior ocultando el problema del alcoholismo o posterior a la aceptación del mismo (y antes de contactar con AA).</p>	<p>TRATAMIENTOS POSTERIORES AL RECONOCIMIENTO DEL ALCOHOLISMO (Post)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psiquiatra/Psicólogo (psi) - CAS (cas) - Centros de deshabituación (cdd) - En otros países (ext) - De manera autónoma (dma) 	CIA_M_TRAT_Post_psi CIA_M_TRAT_Post_cas CIA_M_TRAT_Post_cdd CIA_M_TRAT_Post_ext CIA_M_TRAT_Post_dma

SEGUIIMIENTO (SEG)	SERVICIOS (Serv) Los cargos o servicios internos	- Significado de los servicios (sig) - Tipo de servicio realizado (tip)	AA_RIT_Serv_sig AA_RIT_Serv_tip
	ANIVERSARIO (Aniv) Se celebra anualmente a partir de la fecha de entrada y simboliza los años de permanencia		AA_RIT_Aniv
	BIBLIOGRAFIA (Biblio) Conocimiento y utilidad de el "Libro Grande" de AA donde se recogen los 12 pasos y las 12 tradiciones.	- Conocimiento de la bibliografía (con) - Utilización de la bibliografía (uti)	AA_RIT_Biblio_con AA_RIT_Biblio_util
	LOGO O EMBLEMA DE AA (Log) Significado e importancia que tiene.		AA_RIT_Log
	ESPIRITUALIDAD (Esp) Transformaciones relacionadas con las creencias religiosas o espirituales que forman parte del programa		AA_RIT_Esp
	RECIPROCIDAD (Recp) Sentimiento o necesidad de "devolver" la ayuda	- Relación con el PASO 12	AA_RIT_Recp
	HOMBRES y MUJERES (HyM) Relaciones dentro de la comunidad.		AA_RIT_HyM
	TEMATICAS (Tem) Aquellas que se evitan o no pueden ser abordadas		AA_RIT_Tem
	AUTONOMIA DE LOS GRUPOS (AutGr) La importancia de mantenerse con las aportaciones de los miembros y no depender de ninguna entidad		AA_RIT_AutGr
	ANONIMATO (Anon) Permanencia en el anonimato como tradición de AA		AA_RIT_Anon
	CAMBIO EN LA PERSONALIDAD (CambPers) Describir las transformaciones de conducta y la actitud		AA_SEG_CambPers
	MMH (MMH) Si se realizan al mismo tiempo otros tratamientos		AA_SEG_MMH
	ESTIGMATIZACIÓN (Est) Sentimiento de exclusión o rechazo social		AA_SEG_Est
	ASPECTOS NEGATIVOS (AspNeg) Del funcionamiento de los grupos o comunidades AA		AA_SEG_AspNeg

DIMENSION	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	Temática de la subcategoría	CODIFICACIÓN	
RECUPERACIÓN (RE)	PERSONAL (PER)	AUTONOMÍA PERSONAL (AutPers)	Tiempo necesario para conseguir un funcionamiento autónomo desde el inicio en AA	RE_PER_AutPers	
		SALUD (Sal)	Estar en tratamiento por problemas de salud generados en la etapa alcohólica y querer generar nuevos hábitos o prácticas para alcanzar un estilo de vida más saludable.	RE_PER_Sal	
		SOBRIEDAD (Sob)	Condiciones para mantenerse alejado del consumo de alcohol, a pesar de haber sufrido alguna recaída o sustituir el alcohol por otra adicción. ¿Cuál es el planteamiento para alcanzar la sobriedad?	RE_PER_Sob	
		SENTIDO DE LA VIDA (SentVid)	La búsqueda de una nueva vía de enfrentarse a los sentimientos, a las emociones, que transforme el sentido que tienen sus vidas.	RE_PER_SentVid	
		EN COMUNIDAD (COM)	SOCIAL Y RELACIONES (RelSol)	Lo que me gusta hacer, nuevos hábitos, nuevas relaciones afectivas, con amigos de la comunidad u otros ámbitos	RE_COM_RelSol
			FAMILIAR (Famr)	Posibles cambios ocurridos en este entorno, como el acercamiento con la familia cuando las relaciones estaban deterioradas o el alejamiento al ser conscientes de haber mantenido una relación que les perjudicaba.	RE_COM_Famr
			ECONOMÍA (Eco)	Conocer la situación económica actual y la fuente de ingresos: no trabajar, intentar encontrar uno nuevo, mantener la misma actividad laboral que ya realizaba	RE_COM_Eco
			FUTURO (Fut)	¿Cómo se imagina el futuro? Expectativas y retos que se plantea a partir de ahora.	RE_COM_Fut

4.2.3. Análisis e interpretación del contenido

Este apartado presenta los resultados definitivos del análisis en tres bloques:

- 4.2.3.a) Resultados sociodemográficos de los participantes
- 4.2.3.b) Resultados de las Entrevistas relativos a la construcción de la identidad alcohólica (Infancia y Madurez)
- 4.2.3.c) Resultados de la Entrevista relativos a AA y al proceso de Recuperación

4.2.3.a) Resultados sociodemográficos de los participantes

A modo de introducción presentamos los datos sociodemográficos que sirven para contextualizar a las nueve personas entrevistadas (Tabla 4.14.) y que se obtienen al inicio de la entrevista:

Tabla 4.14. Datos sociodemográficos de los entrevistados.

INFORMACIÓN GENERAL	CODIFICACIÓN	TOTAL
GÉNERO (GEN) de la persona entrevistada		
- Masculino (m)	D_GEN_m	5
- Femenino (f)	D_GEN_f	4
EDAD (EDA) establecida en 4 parámetros		
- De 20 a 30 (I)	D_EDA_I	1
- De 31 a 40 (II)	D_EDA_II	4
- De 41 a 50 (III)	D_EDA_III	3
- De 51 a 60 (IV)	D_EDA_IV	1
NIVEL DE ESTUDIOS (NDE)		
- Primaria (pri)	D_NDE_pri	0
- Secundaria (sec)	D_NDE_sec	2
- Formación Profesional (fp)	D_NDE_fp	1
- Diplomatura (dip)	D_NDE_dip	2
- Licenciatura (lic)	D_NDE_lic	4
ORIGEN (ORI) procede de otros países (diferentes de España)		
- México (mex)	D_ORI_mex	1
- Americana (usa)	D_ORI_usa	1

El total de personas entrevistadas es de 9, siendo 5 hombres y 4 mujeres, de entre 30 años de edad la más joven y 51 años el de más edad. La distribución de edades se establece en 4 periodos de 10 años, en los que tienen mayor representatividad las franjas intermedias con 4 entrevistados de entre 31 a 40 años, 3 de 41 a 50 años y un representante en las franjas de mayor y menor edad. El nivel de estudios adquirido según la titulación adquirida es de 4 personas con diferentes Licenciaturas (Medicina, Economía, Derecho y Antropología), 2 personas con Diplomaturas (Estadística e Idiomas); 1 persona que cursó Formación Profesional y las 2 restantes que finalizaron sus estudios en Secundaria. Por último, respecto al origen de las 9 personas entrevistadas, 7 son de nacionalidad española y residentes en Cataluña, mientras que los 2 restantes distinguimos uno de origen mexicano y otra norteamericana.

4.2.3.b) Resultados de las Entrevistas relativos a la construcción de la identidad alcohólica (Infancia y Madurez)

La información de cada categoría se expone del siguiente modo: primero se explica o define el significado del código y posteriormente se explican las respuestas obtenidas con algunos extractos textuales,⁷⁰ que han sido considerados más significativos extraídos del análisis.

Resultados de la Categoría <<Infancia>>

Cabe destacar de la ETAPA ESCOLAR (CIA_I_EE_) diferentes aspectos como el nivel de estudios alcanzado, la experiencia como estudiante y las vivencias de esa época.

- Experiencia como estudiante (ExEs_). Teniendo en cuenta que 4 de los entrevistados obtienen el nivel de Licenciatura, la tendencia más frecuente oscila entre ser “buen estudiante” (be) y la de poco motivado pero superando los cursos (pm). El perfil de “mal estudiante con dificultades en superar los cursos” (me), se observa en quienes no han finalizado la enseñanza secundaria, con el abandono de los estudios al inicio del bachillerato (coincide en 2 casos con el cambio del antiguo centro escolar al Instituto).

⁷⁰ En los extractos textuales (quotations/citas) se conservará el idioma de origen, castellano o catalán, sin traducir con la finalidad de ser fieles al contenido.

- Vivencia como estudiante (**ViEs**). El código que explica la relación dura (dur) o complicada como estudiante, se refiere a los conflictos de adaptación (comp), que coinciden con un cambio del centro escolar habitual (2/9). La mayoría de los entrevistados manifiestan buenos (bue) recuerdos y vivencias en esta etapa..

En cuanto a las RELACIONES FAMILIA (**CIA_I_REL_Fam_**) además de la composición familiar infirieron aspectos como las celebraciones y las costumbres familiares, la existencia de algún familiar alcohólico, así como las vivencias o recuerdos específicos en la familia que marcaron su infancia.

- Número de hermanos de la persona entrevistada (**her**). Si bien existe una amplia variabilidad, siendo la familia más numerosa de 4 hermanos con representación de 3, 2 y de un solo hijo. Existe una tendencia a ocupar el segundo lugar, tanto en familias numerosas de cuatro hermanos, como de tres o dos hermanos (5ent./9). En el exclusivo caso de no tener ningún hermano, es decir, ser hijo único se da la peculiaridad de haber sido adoptado y que descubre una vez fallecidos ambos progenitores.
- Celebraciones familiares; como transcurrían y si el alcohol tenía un protagonismo destacado o no en ellas (**cel**). Todos los entrevistados mencionan que en las celebraciones tradicionales familiares siempre estaba presente el alcohol como ritual de obligado consumo en cualquier celebración familiar, sin embargo, las cantidades ingeridas establecen dos pautas o grupos diferenciados. La pauta que comparten, tres de las familias, se refiere a que no solían beber alcohol casi nunca en el día a día familiar, si bien, mantenían la costumbre de brindar con una copa de cava en las celebraciones y fiestas especiales. En una de ellas, caracterizada por un consumo muy moderado, su hija nos revela que su padre era alcohólico, a pesar de que nunca lo vio bebiendo (tabla 4.15, cita E 8). Lo que diferencia a las seis familias restantes (6/9), es el consumo de bebidas alcohólicas con mucha frecuencia, en gran cantidad y, con más motivo, en las celebraciones familiares. Circunstancia que provoca, en incontables ocasiones, conductas agresivas, peleas y discusiones entre familiares (tabla 4.50, cita E6-E7).

- Costumbres familiares: hábitos reiterados de funcionamiento (**cost**). Todas las personas entrevistadas recuerdan que la presencia de bebidas alcohólicas en sus hogares era acostumbrada y su consumo estaba totalmente normalizado tanto en sus casas y como socialmente. De hecho, en dos casos similares, refieren que el lugar más frecuentado durante esta etapa fue el Restaurante (negocio familiar) que se convirtió casi en un segundo hogar. Una hija recuerda que sus padres bebían habitualmente e incluso de forma excesiva cuando estaban trabajando y continuaban después si venían amigos o salían. Sobre la actitud tolerante de los padres para con los hijos, aportamos el relato de la más joven de las cuatro mujeres que participaron en las entrevistas (tabla 4.15, cita E6). La tolerancia social frente al alcohol en cualquier ámbito, la comparten todos los entrevistados. Adjuntamos la opinión del médico de profesión (tabla 4.15, cita E2), entendiendo que la falta de concienciación en aquella época era generalizada.

En la selección muestra se, se incluyeron a un hombre mexicano y a una mujer norteamericana, cuyos países de origen mantienen costumbres culturales diferenciadas que, a su vez, se transmiten a la población generando valores y hábitos normalizados culturalmente. Ambos detallaron la importancia de esos aspectos especialmente en la etapa de la infancia (tabla 4.15, cita E3-E4).

- Existencia de algún familiar alcohólico (**falc**). En seis de las entrevistas (6/9) se constata la existencia de un familiar alcohólico o con problemas relacionados con la bebida. En ningún caso a estos familiares se les diagnosticó como alcohólicos ni por lo tanto fueron tratados. En el entorno familiar percibían que se trataba de un problema causado por consumo de alcohol, a pesar de lo cual, evitaban hablar de ello e incluso se ocultaba. La relación del familiar alcohólico con el entrevistado se relaciona en dos casos con un abuelo, en dos más con el padre, con la madre en un caso y con uno de los hermano en el último.
- Vivencias o recuerdos específicos en la familia que marcaron su infancia (**Viv**). Tras el análisis de los relatos sobre vivencias familiares significativas,

se han identificado cuatro temáticas diferenciadas: a) Detectar un problema de personalidad; b) La figura de un padre dominante y agresivo; c) Sentimiento de ausencia, alejamiento y poca atención recibida por sus padres; d) La vivencia de una infancia traumática.

- a) Solo en un caso, reconoce que tenía problemas de personalidad desde muy joven, y que sus padres tendrían que haberle llevado a algún psicólogo para tratar los cambios de humor y rarezas de su carácter. Sin embargo, no pretende responsabilizar ni juzgar a sus padres por no haberlo hecho ya que destaca que su familia no tenía la formación necesaria. Los define como “buena gente” que se dedicaron a trabajar en el restaurante para sacar a sus hijos adelante (tabla 4.15, cita E1).
- b) Otros dos casos comparten una vivencia similar en relación a la figura y conducta del padre en sus familias. Lo describen como una persona maltratadora que castigaba a los hijos y después venía el premio. Una especie de relación de dependencia, en la que se alternaban conductas de amor-odio como un juego perverso. Escenarios familiares que se asemejan aunque en el segundo caso se trata de un padre alcohólico (tabla 4.15, cita E2-E9).
- c) En este grupo de 3 casos, con vivencias similares (2 mujeres y 1 hombre), destacan el sentimiento de soledad, de ausencia o alejamiento de los padres y la poca atención recibida por ellos. El recuerdo de una madre enferma durante varios años, el deseo de querer provocar mayor atención mediante un comportamiento transgresor y la ausencia o poca atención recibida por sus padres, con un sentimiento de decepción en los tres casos (tabla 4.15, cita E5-E6-E8).
- d) Experiencias que marcaron su infancia, en ambos casos, relacionadas con procesos de desestructuración familiar. Se describe a una madre alcohólica e inestable; un divorcio traumático que segrega a las hermanas; escaso cuidado, control y atención hacia las hijas. El segundo escenario refleja a unos padres, bebedores habituales, volcados en el negocio familiar (Restaurante) y con muy poca dedicación al cuidado de sus cuatro hijos –el hermano mayor con problemas de drogas y psiquiátricos; una hermana se suicida– (tabla 4.15, cita E4-E7).

Tabla 4.15. Citas textuales en torno a la categoría «Infancia».

SUBCAT	CÓDIGO	CITA
Relaciones (REL) Familia (Fam)	CIA_I_RE L_Fam_cel	<p>[E8:94] <i>No massa, es que a casa meva, mai han begut per dinar ni ... i per Nadal si que allà hi havia, a casa dels meus avis o meva, si que hi havia, rés, una copa de cava ... Però el pare a casa no hi ha begut mai, no s'ha begut mai a casa, i els altres bevien però tampoc ... a més jo sempre deia que no beuria mai perquè sabia que el meu pare ... però jo no l'havia vist mai beure al pare.</i></p> <p>[E6:93] <i>Si en mi casa siempre, en este tipo de celebraciones siempre se ha bebido mucho en casa, a parte era una celebración que se esperaba pero luego siempre acababa en discusión, siempre. Era una pasada porque se reunían los hermanos, yo me recuerdo de mis tíos, no?, yo era más pequeña y siempre era esa sensación de que se reunían, el alcohol había mucho, en mi casa se ha bebido mucho y siempre acaban discutiendo, entre mis abuelos, entre los hermanos, yo y mis primos llorando, bueno, siempre ha sido así". (...)</i> "me acuerdo de levantarnos mis primos y yo al día siguiente, no? y haber dejado las botellas en fila mis padres y mis tíos, claro en aquel entonces tendrían treinta y pico años ellos, relativamente jóvenes y nosotros hemos vivido así, si, si, el alcohol tenía que ver, [E7:87] <i>Ahhh, siempre acababa en bronca, o sea, sabíamos que siempre acabaría en bronca. Porque mi padre se acababa poniendo agresivo al final.</i></p>
	CIA_I_REL _Fam_cost	<p>[E2:69] <i>Si bueno yo recuerdo, que si supongo que sí pero yo en aquella época era muy pequeño y no tenía conciencia de que era eso del alcohol, es algo que utilizaban los mayores, por lo menos en una época muy temprana mía, no? Más adelante sí que fui tomando conciencia de esto de que era una cosa que utilizaba la gente, posteriormente he visto que es algo que utiliza nuestra sociedad y bueno, pues, allí está. En mi casa siempre había alcohol, esto es importante de cara a otras etapas, en mi casa como en otras muchas casas se utilizaba el alcohol como algo habitual.</i></p> <p>[E6:100] <i>Si claro, si, si, bebía más de dos copitas pero delante de mis padres y delante de... es que no le han dado importancia ya te digo.</i></p> <p>[E3:86] <i>Bueno, soy mexicano entonces las familias mexicanas tienen un concepto de las fiestas digamos diferentes, no? o particular, no? supongo que los ecuatorianos tienen un modelo o los latinoamericanos tenemos uno, los europeos otro, etc. Y lo curioso es que en las fiestas de mi pueblo y en mi familia, mi familia es muy numerosa. Más allá de mi familia, del núcleo familiar, o sea, padres e hijos, los hermanos de mi madre los hermanos de mi padre, los primos hermanos de mi madre, los primos hermanos de mi padre, las abuelas, no? o los cuatro</i></p>

	<p><i>abuelos por ambas partes. Entonces esto hace una familia muy numerosa que cuando nos reuníamos en el pueblo o cuando nos reunimos aún las fiestas son muy grandes, no? ehhh en pocas ocasiones nos reuníamos la familia como tal, en mi pueblo. Y en estas fiestas se bebe a cantidades industriales, la gente bebía, la gente bebe aún. La gente bebe, bebe porque es normal, porque es normal que termines hasta el huevo. Porque es normal.</i></p> <p><i>[E4:83] Si pero yo creo que aquí es mucho más social, lo del alcohol, en EEUU a ver hay un problema si alguien se queda en casa y bebe, no? y bebe mucho, aquí hay mucha más oportunidad social de beber, ahí no, no es tanto, por ejemplo es impensable beber al medio día, no? si no eres una persona que siempre va a un restaurante francés y bebe vino pero esto no pasa en EEUU, se come muy poco al medio día y estás dentro del horario de trabajo y nadie, es que si pides una cerveza la gente realmente se escandaliza, claro, aquí no, tu puedes estar todo el día bebiendo tranquilamente y dentro de las normas de cultura digamos.</i></p>
<p>CIA_I_REL _Fam_Viv</p>	<p><i>[E2:79] Era muy rígido y los castigos suyos, pero como yo luego rectificaba pues él venía luego y entonces venía el premio. Mi padre murió hace muchos años, nunca se trató, nadie llegó a tomar conciencia de esto, sólo al cabo de los años he entendido muchas actitudes, muchos comportamientos no solamente de mi padre sino también de todas las personas que componían la familia no? Era algo que se tapaba, se esconde y que la gente rechaza, pues se prefiere padecer cualquier otra cosa que no sea... una cosa que suena tan mal en ciertos sectores como es la palabra alcoholismo.</i></p> <p><i>[E9:72-73] Mi padre era gritón, energúmeno, mandón, intolerante dominador....</i></p> <p><i>[E5:214] Mi madre que estuvo enferma durante 5 años ... de hecho tuvo tres ataques de meningitis, cada vez más y yo estuve un tiempo que no vivía en casa porque en aquella época no podía ni estar en los hospitales porque podía ser contagioso, en las clínicas privadas no la dejaban estar, entonces a mí no me dejaban estar en casa, estaba en casa de unos amigos ... y bueno supongo que esto de alguna manera me marcó un poquitillo, no? porque esto era a los 14 o 15 años y estuve como 6-7 meses fuera de casa viviendo muy a mi aire.</i></p> <p><i>[E6:179-181] ...bueno, si la fiesta empezaba a las 21h, yo recuerdo que me estaban llevando a casa a las 8.30 o así, yo no me acuerdo de nada, pero ves, de mis padres no tuve una gran bronca Sí, sí, sí, sí que se daban cuenta, pero es que no me echaron nunca grandes broncas, eh? además buscaba una reprimenda pero, sí que he tenido, no? broncas, pero no lo yo quería encontrar, a castigada, sin salir...</i></p>

[E8:182] *La mare viatjava molt, el pare com la mare viatjava aprofitava per veure alcohol, la meva germana també es buscava la vida ràpid, s'anava a casa d'uns amics i es que no recordo cap control ... me'n recordo un dia que la mare em va dir: has pres algo no sé que ... i jo havia pres caball i tenia 16 anys i li vaig dir que sí, que havia fumat un porro, simplement un mal menor...: -ohh per favor...!!*

Resultados de la categoría «Madurez»

A su vez, la subcategoría DROGAS (DRO) recorre las primeras experiencias con el alcohol y otras drogas, la consolidación de la dependencia, las pautas o modos de ingesta, nivel de conciencia de la alcoholización, la presión o apoyo del entorno y las repercusiones de este periodo.

- Primeras experiencias: alcohol y otras drogas (**CIA_M_DRO_PrimExp**). La información obtenida en este código describe unos precedentes bastante homogéneos de las primeras experiencias en el consumo de alcohol y otras drogas. Entendemos que no se refiere a la primera vez que una persona prueba el alcohol, como podrían ser el sinnúmero de ejemplos practicados en un pasado relativamente cercano (introducir el chupete en alcohol, agua del Carmen para una indisposición, mojar el pan en vino y azúcar, en un guiso, etc.), sino a la experiencia de ser consciente de que se ingiere una sustancia que tendrá unos efectos en el organismo. Las edades inicio con el alcohol son tempranas, estando situadas entre los 12 y 16 años, franja de edad que en la que están situadas todas las mujeres entrevistadas (tabla 4.16, cita E4-E6-E7-E8). Con respecto a los hombres, tres casos (tabla 4.16, cita E1-E3-E5) coinciden con el parámetro anterior y, en dos casos, sitúan sus primeras experiencias a edades más avanzadas entre 16 y 18 años (tabla 4.16, cita E2-E9).

No son escasas las primeras experiencias que se realizan con otras drogas como son la marihuana, pastillas, y heroína (tabla 4.16, cita E5-E7-E8). Posteriormente, se incorpora el alcohol como sustancia habitual de consumo además de las mencionadas en primer lugar.

- Consolidación de la dependencia (**CIA_M_DRO_ConsDep**). El periodo de inicio con el alcohol o drogas se va repitiendo en el tiempo, aumentando la frecuencia y la intensidad de consumo. La carrera hacia la dependencia es progresiva y existe lo que llaman “una línea imaginaria” que se cruza en un momento dado, a partir de la cual, van desapareciendo los efectos placenteros o útiles que proporcionaba el alcohol/drogas para experimentar un displacer del que no se es consciente hasta que se interrumpa el consumo. Se constata que en la dependencia exclusivamente basada en ‘solo alcohol’ (salc) se establece en un 1 caso (tabla 4.16, cita E2) entre 9. Los 8 restantes mantienen un consumo alterno, parejo o intermitente con otro tipo de drogas y, por lo tanto, se incluyen en la ‘politoxicomanía’ (pol) (tabla 4.16, citas E1-E3-E4-E5-E6-E7-E8-E9).
- Pautas o modos de ingesta (**CIA_M_DRO_Paulng**). La manera de beber, el lugar donde se hace, el motivo que puede disparar el consumo e incluso un protocolo de actuación en algunos caso son respuestas obtenidas en este código.
 - a) Social (soc). El escenario social del que partimos tiene unas premisas o valores asociados que podemos llamar representaciones sociales. En nuestro contexto somos muy tolerantes y proclives al consumo de bebidas alcohólicas. No existen restricciones en cuanto a la venta de estos, al contrario, son accesibles en multitud de establecimientos públicos, centros comerciales, bares diurnos o nocturnos⁷¹ que justifica poder beber, disfrutar y brindar en cualquier ocasión (simbolismos asociados al alcohol). No existen reglas de control, no hay penalización sino es manejando un vehículo, En este sentido, el consumo social –o integrado– es la manera más frecuente en la que se realizan las ingestas de bebidas alcohólicas.
 - b) En casa (cas). Las personas que beben de puertas adentro, desde nuestro análisis, se establecen con dos pautas de ingesta diferenciadas: si la casa representa –beber en solitario– el lugar preferente o

⁷¹ Recientemente, se ha limitado la venta de bebidas alcohólicas en gasolineras durante el turno de noche. Y también se ha vetado beber fuera de los locales nocturnos.

exclusivo donde se consume (tabla 4.16, cita E4-E6) o, al mismo tiempo, se simultánea con el consumo social (tabla 4.16, cita E8). Escogemos los testimonios de las mujeres especialmente.

- c) Desencadenante o situación previa que provoque o aumente el consumo (pro). En las narrativas, han emergido autocalificativos personales en relación al carácter o manera de ser, que les ha abocado al consumo para superarlo como la timidez le llevo a encontrar el alcohol (tabla 4.16, cita E1); la tendencia a la compulsividad como base de la personalidad adictiva (tabla 4.11, cita E3), la evasión, diversión y búsqueda de placer (tabla 4.16, cita E4) como muchos otros que están recogidos en el código de cambio de carácter en esta etapa. Por otro lado destacar, una serie de circunstancias relacionales concretas, que desbocan el consumo en el caso de las mujeres. La primera, surge de los encuentros entre madre e hija, que desencadena una necesidad de beber dramática. La cita recogida explica lo ocurrido cuando la hija vivía en New Orleans y fue visitada por su madre (tabla 4.16, cita E7). La otra circunstancia o escenario sucede de manera muy similar, en otras dos de las mujeres entrevistadas, cuando el desencadenante tiene que ver con la pareja afectiva –novio de larga duración y marido respectivamente– provocando una necesidad urgente de beber y además lo hacen en grandes cantidades, para sobrellevar la relación o estar a la altura (tabla 4.16, cita E6-E7). Añadir la puntualización observada en las reacciones tanto no verbales como las verbales durante las entrevistas, que en ese momento, se estaban dando cuenta de esa concordancia.

Tabla 4.16. Citas textuales en torno a la categoría «Madurez» Subcategoría Drogas.

CÓDIGOS	CITAS
- DROGAS - PRIMERAS EXPERIENCIAS -	
CIA_M_DRO_PrimExp_alc	<p>°[E1:142] <i>El alcohol lo encontré yo por timidez. Mira el alcohol me sirvió para abrirme, yo soy un tío muy tímido, la gente no se lo cree, por eso hablo tanto, porque es una pantalla. Yo he aprendido que con un cubata era otro y entonces mi madurez como persona estaba escondida detrás de las botellas, complejo de inferioridad, timidez se iba con el alcohol. Iba cada día a una discoteca pequeñita que había en Sans. Me acuerdo que tomaba un cubata solamente porque no tenía pa más, valía 10 duros. Era muy celoso y he sufrido mucho por eso, y también envidioso.</i></p>
CIA_M_DRO_PrimExp_otr	<p><i>[E2:146] A los 16, 17 años el consumo era de fin de semana porque entre semana nada porque iba cada día a la facultad y hacía deporte, lo que pasa es que a estas edades uno puede aguantar muchas cosas. Pero quizás al acabar la carrera, fue al acabar la carrera ya bebía más que el fin de semana, o quizá fue un poco antes. Enseguida empecé a beber cada día, yo cada día bebía algo de alcohol. Nos divertíamos mucho saliendo de juerga y el objetivo era divertirse y el alcohol estaba allí, parecía que si no era con esto era imposible, no? Mis ingestas empezaban a ser excesivas a esa edad, sí, sí, yo digo que lo probé y me gustó y me producía unas sensaciones muy gratificantes, me sentía muy bien estaba muy animado, simpático y sin alcohol no.</i></p> <p><i>[E3:140-41] Mi primera borrachera la tuve a los 13 años. Yo iba a secundaria que es después de la primaria. Iba en primero de secundaria, o sea, tenía 13 años o así, y los alumnos de tercer grado que terminaban la secundaria e iniciaban los estudios de media superior hicieron una fiesta. Chavos de 15 años o chicas de 15 años o así, y yo fui a esta fiesta. Ahí fue cuando me puse mi primera borrachera. Fue maravillosamente terrible, si, si, ¿te lo explico un poco? (...) Lo que pasa es que en Méjico también está bien visto el que bebe mucho y no se emborracha, sabes? Es como un síntoma de masculinidad, de saber beber. Entonces, él me dijo, mira, haz una trampa, no?, no pongas ron, solo pon coca-cola con agua y así la gente piensa que estas bebiendo y tú tienes más tolerancia. Pero yo encontré esta trampa tonta, no? yo dije, pero, por qué? Si lo que quiero es seguir sintiendo esto que estoy sintiendo. Porque la sensación que me provocó y el estado en el que me colocó, fue maravilloso, no?</i></p> <p><i>°[E4:88-89] Ufff, pues yo tenía que beber, es que yo empecé a beber muy joven. A raíz de la separación estábamos muy poco supervisados en aquella época. No? Yo diría que a partir de los 11 años cuando empezaron los problemas y tal, mi madre tenía que trabajar, mis padres estaban en otra cosa y nosotras teníamos muchísima libertad de hacer nuestras vidas con los amigos y vivíamos en un pueblo donde la máxima ilusión era emborracharse los fines de semana al lado de la gasolinera o en el parque y esto es lo que hacia la gente joven, nada más, entonces yo me apunté, y me gustaba mucho y no sé, era como aventuras todos los fines de semana. Entonces claro, yo cuando podía, pues yo mi manera de divertirme de verdad era beber.</i></p>

[E5:201-204] Yo me acuerdo de tomar cerveza que me parece que es lo primero que empecé a tomar, no sé, 14 o 15 años igual ya me tomaba alguna cerveza de vez en cuando, yo solo. Sí, es que relativamente pronto a esa edad no sé cómo, no me preguntes como, ya tomaba alcohol con las biodraminas de aquella época.... porque subía mucho más, nos íbamos a un bar siempre por las tardes y si te tomabas aquello con las cervezas era mucho más divertido y hablabas mucho más... y así empezó, así empecé, no?

Pero a los 16 años o los 17 es donde empecé a beber. Primero algún final de semana y luego cada más seguido y luego ya casi cada tarde al salir del colegio y al acabar los entrenos siempre te ibas a tomar algo con alguien, con gente del equipo, también me sucedió que como jugaba muy bien pues iba con gente mayor que yo, yo tenía 16 años e iba con gente de 18, 19 años con lo cual pues ellos tenían otros hábitos que yo no tenía y pero que enseguida me hizo ...

[E6:100] Yo empecé a beber bien con 14 años, pero en esa época sí que me acuerdo que cuando salías por ahí yo le pedía siempre a mi madre la gaseosa ¿sabes eso tan tonto de la gaseosa con el vino? ¿Qué la tiñera?, eso me gustaba mucho y si me lo daban ... [165] En la primera fiesta del instituto allí fui con una amiga mayor que yo y antes de entrar, es que eso me acuerdo, porque nos tomamos unas cervezas y nos tomamos agua ardiente, y si la fiesta empezaba a las 21h me llevaban a casa a las 8.30 o así, yo no me acuerdo de nada... fui yo más ese sentimiento de culpa al día siguiente de pedir muchas disculpas, es que no había comido, es que solo.... y en el instituto ahí si me di cuenta que si yo bebía parecía que me relacionaba más con la gente, siempre estaba aislada pero ahí me daba cuenta que en ese momento yo era más mejor con la gente, eso sí lo recuerdo. Y, claro, allí porros sí, porros y alcohol, principalmente cerveza y sí, sí, claro allí eras una más ...

[E7:188] Bueno, ahí empezó, los 16-17 fue ya beber, beber y que mis padres me decían, -oye que te estás pasando- y decía oye yo hago lo que me da la gana porque yo trabajo, yo ya soy grande y.... Si, ya bebía mucho. Ese año precisamente me fui con los de 3º de BUP del instituto de vacaciones a Ibiza y nos bebíamos las botellas de Absenta como si fueran agua, o sea, unos colofones bestiales.... Y nos divertíamos drogándonos y bebiendo, con porros y ácidos, lo de la época... Bueno y entonces empecé con la heroína a los 18 años, estaba trabajando en ese bar de copas y me invitaron... y además era algo que estaba de moda y algo que hacía todo el personal.... Era ya una cosa que venía dentro de mí que era meterme a tope en todo, como si eso te hiciera más mayor, más interesante o más... no sé.

[E8:100]... i no vaig començar a beure, vaig començar a fumar porros. Vaig començar a provar els porros i pastilles que li robaven a les avies, valiums i coses així amb 13 anys i a partir dels 15 a 2n de BUP ja anava jo a comprar per mi xocolata i des de els 15 fins als 25, dos mesos abans dels 25, fumava porros jo sola tots els dies, era la meva, la base i després lo altre.... A més jo crec, de vegades penso que hi ha d'haver algo genètic perquè a mi no m'agradava mai l'alcohol i la primera vegada que em vaig emborratjar que tenia 13, anàvem 5 i ens vam emborratjar tots, amb un bar a Menorca a les festes majors i no sé que, i els altres 4 no van tornar a beure en dos anys almenys i jo la pròxima vaig tornar a beure i no m'agradava !! [182] me'n recordo un dia que la mare em va dir, : has pres algo no sé que... i jo havia pres caball i tenia 16 anys i li vaig dir que sí, que havia fumad un porro, simplement un mal menor...: -ohh per favor...!!.

	<p>[E9:196] <i>No, más tarde, yo empecé... es que era intermitente, yo siempre tuve unas pautas, entre semana no bebía, tenía que vivir con mis padres, no? Pero pongamos 19-20 años, empecé ya a tocar el alcohol pero era los fines de semana y la progresión en el alcohol es a partir de la muerte de mi madre, es en el 90, es cuando yo empiezo a beber. Pero sí que salgo con gente de la noche, muchas relaciones de pareja y con gente desestructurada y había mucha cocaína y había pues muchas copas y poco respecto para lo que yo estaba acostumbrado.</i></p>
<p>CIA_M_DRO_ ConsDep_otr</p>	<p>[E1:246] <i>Yo empezaba igual a las 15 de la tarde me tomaba algo, no sé, una cerveza o algo así y entonces. Por la mañana dormía, me levantaba desayunaba bien y entonces tal ... yo con 3 o 4 whiskys es que sacaba las papas hasta morirme, yo con 3 cubatas ya iba pedo. Yo whisky, whisky y es curioso "Ballentines" por la tarde y "----" por la noche y no me digas por qué, porque no tengo ni puñetera ide. El inicio con el alcohol ya lo tenía, lo que pasa es que vas bebiendo alcohol socialmente muy bien, entiendes, entonces vas pillao, ya vas con el puntito, pero hay un momento que te explota... Si pero no creas, porque era una amargura porque yo luego sacaba las papas, yo me he pasado media vida vomitando, es que es un palo, yo he estado devolviendo en el trabajo con el wisky debajo, pero esto claro luego lo entendí... Salir de juerga me proporcionaba satisfacción, era un descontrol, era una bola.</i></p> <p>[E2:205]. <i>Salía muchísimo, casi cada noche o 3 o 4 noches a la semana seguro, la mayoría de las veces sólo, por el trabajo o por.. Bueno excusas que montaba yo para poder salir. A mí me gustaba el alcohol y supongo que mi cuerpo y mi organismo necesitaba el alcohol ya y yo se lo iba proporcionando sin darse cuenta, yo cada día bebía mi consumo y había días que me disparaba mucho más, llegaba a la pérdida del control... Si no bebía me sentía mal y mi lapsus de abstinencia podía durar 24 horas o 36 horas lo máximo ya porque era una cosa física, fue cuando empezó a cambiar la tolerancia, disminuyó la tolerancia entonces ya con poca cantidad de alcohol con 1 o 2 copas entonces ya Carlos los ojos ya, la lengua... he comprobado primero el aumento y luego la disminución de la tolerancia. El convertirse en alcohólico nosotros hablamos de que hay una línea invisible y uno no se da cuenta de cuando la pasa, lo que sí creo es que cuando uno la cruza no hay vuelta atrás de una forma normal, con control.</i></p> <p>[E3:177] <i>Digamos que yo a los 17-18 años bebía cada vez que podía y hasta ponerme hasta el huevo. He de reconocer que pocas veces yo bebí normalmente. Para entonces comenzó el consumo más frecuente de marihuana, alguna línea, alguna raya por ahí, eh hh cocaína y a los 22 o así terminó ya todo un cóctel de drogas.</i></p> <p>[E4:157] <i>Si, mucho, salía por las noches, tenía carnés falsos que decían que tenía 21 años imagínate, porqué en EEUU claro, para entrar a cualquier sitio que venden alcohol necesitas un carné que pone tu edad y esto. Yo tenía siempre esos 15 o 14 falsos para poder comprar alcohol y poder beber. Exacto, en casa también porqué mi madre trabajaba entonces en casa con amigos, lo que sea y también tomaba otras drogas en aquella época también... Si, marihuana, cocaína, LSD, éxtasis, setas de estas, lo que sea.</i></p>

[E4:186] *Si, yo creo que hay una línea imaginaria que se cruza, pero yo en mi caso no vino hasta bastante después yo puedo ver un comportamiento adictivo desde muy joven, no? pero yo no sé si hasta qué punto esto si no se desarrolla, por ejemplo uno puede tener la vena alcohólica, pero si no se desarrolla, por ejemplo, si en mi vida hubiera habido otras cosas quizás que me llenaran mucho quizás no hubiera necesitado el alcohol y la enfermedad no me hubiera ganado..*

[E5:177-78] *Nada, no tenía problemas ni económicos y en aquella época ya consumía cocaína, ya consumía chocolate, consumía de todo en aquella época y mucho. Supongo que cuando empecé a beber por las mañanas, coñac o whiskys después de desayunar. Si, diurna, nocturna y a todas horas, y no solo era ingesta de alcohol sino todo tipo de sustancias, alcohol y coca.*

[E6:242] *Empecé a beber en casa. Baileys en mi casa siempre había también y me ponía Baileys con el café con leche. Entonces para ir a clases, para ir... si es curioso, ahí si me acuerdo que era como el punto cuando salía... y al medio día vino, en mi casa, mi padre ha tenido siempre mucho vino, mucho, intentaba como hacer una bodega y tal, nunca ha faltado, mi madre cerveza, es cervecera, tampoco faltaba... cuando llegaba a casa del gimnasio estaba bastante alterada, entonces para poder sí que tomaba el exatín. Mi padre siempre tenía y se las cogía... Empecé a beber en casa, no sé por qué es curioso porque así empecé como a regularme más, o sea, no era como cuando salía de juerga, viernes, sábado y domingo, empecé a beber como por la mañana para tirar adelante, por la mañana y al medio día, por la noche intentaba no beber, pero cuando él⁷² venía entonces sí que era una pasada.*

[E7:188] *No, no, me levantaba por la mañana y café con leche. De día me cogía pedos pero de una manera normal, no sé, es que yo no me identifico mucho con esta gente que se enganchan y tiemblan y todo este tipo de cosas, me hubiera llegado, eh? posiblemente, lo que pasa que yo creo que al combinar una cosa y la otra, porqué a lo mejor bebía pero después a lo mejor estaba una semana tomando coca o fumando porros o alguna fiesta de "" también hacia.... Eso te cambia, y entonces claro aún hace que... yo siempre lo he dicho, si yo solo hubiera tomado alcohol hubiera visto bichitos y si solo hubiera tomado caballo me hubiera muerto de una sobredosis, pero como he jugado con casi todas las drogas pues me he ido manteniendo. Y bueno, hago un poco el tonto con la heroína, estuve 3 años enganchada del caballo. Esto pasó a los 20 años y estuve hasta los 23 igual, trabajando...*

[E8:309] *Pues mira fumava 25 grams en dos dies. Pot ser 30-40, estava totalment, puff.... ara m'emprenyo quan diuen que es una droga tova i no sé que. I també prenia caball⁷³ pel nas i coca, el caball va ser durant un any, la coca durant pogué una mica més i l'alcohol i els porros.*

[E9:255] *Yo tengo digamos una vida paralela, no? Mis estudios universitarios, no son rectos, no hago lo normal, entras en una carrera y la terminas, no. Yo entro en la universidad y obtengo el título 10 años después. Yo acabo la carrera por fallecimiento de mi padre, tiene que pasar lo de siempre, me tienen que pasar cosas graves para que yo me ponga las pilas. Yo estuve vegetando, haciendo doble vida, haciendo ver que yo era estudiante sin ir a la facultad, yendo a la bolera o un amigo del grupo tenía su padre una empresa de ""riegos"" y lo tenía en la Barceloneta y aquello era villa droga y era la hostia y entonces bueno, yo estaba metido en la Barceloneta y allá estaba la vida, en la Barceloneta estaban todos los enterados habidos y por haber, el mundo, el mundo, es verdad, estaba todo y así es que me lo comí*

⁷² Novio que tuvo durante varios años con el visto bueno de su familia.

⁷³ "Caball" o caballo es el nombre que se utiliza sinónimo de heroína.

CIA_M_

[E1:74] *El alcohol lo encontré yo por timidez.*

[E3:181] *El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, hasta que no terminaba sedado no paraba. Por esto mi experiencia me dice que una vez comenzando no puedo para de beber (...) Yo bebí porque me enganché al alcohol, porque tengo una predisposición genética así lo entiendo, no? y tengo una personalidad compulsiva, también me enganche al cigarro, también me enganché a la marihuana y también me engancho a cosas, no? Soy compulsivo y me voy enganchando, a relaciones conflictivas, no? sabes, me voy enganchando a cosas (...) Evidentemente el alcohol en muchas ocasiones fue evasión, no?*

[E4:250] *Pues eemmm, bueno pues trabajamos juntos, empezamos la relación y bueno viajamos mucho y bebimos mucho, siempre, es que yo creo que era una relación que a mí me intimidaba bastante, y para estar medio cómoda y suelta pues yo bebía, no? y tenía que beber para relajarme, incluso para tener relaciones sexuales yo tenía que beber, era ya como dar una "patada" de que pensaba que era yo y que iba a ser y la persona que quería ser que ya para enfrentarme al día tenía que beber.*

[E6:165]...cuando él venía entonces sí que era una pasada. Si estábamos 10-15 días juntos esos 10-15 días juntos sí que te puedo decir que bebía cada día, yo bebía y él también bebía y para mí tenía que beber a veces para olvidarme que estaba con esta persona y esto duro 5 años, esta relación así. Nos íbamos a casar en septiembre cuando yo lo dejé en abril.

[E6:256]...y eso me provocaba un malestar que solo lo podía tratar bebiendo otra vez, en mi trabajo había agobios, al beber, lo que si tiene al beber, lo que yo siempre he notado es que estás bien, cuando bebía ese tipo de agobio desaparecía y era capaz de afrontar otra vez el trabajo, de afrontar muchas cosas

[E7:248]... entonces me vino a ver mi madre, y cuando me vino a ver me entraron unas ganas de beber... sí, sí, cuando vino mi madre a New Orleans, recaí ...

[E9:274] ... Si, acabo la carrera cuando... en el 90 que fallece mi madre, pero yo ya estaba trabajando con un abogado, yo en el ámbito jurídico llevo 25 años y es a partir del fallecimiento de mi madre que yo me traslado a vivir a Mataró porque aquí me deja mi novia, porque ya estaba hasta las narices de mi vida paralela y luego era el típico noviazgo que llevas 10 años y que al final uno va para aquí y el otro va para allá y entonces junto con la muerte de mi madre ya se me hace... y los compañeros aquí en Barcelona ya entran fuerte, a saco, ya está la heroína asentada y bueno, acabo la carrera, monto un despacho con un compañero y ahí el alcohol ya está constantemente a mi lado, en las fiestas...

CIA_M_DRO_Paulng_cas	<p>[E6:165] <i>No porqué es curioso porqué así empecé como a regularme más, o sea, no era como cuando salía de juerga, viernes, sábado y domingo, empecé a beber como por la mañana para tirar adelante, es que es muy curioso y por la mañana, al medio día, por la noche intentaba no beber, por la mañana, al medio día,</i></p> <p>[E4:310] <i>Claro, claro, en ese momento, bebía en casa. Tampoco era mi objetivo el ligar ni yo que sé, hacer vida social, mi objetivo era beber entonces claro en casa lo hacía más barato más a gusto y todo, no? quiero decir que yo tenía que beber mucho para aguantar el día, quiero decir que, pero no estaba disfrutando nada, yo solo estaba esperando que se fueran mis hijas a dormir para que yo pudiera beber, era muy triste, y estaba muy desesperada...</i></p> <p>[E8:211] <i>Si el meu pare, però, tenia un rollo molt raro, com una dona, o sigui, bevia fora de casa però no sortia mai de festa, bevia sol en un bar, bevia tres seguits i cap a casa. Com una dona que vol dir? Per exemple, ell té ampolles amagades a casa i bevia, que tu no el veies mai, té ampolles amagades i les beu d'amagat a casa. Això es de dona? Si, jo crec que si</i></p>
CIA_M_DRO_Paulng_soc	<p>[E8:214] <i>En el meu cas no. Però bueno moltes dones grans que jo he vist si tenen l'alcohol amagat a casa i no van de bars diguéssim, jo feia una bandera, jo deia que era drogoaddicte perquè ho "decidia, saps?", no m'amagava, també anava amb un tipus de gent...primer amb lladres i després vaig saltar als músics, que no se que era pitjor, però...</i></p>
CIA_M_DRO_Paulng_pro	<p>[E9:273] <i>No, yo no he tenido de estas... yo me considero de los de fondo alto, porque siempre he utilizado protocolos y cada tres días cogía un pedo, pero al día siguiente ni fumaba ni bebía, al día siguiente empezaba a fumar pero no bebía y al tercero empezaba otra vez a las andadas, tenía que mantener doble vida. Yo bebía de todo, empezaba por las mañanas con las cañas, luego iba a comer a un restaurante y vino y copa y carajillo y por la tarde cañas y los cubatas a partir de las 7 las 8, era un ritual.</i></p>

- Conciencia r/c alcoholismo (**CIA_M_DRO_Conc**). Las actitudes que se han inferido en relación a la temática de esta subcategoría siguen un gradiente, de menor a mayor toma de conciencia, que se recorren en el tiempo. No se trata de categorías excluyentes ni todas emergen en cada caso, si bien, se observa el tránsito aleatorio en las tres primeras –normalización, incomprensión, disimulo– hasta llegar a adquirir consciencia de su propia realidad, como paso previo y necesario, para poder poner fin al problema de dependencia.
 - a) Normalización (nor), mediante proyecciones con personajes o estados fantasiosos que se acaban creyendo en un intento por normalizar el alcance de gravedad de su propia vida y también de la dependencia al alcohol y drogas (tabla 4.12, cita E3-E4).

- b) Incomprensión (inc). Expresado como que son los demás quienes no saben vivir o divertirse (tabla 4.12, E5).
 - c) Disimulo (dis). Como ejemplos: intentar dissociarse por llevar doble vida figurando un comportamiento o conducta correcta y creer disimular otras; utilizar métodos para disminuir la halitosis alcohólica, el enrojecimiento de las conjuntivas, etc. (tabla 4.12, cita E5-E9).
 - d) Adquiere conciencia de su realidad (rea). La consciencia entendida como un estado de lucidez transitorio en el que la persona se ve a sí misma como si un espejo le devolviese su propio reflejo. Sin embargo, ese momento de efímera conciencia, no genera ninguna decisión. Al contrario, los sentimientos experimentados infunden un profundo dolor, como el sentimiento de culpa y vergüenza; el de haber sido una mala madre por qué seguía bebiendo a pesar de estar embarazada, el de sentirse “sucia” (tabla 4.12, cita E2-E4).
 - e) Necesidad de poner fin a su problema de dependencia (stop). En el último escalón de ese gradiente que lleva a la toma de conciencia, la decisión de admitir el problema y querer buscar una solución, es el puente que se abre para la recuperación. Resaltar la experiencia que relata (E5) de lo que ocurrió el día que decidió acudir a un hospital para que le encerrasen de una vez por qué se sentía desbordado e incapaz de nada. (tabla 4.12, cita E1-E5-E8).
- Presión/apoyo del entorno (CIA_M_DRO_PreEnt). Se observan conductas diferenciadas de la familia, amigos o personas más cercanas a la persona alcohólica. Los dos primeros códigos, la ‘ausencia de presión’ (no) y el ‘encubrimiento silenciado’ (nop) se circunscriben a personas que no forman parte del círculo familiar más íntimo. En el centro el código ‘se percibe la presión (si) que proviene del entorno familiar cercano, como el padre o la madre, en circunstancias puntuales de mayor conflicto. Esta presión se diluye en el tiempo alternándose con periodos opuestos caracterizados por una actitud manifiesta de apoyo económico y emocional (ciclos que pueden relacionarse con la posible confusión de los padres, sobre la manera adecuada de actuar con un hijo o hija drogodependiente, y el sentimiento de

culpa asociado en muchos casos); por último emergen dos tipos de apoyo, el 'incondicional' (apo) y el 'co-dependiente'(cod), que provienen del círculo más estrecho o familiar de la persona alcohólica. Existe una dificultad en precisar la diferencia entre uno y otro por las connotaciones y significados que tiene la ayuda en cada familia.

- a) No se percibe presión (tabla 4.12, cita E5-E7)
 - b) No se manifiesta encubriendo un comportamiento anómalo (tabla 4.12, cita E7).
 - c) Si se manifiesta la presión (tabla 4.12, cita E3-E7).
 - d) Se percibe un apoyo incondicional (tabla 4.12, cita E6)
 - e) Se percibe un apoyo co-dependiente (tabla 4.12, cita E2-E4-E7-E9).
- Repercusiones (**CIA_M_DRO_Rep**). Relacionadas con el comportamiento y situaciones problemáticas generadas por la dependencia al alcohol (y otras drogas).
 - a) En relación a la salud (sal). Tener el hígado muy inflamado y una Hepatitis C; anticuerpos HIV (tabla 4.12, cita E7).
 - b) En las relaciones (rel). Son frecuentes los problemas de relación y enfrentamientos con los del círculo íntimo, familia, parientes, etc y también con amigos que en muchos casos se rompe esa amistad (tabla 4.12, cita E2-E6).
 - c) Desbordado (des). Perder la tolerancia al alcohol se incluye aquí. (tabla 4.12, cita E8) aunque la sensación de falta de control está en cualquier aspecto de sus vidas.
 - d) Vida ingobernable (ing). Este último código, situado en el extremo conlleva dos significados. En un sentido se equipara a la conocida expresión de 'tocar fondo' referida a quienes arrastran un problema y están en el límite, no se puede caer más bajo o más profundo, así que ahora toca levantarse y subir. Y, hablar en la comunidad de AA es muy frecuente escuchar la frase de "mi vida era ingobernable" como sinónimo de alcanzar el nivel más alto (o más bajo) de deterioro en todos los sentidos. Así se definen cuando explican que

han cruzado los límites soportables de un ser humano (tabla 4.12, cita E3-E4-E9).

Tabla 4.17. Citas textuales en torno a la categoría «Madurez» Subcategoría Drogas II

CÓDIGOS	CITAS
- CONCIENCIA R/C ALCOHOLIZACIÓN -	
<p>CIA_M_DRO_ Conc_nor</p>	<p>[E3:267] <i>Porqué yo no quería asumir que era alcohólico, a mí me gustaba más se demente, no? o sea, tengo problemas con mi forma de pensar, vale, no? pienso diferente ... no sé qué, pero alcohólico se me hacía muy vulgar, eh?, pensaba que era si muy vulgar, y yo era culto, yo era ... mis mitos, mis referentes eran, desde Morrison hasta Nietzsche , pasando por Sartre, por Baudelaire etc.</i></p> <p>[E4:188] <i>Yo tenía por ejemplo un novio que no bebía ni fumaba, yo pensaba que le pasaba algo, que era muy raro. Bueno era muy raro, me sentía muy incómoda porqué yo siempre quería beber, no? o fumar un porro y él era muy sano y no lo entendía... Es que yo ya vivía en una fantasía absoluta, es que yo ya estaba en otro... ehhe yo ya me auto convencí de mi propia enfermedad, quiero decir, que yo ya me creí mi personaje e iba a ser fiel a este personaje aunque me hacía miserable es igual, ya seguí aquel rollo porqué ya es lo que me había montado y ya está.</i></p> <p>[E5:264] <i>Sí, yo es que me pensaba la única forma de vivir era aquella, que la gente que no vivía así es que era medio subnormal o que no sabía vivir o algo por el estilo.</i></p>
<p>CIA_M_DRO_ _Conc_inc</p>	<p>[E9:270] <i>Todo, es que todo el mundo se metía contra mí, estaba en contra de mí, todo me fastidiaba. <u>¿Por qué se metían contigo?</u> Pues porque no me comprendían, porque me tendrían manía, porque yo que sé, es que yo es que no entendía la vida, yo tenía que ser más duro, sería flojo, tendría que pelearme más... Yo no era muy consciente de mi problema con el alcohol pero me evadía, ahora lo comprendo, entonces pues no sé, era normal ir a beber, es que no me lo planteaba, al final sí, pero al principio no me lo planteaba, es que era normal.</i></p>

<p>CIA_M_DRO_ Conc_dis</p>	<p>[E5:295] También supongo que la mezcla de diferentes componentes de todos tipos, hace que no pierdas la conciencia, no? de ninguna manera porqué el alcohol con la coca, y los tranquilizantes y los ansiolíticos de alguna manera uno con otro se van compensando, pienso yo, no? y el hecho es que la imagen claro, siempre voy pendiente de las gotas para los ojos, el spray para el aliento y todas estas cosas.</p>
<p>CIA_M_DRO_ Conc_rea</p>	<p>[E9:258] No, yo no he tenido de estas... yo me considero de los de fondo alto, porque siempre he utilizado protocolos y cada tres días cogía un pedo, pero al día siguiente ni fumaba ni bebía, al día siguiente empezaba a fumar pero no bebía y al tercero empezaba otra vez a las andadas, tenía que mantener doble vida.</p> <p>[E2:163] Si yo me doy cuenta de que estoy usando el alcohol de una forma pues no normal, estoy bebiendo a unas horas... por la mañana, me doy cuenta pero al mismo tiempo no quiero pensar mucho en ello. Hay momento en que tengo dudas sobre si me está pasando algo pero rápidamente niego yo, me niego.... Yo creía que me lo estaba pasando muy bien, que estaba haciendo lo que me daba la gana, que tenía derecho a hacer lo que me daba la gana pero no me estaba dando cuenta de lo que ocurría dentro de mi físico y mental también, que me estaba destrozando la vida, pero no era consciente porque sólo encontraba la parte gratificante del consumo de alcohol y lo que comportaba, fiestas, drogas, mujeres... Y los sentimiento de culpa a mí me han destrozado siempre, no?, LOS REMORDIMIENTOS Y SENTIMIENTOS DE CULPA POR TODA MI ACTUACIÓN y los propósitos de enmienda de no pasará más, no pasará más y no, volvía a pasar otra vez.</p> <p>[E4:267] Pero mi cabeza no funcionaba y físicamente yo no podía hacer mi trabajo de madre y tenía también la conciencia muy cargada por beber durante los embarazos que yo ya sabía que esto estaba mal, mi hija estaba mala, quiero decir, que tenía una enfermedad cuando estaba dentro de la barriga que tenía relación, bueno yo lo miré en internet para ver lo que tenía que me dijo el médico, y la primera causa era la madre alcohólica, sabes? Y yo pensé, bueno ya estás también haciendo daño a tu propia hija, no? y esto ya era muy claro, pesaba mucho, no? es que yo ya sabía que había un problema. Pero no le ponía remedio, solamente intentaba pasar el día lo mejor que podía, bueno lo mejor que podía, aguantar un poco, no?</p>

CIA_M_DRO
_Conc_stop

[E1:169] ... cogí una trompa como un piano, yo me tomo dos wiskys y saco hasta la primera papilla, tengo el estómago destrozado, me lo saqué todo, quiero decir, hice régimen etc., pero nunca se me pasó por la cabeza que fuera el alcohol. En la última trompa que pillé que bajaba por Martorell, me acuerdo que delante de Punto Blanco, en Igualada, se me ocurrió, dije ¡ostias! el alcohol, pero nunca en la vida se me había ocurrido, ni pasar por la cabeza, quiero decir que ni se me había ocurrido pensar ostias! tienes problemas con el alcohol. Eso fue el día 14 de febrero, el día de los enamorados, a las 19 h un domingo, a las 20 h de la tarde el lunes ya estaba en Alcohólicos Anónimos.

[E5:358] Y entonces hasta que un día con un amigo decidí presentarme en el Clínico, que me encerraran, dije, si yo solo no puedo que me encierren en ese hospital, no sabía que tratamientos hacían pero sabía que encerraba a la gente por cosas de estas, no? Voy al Clínico, me dicen que sí que tengo un problema con el alcohol y con la coca, pero que ellos solo se dedican al alcohol y al caballo que por lo tanto me vaya a un CASS y que no deje de consumir para que no me de nada, que procure consumir menos, menos coca, que procure consumir en vez de grandes alcoholes, alcoholes bajos en "graduación" cervezas o algo así, y que vaya a casa que ellos me dirían lo que tenía que hacer, eso era un domingo, me acuerdo todo el domingo en casa delante de la televisión, sin nada, fue el último día que consumí coca, tiré todo el alcohol que tenía en casa, me bajaba al bar de la esquina cada vez que quería una cerveza, tomar una cerveza hasta que llegó el lunes, me fui al CAS y pensando que se había acabado todo ya, no? que aquel día estaba todo arreglado, me dieron hora para al cabo de 15 días y me pasé 15 días en frente de la televisión bajando al bar, durante las 24h del día a tomar cervecitas.

[E8:452] Si, si. No, no aguantava més, eh? No podia ni suportar jo mateixa, perquè jo físicament no he tingut mai cap problema i era perquè no suportava més mentalment. No sé, es que jo crec que es que un dia se t'encén una llumeta, perquè jo vaig estar 11 anys patint i no ho deixava fins que un dia vaig dir que no més.

- PRESIÓN / APOYO DEL ENTORNO -

CIA_M_DR
O_PreEnt_n
op

[E5:293] No, nunca nadie me lo dijo. Nunca nadie me dijo, de hecho tengo confianza con algún cura de los jesuitas y con alguna persona de allá, no? que les he comentado que tenía un problema y que me han dicho que bueno que sí, que se habían dado cuenta, no? pero nadie me había dicho nunca nada.

[E7:214] Claro, pero no hablaba nadie. Yo sabía que todo el mundo sabía todo, además iba a comprar las jeringas delante de mi casa, pasando de todo, iba al médico y le pedía recetas de todos los colores, atracamos alguna que otra tienda por allí a cara descubierta y entonces yo pensaba que todo el mundo iba en contra mío entonces yo no hablaba con nadie, pasaba de todo.

<p>CIA_M_DR O_PreEnt_s i</p>	<p>[E3:244] <i>Mis padres en esta época intentaron hablar conmigo muchas veces. Mi madre al estilo latinoamericano, no? a gritos y a golpes, que esto me da risa, no? me mandaba a la mierda, me decía cabrón y tal y cual. Y con mi padre era más difícil, porque se sentaba conmigo frente a frente y me decía, :- ¿Qué pasa, no? Hablemos. Y yo no sabía. Tengo recuerdos de mi padre preguntándome que quieres y yo le daba vueltas en realidad y no sabía, le decía no sé, que me dejes en paz. Entonces me sacaron de deudas, no? por qué yo me iba endrogando, no? iba debiendo dinero, aquí o allá y ellos iban solventando de alguna forma.</i></p> <p><i>Mi entorno familiar y social me marginó, y digo que afortunadamente porque sino me hubiese marginado yo hubiese seguido bebiendo más tiempo.</i></p> <p>[E7:218] <i>bueno un día mi padre se hartó y me metió una bronca de puta madre y a mí me dio por llorar le dije que yo no podía trabajar más que estaba súper enganchada y que no podía aguantar más esa presión, me tenía que desenganchar y me fui a mi casa y me puse a llorar y estuve 5 horas llorando, lloraba por cosas de pequeña de todo y cuando acabé de llorar le dije me voy a desenganchar y me desenganche, el camello flipó, nadie se lo podía creer, me comí el mono y estuve 5 años desenganchada, toqué fondo dijésemos o algo con el caballo. Pero a mi nadie me había dicho que la bebida era lo mismo y estuve 5 años bebiendo y tomando éxtasis de esto nuevo, drogas de diseño... así cómo no hablaba con nadie del pueblo pues al dejar el caballo todo el mundo me volvió a aceptar y que yo bebiera y me dejaban entrar en el Pachá en el Atlántica...</i></p>
<p>CIA_M_DR O_PreEnt_a po</p>	<p>[E6:263] <i>es que yo creía que no, pero parece ser que saltaba a la vista, no? y es que lo más fuerte de todo es que yo me pensaba que nadie lo sabía y resultó que sí, que había mucha gente que se había dado cuenta del problema que tenía. Él ya me había visto en casa de mis padres bebida, él sabía que había un problema, no? y que tarde o temprano saldría y si, si, salió, pero él me dice que si me hubiera dicho algo, yo hubiera negado por completo, hasta que yo no hubiera tocado mi fondo,</i></p>
<p>CIA_M_DR O_PreEnt_c od</p>	<p>[E2:179] <i>Hasta con mi mujer habían cosas que eran buenas, ella tampoco entendía bien lo que pasaba, claro habían situaciones pues desagradables, incómodas y difíciles de entender, pero todas se tapaban, esto también es muy frecuentes que pase en la familia donde hay un alcohólico que muchas veces todo se va tapando porque hay una gran dependencia, no? Dependencia y co-dependencia y entonces es un paquete entero en que está la familia, el enfermo y la botella, todo junto a veces funciona</i></p> <p>[E4:302] <i>No, no, no mis hermanas no son de beber pero esto era mi hermana mayor. Y mi madre estaba y bueno mi padre y nadie me dijo nada, aunque acababa todos los días borracha, es que yo no sé cómo no me dijeron nada.</i></p>

[E4:256] *No, él no me consideraba alcohólica porque bebíamos mucho juntos, quiero decir, que si yo soy alcohólica, él tendría que mirar lo que es, no? y aún piensa que no soy alcohólica, pero hay cosas quizás que lo que te digo, no? comportamientos que no es caerte borracha, que ya son diferentes, no? ... y también él yo no puedo decir que es alcohólico, porque esto no se puede decir sobre los demás, no? en principio porque es una cosa que uno vive el problema interiormente, pero él bebe mucho, bebe más que yo bebía y sufre mucho, y tiene muchos problemas de que tienen los alcohólicos, entonces claro si me mira a mí y dice esta dice que es alcohólica y yo la creo, por cojones tendría que mirarse a sí mismo, no? y esto no está dispuesto a hacer... y claro había como una dependencia mutua muy enfermiza, yo creo que era una dependencia emocional.*

[E7:226] *Nunca he llegado al fondo de todo. Cuando he visto que la cosa se hundía, también siempre he tenido el apoyo de mi familia, cuando la cosa se ponía fea, me iba para mi casa y nunca me han rechazado, eso ha sido un punto. Lo crees positivo, nadie te presionaba en este sentido... No o si yo estaba muy agobiada en Sitges, por ejemplo a EEUU me fui con el dinero que me dio mi madre, le dije yo no puedo más aquí, préstame 500.000 pelas que me voy a EEUU a empezar de nuevo y me las dejaba, no le pedía más de lo que necesitaba y era verdad, me hubiera podido ir y gastármelas aquella noche, pero no me iba a EEUU y me buscaba un trabajito y a empezar de nuevo, lo que pasaba que empezaba otra vez con el alcohol y otra vez a subir la escalera, porque por eso yo me quedé aquí porque me dijeron que la primera es la que hace daño y dije :-coño si este es el truco. Yo que sabía... Hay momentos que sí que me pasa, mi madre tengo una dependencia con mi madre un rollo...*

[E9:319] *Yo sabía que existían AA, yo alguna vez había hecho test y siempre me ponía positivo y ponía una cara de idiota que no lo entendía, había visto días de vino y rosas, había leído temas de la droga, que significaba esto de la adicción, que significaba esto de engancharse, como no lo entendía dónde estaban los límites... pero es mi hermana y entonces yo me encuentro que es horroroso además mi hermana me tiene que apoyar económicamente porque tengo que vender un piso, ella me paga las hipotecas, vamos que es un momento que ella me sostiene sí y me apoya. Sí, bueno, hay problemas emocionales que empezamos todos a darnos cuenta de ello, la dependencia yo brutal con mi hermana, como una figura de madre, mi hermana también aceptar la figura de madre... etc. y hay cosas que hay que trabajar y mi hermana por fin admite que mi padre había sido un maltratador y mi hermana por fin admite que conmigo tiene resentimiento, porque nos hacemos daño a veces en nuestra relación, lo que pasa es que se "amortilla" que siempre ha habido los tres hermanos.*

- REPERCUSIONES -

CIA_M_DR
O_Rep_sal

[E7:231] *y yo ya bueno tenía los anticuerpos, la hepatitis C, eso cansa mucho, más que el alcohol, el alcohol y la coca agota mucho, te levantas cada día con resaca*

<p>CIA_M_DR O_Rep_rel</p>	<p>[E2:182] <i>ya me empezaba a dar cuenta de mi problema con el alcohol y esto, claro, me estaba dando más problemas que gratificaciones, empecé a dejar de ir a jugar a fútbol con mis amigos, porque después de jugar íbamos a cenar y luego a tomar algo y supongo que ellos se iban a sus casas pero yo no me iba a mi casa, no, entonces ya perdía el control, entonces habían muchas situaciones en las que participaban todos mis amigos en las que yo relacionaba muy directamente mi consumo de alcohol que me perjudicaba, entonces intenté cortar esta situación. Pero en el fondo no estaba abordando el problema auténtico, el real de la situación, el alcohol, lo que acabé haciendo fue el salir sólo y entonces me volví un bebedor solitario, un trasnochador solitario, durante unos 4 años en que yo me aparté porque estaba harto de sus críticas, me reprochaban mi forma de comportarme, que me pasaba algo y tal y yo me escabullí. Debía tener 35..., ya llevaba más de 10 años bebiendo fuerte, si, sí.</i></p> <p>[E6:221] <i>a la que salía con un grupo de amigos ahí me desbordaba siempre y ahí ya fue un poco más delicado el tema, porqué cuando sales por la noche, ahí lo pasas mal, ahí lo pasé mal porqué yo la mayoría de veces no me acuerdo como acababan mis noches, no, no me acuerdo, no tengo conciencia, entonces eso provocaba que al lunes siguiente me daba vergüenza, ir a clase... esto ya te estoy hablando con 21 años, eh?</i></p>
<p>CIA_M_DR O_Rep_de s</p>	<p>[E8:298] <i>... l'últim any i mig / dos anys abans d'ingressar-me ja vaig perdre la tolerància a l'alcohol de cop, un dia podia veure 15 cubates i porros i d'això i no passava res, em tornava jo sola i al cap de 15 dies amb 3 queia per terra i no me'n recordava de res i vaig pensar, he de estar malament o algo i ja no vaig tornar... i vaig començar a tenir lagunes mentals que no n'havia tingut mai i això es el que em va espantar més de tot.</i></p>

CIA_M_DR
O_Rep_ing

[E3:264] *Así es, claro por qué yo decía, soy una mierda, no puedo tener una pareja, no puedo tener amigos, no? a todo el mundo traiciono, no puedo dejar de mentir y todo esto me dolía me dejaba solo, solo, solo y era atroz. Entonces tuve un par de intentos de suicidio el más cercano fue subirme a un puente peatonal, en Méjico hay puentes peatonales, que cruzan avenidas muy grandes y me subí a un puente y me senté a llorar largamente y sin saber exactamente porqué lloraba, eh? No sabía bien por qué lloraba pero no pude tirarme, no puede, pero ya estaba como decidido, lo había como decidido afortunadamente también. En fin, entonces, arrastrado por esta bola de soledad y de **oquedad** no?, de desdén, de tristeza, de angustia, de miedo, de paranoia, no? yo veía a una patrulla y me paranoiaba, me daba miedo porqué sabía que no estaba haciendo las cosas bien, sabía que le debía dinero al banco, sabía que no se qué, entonces sabía que algo iba a pasar. En mis resacas siempre me acompaño, el puto, fatal presentimiento de que algo me iba a pasar. De que me iba a atropellar un coche... viva un poco paranoico con esto.*

[E4:300] *y llegué después de una gran borrachera que me dejó totalmente paralizada, estaba aquí mi hermana pequeña visitándome, y estaba aquel verano antes de dejar en agosto de beber, pasó toda mi familia para ver la niña y yo estaba totalmente borracha todo el tiempo, pero nadie me dijo nada. Incluso mi hija estaba internada en el hospital porqué tenía una infección de orina durante 5 días y yo llamaba a mi hermana mayor que estaba de visita y le decía de ponerme la bolsa todos los días y le decía una botella de vino de estos de rioja que está en la caja y el abridor y una copa, sabes, y no te lo olvides, porqué esto era lo mínimo y me acuerdo que lo dosificaba, la mitad de la botella por la mañana y la otra mitad por la tarde, pero era absolutamente lo mínimo que necesitaba. Y Claro cuando me fui de ahí tenía 5 o 6 botellas vacías en el armario, que hago no? pero era lo mínimo que podía hacer, sino hubiera dejado ahí a mi hija en la habitación y me hubiera ido al bar.*

[E9:313] *la cuestión económica fue lo que me derrotó, si no hubiese sido por la cuestión económica yo creo que hubiese sido difícil y entonces estoy hecho un desastre, también me doy dos tortazos con la moto y que al día siguiente estoy en el hospital, viene mi hermana, un olorcito... y yo encima dando la tabarra en urgencias como un chulo, bueno ya patético y mi hermana, yo iba asqueroso, toda la noche sin dormir, con barba, alcohol... eso, eso, la decadencia, entonces ya mi hermano ya me aprieta y yo ya reconozco el problema y que yo no puedo hacer ya nada más con mi vida, es que yo me rindo, yo necesitaba algo.*

- Tratamientos anteriores al reconocimiento del alcoholismo (CIA_M_TRAT)

De manera autónoma (dma). Esta forma de 'tratamiento' describe aquellas situaciones en las que se ha decidido dejado de consumir una sustancia por su cuenta, por el motivo que sea, y de enfrentarse el previsible 'síndrome de abstinencia', a su manera. Estas interrupciones no garantizan el abandono definitivo (no observado). Tras la reflexión de estas narraciones, emerge un

efecto simbólico que refuerza esa creencia fantástica de poder “controlar” las herramientas utilizadas, –en el proceso de construcción de la identidad alcohólica–, es decir, como controlo ‘algo’ (la sustancia no me domina, yo decido cuando la tomo o cuando la dejo) y lo consigue ‘alguien’, se convierte en un puedo ‘controlarme’. Pensamiento que lleva al sentimiento de ser alguien muy valioso (*self*) + (*ego*) reafirmando cualquiera de las siguientes premisas que van a retrasar la toma de conciencia de su realidad: ‘son los demás que no me entienden o no me valoran, no entiendo cómo se divierte la gente abstemia...’ (tabla 4.18, cita E7-E8). Las dos citas reportadas revelan que más que tratar de abandonar una droga lo que hacen es sustituirla. Tema que se profundizará más adelante ya que está emergiendo en la literatura. En un caso (tabla 4.18, cita E6) sí que se abandona el alcohol totalmente durante 2 años y medio, de un día para otro, con la aparición de un estado depresivo tardío que no relacionó a la suspensión del alcohol. En definitiva, en ninguno de los casos presentados los intentos ‘autónomos’ tuvieron ningún efecto ni a corto y ni a medio plazo ya que la verdadera recuperación se plantea bastante más adelante.

- Tratamientos posteriores al reconocimiento del alcoholismo

(CIA_M_DRO_TRAT)

a) Psiquiatra/Psicólogo (psi), son bastantes los casos en los que se acude a un profesional, psiquiatra o psicólogo, por presión del entorno en la mayoría o por decisión propia en algunos, sin embargo en ninguno de ellos se habla del alcohol u otras drogas como el problema a tratar. Las terapias se enfocan a mejorar algún aspecto del carácter, a medicalizar un problema de ansiedad o incluso como en uno de los casos, a proyectar sus delirios de “coqueteo” hacia la figura de mujer que no percibía como psicóloga. En la cita seleccionada explica la fantasía de que se repetía en cada sesión imaginando una escena de amor pasional entre ambos. Hay que destacar que en todos los casos se oculta el problema real ante el profesional, aunque lo que más sorprende, es que el experto tampoco lo detectaba: *no entiendo cómo lo único que hacía era firmarme más recetas de más “tranquimacines”, es eso que no*

entiendo no? Claro y y entonces me enganché al tranquilizante (tabla 4.18, cita E3-E4-E5-E6-E7-E8).

- b) CASS (cas), en un solo caso se deriva a la PDA hacia este tipo de servicio de carácter local, en el cual como explica el entrevistado, el objetivo fue el de dejar de consumir a base de dosis elevadas de medicación. En la cita recogida hace hincapié en que dejar de consumir es fácil pero lo más cerca de volver a recaer. Insistiendo en que si solamente dejas de consumir no sirve para nada, el mantenerse después es lo complicado, si no has trabajado un nuevo sentido a tu vida (tabla 4.18, cita E5).
- c) Centros de deshabitación (cdd), este tipo de centros requiere que la persona con problema de drogas ingrese por un tiempo indefinido, siendo de media o larga estancia con un mínimo de 50 días, dependiendo de la modalidad. En el de *La Garriga* (en la provincia de Barcelona) se trataron dos casos, hombre y mujer, de edades diferenciadas de los entrevistados. Ambos coinciden en que por voluntad propia poca gente accede a La Garriga ocurre cuando se está más derrotado y por presión externa. (tabla 4.18, cita E2-E5-E8)
- d) En otros países (ext)(tabla 4.18, cita E7)

Tabla 4.18. Citas textuales en torno a la categoría «Madurez» subcategoría Tratamientos

CÓDIGOS	CITAS
- TRATAMIENTOS ANTERIORES -	
CIA_M_DRO_ TRAT_ant	[E6:251] <i>Dejé el alcohol viviendo con él y... eso me pasó al cabo de un mes o así, que me vino como un bajón pero enorme, me puse depresiva, lloraba a cada momento, no bebí, me sentía muy mal, no sabía lo que me pasaba y una buena amiga me dijo que fuera a un especialista y ahora me explican que fue a causa de dejar de beber, no? y estuve sin beber, eh? estuve dos años y medio sin beber con él.</i>

[E7:211-16] *yo iba a mi aire, lo hacía por mi cuenta y no me metía todo lo que pillara sino que me metía lo justo, lo que necesitaba y cuando la cosa iba mal me desenganchaba, me entiendes? Miraba por mí y así estuve muchos años, enganchada de "papela" que digo yo, lo justo, en vez de meterte un gramo, meterte una dosis, ¿Para evitar el síndrome de abstinencia? Exacto, no? y después dejarlo durante un tiempo y entonces beber mucho. ¿Seguías bebiendo? Cuando tomaba heroína no, pero cada tanto, cada tres meses o así cuando la cosa se ponía fea me metía en el alcohol, entonces cuando del alcohol ya estaba harta, harta, me volvía a meter en lo otro. Y así iba haciendo.*

[E8:189-92] *Si, bevia bastant el que passa es que jo, la meva base sempre han sigut els porros, jo podia estar tres dies sense beure perquè fumava, fumava molt, però vaja bevia al menys, 4 dies a la setmana segur... jo l'únic mono que he passat en actiu, ha sigut tres dies que em vaig quedar a Menorca sense porros i allà si que vaig tenir el mono, bevent i tot, a mi la base eren els porros el que passa es que bevia molt i descontrolava totalment*

- TRATAMIENTOS POSTERIORES -

CIA_M_DRO_
TRAT_Post_p
si

[E3:266] *Ya había intentado dejar de beber cuando vivía con esta chica, pero había buscado otra alternativa, fui a una psicóloga y lo primero que pensé cuando tuve la primera entrevista con la psicóloga fue, me la voy a ligar, y aquí en el sofá este vamos a echar el primer polvo, lo pensé y estaba casi seguro de esto, dije 5 sesiones más ... porque yo conquistaba, yo tengo aún problemas con el asunto de la conquista, del encantamiento, del venderme. Bueno, pues con la psicóloga, no sé, duró 4 sesiones o menos, no sé, no recuerdo bien.*

[E4:178] *un poco también me asusté yo entonces dije, bueno, bueno, no vamos a llegar a estar tan mal y estaba en terapia todo el tiempo. ¿Terapia de que tipo? Con un psicólogo y me ayudó. Bueno, fui a muchos en principio después de que pasó lo del hospital y todo esto, para encontrar un decente porque era difícil entonces encontré uno, un señor y me gustó y fui todas la semanas, una vez a la semana iba yendo y me iba bien. Te iba bien, pero el objetivo no era dejar de beber... no que va, es que yo no tenía un problema aquí al principio, era como un joven normal, como todos los de mi alrededor.*

[E5:301] *lo que no entiendo es como nunca el psiquiatra se dio cuenta porque yo iba a ver al psiquiatra subido por las paredes, iba pasado de vueltas, no entiendo cómo lo único que hacía era firmarme más recetas de más "tranquimacines", es eso que no entiendo, no? Claro que cuando descubrí el tranquimacin fue la panacea ya y entonces me enganché al tranquimacin.*

[E6:260] *Si, estuve hiendo a un psicólogo al poco de ir con él, al mes este de estar con él que es cuando me vino un bajón muy grande, bastante depresiva, es que al psicólogo yo no le decía tampoco la verdad, es que parece, yo no le explicaba la verdad, o sea, hablábamos de mi infancia bastante, hablábamos de mi ex aquel, aquella relación que tuve un poco tormentosa y de mi autoestima pero del alcohol... Bueno quizás era lo que había que abordar, no? del alcohol nunca hablamos de ese tema, no?*

[E8:304] *Clar, la mare ja feia molts anys que sabia que era una malaltia, no? I intentava com més de l'amor, no? :- Pot ser hem d'intentar anar a un psicòleg... Però clar, ella patia, pobre i si que intentava... però clar, aquella casa també era un altre caos i s'ho passava malament. A llavors, li vaig dir que si, que aniria a un psicòleg i vaig estar un any anant a una psicòloga i tenia que intentar aguantar-me beure i els dies que anava, anava els dimarts, el dimarts a la tarda ja sortia i uff, prendre alcohol fins diumenge i aguantar dilluns i dimarts i vaig estar així no sé, tot un curs diguéssim o un any.*

CIA_M_DRO
_TRAT_Post
_cdd

[E2:229] *Yo hago este tratamiento médico de desintoxicación, deshabituación con unos grupos de terapia, con unos terapeutas y dejo de trabajar y me dedico exclusivamente a mi recuperación con otros compañeros y compañeras que hacen lo mismo que yo y alguien me habla de que esto de dejar de beber es de por vida y a mí me da mucho miedo.. Es curioso porque a mi como médico en la carrera es curioso porque recibe muy poca información sobre el alcoholismo, incluso en la Universidad, pero después me has hecho una pregunta de que si yo no podía darme cuenta de las etapas en que entraba a pesar de ser un profesional de la sanidad, bueno pues no, de esto nada, pero si que una cosa me impactó mucho que es que cuando yo estuve haciendo el tratamiento de desintoxicación como parte del programa habían unas películas que nos pasaban, películas que se llaman terapéuticas, algunas sobre problemas con el alcoholismo como son "Días de vino y rosas" pero luego también habían una serie de pequeños documentales médicos sobre los efectos del alcohol sobre el organismo, pero sobre todo estas, sobre el corazón, sobre el hígado, sobre el páncreas, sobre el cerebro, esto me impactó, me produjo..., me hizo coger mucho miedo a recaer, yo no he sido nunca rebelde en el colegio, en todas partes, a mi alguien me decía que tenía que seguir*

una línea y yo la seguía. Yo creo que en La Garriga la gente no sale mentalizada de..., no,no, se necesita hacer un trabajo posterior después importante. . Por voluntad propia poca gente accede a La Garriga, pienso que cuando uno está más derrotado, a partir de allí de la derrota auténtica y total es cuando uno puede salir mejor.. Lo que me hizo ir fue la presión externa pero allí me di cuenta de que yo estaba muy mal y que había tocado fondo, tocar fondo no quiere decir haber perdido muchas cosas materiales a veces es una cosa interior que tampoco la vi al principio, esto lo vi con el tiempo

[E8:344] *Després vaig ingressar en un balneari a la Garriga, vaig estar 50 dies. Bueno, al sortir d'allà jo vaig anar durant 1 any cada dia allà a la Garriga i un dia a la setmana, el dimecres anava al Doctor. XXX a Barcelona, durant aquest any, anava al clínic a "pixar" tres dies a la setmana fins al dia que vaig fer una any.*

[E1:258] *No, entré a pelo. Hay muchos, muchos como yo, si, si. Es que, a ver, en A.A. se mira mal a los Garriguistas porque son los pijos, los de la Garriga, el mejor centro que hay, porque cuando dejas de ir o vas a terapias cada día o subes o te buscas grupo para hacer terapia.. entonces hay los de la Garriga que pagan un millón y medio o dos millones para estar dos meses, ocurre lo típico como si fuera una clase de cole, entonces luego en el fondo todo funciona igual, pero claro los de la Garriga dices mira los pijos.*

CIA_M_DRO
_TRAT_Post
_cas

[E5:358] *Voy al Clínico, me dicen que si que tengo un problema con el alcohol y con la coca, pero que ellos solo se dedican al alcohol y al caballo que por lo tanto me vaya a un CASS y que no deje de consumir para que no me de nada, que procure consumir menos, menos coca, que procure consumir en vez de grandes alcoholes, alcoholes bajos en "graduación" cervezas o algo así, y que vaya a casa que ellos me dirían lo que tenía que hacer, eso era un domingo, me acuerdo todo el domingo en casa delante de la televisión, sin nada, fue el último día que consumí coca, tiré todo el alcohol que tenía en casa, me bajaba al bar de la esquina cada vez que quería una cerveza, tomar una cerveza hasta que llegó el lunes, me fui al CAss y pensando que se había acabado todo ya, no? que aquel día estaba todo arreglado, me dieron hora para al cabo de 15 días y me pasé 15 días en frente de la televisión bajando al bar, durante las 24h del día a tomar cervecitas.*

[E5:360] *me presentaron en el Cass, la asistente social, la doctora, el terapeuta me hizo una pauta de medicación para los "efectos " del alcohol y antidepresivos y bueno un mogollón de pastillas que tenía que tomar aunque cada vez menos. 4 en el desayuno, 4 en la comida, 4 por la noche eran dos días así y luego bajaban 1, no sé qué, como que ella pensaba que tendría que acabar hiendo a una granja pero que íbamos a intentar.... No tiene nada que ver, un grupo del Cass, lo único que sirve es estar sin consumir y yo tengo muy claro que estar sin consumir es lo más fácil y lo más cerca de volver a recaer, si solamente dejas de consumir no sirve para nada.... en el Cass lo único que sirve, lo que vale, es no consumir, un año sin consumir, y ya está, no? pero es que para mí eso es estar al lado del consumo muy cerca, no? y lo que me hace es ser infeliz de alguna manera, no? porqué a mi lo que me gusta es consumir, no? entonces si no consumo, me estoy jodiendo el día por qué es lo que me apetece, no? entonces tengo que buscar algo más, no? algo que me diga que haga que no me apetece consumir. De hecho, yo conozco mucha gente del Cass que lleva sin consumir y que sigue diciendo que es un rollo de vida, no? y yo la encuentro un rollo la vida*

CIA_M_DRO
_TRAT_Post
_ext

[È7:233] *Bueno y yo en EEUU cuando llegué me fui y me inscribí en un sitio para gente que hablaba en español y me hacían las pruebas pero allí no es como aquí que te hacen las pruebas y adiós muy buenas, allí te hacen pasar por un psicólogo, por un asistente social, allí es mucho más controlado, allí aquella gente me hacían hablar, de lo que me bebía de lo que me dejaba de beber y me decían oye, si algún día quieres dejar el alcohol, me daban gimnasio, me pagaban la mitad de la vivienda, me hacían clases de yoga, acupuntura, me dieron un psicólogo cuando decidí dejar de ... bueno antes ya me lo dieron, pero al primero lo mandé por ahí, pero cuando dejé de beber lo cogí, bueno estuve dos año viviendo allí hasta que estaba cansada, me faltaba muy poco para volver a engancharme al caballo (...) llevaba un año y medio en EEUU con psicólogos y me lo dieron por los anticuerpos, lo que pasa es que, el tema que hablábamos era el alcohol, no? lo otro como no pero cuando me pasó lo de ese chico, yo hablé con mi doctor y con mi asistente social y me dijo, ¿quieres un psicólogo para hablar de todos estos temas? y me dieron un psicólogo y fui un día y no fui más y cuando vino mi madre que me vino a New Orleans, recaí, llamé al psicólogo y le dije, mira voy a dejar de ""verla"" , me puedes ayudar? Y entonces empecé otra vez. Fue una decisión tuya al final, no? Si, cuando vi que se me iba, que era la familia, todo, que no era solo el beber, sino que era que tenía un marrón detrás que ... veía a mi madre y es que se me iba la olla.*

4.2.3.c) Resultados de la Entrevista relativos a AA y al proceso de Recuperación

Las dimensiones de AA y Recuperación responden al objetivo de explorar el proceso de recuperación a través de las experiencias vividas por los miembros de la comunidad de AA. Las categorías de la dimensión de AA son: INICIO (I); FINALIDAD (FIN); RITUALES (RIT); SEGUIMIENTO (SEG).

La categoría de **INICIO (AA_I_)** en la comunidad incluye las siguientes subcategorías: Contacto (Cont); Desencadenante (Des); Expectativas (Expt), Vivencias (Viv) y Entrevista (Entr).

Contacto (**AA_I_Cont_**). Como punto de partida, indagamos sobre la vía de aproximación a AA. Es decir, a través de “que” o de “quién” averiguaron la existencia de AA. Los códigos establecidos referían cuatro procedencias: son informados por algún familiar o amigo; por un profesional vinculado a este ámbito; por contacto con un miembro de AA o a través de algún medio de comunicación.

- Medio de comunicación (mdi). El primero de los entrevistados afirmó que la información sobre AA tenía amplia difusión: el teléfono en los periódicos habituales, en hospitales etc. como queriendo decir que estaba en todos lados, número que intentó recordar como se recoge en la cita (tabla 4.19, cita E1). El tiempo transcurrido entre la suposición de E1 hasta hoy, no se percibe un incremento divulgativo en este sentido como tampoco lo contrario. En otros países, contrasta por el arraigo y difusión que AA ha adquirido desde sus comienzos. Las diferencias son corroboradas por dos de los casos en sus respectivos países. Por ejemplo, nos explica (E3) que en México (D.F.) AA es bien conocido, está presente en anuncios, carteles en el metro, pancartas luminosas etc. En la misma línea, lo refería E4, por la larga tradición que tenía en el país que le dio origen, aunque no mencionó los mismos medios divulgativos utilizados por el país vecino (E4).
- Familiar o amigo (cir); Código al que le asignamos el nombre de ‘círculo’ para distinguir que la fuente de información provenía del entorno más cercano. En este, se recogieron 2 casos en que son los hermanos quienes

les pusieron en conocimiento sobre AA, tal como lo verbalizaron en la entrevista (tabla 4.19, cita E3-E9). Sin embargo, hay que puntualizar, que un entrevistado refirió que su hermano además de informarle también era alcohólico. Por lo que cuestionamos su inclusión en la categoría de 'miembro' de AA. La razón se basa en que la influencia ejercida por un AA destaca exponencialmente con respecto a cualquier otra, como argumentaremos a continuación.

- Miembro de AA (mie) Esta vía de contacto se reveló como la de mayor influencia en los 6 o 7 casos que restan, si además, E3, fuese incluido. Se han recogido textualmente sus citas por la riqueza de una serie de datos que a continuación vamos a relacionar (tabla 4.19, cita E2-E4-E5-E6-E7-E8). Como se ha puntualizado, al hilo sobre la divulgación de AA en otros países, justifica que se hayan incluido aquí. Además, la experiencia vivida, de una madre alcohólica, E4 se vio involucrada con AA desde muy joven.

Otro hecho destacable, nos sitúa cuando finalizaron el tratamiento, los dos casos que ingresaron al mismo centro de deshabitación. Una vez son dados de alta, se les da la opción –nada seductora– de continuar con diferentes terapias en el mismo centro, situado a unos 40 km de la ciudad de Barcelona (sumar desplazamiento); la alternativa más popular y que era gestionada por los propios pacientes pretendía encontrar grupos de su agrado dentro de AA, de la mano de antiguos compañeros y actuales miembros de la comunidad, en ese momento. La afirmación ***a los profesionales esto no les gusta, aquí está el dilema*** (E2) quien además era médico de profesión planteó dos cuestiones como mínimo paradójicas. Por un lado, tiene que ver con el código que contemplaba otra vía de contacto con AA, referido el consejo de un profesional del ámbito sanitario (pro) se ha tenido que descartar (0 casos) puesto que ninguno de los entrevistados fue aconsejado por ningún profesional para acudir a AA. Y, la segunda, pone en cuestión lo que se ha publicado en la bibliografía acerca de que son los profesionales de centros terapéuticos (CT) en general, quienes recomiendan a sus pacientes el continuar en un grupo de AA una vez dados de alta de los “centros oficialmente expertos”. Esta cuestión será retomada en el siguiente capítulo, al concluir un aspecto importante de

esta tesis como son las relaciones entre ambos mundos: “el modelo biomédico tradicional” y el basado en los 12 Pasos y Tradiciones con carácter espiritualista.

Desencadenante (**AA_I_Cont_Des_**). En la misma línea, no sólo queríamos saber a través de *qué* o *quién* se contactó con AA, sino también el *cómo* ocurrió. Es decir, si se hizo por voluntad propia o si fue a raíz de problemas en el entorno como tensiones o rupturas que forzaron a tomar esa decisión. La gran mayoría tomó la decisión de forma voluntaria (vpo) por lo que consideramos que tiene correlación con los resultados del código anterior puesto que, si se llega a AA través de unos de sus miembros, parece razonable que la decisión se haya tomado libremente. No tendría sentido que el desencadenante fuese el de una presión externa dada la filosofía de la comunidad de AA.

En los dos casos, en que aparentemente sucedió como consecuencia de la crisis vivida con sus parejas –la amenaza de ruptura sino lo hacía (tabla 4.14, cita E6) en uno o tras la ruptura con su pareja (E5) en el segundo– hay que reflexionar un paso más. La situación curiosa de E6, que en este momento es alcohólica pero no lo ha aceptado todavía, y que tiene como pareja a un miembro de AA, está sufriendo una recaída o intensificación de la ingesta de alcohol. Lógicamente, su pareja que es consciente de lo que está ocurriendo le plantea una disyuntiva entre aceptar lo que le ocurre y pedir ayuda o romper definitivamente la relación. Bajo esta presión, ella toma la decisión de acudir a un grupo de AA diferente al que acude su pareja como se entiende razonable para respetar la intimidad de los procesos individuales. Así es como, tras una llamada por teléfono para reunirse con quien va a ser su primera acompañante en el grupo, en el relato previo al encuentro todavía no está convencida de que tenga un problema con el alcohol pero que lo hace para no perder a su pareja:

*“Cuando me dio el **ultimátum**, yo **pedí ayuda**, le dije que vale, que me ayudara, entonces me dio dos teléfonos de gente que iba a su grupo. Al principio **fui por él, eh? no fui por mí**, fui por él, digo tengo que ir porque sino esto se va a acabar (...) Yo llamé a una persona quedé con ella, para hablar antes de ir a grupos,*

*para hablar con ella, es que yo **me negaba a pensar que era alcohólica**, ahora hablaré con ella y me dirá que no que esto es ... Claro y bueno hablé con una compañera de él, fuimos a hablar yo me acuerdo que cuando fui a hablar yo le decía a ver, problemas, digo alcohólica no soy, siempre lo he dicho, digo alcohólica no soy, tengo un problema con el alcohol, mi problema es cuando empiezo a beber, si yo no empiezo a beber, no hay problema porque estuve tiempo yo sin beber, el problema es cuando arranco y ella me decía: tú ya sabes lo que hay? Y bueno y...”[E6:276-278].*

Este caso, el único entre todos, muestra que la presión ‘conduce u obliga hacia’ pero no modifica la ‘conciencia de tener el problema’ que lo convierte en el punto de partida imprescindible para que la ayuda sea realmente efectiva posteriormente. Y aún más dependiendo de donde y de qué tipo de ayuda se trate. Como hemos expuesto, en los casos en que ingresaron en centros de deshabitación, se llega en una situación forzada bajo la presión de algún familiar o círculo cercano. Una persona alcohólica o dependiente a las drogas no ingresa por voluntad propia en este tipo de centros. Durante la estancia en ellos, puede modificar la conciencia o no del problema que sufre además de abandonar el consumo, que va a ocurrir con seguridad ya que no se le permite salir de este tipo de centros. En el caso de AA, nadie es obligado a nada; es más, cada miembro decide si es o no una persona alcohólica (como veremos en la manera de autodiagnosticarse como alcohólicos que difiere bastante del método utilizado en la medicina médica tradicional) y si quiere recibir ayuda o no para recuperarse. De esta manera, se respeta la libertad individual que al mismo tiempo se convierte en el motor de arranque principal del cambio. Por último, un aspecto más que adelantamos sobre este caso es el ‘cómo’ fue la entrada en el grupo o la acogida que analizaremos en los siguientes códigos pero que dado el caso, lo retomamos para observar lo acontecido de forma lineal. Recogemos el testimonio de su primer día en el grupo:

*Lloré mucho, **lloraba mucho**, vi a dos compañeras, así que me acuerdo de ellas, lloré mucho, lloré muchísimo todo el rato, mucho, mucho, sentía*

mucha vergüenza, eh? (...) Ese día bebí, el día que entre en AA, bebí por la mañana y al medio día [E6:278]

E6 se ve forzada (miedo) → todavía no adquirió conciencia → no ha abandonado el alcohol

En realidad, en el segundo caso la ruptura no desencadenó la entrada en AA, ya que la separación era irreversible, y en la que la decisión tomada a posteriori, no pretendía conseguir el volver con su pareja. Con lo cual, entendemos que se trata de una decisión tomada por voluntad propia. Más bien, al entender que todo había fracasado en su vida, se convierte en el punto de inflexión que provoca la decisión, voluntaria, de buscar ayuda.

Entrevista (**AA_I_Cont_Entr**) En este código se registró el periodo de tiempo transcurrido dentro de la comunidad. Consideramos que la obtención de este dato era relevante así como el formular la pregunta durante la entrevista. Los datos muestran que el inicio más reciente era de 6 meses y 11 años el miembro con mayor veteranía en la comunidad. En este intervalo, se repartían los 7 entrevistados restantes (2 casos hacía 3 años, otros 2 llevaban 4 años, solo en uno 7 años, y los 2 últimos coincidían en 9 años). Las cifras reflejan un largo recorrido de la casi todos ellos dentro de la comunidad. Con este mismo dato y conociendo las respectivas edades, también se calculó cuantos años tenían en el momento de inicio: empezando con 25 años, la mujer más joven, manteniendo una pauta de 3 personas en cada década de edad (20,30 y 40), hasta los 44 años quien se incorporó con mayor edad.

Vivencias (**AA_I_Cont_Viv_**) El inicio en los grupos es vivido con mucha intensidad emocional. En ese momento se da un giro radical en la vida de estas personas que pasan de un entorno hostil, altamente problemático y sentimientos de culpa, vergüenza, soledad, hastío, rupturas, etc... Se recogen las citas, relacionadas en el código específico de cómo se vivió la acogida (aco) en el grupo de inicio, en diferentes casos (tabla 4.19, cita E1-E2-E4-E5-E6-E8-E9), de las cuales que hemos subrayado las palabras y sentimientos que definen ese momento:

*... gente muy **buena**, muy **sana**, y **hablaban con el corazón**...
... **cálidos**, me sentí **arropado**, **cariño**, **comprensión**, se **reían**, **cordialidad**,
besos...*

Sentimientos que al mismo tiempo estaban reforzados por la experiencia de estar entre iguales que se recoge en otro código específico (eei) y que emergió en el análisis (tabla 4.19, cita E1-E2-E3-E8). De igual manera extraemos las unidades más significativas:

*.... pero si es lo mío, pero los mismos problemas, diferente lugar,
diferente situación pero el **mismo problema (E1)***

*... en AA es que **no era una peli**, es que las experiencias que yo escuche son
de verdad, es que la tía azafata que es alcohólica es de verdad y que el
ingeniero es de verdad y que el cirujano y que no pudo operar es de verdad
y que un tío universitario y con tres intentos de suicidio
es de verdad, que no es teoría (E3)*

*... yo tenía muchas **culpas** es cuando me dijeron que no era ningún hijo de
puta, sino que estaba **enfermito** y que lo que tenía
se llamaba **alcoholismo(E3)***

*... una de las cosas por las que me quedé en AA
es porqué vi a gente igual que yo (E2)*

*.... **em sento identificada**, que jo fins als 25 anys no m'havia identificat amb
res, diguéssim,ni sentia que formés part de res
i aquí em **sento que en formo par (E8)***

En el código donde se recogen las anécdotas (ane) vividas durante el tiempo de inicio, son muchos los testimonios como se desprenden en las citas extraídas de las entrevistas; sin embargo destacamos una por la relación al estigma o confusión asociados a AA, como grupo de ayuda, que no como alcohólicos, estigmatización que es de otra naturaleza:

“Me lo cuestioné, eh? dije es que no voy a ser yo, me estoy traicionando, no sé, pensé que me estaban lavando el coco, no? pensé que me estaban **desidentizando**, pensé que había caído en una cosa sectaria, una **secta** rara, tenía muchos conflictos al respecto” (E3:314).

El desconocimiento de los GAM y, en concreto de AA, ha provocado que puedan ser catalogados como grupos de tipo sectario o incluso como hemos escuchado en boca de profesionales, cuando afirman que son grupos que provocan adicción mediante la adhesión de sus miembros (recordemos la veteranía de la mayoría de los entrevistados en su seno).

Tabla 4.19. Citas textuales en torno a la categoría «AA_INICIO»

CÓDIGO	CITA
- INICIO -	
AA_I_Con t_cir	[E3:165] <i>Mi hermano es alcohólico, ahora él, gracias a él yo llegué a AA, y desafortunadamente él está bebiendo ahora, desde hace muchos años más.</i> [E9:316] <i>Mi hermana.</i>
AA_I_Con t_mie	[E2:229] <i>pero entonces alguien me dijo un día es que esto es para toda la vida, esto se acabará, alguien me habló de AA. A los 3 meses alguien me habló de AA, algún compañero, a los profesionales esto no les gusta, aquí está el dilema. Y después de mucho planteármelo, pensármelo fui, llamé por teléfono, contacté con personas y fui. Empecé en Sarriá, alguna persona me dijo ves a Sarriá, llamé y me presenté porque te encontrarás a gente similar a ti. El 31 de julio salí de La Garriga y entonces fui con un médico a hacer grupos con él y en noviembre además fui a AA.</i> [E4:298] <i>Pues bueno, EEUU es más conocido incluso, yo había ido a alguna reunión cuando “”tenía”” a mi madre de los parientes y familiares de alcohólicos, no? había llamado varias veces, que no me acordaba, sabes?</i> [E5:365] <i>Estaba una noche en casa de un amigo mío y dice, ostia, la hermana de otro amigo común, la Inés ha dejado de consumir también hace un montón de años y yo no se cómo, llámala. La llamó y esta chica estaba en AA desde hace 10 años, quedamos al día siguiente para vernos, estaba hablando conmigo, me explicó lo que ella había conseguido y como lo había conseguido y me dijo que consumía también de todo, me dijo que si quería ir y le dije que si, me dijo que esperaríamos a que acabara toda la medicación para ir</i> [E6:276] <i>Yo llamé a una persona quedé con ella, para hablar antes de ir a grupos, para hablar con ella, es que yo me negaba a pensar que era alcohólica, ahora hablaré con ella y me dirá que no que esto es..., y si, si, me dijo que tenía un problema que tenía que ir a grupos y ella me acompaño a Madrazo</i> [E7:236] <i>Un tío colombiano que yo había visto en una fiesta y una de tatuajes que no bebía, que yo dije, este tío no sé qué le da, ahí un tío en una fiesta que no</i>

bebe y una de tatuajes y no bebe ni fuma ni nada, esto no me cuadra y se ve que este tío era **un AA** y entonces le dije... les conté toda la película **llorando** y tal, no?

[E8:364] A **la Garriga** tota **la gent** que ja hi havia sortit, buscaven altres grups, clar parlant amb gent anaves a mirar altres grups, per no haver d'anar sempre allà, perquè allà teòricament et donen l'alta i amb gent que ja anava a altres grups pues vaig anar a mirar.

AA_I_Con
t_mdi

[E1:270] Salían todos los números en el **periódico**, los hospitales y A.A. Cuando me dí cuenta de lo del alcohol sabía que lo había visto en el periódico, ... 3777777 o 3277777, es un número de estos. Primero llamé al mediodía, se me puso una mujer que luego reconocí por la voz que me dice te tienes que esperar diez minutos que tengo que ir a buscar a mi nieto al cole, digo me cago en la leche!, dice llámame dentro de diez minutos pero sobre todo llámame y yo le digo vale!, joé que cosa más rara y estuve 10 minutos al lado del teléfono esperando, entonces llamé otra vez u me dice ostia! pensaba que no me llamarías, era una mujer muy dulce, una señora de unos 40 y pico de años y me dijo pues ven hacia aquí y tal y tal y fui un lunes, a las 20 horas, temblando, **temblando**...

[E3:266] en **México**, AA se anuncia por las **calles**, hay letreros de AA, hay **letreros luminosos**, hay **neones**, hay carteles en el **metro**.

- DESENCADENANTE -

AA_I_Des
_for

[E6:278] cuando me dio el **ultimátum**, yo **pedí ayuda**, le dije que vale, que me ayudara, entonces me dio dos teléfonos de gente que iba a su grupo. Al principio **fui por él, eh? no fui por mí**, fui por él, digo tengo que ir porque sino esto se va a acabar (...) Claro y bueno hablé con una compañera de él, fuimos a hablar yo me acuerdo que cuando fui a hablar yo le decía a ver, problemas, digo alcohólica no soy, siempre lo he dicho, digo alcohólica no soy, tengo un problema con el alcohol, mi problema es cuando empiezo a beber, si yo no empiezo a beber, no hay problema porque estuve tiempo yo sin beber, el problema es cuando arranco y ella me decía : Agnes tú ya sabes lo que hay? Y bueno y...

- VIVENCIAS -

AA_I_Viv_
aco

[E1:245] Vi enseguida que había tomado una decisión muy importante y que era algo que me iba a ir muy bien, aquella gente era muy **buena**, era muy **sana**, si y **hablaban con el corazón**, de cosas que yo nunca había oído ni en los grupos con los médicos, ni el La Garriga, no.

[E2:288] Uffff, lo recuerdo muy nebulosamente, se subieron a darme información y fueron muy **cálidos**, se acercó mucha gente a mi, estuve tres sesiones, porque en México hay grupos que sesionan, no solamente tienen una sesión, sino hay una a las 5 otra a las 7 y otra a las 9. Me quedé a las tres, después me acompañaron a casa dos compañeros, al siguiente día me llamaron, fueron por mí, me trajeron, y así me estuvieron **arropando** un mes. Y comenzó a moverse en la cabeza y en el corazón una serie de circunstancias, tremendas.

[E4:329] AAhhh, pues me pareció genial, no se es como, **comprensión** sobre todo, no? comprensión absoluta, y cariño y la gente aquí un poco se detiene para escucharte y para compartir sus **experiencias** contigo y esto me pareció muy importante, no? porque había ido los últimos años como una cosa muy rápida y que no se para nada para dar **cariño**...

[E5:372] Me impresionó, porque, no se, tampoco sabía lo que era eso y supongo que vi a gente normal, no se lo que me esperaba encontrar, no? entonces supongo que vi que se **refan**, no? y no sé, les vi la cara, no se lo que es, no? pero un poco la idea esta de que yo quiero **ser como estos** cuando yo sea mayor sobre todo eso

[E6:281] Hombre lo que más me impacto es la **cordialidad** de la gente que yo nunca había tenido en otros sitios ya sea en el instituto, en la universidad... la gente te daba dos **besos**, por qué si cuando entrabas en la comunidad, es que te hacía **sentir como uno más**.

[E8:364] **A la Garriga** tota la gent que ja hi havia sortit, **buscaven altres grups**, clar parlant amb gent anaves a mirar altres grups, per no haver d'anar sempre allà, perquè allà teòricament **et donen l'alta** i amb gent que ja anava a altres grups pues vaig anar a mirar, el que passa es que vaig tenir la mala sort que el primer grup que vaig anar va ser el del Clot, era horrorós, perquè clar hi havia 60 persones hostigant-se o sigui, això que dius bueno, aquí saben que es una malaltia això? Perquè :-tu eres un hijo de puta. I no, no, tu no ets un hijo de puta, ets un malalt noi. I havien dos senyores en plan "vudu" no em va agradar gens i per això vaig provar narcòtics.

[E9:330] Pues fue muy bonito, porque allá en Clot se organizan muy bien, me atendieron dos compañeros Ángel y Ángel, dos Ángeles y fue muy bonito y sobre todo **decir que bebo**, que tengo problemas con el alcohol que me emborracho que mi vida la llevo fatal.

AA_I_Viv_
min

[E1:292] Al principio tienes muchas **dudas**, no entendía lo de los miedos, **miedos a qué?** , gente que decía miedo, miedo...

[E6:278] Lloré mucho, **lloraba mucho**, vi a dos compañeras, así que me acuerdo de ellas, lloré mucho, lloré muchísimo todo el rato, mucho, mucho, sentía mucha **vergüenza**, eh? (...)Ese día bebí, el día que entre en AA, bebí por la mañana y al medio día, pero al día siguiente ya no bebí, sí que me tomaba las pastillas por la noche, eh? eso me ha costado más, eh? eso hace tres meses que no las tomo.

AA_I_Viv_
eei

[E1:282] Es curioso porque hasta en un libro lo pone que alguien estaba escuchando detrás de la puerta de alcohólicos anónimos pensaba que estaban hablando de él, porque en el fondo todos tenemos el mismo problema, aunque sean completamente diferentes pero cuando habla uno ostia! pero si esto me pasa a mí, entonces lo ves muy claro y dices coño! pero si es lo mío, pero los mismos problemas, diferente lugar, diferente situación pero el **mismo problema**

[E2:236] Llegué antes que empezaran, sólo habían tres personas, recuerdo dos personas clarísimamente de las que estaban, luego empezó a llegar más gente, no conocía a nadie pero encontré a algunos que me decían que habían estado en La Garriga, **eso me hizo sentir no tan diferente..**

[E3:333] Otra de las cosas que me gustó mucho en AA es que **no era una peli**, es que las experiencias que yo escuche son de verdad, es que la tía azafata que es alcohólica es de verdad y que el ingeniero y esto es de verdad y que el cirujano y que no pudo operar es de verdad y que un tío universitario y con tres intentos de suicidio es de verdad, **que no es teoría**, que no son libros que no es peli. Dije, es de verdad son personas de verdad que tienen problemas como yo de verdad, esto me enganchó pensé, ese es mi lugar (...) eeh una de las cosas por las que **me quedé en AA es porqué vi a gente igual que yo**. Yo pensaba que era un bicho raro y que no había nadie en el mundo como yo, así de raro y así de hijo de puta porqué yo pensaba que era un hijo de puta, yo tenía muchas **culpas** es cuando me dijeron que no era ningún hijo de puta, sino que estaba **enfermito** y que lo que tenía se llamaba **alcoholismo** y que mi único problema era la botella, que yo no era una persona de sentimientos malos, ni quería hacerle daño a nadie sino que todo esto era provocado por el alcohol. Entonces esto me aligeró mucho, entonces ver como mis compañeros iban cambiando su vida, comentaban sus experiencias

[E8:381] Home, **em sento identificada**, que jo fins als 25 anys no m'havia identificat amb res, diguéssim, ni sentia que formés part de res i aquí em **sento que en formo part** i a part pogué parlar com parlem aquí, al carrer no és

habitual, hi ha gent que són coneguts i punt, i després he fet amics

AA_I_Viv_ane	<p>[E2:248] <i>No al principio pero al cabo de 1 año o 2 yo quería cambiarlo todo, que yo lo haría mejor, esto ha sido una característica en mí el controlar las cosas, el controlar a los demás</i></p> <p>[E3:314] <i>pensé, si yo dejo de beber, si yo voy a una fiesta y rechazo una copa no voy a ser yo, sabes? Me lo cuestioné, eh? dije es que no voy a ser yo, me estoy traicionando, no se, pensé que me estaban lavando el coco, no? pensé que me estaban desidentizando, pensé que había caído en una cosa sectaria, una secta rara, tenía muchos conflictos al respecto</i></p> <p>[E6:287] <i>Lo que más me provocaba inquietud al principio era la necesidad de sacar lo de los años anteriores, tenía como, eem, como necesidad de explicar a todos cómo realmente era, porque yo estos años que estuve viviendo con esta persona hice otro papel, al no beber y todo hice otro papel, como si no hubiese bebido nunca como si ... toda esta mentira y todo este bolo me inquietaba bastante y en AA eso me provocó una inquietud como para sacarlo, necesidad de sacarlo (...)y o me emocionaba mucho es que ya te digo, era emoción, cuando no lloraba igualmente y escuchaba, cuando escuchaba a compañeros digo, coño si eso yo lo he hecho, coño si yo he salido el fin de semana y me pasaba eso, que perdía completamente el control, que pierdes la dignidad como mujer por qué no te acuerdas de nada.</i></p>
---------------------	---

FINALIDAD (**AA_FIN_**). AA afirma que la recuperación es un largo camino que se inicia con la abstinencia y termina con la sobriedad. La abstinencia consiste en dejar de consumir la droga de la que se es dependiente y, la sobriedad, es alcanzar la madurez emocional, lograr la armonía entre el individuo y los que le rodean recorriendo una serie de fases.

Objetivo (**Obj_**) Este código se definió en términos finalistas, la meta que se pretende conseguir, desde la filosofía de AA. En el análisis de las respuestas obtenidas para este código, no se obtuvo ninguna explicación acerca del objetivo final como se había definido al término. Sin embargo, las respuestas recogidas están focalizadas a las sugerencias o consejos que habían recibido en las etapas iniciales por parte de otros miembros más veteranos en sus grupos. Como hemos ido evidenciando tras el análisis de otros códigos, en AA no se emiten órdenes sino sugerencias, no se obliga a nadie a hacer nada que no desee. Los consejos son transmitidos por los miembros con mayor veteranía y respeto dentro del grupo hacia los más noveles. Es un ritual habitual en los grupos, no descrito en su bibliografía y que se asemeja a las comunidades en las que la tradición oral es la principal fuente de transmisión de costumbres y

usos entre generaciones. Los integrantes con mayor prestigio en el grupo son habitualmente los que están autorizados (en sentido simbólico ya que no existe una certificación oficial) para emitir cualquier tipo de sugerencias en voz alta durante las sesiones.

Entre las sugerencias relacionadas con este código que recibieron los entrevistados, existe un factor común que es el de aconsejarles acerca de qué hacer, o mejor dicho el no hacer, así como evitar tomar decisiones en un periodo de tiempo. El objetivo recomendado a quienes entran en AA es el de intentar vivir relajados, acudir a los grupos con frecuencia, sin pensar en los problemas pendientes que tienen que resolver para que no interfieran en la etapa recién iniciada sin consumir alcohol. Un periodo de cambio especialmente delicado en sus vidas (tabla 4.20, cita E3-E5). Se trata de un objetivo, no finalista, de medio alcance que en vez de frustrar alguna expectativa más bien sirve de estímulo para continuar.

Eficacia (**Efic_**) En cuanto a la pregunta formulada para que desde su experiencia identificasen aquellos aspectos que les sirvieron de ayuda más destacables en AA. Además de las citas recogidas (tabla 4.20, cita E1-E2-E3-E4-E5-E7-E9) se exponen los factores que han sido destacados por los entrevistados en forma de listado muy resumido con las palabras o frases clave:

- **Me relajaba mucho ir a los grupos**
- **Eso es magia**
- **La base de A.A. es la honestidad contigo**
- *Yo creo que AA le da a cada quien lo que necesita, justo lo que necesita*
- **Nadie te dice nada, nadie te dice si debes, nadie te dice que no bebas, no, nadie obliga a nada**
- *Porque iba a los grupos ESTO ESTÁ CLARÍIIIIISIMO, yo no perdía nunca el contacto con las personas que me hacían estar pensando, de*

que no iba a olvidarme de que era un enfermo alcohólico y de que tenía que seguir

- AA **despertó algo en mí, conciencia y me dejó guiar** por primera vez en mi vida (...) y además me dieron una alternativa que yo la sigo utilizando el día de hoy, que es esta: **hoy, no bebas, solo por hoy**
- Creo que funciona porqué todo parte de tu experiencia **por qué no hay nada teórico, porque todo es práctico**, y además nadie te dice que eres alcohólico. Yo había ido al psicólogo para que me dijera que tengo, que tengo y como me lo curo y llegué a AA y me dijeron: - tú mismo, **tú sabrás si eres alcohólico o no**. Entonces esto es incalculable, o sea, te confronta contigo mismo: - Tú ante ti, mírate y tú mismo di si eres alcohólico o no lo eres, si necesitas un tratamiento o no, si eres egocéntrico o si no, entonces es descubrirte, es **interiorizarte** y verte
- Yo tengo que hacer un esfuerzo para no beber y el esfuerzo me vale la pena, pero el esfuerzo lo tengo que hacer pues **yendo al grupo, estando en contacto con los alcohólicos y siguiendo el programa** (...) Si la fuerza la saqué del grupo porqué yo vi si toda esta gente ha podido, pues yo lo voy a conseguir.
- Claro, es que, no sé, sigo sin entender, yo pienso que, igual es por la **ideología de AA** que la he asumido como mía, no? pero es que pienso que dejar de consumir es lo más fácil y lo menos importante
- Si estoy mal, el grupo es lo que me va mejor, supongo que **hablar** es lo que me hace sentir bien, no? el **compartir**, el explicar lo que me pasa, supongo que el oírme. El momento de que si cuento un problema o lo que tengo o lo que me preocupa ya deja de ser menos problema
- El que la gente **piensa lo mismo que tú** y que le **ha pasado lo mismo que a ti**, si no todo el mundo a mucha gente, y sorprende mucho cuando alguien cuenta algo que te parece que solamente te ha pasado a ti y que solo lo piensas tú ¿pero este cómo se ha enterado de esto?, no? Y no es que se haya enterado, es que le pasa a él,

- Por necesidad y también porque **nos creemos el programa**, yo me lo creo, tiene una estructura, que está organizada, que sobre todo lo que prima es la **unidad** y no el individuo. Y que todo, todo se basa en **las experiencias**, porque en cierta medida en estos grupos que yo me quejo de disciplina y tanta ortodoxia, pero ahí de verdad te enseñan el manual de la vida y a veces joroba.

Tabla 4.20. Citas textuales en torno a la categoría «AA _Finalidad».

CÓDIGO	CITA
- FINALIDAD -	
AA_FIN_O bj	<p>[E5:398] No durante los 5 primeros meses que iba casi cada día, lo único que quería, o sea, me puse en la cabeza que lo único que iba a hacer en mi vida era dejar de consumir, que no me iba a dedicar a otra cosa, que lo único que iba a hacer era eso y de echo no empecé a buscar trabajo hasta pasados estos 4-5 meses, entonces empecé a buscar trabajo.</p> <p>[E3:311] a mí me sugirieron, el primer año no hagas nada, no pienses, si estas casado sigue casado, si estas soltero sigue soltero, si estas endeudado sigue endeudado, no hagas nada por qué no ves nada, y es verdad, eh?, no ves, es todo al revés, o sea, a partir de un año, si quieres líate si quieres no te líes, si quieres renuncia, si quieres no renuncies</p>
AA_FIN_Ef ic	<p>[E1:385] Es relajante. Un día que estás histérico entras y sales plano. Eso es magia. Un poder superior, magia, el vudu. Hay gente que toma el Altabus, está bien al principio pero luego tienes una muleta, hay gente que se mete un implante (...) Es un compromiso contigo mismo, la base de A.A. es la honestidad contigo.</p> <p>[E2:260] Cuando tenía algún malestar... emocional, si, si casi todo era en mi relación con las personas, sobre todo en casa... Me relajaba mucho ir a los grupos</p> <p>[E2:286] no me he vuelto nunca adicto a los grupo como la gente que dice que AA es una secta y bueno, en las sectas uno no tiene opinión, no?, aquí hay tantas opiniones como miembros y nadie te dice nada, nadie te dice ni si debes, nadie te dice que no bebas, no, nadie dice que nos bebas (...) me costó al principio romper mi careta, mi imagen y creo que es de lo que se trata, yo quizás durante un tiempo simplemente dejé de beber y tuve suerte de no beber, porque iba a los grupos ESTO ESTÁ CLARÍIIIIISIMO, yo no perdía nunca el contacto con las personas que me hacían estar pensando, de que no iba a olvidarme de que era un enfermo alcohólico y de que tenía que seguir (...)y los primeros años en mi caso ha sido simplemente me ha ayudado a no volver a beber, esto fue lo que me hizo ver que yo tenía que dejar de ver a todos mis amigos de antes, era algo que me sugerían porque en AA tu sabes que todo se sugiere, nadie te obliga absolutamente a nada y esto es muy importante, yo al principio no lo sabía, sólo te aconsejan lo que creen que te va a ir bien y tu eres libre o no de hacerlo, y yo me he apuntado a cosas no a todas pero si que hay cosas que las hice muy drásticas, no?, yo vi que tenía que</p>

romper con mis amigos, con todos, no ver a nadie.

[E3:229] Claro en mi familia les costaba mucho entender, ahora no, a partir de que yo estoy en AA o de que AA está cerca de mi familia ya tiene mas **claro el concepto de enfermedad**, pero cuando yo bebía no había claridad en el concepto de enfermedad, o se, yo era un borracho igual que mis primos, entonces mi madre el consejo no bebas tanto, mi padre era contrólale, controla tu forma de beber.

[E3:290]AA **despertó algo en mí, conciencia**, conciencia de que esa no era la solución, de que, te estas volviendo loco, si bebes, va a ser peor y además me dieron una alternativa de puta madre que yo la sigo utilizando el día de hoy, que es esta : hoy, no bebas, hoy y yo decía ok, hoy no voy a beber, hoy voy a beber, hoy no voy a beber, y al otro día iba: quiero beber, quiero beber, quiero beber... pero hoy no bebas, esto me ayudó muchísimo (...)Yo me creí este asunto de la gente con la que bebías, sabes? de romper los moldes, de cambiar la vida, porque si yo no hubiese cambiado mi vida yo seguiría bebiendo y yo no ya no podía más, ya no quería sufrir. Entonces me lo creí, hice lo que me dijeron, **me dejé guiar** por primera vez en mi vida.

[E3:323] Creo que funciona porqué todo parte de tu experiencia **por qué no hay nada teórico, porqué todo es práctico**, tu que sientes, tu no bebes hoy, no es mira, con este plan vas a dejar de beber 5 años, 7 años o 3 meses y si te tomas estas pastillas vas a No, práctico, ven y no bebes hoy y vas a sentir esto y además nadie te dice que eres alcohólico. Yo había ido al psicólogo para que me dijera que tengo, que tengo y como me lo curo y llegué a AA y me dijo : - tú mismo, **tu sabrás si eres alcohólico o no**. Entonces esto es incalculable, inapreciable, o sea, te confronta contigo mismo : - Tú ante ti, mírate y tu mismo di si eres alcohólico o no lo eres, si necesitas un tratamiento o no, si eres egocéntrico o si no, entonces es descubrirte, es **interiorizarte** y verte, conocerte a ti mismo, nada teórico, todo sobre la práctica, claro, esto funciona, te vas dando cuenta de que lo ves y lo asumes y que además no es tan fatal como parece

[E4:395] si desaparece esto, no se, es como mis vitaminas que necesito, es como la fuerza que necesito para seguir sin beber porqué mi tendencia natural es beber. Es que es así, es que yo tengo que hacer un esfuerzo para no beber y el esfuerzo me vale la pena, pero el esfuerzo lo tengo que hacer pues **yendo al grupo, estando en contacto con los alcohólicos y siguiendo un programa** (...) Si la fuerza la saqué del grupo porqué yo vi si toda esta gente ha podido, pues yo lo voy a conseguir. Pero bueno también yo creo que es muy importante esto de que dicen, a ver, que **no ponen ningún tipo de cuestión moral ni obligación** de tu parte, ellos dicen, el que bebe, bebe, no hay ningún problema, intenta no beber pero si no puedes es igual, el lunes ya hablaremos (...)Bueno, yo creo que es mas que nada **un remedio a la soledad**, no? que uno se siente bebiendo y siendo alcohólico o teniendo otro problema como puede ser de comedores compulsivos o lo que sea, no? sentir esa soledad por qué no controlas tu vida y por qué no la puedes compartir con la gente que tu tienes a tu alrededor entrar en una comunidad donde la gente te **comprende** esto, es un remedio brutal, no? esto te cambia la vida, es que yo he hecho un trueque para la vida que tenia antes para esta y esta quiere decir no hacer las cosas sola, no? contar con la gente y apoyar y **ser apoyada** dentro de una comunidad. Yo creo que esto es por lo que

funciona.

[E5:414] Claro, es que, no sé, sigo sin entender, yo pienso que, no se, igual es porqué sea, por la **ideología de AA** que la he asumido como mía, no? pero es que pienso que dejar de consumir es lo más fácil y lo menos importante (...) El que la gente piensa lo mismo que tú y que le ha pasado lo mismo que a ti, si no todo el mundo a mucha gente, mi vida está repartida en muchas vidas de por allá y sorprende mucho cuando alguien cuenta algo que te parece que solamente te a pasado a ti y que solo lo piensas tú y que ¿pero este cómo se ha enterado de esto?, no? Y no es que se haya enterado, es que le pasa a él, no? yo supongo también el verte reflejado y el ver como lo ha superado, no? y el ver como a pesar de todo no hay ninguna razón para el famoso os vais a enterar. Para mí el te vas a enterar es cuando tenía algún problema o pasaba algo, a ver yo no tenía ninguna excusa para consumir cada día, pero una forma de evadirse es integrar...

[E7:268] Por mucho que yo quiera disimular, aquel tío **está diciendo lo que yo soy**. A mí me viene un psicólogo o un médico y yo le digo lo que yo quiero, en cambio, cuando hay otra persona que está diciendo lo que yo siento, yo no puedo decir, no, yo esto yo no lo siento, porque es ridículo, no? yo creo que por esto, que yo me emociono oyendo a alguien hablar (...) es que cuando no me aguanto a mí misma y ya estoy por la calle dando vueltas y me voy un grupo y me siento "guiiri" y allí estoy como protegida, que allí no me va a pasar nada y eso, que estoy como con los míos, que se me van todos los miedos.

[E7:268] Si, venía con una botella de whisky en la maleta, mi madre viaja así, porqué le es más barato, la compra en el aeropuerto y estuvimos en Nueva York, día y noche, ostia la quiero mucho, pero carga, eh? yo, llego un momento en el que nos empezamos a pelear y a poner en tensión y la tía se fue para el hotel y yo iba en el ascensor y veía la botella de whisky de mi madre y yo no me quería tomar un whisky, quería cogerla y hacer así, iba en el ascensor pensando esto, no? y entonces me encerré en el baño, ella se tomó un whisky o dos y entonces me bañé, **recé** y al final seguían las ganas de beber, pero **apliqué todo lo que te dicen en el programa**, no? o sea, me tuve que relajar, bañarme, por qué no podía para las ganas de beber y si me tomo una aquel día, yo no sé lo que pasaba.

[E9:406] Por necesidad y también porque **nos creemos el programa**, yo me lo creo (...) Yo creo que tiene una estructura, que está creada, está organizada, que sobre todo lo que prima es la unidad y no el individuo y entonces uno puede decir... es que son tan cambiantes los grupos y las caras... pero queda la estructura, queda el compromiso cuando uno lo acepta y durante ese tiempo que esté, pues hace yo mismo, con mi servicio, con mi asistencia ya creo estructura.

Todo, todo, por **las experiencias**, porque en cierta medida en estos grupos que yo me quejo de disciplina y tanta ortodoxia, pero ahí la verdad te enseñan el manual de la vida y a veces joroba. Hasta trabajar con tarjetas de crédito... pues la cosa más mínima, lo dices, te dan dos bofetadas y empiezas a ponerte las pilas. Claro a veces las bofetadas, otras, hay gente muy burra, ese es el problema, modular, claro, pero que si que en todo y luego trucos, he aprendido trucos, claro al socializarme cada día en los grupos, realmente lo que trabajamos es socializarnos precisamente, nos hacemos unos verdaderos artistas en callarnos, en

escuchar, la gente no sabe escuchar, la gente protesta por todo, pero... y yo me doy cuenta, que bobo, me colaban cada gol... yo no escuchaba. Aprendes ""habilidades"". De ahí viene que uno dice, como puede ser que esa persona que es una maruja de su casa, que no tiene ningún estudio ahí fuera en la calle, resulta ser que vino aquí, es una gran comunicadora, tiene una potencia y fíjate la tía, repartiendo bofetadas al más pintado

RITUALES (AA_RIT_). En esta categoría se han incluido las costumbres en el funcionamiento que son comunes en todos los grupos; algunas proceden de los 12 Pasos, otras de las 12 Tradiciones y el resto no corresponden a ninguna directriz explícita aunque se han incorporado de manera tácita en la forma de proceder.

- Apadrinamiento (cir) Cada persona nueva que entra en AA se le aconseja que, tras un tiempo para conocer al grupo, escoja a una persona más veterana, para que se convierta en padrino, si es hombre o en madrina en caso contrario. Esta persona será como un asesor-amigo a quien podrá llamar en cualquier momento. Alguien con más experiencia que va a entender y le puede aconsejar en situaciones difíciles y que posiblemente se va a convertir en un amigo de por vida.
- Servicios (cir) Cada grupo debe tener un mínimo de organización y que los integrantes se interesen por el bienestar de la comunidad y del grupo. Cada grupo base tiene 7 cargos que corresponden como siguen. Información pública, tesorería, secretaria, literatura, café, cárceles y delegado. Son cargos rotativos y votados en asamblea por un año de duración. Mejoran el sentido de responsabilidad de las personas que lo ocupan y ejercitan la ayuda a otros, tan "necesaria" en estos grupos. Destacamos también el Servicio telefónico que dispone de una centralita con operadores que son miembros de los grupos para contestar. Las llamadas son frecuentes y se enorgullecen de la ayuda prestada. Además hay un contestador que completa las 24 horas al día de atención telefónica donde se escucha este mensaje ha conseguido ser muy útil para asistir a AA:

Si quieres seguir bebiendo es tu problema, si quieres dejar de beber es nuestro problema.

- Aniversario (cir) Constituye la celebración más importante incluso que el propio cumpleaños. Coincide con la fecha de entrada en AA o de la última copa como alcohólico. Cada año dentro de AA se celebra de forma especial, se convoca a un grupo que personas que lo van a celebrar conjuntamente y en orden de antigüedad van tomando la palabra para hacer un discurso en público, ante el resto de compañeros, amigos y familiares. Al finalizar la sesión se apagan las velas que simbolizan los años en AA.
- Bibliografía (cir) El programa básico está basado en las 12 Tradiciones, que se aplican al grupo, y en los 12 Pasos, dirigidos al individuo. A partir de estas premisas nace el sentido de comunidad (grupo/familia). Ambos forman parte de la lectura mínima que todo miembro tienen que interiorizar para integrarse en la comunidad.
- Logo (cir) Si reconocen el símbolo de AA que identifica las tres premisas clave, plasmadas en un triángulo que son: unión, recuperación y servicio.

*Creo que si no partimos de esta base no podemos llegar a ningún sitio, o sea, creo que si no hay unidad no podríamos recuperarnos, porque entiendo que mi recuperación depende de la unidad de mi grupo, mientras más gente sobria haya en la unidad de mi grupo más garantizo mi sobriedad yo. Este es un acto de antiegoismo maravilloso, o sea, de salirte de ti, de pensar en los demás, casi por obligación, sabes?, mientras más personas haya recuperándose en mi grupo, más experiencias tendré yo y más... Entonces, el servicio y la unidad y a partir de la unidad y del servicio como consecuencia la recuperación, no? **a partir de estar unidos y servir te vas recuperando, entonces el triángulo importantísimo** y luego mejor, rodeado, cercado, no? acogido, abrazado por un círculo. El círculo es la ausencia de dualidad o sea unidad. Todo esto son interpretaciones mías [E3:384].*

- Espiritualidad (esp).
*Yo he sido siempre un hombre espiritualmente abierto. El conflicto lo tenía con la divinidad occidental, sabes? O sea, a mí la palabra Dios me molestaba, sin embargo, el ser, o **la energía** me gustaba más porque*

*también se me hacía más intelectual, sabes? y los intelectuales no podíamos creer en Dios, podíamos creer en el ser interior algo más progre. Y entonces por el lado progre me llegó Dios, no? como ahora lo entiendo. Conocí a un tío que me enseñó a meditar y uff, un padrino también, eh? **me enseñó a meditar**. Yo pido algo, cuando oro digamos, hago meditación desde hace 4 años, o sea, después de estar tres años en AA comencé a hacer meditación y no he perdido el hábito, me va muy bien, no? me relaja mucho, me ayuda. Tengo la concepción más bien la intuición de que hay algo superior a mí, no que me rige, pero que se forma, que yo forjo esto superior a mí, o que formo parte de **algo parecido al karma**, voy quemando karma pero que además voy construyendo karma futuro, es algo así [E3:336].*

- Reciprocidad (cir) Ayudar al compañero que “todavía sufre”, es otra de las premisas clave de AA. basado en este principio es prioritario el poder ayudar a algún alcohólico a llegar al grupo, a que deje de beber y de sufrir y, de alguna manera, simboliza la devolución del favor o el servicio que algún día le proporcionaron a uno. Sólo así se cierra el círculo recíproco y se salda una deuda para con el grupo. Está basado en el Paso 12^a.

*Ahora he estado trabajando con un tío que no quiere dejar de beber por lo visto, pero bueno, yo trabajo porque hay un principio atiegocéntrico, yo creo que **el programa de AA es egorreductor**, siempre, y entonces ahora trabajar con otros, **garantiza mi sobriedad**, sabes?, en la medida en que yo le cuento mi historia a un chico para animarlo a que deje de beber, en esa misma medida, garantizo mi sobriedad hoy [E3:399]*

La alegría de vivir que caracteriza a este último está implícita en la oración que cierra todas las sesiones y que tiene un significado especial para sus miembros, y que reza así:

*Dios, concédenos la serenidad para aceptar las cosas que no podemos
cambiar,
El valor para cambiar aquellas que podemos, Y la sabiduría para reconocer
la diferencia.*

- Hombres y Mujeres (cir) De las observaciones constatamos que la proporción de hombres siempre era mayor que la de las mujeres, aun así, este código cuestionaba si consideraban que existía una igualdad en el trato entre hombres y mujeres en los grupos. Los testimonios recogidos advierten que, no se trata de una desigualdad en sí, lo que se recomienda es evitar las relaciones que no sean de compañerismo, ya que podrían desestabilizar tanto a hombres como a mujeres, especialmente en una primera etapa, en la que se tiene que hacer un trabajo personal de maduración.

Si, si en AA no hay nada prohibido, tú te puedes apadrinar con quien quieras, todo lo que se dice en AA, es a través de la experiencia. Aquí es donde está la validez, porque es a partir de tu experiencia personal y la experiencia dice que cuando te apadrinas con una persona del sexo contrario terminas liado, o sea, porque somos muy iguales, porque nos gustamos mucho entre alcohólicos y no es difícil que termines liado, si no es difícil en el mundo normal, no? es menos difícil, y claro a un chico o chica que está intentando dejar de beber y lleva tres meses sin beber y se engancha con ... [E3:391].

Por eso cuando hay una mujer que tiene un problema y tal y cual van dos, no te dejan ir sólo, ya no por la relación sino porque te da la vuelta, es decir si hay alguien en casa y pide ayuda a A.A.: que tengo a mi marido enfermo y van para hacerles una visita, para explicarles siempre vamos de dos en dos, porque el alcohólico es capaz de darte la vuelta y acabar chupando los dos y cuando es mujer también de dos en dos, para que no hayan historias [E1:328].

- Autonomía de los grupos (cir) Tradición 7^a: todo grupo de AA debe autofinanciarse a sí mismos, es decir, mantenerse completamente con las contribuciones voluntarias de sus propios miembros, no consideran prudente recibir contribuciones externas que supongan cualquier obligación.
- Anonimato (cir) Tradición 11^a: el anonimato es la base espiritual de las Tradiciones de AA en la que siempre se anteponen los principios a las personalidades. Las relaciones con el público en general deben

caracterizarse por el anonimato personal; no se deben publicar, filmar o difundir los nombres ni fotografías, identificándoles como miembros de AA. Además las relaciones públicas que se hagan fuera de los grupos se han de guiar por el principio de “atracción” en vez de promoción, evitar el autoelogio y dejar que sean los demás quienes los recomienden.

ASPECTOS NEGATIVOS (AspNeg) Cabe esperar que se mencionen algunas discrepancias sobre el funcionamiento de los grupos que están relacionadas con inercias o liderazgos que han perjudicado de manera puntual:

..... Dentro de la comunidad hay gente que es muy integrista, para mi gusto, para mi forma de ver ese aspecto de que si no vienes a grupos, sino no sé qué, sino no sé cuántos, te caerás y tal y cual y no sé qué, y eso para mí es un error, porque yo pienso que lo que tiene que servir es para una ayuda y para “tratar” la vida paralela que es la que está en la calle, no es la de la comunidad y al mismo tiempo tengo que seguir yo en la comunidad para gente que o entre nueva o gente que pueda tener problemas de la que esté allá si es que puedo ayudarle. Pero no tiene que ser mi forma de vida, ni es mi forma de vida ni es mi medio de vida [E5:472]

.... Y ahí es donde están los problemas en la comunidad y a veces hay, también un día lo expuse, que hay un sentimiento cainísta en el fondo, todos los grupos a veces se producen unas inercias de dar por saco a los niños, a ver quién aguanta más, porque hay veces que como un compañero dice, aquí hay mucha psicología es decir, que no hay actitudes por incorporación, porque te lo creas, sino muchas veces hay actitudes por disciplina, si tienes un verdadero hipócrita delante, yo entiendo que.....y eso también perjudica, pero bueno, yo creo que el éxito es saberse trabajar todos estos temas y no irse a beber [E9:481].

La dimensión de Recuperación (RE) incluye las categorías de Recuperación Personal y en Comunidad (COM).

RECUPERACIÓN PERSONAL (RE_PER_)

Al principio cuando empiezas irías con una pancarta ¡! ...te gustaría decirle a todo el mundo que bebe, que deje de beber, luego te enseñan que es por atracción
(PASO 12)

Autonomía personal (AutPers) Tiempo necesario para conseguir un funcionamiento autónomo. El periodo de tiempo necesario para llevar las riendas de sus vidas se han establecido como variables dependiendo de cada persona. A pesar de ello, se estableció un periodo mínimo de un año en el que no se deben tomar decisiones, evitar conflictos, estabilizarse hasta incorporar el manual de vida que permita un funcionamiento autónomo. Periodos en los que se han identificado variables que fueron desde 1, 3 y hasta 5 años hasta conseguir un funcionamiento autónomo en el que cada persona estableció sus propios objetivos como se desglosan de las citas (tabla 4.21, cita E1-E2-E3-E5-E7-E8-E9).

Salud (Sal) El tratamiento por problemas de salud generados en la etapa alcohólica, (el caso de E7) que adquirió el HIV a los 21 años y se estaba tratando en una unidad recién inaugurada para esta infección en Can Ruti. También la aparición de otras enfermedades como un tumor renal del que fue operado con un pronóstico no concretado (E5) así como querer generar nuevos hábitos o prácticas para alcanzar un estilo de vida más saludable, como el conseguir dejar de fumar en 4 casos (tabla 4.21, cita E4-E5-E6-E7-E8).

Sobriedad (Sob) Las condiciones para mantenerse alejado del consumo de alcohol, a pesar de haber sufrido alguna recaída o haber substituido el alcohol por otra adicción. ¿Cuál fue el planteamiento para alcanzar la sobriedad? Las principales estrategias para evitar beber se han basado en el evitar los ambientes que pueden alterar su estado de ánimo, en haber eliminado el alcohol en sus casas, cambiar el tipo de amistades anteriores, llevar una vida tranquila y acudir con mucha frecuencia a los grupos de referencia (tabla 4.21, cita E1-E2-E3-E5-E7-E8-E9).

También, se destaca la importancia de: el ***solo por hoy*** que caracteriza a la filosofía de AA. Mejor plantearse objetivos posibles de corto alcance que de superen con éxito. En resumen, como se explica en esta frase:

Es que la vida tranquila no te lleva al alcohol, háztelo fácil (E1)

Sentido de la vida (SentVid) La búsqueda de una nueva vía de enfrentarse a los sentimientos, a las emociones, que transforme el sentido que tienen sus vidas. Todos los testimonios habían encontrado un nuevo enfoque para llenar el vacío que el alcohol había dejado en sus vidas. Y se trata de resignificar sus vidas con aquello, que en muchos casos podía ser lo que menos les gustaba en la etapa anterior. Al contrario, el vivir el día a día, saboreándolo, en los pequeños detalles ha sido el descubrimiento de lo poco que necesitan para disfrutar del presente (tabla 4.21, cita E1-E4-E3-E5-E9).

Tabla 4.21. Citas textuales en torno a la categoría «RECUPERACIÓN».

CÓDIGO	CITA
- PERSONAL -	
<p>RE_PER_Aut Pers</p>	<p>[E1:381] <i>Para verte claro un año y medio o dos años. Por eso te dicen que durante un año ninguna decisión. Es que no calculas bien las decisiones. Sí, primero entras en la nube rosa que es un flip y luego entras en el estado plano</i></p> <p>[E2:322] <i>El primer año es de no hacer nada, o los dos primeros y luego hay otros años más quizás de asentamiento donde yo a partir del 5º año empiezo a despertar y tengo ganas de conseguir más cosas.</i></p> <p>[E3:314] <i>Si, el primer año fue, ven a grupo, no bebas hoy y ven a grupo, no hagas nada, y yo no hacía nada, yo no hacía nada, yo no hablaba con nadie, yo no... Entonces creo que el primer año es no beber e ir a grupo (...) Si, eeh a partir de 8 meses comencé a trabajar en un diario, a hacer corrección de estilo, después comencé a trabajar en otro diario ya teniendo una columnita, regresé a la universidad, donde la había empezado y la dejé por ahí, había estudiado</i></p> <p>[E5:496] <i>Depende de ti. Yo pienso que un año no te lo quita nadie y hay gente que después de 10 le tendría que decir, oye sigues sin hacer nada, eh?</i></p> <p>[E7:335] <i>Me falta serenidad, tranquilidad, todas estas cosas. Sobre todo esto serenidad, yo un día estoy bien y al día siguiente estoy fatal y... <u>¿Y cómo lo controlas esto?</u> Estabilidad no tengo ninguna estabilidad. Pues yendo a grupos, es lo único que me para.</i></p> <p>[E8:520] <i>Hi han grups que veus gent que porta 9 anys sense beure i no tenen autonomia, hi han sistemes d'aquests més que lo que et digui el padrí i no se que i gent que es limita a fer la vida dintre de AA i jo crec que en tenen poca i hi ha gent que la té ràpid</i></p> <p>[E9:566] <i>Tres años y medio para cuatro. Sí, yo lo necesitaba, sobre todo incorporar el manual de la vida si, si, el primer año, fue sobrevivir, el segundo año fue un año de cross la relación con mi compañera, yo no estaba preparado, el tercer año ya bajarme de la moto y empezar ya con el tema del programa y ser consciente de mis defectos y de que esto es muy largo y ya cuando toco el cuarto año me encuentro económicamente bien, no tengo ningunos problemas, con mis hermanos todo normalizadísimo, con la madre de mi hija también, con mi niña, no les debo nada, todo perfecto, viajes...</i></p>
<p>RE_PER_S</p>	<p>[E5:534] <i>Si he tenido un cáncer, me han operado...justo después a los 6-7 meses, yo tenía un problema en el riñon congénito (...) Bueno, lo de fumar un</i></p>

	<p>al poco menos, dos años y poco, pero también he dejado de fumar y de hecho me da asco ahora el olor a tabaco, ahora lo noto muchísimo, cuando se me pone alguien al lado que se pone a fumar un cigarrillo... uuufff.</p> <p>[E4:381] sí, es como una gran pelota, la gran pelota era la bebida y después esto lo empujo para abajo, y después era fumar, también he dejado de fumar y pero después me comía las uñas hasta que me sangraban, que toda la vida me he comido las uñas pero las comía pero mucho más, esto lo he dejado... un poco cuando te das cuenta y vas queriendo quererte y cuidarte y hacer las cosas bien, cada vez el daño que te haces a ti mismo es menor.</p> <p>[E6:321] Ves como que el día de hoy puede ir a mejor, no? cuando te levantas ves un día, no? tienes cosas que hacer no es como antes que deseabas que el día pasara, ahora no, ahora lo ves como con ganas, voy al gimnasio como de otra manera, más sana e intento cuidarme</p> <p>[E7:297] Y a partir de entonces apareció la unidad de "Gaté" la de Can Ruti, pero era en el 87 en aquella época éramos los primeros 500 infectados me imagino que soy una (...) No pude tocar el tema, no, me hacía demasiado daño, no pude hacer el servicio ese, no sé qué pasó, ahí me di cuenta que hay mucha mierda dentro, que no he sacado ni se cómo canalizar ni nada. Y mucho miedo, mucho miedo porque como que no me tenía que tomar medicación... Si una enferma me hablaba de medicaciones o me hablaba de sus problemas, me hacía el efecto que se me iba a pegar algo, no? como diciendo, si vas con esta gente te va a pasar lo mismo que ellos.</p> <p>[E8:456] exemple jo fumava, ara fa 4 anys i mig que no fumo</p>
<p>RE_PER_S ob</p>	<p>[E1:304] En A.A. dejas de beber y eso es fácil, lo que nunca tienes que olvidarte y sigo manteniendo la relación, yo cada 15 días me viene alguno del grupo a comer, hacemos la charradeta o aquí o..., es que ahora es mantenerte, yo dejar de beber es fácil, hoy no bebo y punto, yo lo que no puedo es descontrolarme y perder..., olvidarme de lo que soy</p> <p>[E2:182] Yo tengo las ideas muy claras en este sentido, por experiencia de otras personas que he visto, propia no por suerte porque yo el día que dejé de beber ya no bebí nunca más, no?, pero tampoco puedo asegurar que no voy a beber nunca más..</p> <p>[E3:353] Pero además, es que me gusta AA, sabes?, es que más allá de, tengo que ir porque sino bebo, es que, voy porque me encanta AA, la filosofía de AA me gusta lo que se cuenta las cosas que se dicen, no?, la forma de vivir de AA me gusta, me gusta ser un AA, me gusta, las cosas que se dicen, los temas que se tocan, me parecen más sensibles, más profundos, es como hacer gimnasia, no? si te sienta bien, ¿para qué has de dejar de ir? :- ¿y cuando vas a dejar de ir?, pero si estoy de puta madre yendo, no entiendo por qué dejar de ir, así lo entiendo yo.</p> <p>[E5:452] A ver, lo que me da la fuerza de alguna manera soy yo, lo que yo quiero de mi vida y lo que pretendo con ella, no? y me hace sentir muy bien, no? y una cosa que he aprendido estando en AA o desde que dejo de consumir, pienso en AA y en el trabajo que he hecho, no?</p> <p>[E9:364] De que iban pasando las horas y dos días y que no bebía y después que tenía un sitio donde ir a reposar a cobijarme de mis heridas, es que estaba por todos lados estaba acosado, tenía muchos frentes, 10 frentes. Sin embargo, luego con el tiempo te das cuenta de que es la etapa más bonita porque es lo que solucionas más rápido dentro de un proceso (...) Luego la recuperación es.... los cambios cuestan muchísimo porque la recuperación es larguísima. O sea, arreglar lo roto, recomponer es como más sencillo, visto con el tiempo, la perspectiva del tiempo y además te motiva más, me motivó mucho</p>

[E2:357] *Actualmente no tengo ningunas ganas de tomar un trago, ni en situaciones fuertes que he tenido, bueno es que tampoco son tan fuertes, antes parecía que todo era muy fuerte, que cualquier situación era límite, todo era o grandes alegrías o grandes desgracias, cualquier cosa que ahora no es así. Bueno lo más fuerte que me ha pasado a mí ahora pues ha sido que me he separado pero no he sentido la llamada del alcohol en ningún momento*

[E3:393] *Desde que llegué a AA, en las casas que he habitado no tengo alcohol de ningún tipo. Casi ni alcohol de 96 de farmacia de este, este sí que hay. Entonces a nadie le invito a una cerveza y entonces tampoco voy de tolerante, sabes? De decir : -vamos a ir a tal sitio, todos beben pero no pasa nada yo no bebo, eh? no pasa nada, no, porque las amistades con las que me reúno generalmente no beben a partir de que deje de beber las parejas que he tenido no beben y si alguna que ha bebido, yo le expongo que soy alcohólico y que si puede evitarlo no beba, si puede y si quiere, no? y he corrido con suerte de que no bebo, y yo creo que no es tanto suerte, yo creo que es consecuencia, sabes, si eres marihuano, tu grupo de amigos es de marihuanos, sabes es como inercia, no? si eres borrachote, tu grupo de amigos son borrachotes, yo no bebo, mi grupo de amigos no beben. Son algunas personas de AA otras que no son de AA pero que generalmente no beben.*

[E6:326] *Es que entonces es fácil, porque como no bebe nadie, en la mesa de la cena no hay nada de alcohol, es más las copas de vino ya las das para que se las lleven y no hay, no hay alcohol en casa, por ejemplo, el sábado fui de comunión, bueno pues yo me alejo ya físicamente de lo que es el ..., o sea, a mí aún me entra malestar cuando huelo el alcohol, no ganas de beber, sino como incomodidad . ¿Sabes cuando estás con alguien que te hace estar incomoda? Pues con el alcohol a mí me pasa, es como esa incomodidad, pues **lo evitas** y cuando no estás bien pues te vas.*

[E8:523] *Ara es que ja no, home jo lo que no vull estar es en una habitació amb gent que fumi porros, me'n vaig, perquè no... i lo altre no puc estar, al començament sí, al començament jo vaig **evitar** molt qualsevol situació, o sigui, no els llocs d'abans, no la gent d'abans, no eventos ni casaments ni llocs on hi hagi consum...*

[E9:487] *Pues, **no poniéndome en riesgo**, esto de entrada. Pero cada vez me voy poniendo un poco más en riesgo, es decir, estuve sin salir mucho tiempo, ahora salgo, estuve sin viajar, ahora viajo, estuve alejándome de las copas, ahora las veo y sobre todo teniendo una actitud frente a la copa clarísima, o sea, si tengo que dar un manotazo a un pesado o pesada se lo doy o apartar una copa si tengo que hacerlo lo hago. Pero tampoco monto teatrillos espectaculares, es que yo soy de alcohólicos ... Y cuándo estás estresado, estas nervioso o ansioso, ¿Cómo lo evitas, cómo te lo trabajas? Pues hago deporte, llamo por teléfono, me tomo un baño, me tomo un refresco.*

[E1:381] *Luego ves gente que empieza a **comprar** a saco, de **forma convulsiva**, es decir, sustituyes, entonces te enseñan a no sustituir. A mí no me pasó, yo gasto igual, no tengo tiempo yo, no, no (...) Pero hay que ir con mucho **cuidado con las relaciones**, al menos los dos o tres primeros años nada, nada porque te enganchas, te enganchas porque sustituyes.*

[E3:347] *Sí, yo creo que es un poco parte de la personalidad, a ver, cuando yo dejé de beber aumentó mi consumo de tabaco, no? el doble, si me fumaba una cajetilla y media me fumaba tres, tres años después dejé de fumar también, ahora afortunadamente no fumo,*

[E8:456] *Per em costa molt trobar algo que m'agradi, si jo estic malament compro roba i no m'ho poso i em fa molta ràbia perquè nooo... i llavors ara sé que si vull comprar no se que, penso, bueno miro i vindré demà, i demà no compro res, vull dir, que son compulsions de que jo estic malament i aquestes*

si que les tinc controlades i altra gent, per exemple la meva parella, hi ha èpoques que ha estat malament i tira a les màquines.

[E9:449] *Hay muchos pesados que dicen sustituir el alcohol con el sexo, otros el alcohol con las relaciones, otros que no sé qué, es que es absurdo, también me creía que era adicto a las tarjetas y ahora me he doy cuenta que las tarjetas de crédito me puse a trabajar con ellas y me autolimité. Luego hay gente que se cree que yo hago los viajes por turismo sexual y esto es estúpido, es que te puedes relacionar o no, es independiente, pero claro es que depende, que tonterías, no?. No soy adicto al juego, no soy adicto como otros dicen: -yo a la cocacola, pues oye chico, no se, yo tomo cocacolas y cuando me canso las dejo, o al chat, pues chateo y cuando me canso lo dejo.*

RE_PER_S
entVid

[E1:347] *Pero hasta cuando dejas de beber vas a sitios y vas **buscando** y vas buscando, que coño buscas, si no hay nada, ostia para aprender que no hay nada, pero es que hay que hacer una **vida fácil** y ya está, no busco nada, me entiendes, me he pasado media vida buscando algo.*

[E4:436] *Ahmmm y bueno disfruto mucho más quiero decir que vivo mucho más mis relaciones, con mis hijos sobre todo, con mis amigos, conmigo misma, quiero decir que estoy mucho **más presente en lo que hago**. Y bueno poco a poco consigo hacer las cosas con tranquilidad y serenidad que es mi objetivo, no siempre lo consigo pero cada vez más.*

[E5:409] *Entonces tengo que buscar algo más, no? algo que haga que no me apetezca consumir. De hecho, yo conozco mucha gente del Cass que lleva sin consumir y que sigue diciendo que es un rollo de vida y yo la encuentro un rollo la vida, entonces al principio me has preguntado si era feliz o no era feliz y te he dicho que ni mucho ni poco, no? porqué de alguna manera pienso que la cosa está en la **linealidad**, no? que no hay que ser ni muy feliz ni muy desgraciado y la vida es justamente eso, que hay momentos de cada cosa, no? pero yo me considero que estoy mucho mejor ahora lo que estaba antes.*

[E9:364] *Por fin tenía una fe y una **confianza en mí**, yo no confiaba en mí y la posibilidad de hacer cosas (...) Sí, pero el día a día es estarlo y es vivirlo, entonces yo he conseguido pues hacerme **una recuperación a mi medida**, tener mi personalidad fuerte y también me ha costado mis... bueno supongo que ahí fuera, **buscarme mi espacio** me ha costado, pero yo saco las uñas si hace falta, con guantes de seda es lo que estoy aprendiendo a ponerme un guante de seda porque a veces, ni se nota.*

[E3:347] *He de decir también que yo tengo la maravillosa oportunidad de escribir, entonces la literatura me ha dado muchas oportunidades, me sigue dando oportunidades, es **un espacio de soledad y de intimidad muy profundo** y que me ayuda muchísimo, la literatura como arte, me ayuda, me salva, me reconforta (...) Comienzo diciendo que he aprendido, que **la felicidad es esto el día de hoy**, o sea despertar, darme una ducha, tomarme un café con dos magdalenas, coger mi bici y **venir a que me hagas una entrevista**, que he aprendido que la felicidad es la tranquilidad, no la euforia, que he aprendido que la felicidad también es los problemas cotidianos, las discusiones con pareja, la incomprensión, sabes? Los problemas que te trae la vida, no? que si no llegas a fin de mes por qué no tienes pasta, que si tienes que ir a tal sitio y no, lo problemas laborales, estos no se han ido pero ahora ni siquiera los confronto, lo afronto, se cómo desayunármelos.*

[E9:576] *Y **sobre todo el día a día, me encanta vivirlo**. Yo tengo una vida ordenada, metódica digo yo, aburrída, entre comillas, yo vivo frente al mar, a 8 minutos del despacho del despacho al juzgado 5 minutos y del juzgado otra vez pasando por el mar a mi apartamento que tengo 10 minutos caminando, tengo el vehículo aparcado, tengo la estación de tren para venir aquí a BCN cuando me da la gana, entonces el éxito estriba en la monotonía de los actos, en dominar la zona y en ser consciente y en la repetición y en la confianza de la gente que te ve como una persona estable, como un valor estable*

RECUPERACIÓN EN COMUNIDAD (RE_COM_)

Social y Relaciones (RelSol) Lo que me gusta hacer, nuevos hábitos, nuevas relaciones afectivas, con amigos de la comunidad de o de otros ámbitos (tabla 4.22, cita E2-E3-E4-E5-E6-E9);

Familiar (Famr) Los cambios ocurridos en el entorno íntimo, como podrían ser el acercamiento con la familia cuando las relaciones estaban deterioradas o, el alejamiento, al ser conscientes de haber mantenido una relación que les perjudicaba. En este sentido, se produjeron dos separaciones o divorcios después de haber dejado de consumir y alcanzado un estado de sobriedad consolidada, en ambos casos. En el primero, la decisión fue tomada por el entrevistado más veterano, médico de profesión, no sin dificultad por todo aquello que entiende le debía a su esposa y madre de los 4 hijos en común, por haber soportado lo peor de un marido alcohólico. Los motivos que refiere para tomar la decisión:

*... cuando uno se va conociendo así mismo llegan situaciones en que uno tiene que tomar decisiones que cuestan mucho, son muy difíciles, muy dolorosas, aparecen muchos miedos, muchísimos sentimientos de culpa, pero para algo he dejado de beber, he dejado de beber para estar bien y ser feliz y que sean felices los otros también, **no se puede vivir estando eternamente agradecido hacia alguien...** [E2:327]*

En el segundo caso, sucede en un momento parecido al anterior en el que se ha hecho un proceso de crecimiento y las decisiones están meditadas. El relato de la entrevistada de origen norteamericano, con residencia en Barcelona, hizo la siguiente reflexión:

....Porqué mi marido lo tomó muy mal esta decisión como también se puede comprender, no? que él se casó con una persona y después resulta que no es esa persona y claro se le fue su compañera de juergas y todo esto. Entonces él lo tomó muy mal entonces no estaba para colaborar con que yo fuera a grupos ni cuidar de los niños ni nada, es que él lo veía mal, no quería tampoco que fuera un gasto y bueno cero apoyo. Porqué yo fui al grupo durante mucho tiempo y volvía y él estaba

borracho a propósito, me pegaba bronca o se descargaba contra AA y me decía cosas pues muy desagradables, entonces yo nunca sabía lo que me iba a esperar en casa [E4:339].

Economía (Eco) Conocer la situación económica actual y la fuente de ingresos: no trabajar, intentar encontrar uno nuevo, mantener la misma actividad laboral que ya realizaba. Las circunstancias de antes no parecen haberse modificado, en el sentido de que quienes trabajaban en la época anterior a AA lo siguen haciendo y viceversa. Solo en un caso, le han concedido la invalidez por enfermedad (tabla 4.22, cita E1-E5-E6-E9);

Futuro (Fut) ¿Cómo se imagina el futuro? Expectativas y retos que se plantea a partir de ahora. (Tabla 4.22, cita E1-E2-E3-E5-E6-E8-E9);

Tabla 4.22. Citas textuales en torno a la categoría «RECUPERACIÓN» II

CÓDIGO	CITA
- EN COMUNIDAD -	
<p>RE_COM_R elSol</p>	<p>[E2:346] <i>Hay pues cosas... me gusta mucho jugar a tenis, asistir a espectáculos deportivos, me gusta salir a pasear, me gusta ver puestas de sol, me gusta ir a caminar, me gusta ir al cine mucho, me gusta estar charlando con amigos, me gusta la música</i></p> <p>[E3:397] <i>Voy a muy pocas fiestas, y no por miedo a beber, sino porqué las cosas que antes eran muy importantes para mí, han dejado de serlo, se han vuelto más banales se han vuelto más formalmente, socialmente, compromisos sociales, tienes que ir porqué tal cosa. Entonces ahora soy mucho más independiente entonces voy a donde quiero ir y cuando no quiero ir no voy. Una boda de un primo voy un día antes lo felicito, si en realidad quiero felicitarlo, y si de verdad quiero ir a la boda voy y si no, pues no, pero es que no me gustan las aglomeraciones, no? mucha gente, mucho ruido, como ya tuve mucho de esto, doce años, de mucha gente, de mucho ruido de mucho follón de muchas pláticas que no llevaban a ningún sitio, de mucho verbo de mucho ligue, entonces ahora es mucho más hacia la tranquilidad y tal, no?. Me gusta mucho el cine, el teatro, le literatura y entonces asisto más a cosas así que a lo otro.</i></p> <p>[E4:443] <i>Bueno yo salgo a veces a fiestas de amigos y a cenas con amigos y tal, en plan familia bastante. Yo con mis hijos disfruto mucho, el domingo les llevé al zoo, yo que se, vamos haciendo, no? pero es</i></p>

quizás, lo busco en cosas mucho más pequeñas, cojo la bici me voy a la playa, cosas de esas.

[E5:475] *Toda, toda gente de fuera, toda menos una persona, toda la gente de fuera es nueva y dentro de la comunidad he hecho dos o tres amigos. Amigos o amigas que nos vemos fuera como amigos, no como parte de la comunidad, lo que si reconozco es que durante bastante tiempo hasta que he tenido mi nuevo núcleo de gente solo me relacionaba con gente de la comunidad (...) Puff, **lo que antes me aburría ahora es lo que me divierte**, no? ¿Por ejemplo? Estudiar, leer, pasear, una conversación. He descubierto la ópera, siempre me ha gustado no? pero he descubierto la opera. Una vida muy normal.*

[E7:309] *A mí me encanta irme por ahí y a veces me da por irme a un museo, irme a la playa también me gusta, me gusta mucho viajar, me gusta salir a ver que hay, no sé, yo me divierto sola mucho, el otro día me fui al Forum ooohhh... Pero no tienes aquello un círculo de amistades, no tienes a una pareja, no tienes a un grupo que digas, me identifico mucho, vas probando y supongo que... no, pero tengo al grupo cada día, o sea, aunque yo esté por aquí o por allá, yo a las 7 de la tarde si quiero, ya se que **puedo ir al grupo** y después ya sé que me puedo ir a tomar un café o sea, tengo como algo que hacer cada día, cosa que antes era esto, no tenías nada que hacer, ahora yo sé que si quiero, cada día si quiero a las 7 tengo algo que hacer.*

[E8:529] *Em puc divertir amb un puzle o parlant amb els amics o no se, ric molt que jo no reia.*

RE_COM_F
amr

[E1:328] *La adicción son las relaciones y no se de estadísticas pero yo te diría que el 70 u 80% que recaen son por relaciones, porque **los alcohólicos somos eternos buscadores de cariño** y el alcohólico que engaña un huevo, es muy listo (...) Hay una película bastante conocida que ella es alcohólica y cuando sale de esto tiene que dejar a su marido. Pasa que has vivido unos sentimientos falsos, cuando vas tocado oye te quiero un huevo y si voy más tocado igual te odio un huevo, me entiendes, los sentimientos están falseados por el alcohol. Cuando lo dejas de repente te quedas plano y dices ahora que siento, que noto, no?*

[E2:327] *Por ejemplo ahora estoy **separado** desde hace unos meses, bueno esto es algo que ocurre en AA, bueno ocurre en todas partes no?, yo he tratado de rehacer mi vida y todo esto, he tardado tiempo para conocerme mucho a mí para saber que podía afrontar esto y para dar este paso porque creo que me convenía. Por el hecho de que alguien haya estado a tu lado en momentos difíciles una cosa es agradecerlo, reconocerlo pero esto no implica que digas bueno pues como ha estado toda mi vida ayudando, aguantándome "la guerra" como has dicho, cuando uno se va conociendo así mismo llegan situaciones en que uno tiene que tomar decisiones que cuestan mucho, son muy difíciles, muy dolorosas, aparecen muchos miedos,*

*muchísimos sentimientos de culpa, pero para algo he dejado de beber, he dejado de beber para estar bien y ser feliz y que sean felices los otros también, **no se puede vivir estando eternamente agradecido hacia alguien...***

[E2:343] *Bueno ha cambiado últimamente, pero todo se trata un poco de las expectativas que yo tenga y quizá yo he tenido durante mucho tiempo unas **expectativas**, no sólo con mis hijos, sino con la gente, como quiero yo que se comporten ellos conmigo y si deseo que sea de una manera determinada, como lo más probable es que no sea así pues claro, puede frustrar mucho, me puede hacer sentir mal y esto es algo que tengo que cambiar y me ha costado cambiarlo, el entender de de vez en cuando consuman, el tema de que vengan a casa tocados. Ahora No es una cosa que me preocupe, hace una par de años me preocupaba mucho se que lo que tengo que hacer es estar para cuando me necesiten, por si puedo echarles una mano y saben*

[E4:339] *Porqué mi marido lo tomó muy mal esta decisión como también se puede comprender, no? que él se casó con una persona y después resulta que no es esa persona y claro se le fue su compañera de juergas y todo esto. Entonces él lo tomó muy mal entonces no estaba para colaborar con que yo fuera a grupos ni cuidar de los niños ni nada, es que él lo veía mal, no quería tampoco que fuera un gasto y bueno cero apoyo. Porqué yo fui al grupo durante mucho tiempo y volvía y él estaba borracho a propósito, me pegaba bronca o se descargaba contra AA y me decía cosas pues muy desagradables, entonces yo nunca sabía lo que me iba a esperar en casa*

[E6:313] *Parece que si, ahora estoy siendo más celosa, también ha sido a ver al entrar y ahora parece que va en declive, según voy asistiendo a los grupos, pero si, o quizás ya lo era y ahora me he dado cuenta como tú dices, ahora soy más consciente.*

[E7:321] *No ahora tengo buen rollo, cuando estoy lejos tengo buen rollo, hombre si me respetan más me llevo mejor con ellos.*

[E9:540] *Luego me doy cuenta que también voy a buscar la chica conflictiva, pero ahora me empiezo a dar cuenta de ello, luego me quejaba, es que mis relaciones no funcionan, pero chico... y también me doy cuenta que he tenido chicas que no valían la pena y el que no valía la pena era yo, claro.*

**RE_COM_E
co**

[E1:459] *Dejar de trabajar, es la única cosa que quiero dejar de trabajar más.*

[E5:511] *Me han dado la larga enfermedad y vivo del cuento, estudio. Tengo una pensión que está bien y bueno a pesar de una separación tampoco es que me quede ... porque son muy caras las separaciones, no? Pero de todas formas es de las cosas que me alegro de haber estado en la comunidad, porque al final cambié el convenio de separación con mi mujer, como ella se quedó con el hijo y la mayoría*

de patrimonio que teníamos se lo ha quedado ella y yo encantado de la vida, mi abogado me quería asesinar y yo me he quedado con lo mínimo y estoy contento de haberlo hecho, sabes?

[E6:320] He podido terminar de estudiar, he acabado ahora mira en marzo acabé el CAP y en abril salió la nota y he aprobado. ¿Qué es el CAP? El certificado de aptitud pedagógica. Acabé la carrera y me he sacado el CAP, quiero hacer lo que siempre he querido, que es dar clases, no digo que lo vaya a conseguir, no lo sé, pero sí que tengo muchas esperanzas puestas en ello, no? lo que es profesionalmente he dado un vuelco radical. En febrero dejé el trabajo después de estar 4 meses en AA para poder terminar de estudiar bien y poder enfocar mi vida a ...

[E9:464] Si hago balance, a mí me ha dado una calidad de vida brutal y en lo económico brutal, en la facturación simplemente y en mi manera de trabajar también.

RE_COM_F
ut

[E2:368] Lo que deseo es seguir asistiendo a AA, no hay plazo, no hay límite, de por vida porque me siento muy a gusto, he conocido gente estupenda, espero seguir conociendo gente estupenda y esto me permitirá seguir sobrio

[E3:405] Entonces cuando pido al futuro, es no separarme de AA, esto lo quiero por sobre todas las cosas, quiero que pasen los años y quiero seguir junto AA porque sé que a partir de ahí puedo conseguir todo lo que quiera, o casi todo lo que quiera,

[E3:405] Es que expectativas para el futuro, estar cada vez mejor, encontrar soluciones para mis problemas, no? y acudir a la ayuda y no olvidar el lugar donde debo estar y no sé,

[E5:548] Pues no me lo planteo porque está muy lejos, sabes? no sé, yo es que también he aprendido, no? que es perder el tiempo pensar en el futuro, no? que con vivir hoy y el ratito que tengo cada momento ya es suficiente y divertido y con eso ya tengo bastante.

[E6:358] Intento no hacerme muchas expectativas, porque para mi forma de ser es malo hacerme, crearme muchas expectativas porque si no se cumplen me vienen los bajones, no?

[E7:334] bueno pues, a lo mejor conseguirme definitivamente un trabajo y estabilizarme, no lo sé, estar bien, porque yo no estoy bien, o sea, yo todavía no he conseguido estar bien.

[E8:548] Res, estar bé i viure bé com tothom, viure, que ens mereixem igual que qualsevol altre viure o lo que et toqui i viure lo bo i lo dolent però sense beure i no tornar a prendre res.

[E9:606] Trabajo, ampliarlo, familia, quiero una familia, cada vez me veo más capacitado, no quiero estar solo, quiero tener más hijos y calidad de vida, nada más.

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 4

- Ayesta, F. J. (2002) Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. En: A. Gual. *Adicciones. Monografía sobre el alcohol*, 1(14), 63-78. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas.
- Bauman, Z. (1994). *Pensando sociológicamente*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Comas, D. (2011). Sociología de las Drogas: Las Drogas en la Sociedad Española. En: C. Sirvent, y J. Rodríguez (Coords.) *Drogodependencias. Sociología, Evaluación, Proceso*. Oviedo: Universidad de Oviedo, Instituto Spiral
- De Albom, M. (2004). *Martes con mi viejo profesor*. Madrid: Maeva.
- Freud, S. (1988). *El malestar en la cultura*. Vol. XXI de las Obras completas Amorrortu Eds. Buenos Aires.
- Fromm, E. (1971). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós.
- Ibáñez-Martín, J. A. (2009). *Educación, Conocimiento y Justicia*. Madrid: Dykinson.
- Luckmann, Th. & Berger, P. L. (1995). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez, A. (2009). Psiquiatría cultural. Teorías, comparaciones y políticas en salud mental. En: Martorell, J.M. Comelles y Bernal, *Antropología y enfermería*. Tarragona: URV.
- Maykut, P. S. & Morehouse, R. E. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide*, (6). London: The Falmer Press.
- Merton, R. (1980). *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OMS (2014). *Salud de los Adolescentes*.
- Rodríguez, F.J. (2011). Análisis Diferencial de una Conducta Social. En: C. Sirvent y J. Rodríguez (Coords). *Drogodependencias, Sociología, Evaluación, Proceso* (pp. 72-116). Universidad de Oviedo: Instituto Spiral,
- Sánchez, L. (2002) Consumo de alcohol en la población juvenil. En: A. Gual. *Adicciones. Monografía sobre el alcohol*. (14),1, 99-114. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas.



IV. ETAPA DE DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El arte de hacer investigación cualitativa, que enmarca esta tesis, requiere la planificación de un diseño minucioso que asegure la linealidad de cada nueva etapa con respecto a la anterior. El hilo conductor se inicia a partir de la pregunta de investigación, sobre *cuál* es el tema de estudio, para cuestionar el *que* en los objetivos planteados. Las estrategias para la obtención de datos, justificadas en el apartado de metodología, dan cuenta del *cómo* se va a proceder, que recipientes van a contener esos datos y como se piensa analizarlos. En este sentido, siguiendo la línea de conexión mencionada, sirva esta introducción para repensar sobre que lo se va a discutir en este capítulo.

Sin intención de extendernos más de lo necesario, merece que sea retomada la perspectiva fenomenológica que ha dotado de significado a la construcción de cada etapa en esta tesis. El enfoque de la acción social o fenomenológico considera que la comprensión de los significados de las organizaciones y de los individuos que las integran no pueden obtenerse de forma independiente ni hacer generalizaciones sobre ellas, dado que la comprensión del significado se obtiene a partir de la percepción de la interacción entre ellos y los significados que los individuos dan a su experiencia (Giorgi, 1999; Moustakas, 1994; Ayala,

2008). La fenomenología, se preocupa por la descripción del fenómeno y no por su explicación, despreocupándonos de las relaciones causales. El interés estará en mostrar, no en demostrar.

Lo que nos lleva a preguntarnos acerca de la discusión vamos a plantear, que es lo que se pretende conseguir y si se mantiene una coherencia secuencial metodológica. La discusión de los resultados en la investigación cualitativa consiste en analizar y explicar los hallazgos obtenidos, comparándolos con la teoría existente al respecto y con los resultados alcanzados por otros investigadores (Amezcuca y Gálvez, 2002). Es decir, en la discusión de resultados se hace una evaluación crítica de los hallazgos del estudio, desde la perspectiva del autor, entrelazándolos o comparándolos con los resultados encontrados por otros investigadores.

5.1. Sobre la construcción de la identidad alcohólica

Convertirse en alcohólico es un proceso largo, genuino y está salpicado por multitud de factores que lo favorecen y estimulan. Como con el consumo de otras drogas, el recorrido se realiza paso a paso, escalón tras escalón, esquivando todo tipo de presiones del entorno y sorteando los obstáculos que se interponen en el objetivo: beber alcohol para sobrevivir. Como si de una carrera se tratase, cualquiera puede probar una bebida alcohólica (de hecho el 87% de los españoles lo hacen), pero para llegar a ser dependiente del alcohol se traspasan una serie de etapas en la trayectoria de la vida del individuo.

El concepto de 'carrera' es útil para desarrollar un modelo secuencial de la conversión en alcohólico tal y como Becker (1973) la utilizó en su libro *Outsiders* para explicar cómo se convierte una persona en fumadora de marihuana. Sin atravesar cada etapa y todas ellas no se completa toda la secuencia: la persona debe tener las drogas accesibles, experimentar con ellas y continuar usándolas. Sin embargo, a diferencia de un fumador de marihuana, el consumo de cualquier bebida alcohólica no presupone romper con ninguna norma, el individuo no suele ser consciente de que está experimentando con drogas ni lo suele asociar con una conducta desviada. El alcohol es una droga 'domesticada' porque la sociedad se ha acostumbrado a su consumo social y la

ha introducido dentro de las casas de una forma natural como se constata en las nueve personas entrevistadas para esta investigación.

Por lo tanto, si el consumo de alcohol está tan arraigado podríamos presuponer que es una actividad socialmente aprendida. A través de la socialización⁷⁴ se construyen los motivos por los cuales la juventud utiliza las bebidas alcohólicas (gusto, diversión, influencia social, facilitar las relaciones) y que no difieren demasiado de los motivos de los adultos para hacer lo mismo. Bebemos alcohol porque está a nuestro alcance, en nuestras casas, en los bares; celebramos muchos acontecimientos brindando con alcohol, nos gusta su sabor y deleitamos un buen vino, nos desinhibe e incluso nos confiere salud y bienestar tomado con moderación.

Una parte importante de las relaciones que las personas establecemos con las drogas, con sus diferentes usos, se construye en etapas precoces de la vida, en períodos en los que se prueban, se ensayan, se aprenden conductas estrechamente relacionadas con la *construcción de la identidad personal y social*, como afirma Funes. Indagar sobre los inicios en los usos de drogas es hablar de etapas vitales. Conocer cómo se construyen relaciones positivas, negativas o destructoras con las drogas supone conocer cómo se hacen adolescentes y desde esa perspectiva entender qué sentido y funcionalidad tienen sus usos de drogas (Funes,1999:132). En su discurso, se refleja precisamente uno de los objetivos cuestionados en esta tesis en el que nos preguntábamos como una persona llega a convertirse en alcohólica, es decir, el proceso de construcción de la identidad - alcohólica – en el recorrido de las diferentes etapas de la vida.

En la infancia y adolescencia, es una persona inmersa en una constante *búsqueda de identidad*, un sujeto tocado por la pregunta (vivencia) del “quién soy” y “quién seré”. Está definido, por dos negaciones (no es niño o niña, no es

⁷⁴ La conducta humana, bajo el posicionamiento que venimos desarrollando, resulta difícil entenderla sin referirla a los **determinantes sociales**. Ello aplicado a la conducta de adicción a las drogas -no olvidemos que consideramos el uso y el abuso como **una conducta social lleva a concluir que para entender por qué la gente se droga-** y en consecuencia, si queremos prevenir los problemas sociales y no sociales que plantea es preciso acudir a analizar el contexto social del adicto, así como su situación psicosocial, actitudes y proceso de socialización - frustraciones, motivos sociales, papel desarrollado en el grupo de referencia, sistema de valores de los grupos de pertenencia y de referencia, etc.- (Rodríguez, 2001:76).

joven o adulto) está probando, ensayando identidades. En su grupo de referencia, prueba a ser, imita a otros, selecciona papeles a representar (Funes, 1999). Sin que lo piense o lo planifique, actúa de unas y otras maneras y comienza a sentirse él o ella. Actuando es.

Lejos de pretender homogeneizar una descripción estándar del 'toxicómano', como se cuestiona Díaz (1999), por las distintas experiencias de intervenciones sobre el terreno que ha efectuado. En las cuales, el análisis de estas echan por tierra cualquier teoría unificadora que describa un "retrato robot", tanto del sujeto con una conducta drogodependiente, como de su familia o de la comunidad de donde procede o está instalado. Por lo que defendemos, la idea de este autor, de que es indispensable el estudio del proceso estructurante que lo llevará a constituirse como sujeto, para tratar de entender qué hay detrás del consumo abusivo de una sustancia por éste, y porqué, en algunos, ese consumo se transforma en una adicción.

En nuestra investigación hay un dato que nos llama la atención en relación a la edad de inicio o primeras experiencias con el alcohol. Se verifica que en seis entrevistados concretan sus primeras ingestas entre los 12 y 14 años, no como episodios esporádicos, sino referidas a ingestas importantes o verdaderas 'borracheras'. Por los datos obtenidos, no se trata de un caso aislado ni exclusivo de una cultura proclive al consumo de alcohol que explique el estado de embriaguez precoz de una persona. Otros episodios similares al que acabamos de relatar y en la misma franja de edad referida, fueron experimentados por todas las representantes femeninas de nuestra muestra. Es decir, de los nueve casos entrevistados cuatro eran mujeres, y todas ellas relataron que a la edad de 14 años la ingesta e incluso el abuso de alcohol no fue algo excepcional. Este inicio sorprendentemente precoz no se corresponde con lo observado en la mayoría de hombres, sino en algún caso concreto. La pauta compartida tan temprana –destacada en las mujeres– consideramos que pone en tela de juicio el vacío en una franja de edad que está excluida de la mayoría de encuestas realizadas en nuestro país sobre el consumo de drogas.

Existen teorías que proponen explicar por qué algunas personas tienen alguna motivación para experimentar con las bebidas alcohólicas y otras no. Algún

investigador (Ayesta, 2002) considera que existe un factor congénito relacionado con la insuficiencia de ciertas sustancias en el cerebro, lo que explica ciertos rasgos de la personalidad que se presentan en el alcohólico aún antes de comenzar su carrera de embriaguez. La Biopsiquiatría ha desarrollado una hipótesis basada en las últimas investigaciones sobre genética y neuroquímica cerebral, que es la teoría del Síndrome de Déficit de Recompensa. Esta teoría afirma que todos los adictos tienen un defecto genético el cual provoca que su cerebro produzca una menor cantidad de neurotransmisores, como la Dopamina, que es el principal neurotransmisor encargado de estimular el centro de recompensa cerebral. Las personas que tienen este defecto y que por lo tanto, su producción de Dopamina está por debajo de lo normal, tienen que consumir sustancias que provoquen un aumento de Dopamina y neurotransmisores afines. Los alcohólicos tienen este defecto genético y al consumir estas sustancias sienten un efecto placentero muy intenso, lo que los lleva a consumir drogas de manera frecuente e intensa (FISAC).

Sin embargo, el alcoholismo no se determina solamente por la composición genética heredada (Becoña y Calafat, 2006). Algunas personas desarrollan el alcoholismo aun cuando no haya nadie en su familia que tenga problemas con el alcohol. De la misma manera, no todos los hijos de familias alcohólicas tienen problemas con el alcohol. Si bien para engendrar el hábito es necesaria una ingesta alcohólica importante, ésta necesitará para su desarrollo la influencia de determinados factores socioculturales. El sujeto que se relaciona con sus pares en su entorno social, suele ser inducido al consumo excesivo del alcohol debido a ciertas prácticas culturales. Las diversas perspectivas (fisiológica, psicológica y sociocultural) que tratan de explicar la génesis de la enfermedad del alcoholismo coinciden en que los factores de influencia tienen que ver con tres niveles: el entorno, el sujeto y el alcohol.

Contrariamente a lo que el discurso dominante afirma, es decir, que es la droga la que crea dependencia en el sujeto, Díaz (1999) afirma que son las condiciones psíquicas previas a la adicción, las que facilitan estructuralmente que un sujeto concreto genere dependencia psíquica a tal o cual cosa, a tal o cual droga. Posteriormente, y a base de repetir el comportamiento de la ingesta

(que este autor lo refiere a una de conducta de tipo compulsivo⁷⁵), que produce placer inmediato, la naturaleza química concreta de cada droga, abre las puertas a que los mecanismos biológicos de dependencia física, tolerancia y toxicidad, entren en juego. En este sentido, Rodríguez (2011) defiende que no son las 'drogas' lo único que favorece la 'adicción', por raro que parezca al principio. Esta problemática conlleva en su explicación otros enfoques no biológicos: el psicológico (estudio, por ejemplo, de las características psicológicas y de personalidad del drogodependiente) y el social (analizar, por ejemplo, esta conducta como respuesta a la sociedad meritocrática en que nos ha tocado vivir).

De los nueve casos estudiados, se han encontrado cuatro con antecedentes directos de alcoholismo en algún progenitor (padre o madre) y en tres casos describen a unos padres que solían beber diariamente e incluso en grandes cantidades. En general, en estas familias no se establecen normas con respecto a la bebida mostrando una gran tolerancia en este sentido. La ingesta de bebidas alcohólicas, incluso a edades tempranas, estaba integrada en sus hábitos y costumbres⁷⁶ como era habitual durante las celebraciones familiares en las que se reunía la familia más extensa por ser recordadas con tristeza a causa de las disputas vividas entre ellos. Posteriormente, fueron conscientes de que las grandes cantidades de alcohol que solían beber desencadenaba las conductas agresivas. Son pocas las familias en las que el alcohol no obtenía un protagonismo en las fiestas y celebraciones como tampoco diariamente.

Se han investigado los antecedentes familiares y encontrado que el alcohólico puede tener o no una familia de origen disfuncional que se manifiesta en forma de malos tratos, soledad, falta de protección, falta de valores, medio ambiente hostil, convivir con un padre o madre alcohólicos y factores personales como una pobre autoestima son elementos que precipitan el problema y favorecen

⁷⁵ Una palabra es la piedra angular alrededor de la cual se construye el entramado de la dependencia psíquica cuando deviene patológica, a saber: la compulsión, un impulso incontrolable que mueve a un sujeto a realizar actos de una aparente finalidad, de forma repetitiva y a menudo estereotipada que persigue bien la producción, bien la evitación de algún acto o acontecimiento, que a corto plazo procura una reducción más o menos intensa de las tensiones psíquicas, aunque difícilmente consiga llegar a producir sensaciones placenteras de forma estable y duradera (Díaz, 1999).

⁷⁶ De hecho, dos de los entrevistados pertenecen a familias donde los ingresos provienen de la restauración, por lo que, el acceso y consumo de bebidas alcohólicas estaba normalizado.

que el alcoholismo se desarrolle con mayor rapidez. Estos descubrimientos demuestran que los hijos de padres alcohólicos son hasta cuatro veces más propensos a desarrollar problemas con el alcohol que el resto de la población general (Sánchez 2002).

Es fácil imaginar que en un entorno anómico⁷⁷ y cuando el individuo, joven, se está construyendo a sí mismo y se enfrenta a sus carencias, complejos, miedos e inseguridades pueda encontrar en el alcohol algo más que un placer transitorio. Se puede establecer una relación donde la supuesta diversión se convierta en necesidad, en un hábito ritualizado para enfrentarse a las situaciones que le generan ansiedad. Al mismo tiempo le permite explorar el universo social y ganar la aceptación de sus pares.

El fenómeno de la anomia ha sido analizado desde la Sociología⁷⁸, definido como la pérdida de referentes normativos, políticos, y la creciente sensación por parte de sus habitantes de que sus vidas y actividades carecen de todo sentido. Denominado como fenómeno *anomía*, tiene consecuencias muy importantes para la salud psíquica de las personas: una sensación de frustración y angustia interiores, que requieren en palabras de Freud (1988), una cantidad mayor de “quitapenas”. No ha de extrañarnos, como advierte Funes (1999), que en este complejo proceso histórico la dependencia a las drogas haya dejado de ser una cuestión normalizada, para convertirse en una epidemia.

Haciendo un paralelismo con el estudio de Becker, nos encontramos con lo que él llamo un “nuevo estatus” dentro de la carrera del desviado (*outsider*). La persona se ha revelado diferente a lo que se suponía que era o a lo que se esperaba de él. La construcción de la identidad alcohólica pasa por ser etiquetado “como” y tratado acorde “con” para que se cumpla la profecía.

⁷⁷ Pensamos que existe un rasgo común a todas las sociedades, culturas o subculturas donde el consumo de drogas ha llegado a ser epidémico: el proceso de desorganización social y la consiguiente pérdida de vigencia de los valores; es decir, nos encontramos ante la anomía (Durkheim, 1897)

⁷⁸ Para algunos sociólogos, Merton (1980) por ejemplo, el concepto de anomía va mucho más allá: remite a la dificultad que tiene un sujeto particular para, con los medios que pone a su alcance la cultura en la que vive, poder conseguir los fines que esta cultura propone. En las sociedades industriales avanzadas se produce una creciente escisión entre las formas de vida, los fines propuestos y los medios que las gentes poseen para llegar a ellos.

La vivencia de un profundo sentimiento de soledad contrasta con la conocida obra *El llanto triste de la risa* como referente, la apariencia de diversión oculta una intensa amargura. Este sufrimiento asociado a los problemas personales, familiares y sociales. En algunos casos se internan en centros especializados para la desintoxicación alcohólica presionados por el entorno. Pero al mismo tiempo son conscientes de que es necesario un apoyo continuo para modificar su estilo de vida y éste lo irán a buscar en la comunidad de AA. La voluntad de querer abandonar la bebida es imprescindible y en estas circunstancias se inicia la curación en comunidad.

5.2 De Alcohólicos Anónimos

El preámbulo de la *Hoja Informativa* de AA⁷⁹ con el que se auto-define, versa: Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Cuando el alcoholismo se definió como una enfermedad, y para corroborar esta afirmación, se le pidió a un médico que escribiese el prefacio para la primera edición de 'El Gran Libro'⁸⁰ (1939) de AA sobre de los poderes curativos de ésta comunidad. Prefacio que sigue siendo reproducido en las ediciones más recientes. Sin embargo, AA indica que el alcoholismo no puede ser diagnosticado desde los parámetros médicos como son el definir cantidades absolutas de alcohol consumido ni tampoco por los criterios clínicos específicos. El alcoholismo se define como una experiencia subjetiva de falta de control - no poder dejar de beber cuando uno realmente quiere parar. Y

⁷⁹ Hoja informativa de AA. *The AA Grapevine, Inc.*

⁸⁰ Alcoholics Anonymus. (1939). *The big book*. First edition. New York: Alcoholics Anonymus World Services Inc.

puesto que, como expuso un líder del grupo de AA, 'sólo tú sabes si realmente deseas detenerte, entonces sólo tú puedes saber si realmente no puedes detenerte, es decir, si realmente eres un alcohólico'.

Los investigadores, los profesionales de la salud y otros interesados en el alcoholismo tienen un interés legítimo y natural en identificar las causas del alcoholismo. Para el programa de Alcohólicos Anónimos, las causas no sólo están consideradas como fuera de lugar sino también como una posible distracción del sencillo programa de abstinencia y recuperación. Normalmente, los miembros de AA recalcan a los principiantes el hecho de que solamente los bebedores problema, por sí solos, pueden determinar si en realidad son o no son alcohólicos. Al mismo tiempo, se les destaca el hecho de que toda la evidencia médica disponible indica que el alcoholismo es una enfermedad *progresiva*, y que aunque no se puede curar en el sentido usual del término, puede ser detenida por la abstinencia del alcohol en todas sus formas. Por lo general, se les pide que mantengan una amplitud de mente, que asistan a reuniones en las que los alcohólicos recuperados describen sus experiencias personales en lograr la sobriedad, y que lean la literatura que expone e interpreta el programa de AA.

La fuerza del programa se basa en el hecho de que los miembros de AA lo son voluntariamente, por querer serlo, aunque algunos asistieron por primera vez a las reuniones porque se vieron forzados a hacerlo, ya sea por otra persona o bien por el malestar interior. Les preocupa el bebedor problemático, aunque no se puede predecir quién se recuperará, ni tampoco tienen la autoridad para decidir cómo otro alcohólico debe intentar lograr la recuperación. Excepto en un caso, los ocho restantes asistieron a su primera reunión acompañados de otro miembro de AA. No tendría demasiado sentido que en una comunidad donde las puertas están abiertas a cualquier persona que quiera dejar de beber y en la que nadie está forzado a hacer nada que no quiera, no se ejerce ningún control de asistencia, tampoco se obliga sino que los consejos se sugieren y en la que, además, profesa una política de atracción más que de promoción basada en el anonimato, alguien permaneciese en contra de su voluntad. Estas características también configuran buena parte del éxito de su programa.

La manera de entender el alcoholismo es otro de los factores determinantes del valoración que sus miembros profesan a la filosofía de AA. Además, quienes realizaron tratamientos previos a la llegada a AA, como fueron las terapias psicológicas o psiquiátricas se sorprenden de que nunca se abordara el problema del alcohol o drogas y el tratamiento estuvo enfocado a resolver algún problema de personalidad o de carácter, o bien, se les recetó abundante medicación para el problema de ansiedad que sufrían. Otros ingresaron en clínicas o centros de deshabitación forzados por familiares que les sirvió para abandonar el consumo, sin embargo, no se trataba solo de dejar de beber ya que lo consideran relativamente fácil. No habían adquirido la destreza ni la madurez emocional para enfrentarse a los problemas postergados, a las relaciones con deterioradas con la familia, amigos y sociedad, en general. Esta situación es la que motivó la búsqueda de ayuda hasta llegar a AA.

Para la Comunidad de AA, la recuperación supone la abstinencia de alcohol, y que la abstinencia a largo plazo requiere cambios fundamentales en las relaciones con uno mismo, con otros, y con un poder superior a uno mismo. Este poder superior, como se define en su bibliografía, puede otorgarse libremente según las creencias de cada persona. Pues entenderse como el poder de un Dios, de una divinidad, de una energía, no es relevante el icono con el que se simbolice sino el convencimiento que es a través de una fuerza o poder situada por encima de cada miembro quien les va a ayudar en el proceso de recuperación. Nuestros informantes atribuían esa fuerza al propio grupo de AA, que se ha considerado el recurso más terapéutico de ayuda para lograr la sobriedad. Esto es así porque la experiencia de los miembros de AA es que un alcohólico nunca más podrá beber normalmente. Los miembros de AA creen que una vez alcohólico, alcohólico para siempre; es decir, que no importa cuánto tiempo una persona haya mantenido la abstinencia, si esa persona vuelve a beber otra vez, tendrá la misma desastrosa reacción al alcohol que caracterizaba su forma de beber antes del período de abstinencia. Así pues, AA no ofrece una cura, sino, más bien, un proceso continuo de recuperación por medio del simple principio de no beber por un día, *solo por hoy*.

Para los nuevos miembros, el apadrinamiento debe comenzar en distintas etapas de su carrera por la recuperación cuando ya se ha sido realizado gran

parte del trabajo inicial. La persona que llega sobria a las puertas de AA, en un estado físico aceptable, que ya ha aprendido algo acerca de la enfermedad, y ha comenzado a enfrentarse a las realidades de este problema y a hablar de ellas con algún conocimiento y algunas veces una orientación más intensiva acerca de AA, y que ha pasado tres o cuatro semanas fuera del hogar y del trabajo para aclarar su mente y comenzar a reacomodar su vida: una persona que comienza así necesita un padrino que pueda recibirle en el estado en que se encuentra.

Todos los PASOS de su programa van en contra del deseo natural porque desinflan el ego. Este puede ser de los más difíciles y a la vez de los más necesarios para lograr la sobriedad duradera y la tranquilidad del espíritu. La intensidad del miedo y la desgana de tener que hablar y explicar cómo son y que instintos desbocados son la causa fundamental de su forma destructiva de beber, hace que muchos AA intenten saltarse algún paso. El de *inventario*, hecho a solas, no lo consideran suficiente.

“Sin admitir sin miedo nuestros defectos ante otro ser humano
no podríamos mantenernos sobrios”

Los sueños de poder y de ‘pompa’ han resistido a ser analizados durante un largo período de tiempo incluso dentro de la comunidad de AA. Comentaban que los sueños de grandeza ‘creerse un Dios’, el despilfarro económico, las conductas promiscuas (que se habían dado en las mujeres aunque desde una vivencia de culpabilidad) conducían en un segundo momento al sentimiento de culpabilidad hacia uno mismo o a la proyección en otros. Desde AA hablan de la enfermedad del alma y es uno de los factores más relevantes que llevan al consumo. En el proceso de recuperación, los cambios en la personalidad en cuanto al control de impulsos, a mantener la calma en situaciones problemáticas, a no enfrentarse, a poder disfrutar de las cosas sencillas, a no buscar enfrentamientos, a reparar el daño provocado en a terceros se han manifestado en todos los casos de esta investigación. El proceso de llegar a la serenidad después de haber sufrido trastornos emocionales, esas viejas actitudes que se han de abandonar drásticamente.

El resultado de realizar este paso es la vivencia de sentimientos como el perdón sincero hacia aquellos que nos han hecho daño y también recibirlo; la humildad de aceptarse como uno es y mayor sinceridad. Significa salir del aislamiento y compartir abiertamente la terrible carga del sentimiento de culpabilidad. El mayor impedimento había sido la falta de humildad. Consideran que les faltaba perspectiva suficiente para ver que la formación del carácter y los valores espirituales tenían que anteponerse ante todo, y que las satisfacciones materiales no constituían el objetivo de la vida. De una manera muy característica, se había confundido el fin con los medios. En vez de considerar la satisfacción de los deseos materiales como el medio por el que podríamos vivir y funcionar como seres humanos, se había considerado como meta y final de la vida.

La mirada de AA es ante todo una cuestión ética. Se observa y juzga, pero lo que está siendo observado no es el cuerpo de la medicina o de la mente de las ciencias psiquiátricas, sino más bien los propios hábitos, deseos, las relaciones con los demás y el progreso espiritual en general. Este progreso espiritual tiene un efecto positivo, aunque algo vago, el contenido; que no puede reducirse a la conducta de no beber. El objetivo final de AA no es el ya ambicioso de ayudar a las personas a dejar de beber: es el más ambicioso de ayudar a las personas a alcanzar la paz interior. Es por ello que los miembros de AA a veces hablan de 'alcohólicos secos' - personas que ya no beben, pero que todavía tienen los viejos patrones de comportamiento (como son el egoísmo, la soberbia y una sensación equivocada de poder). Este término sirve para designar un tipo de confusión emocional, que es frecuente en los discursos iniciales en AA, e indicar que se ha convertido en 'seco', pero aún no sobrio. La sobriedad es, pues, algo más que la ausencia de consumo de alcohol; a través del despertar espiritual se llega a la sobriedad emocional.

5.3 De los GAM y los profesionales

Se observa una gran polémica sobre la relación de los profesionales con los GAM así como por parte de los participantes. Por lo que se refiere a los

profesionales⁸¹ existe un gran desconocimiento por parte de los profesionales respecto a los Grupos de Ayuda Mutua. Ese desconocimiento anima la controversia. La falta de conocimientos hace que muchos profesionales desconfíen de la eficacia de los GAM e incluso que los consideren nocivos. Sin embargo, otros profesionales han sabido ver las ventajas de incluir los GAM como complemento de su intervención y han aprendido qué significa poder participar en un proceso grupal donde se respetan las opiniones de los demás sin dominar las sesiones, aceptando los límites de la capacidad de ayuda y trabajando desde un papel de organizador o asesor.

Como consideraciones finales acerca de los GAM y AA con respecto a los vínculos de colaboración que se puedan establecer con los profesionales entendiendo las relaciones de horizontalidad y reciprocidad que definen la ayuda mutua, facilitarían el trabajo que se lleva a cabo en ambos sectores para aunar un objetivo común que no se puede olvidar a pesar de las tensiones. Podría ser una experiencia muy enriquecedora para el profesional. Barrón (1996) sugiere que en la formación de los profesionales participen miembros de grupos de ayuda mutua, lo que les proporcionaría una visión más realista de su valor como recurso.

Por otro lado, desde la comunidad de AA se ha redactado una 'Guía de Cooperación con la Comunidad Profesional' que empieza con la afirmación de que los profesionales consideran AA como un valioso recurso para los alcohólicos que buscan ayuda.

Cuando existe una buena relación de trabajo entre los miembros de AA de la comunidad y los trabajadores asalariados en el campo del alcoholismo, el alcohólico enfermo es el que gana — recibe de ambos la ayuda que necesita. *No hacemos la competencia a los trabajadores no-AA; nuestras funciones son distintas. A.A. no se involucra en la educación, los estudios científicos, la medicina, el asesoramiento, el tratamiento, la prevención o la subvención. Solamente tenemos un mensaje para llevar acerca de un programa de*

⁸¹ Cuando decimos profesionales nos referimos a: especialistas del ámbito sanitario, psicólogos, trabajadores sociales, gestores, abogados, educadores sociales.

recuperación para los alcohólicos — un programa que da resultados para miles de alcohólicos que lo desean.

Los profesionales pueden alcanzar a los alcohólicos — por medio de la educación, el asesoramiento y el tratamiento de rehabilitación; además, pueden ayudar a informar al público sobre los millones de personas que aún sufren de la enfermedad progresiva del alcoholismo.

Al hacer planes para reunirse con gente profesional, los comités consideran cuidadosamente la literatura que van a llevar consigo. Algunos comités llevan una combinación de literatura destinada a miembros de la profesión en cuestión; y literatura que puede ayudar a los profesionales a formarse una clara idea de varios aspectos de AA. —el boletín para profesionales Acerca de AA puede ser de gran utilidad— , junto con literatura de recuperación general dirigida a los miembros recién llegados. El catálogo de Literatura Aprobada por la Conferencia contiene una sección con materiales específicos en el catálogo para Necesidades Especiales (en inglés), y gran parte de la literatura está disponible en español y francés.

Recalcamos nuestro objetivo primordial, nuestras Tradiciones de no afiliación, automantenimiento y anonimato. En las presentaciones que se dan ante los profesionales se puede poner el DVD: — Cooperación de AA con la comunidad profesional — que contiene vídeos dirigidos a los profesionales de HR, EAP, jurídicos y de correccionales y del cuidado de la salud. Los profesionales pueden ver estos vídeos⁸² en sus propios ordenadores si lo desean.

El sitio web de A.A., en español, inglés y francés, ha sido de gran utilidad. Han llegado comentarios positivos de parte de numerosos profesionales interesados en Alcohólicos Anónimos. Les invitamos a visitar el sitio web y les animamos a facilitar información sobre el sitio en sus presentaciones (www.aa.org).

⁸² Otros videos: *Esperanza: Alcohólicos Anónimos; Es mejor que estar sentado en una celda.*

BIBLIOGRAFÍA CAPÍTULO 5

- Alcoholics Anonymus. (1939). *The big book*. First edition. New York: Alcoholics Anonymus World Services Inc.
- Amezcuca, M, y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76, (5): 423-436. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es
- Ayala Carabajo, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. *Revista de Investigación Educativa*, 26(2), 409-430.
- Becker, H. (1973). *Outsiders*. Nueva York: The Free Press.
- Díaz, O. (1999). El fenómeno de la dependencia, su carácter poliédrico y su inserción en la dialéctica biología/cultura. En: M. Díaz, y O. Romani. *Contextos, Sujetos, Drogas* (pp.57-68). Grup IGIA.
- FISAC (Fundación de Investigaciones Sociales A.C.) [en línea] Recuperado de <http://www.alcoholinformate.org.mx/saborsaber.cfm?articulo=ss46>
- Funes, J. (1999). Drogas y adolescencia: dos iniciaciones simultáneas. En: M. Díaz y O. Romani (Coords), *Contextos, Sujetos, Drogas* (pp. 131-143). Grup IGIA.
- Giorgi, A. (1999). A phenomenological perspective on some phenomenographic results on learning. *Journal of Phenomenological Psychology*, (30), 2.
- Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, California: SAGE.

V. ÍNDICES DE FIGURAS, TABLAS Y ABREVIACIONES

7 / ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO 1

Figura 1.1.	Modelo de bienestar como un iceberg. John W. Travis, 1978	25
Figura 1.2.	Portada y lema de la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud de 1986 en Ottawa (Canadá)	26
Figura 1.3.	Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España, Fundación Luis Vives (2012:156).....	56

CAPÍTULO 2

Figura 2.1.	Mortalidad relacionada al consumo de alcohol (en 2012).....	113
Figura 2.2.	Europa: consumo medio (en litros) de alcohol anual por habitante	115
Figura 2.3.	El consumo de alcohol comparado en Alemania, España, Francia, Italia y Reino Unido	116
Figura 2.4.	Consumo de drogas en los últimos 12 meses (2009-10).....	119
Figura 2.5.	Consumo de drogas en los últimos 12 meses (2011-12).....	120
Figura 2.6.	Edad media de inicio en el consumo de drogas.....	121
Figura 2.7.	Policonsumo y consumo intensivo de alcohol (2011-12)	122
Figura 2.8.	Consumo intensivo de alcohol (2013-14).....	123
Figura 2.9.	Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias.....	125
Figura 2.10.	Modelo global de efectos asociados al consumo de alcohol (modificado de Rehm et al.)	127
Figura 2.11.	Portada del Libro Grande o “Big Book” (1ª Ed.), publicado en 1939, Ohio (EEUU)	145
Figura 2.12.	Los DOCE PASOS del Programa de AA. Fuente: O.S.G.,AA (España).....	147
Figura 2.13.	Logo de A.....	151
Figura 2.14.	Las doce tradiciones de AA. Fuente: O.S.G.,AA (España)	152

CAPÍTULO 3

Figura 3.1. Proceso en la investigación fenomenológica	193
Figura 3.2. Tipos de muestreo basado en Anguera y Violant, (2015:40)	197

CAPÍTULO 4

Figura 4.1. Centros visitados de AA	218
Figura 4.2. Foto capturada del programa Atlas.ti 6.1.1. utilizado en el análisis	268

8 / ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 1

Tabla 1.1.	El gasto público en España y en la Unión Europea, (año 2012)	47
Tabla 1.2.	Gasto en protección social (como porcentaje del PIB)	48
Tabla 1.3.	Gasto público sanitario (como porcentaje del PIB)	49

CAPÍTULO 2

Tabla 2.1.	Principales teorías antropológicas del alcoholismo, a partir de la década de 1950 (Menéndez, 1990:50)	100
Tabla 2.2.	Modelos de intervención según etiología del alcoholismo Clasificación de Siegler (1982:39-47).....	109
Tabla 2.3.	Equivalencias de la UBE	126
Tabla 2.4.	Gravedad del consumo según UBE's ingeridas	126

CAPÍTULO 3

Tabla 3.1	Paradigmas basados en Crabtree y Miller (1992)	173
Tabla 3.2.	Paradigmas en las Ciencias Sociales basados en Guba y Lincoln (1994) y De la Cuesta (1997)	174
Tabla 3.3.	Paradigmas en las Ciencias de la Salud basados en Berenguera, et al. (2014:10-11).....	175
Tabla 3.4.	Diferenciación entre metodología, métodos y técnicas. Modificada de Íñiguez (1999:496-502)	178
Tabla 3.5.	Diferencias entre la investigación cualitativa y cuantitativa. Reichardt y Cook (1986:25-58).....	183
Tabla 3.6.	La investigación cualitativa en las ciencias de la salud y en salud pública	186
Tabla 3.7.	Tipos de estudios más frecuentes en los métodos mixtos	187
Tabla 3.8.	Proceso de la investigación de la tesis	195
Tabla 3.9.	Contextos y participantes	196
Tabla 3.10.	Ventajas e inconvenientes de la técnica Delphi. Anguera y Violant (2015:115)	204

CAPÍTULO 4

Tabla 4.1.	Primer día de entrada al campo: registro en el diario	220
Tabla 4.2.	Contextos de aplicación de las entrevistas	226
Tabla 4.3.	Cuadro resumen entrevistas en el trabajo del DEA	228
Tabla 4.4.	Entrevista utilizada para el estudio Delphi de esta tesis	232
Tabla 4.5.	Diseño previo para el estudio de las relaciones binomiales	241
Tabla 4.6.	Tabla auxiliar para elaborar la tabla 4.8.	245
Tabla 4.7.	Comparación de proporciones binomiales mediante el programa Statgraphics Centurión	259
Tabla 4.8.	Resultados de las relaciones binomiales	261
Tabla 4.9.	Dimensiones y categorías de las entrevistas	269
Tabla 4.10.	Sistema categorial de análisis de la Dimensión: CIA	269
Tabla 4.11.	Sistema categorial de análisis de la Dimensión: AA	272
Tabla 4.12.	Sistema categorial de análisis de la Dimensión: RE	274
Tabla 4.13.	Dimensiones, categorías, subcategorías y su codificación	275
Tabla 4.14	Datos sociodemográficos de los entrevistados	282
Tabla 4.15.	Citas textuales en torno a la categoría «Infancia»	287
Tabla 4.16.	Citas textuales en torno a la categoría «Madurez» Subcategoría Drogas	292
Tabla 4.17.	Citas textuales en torno a la categoría «Madurez» Subcategoría Drogas II	300
Tabla 4.18.	Citas textuales en torno a la categoría «Madurez». Subcategoría Tratamientos	308
Tabla 4.19.	Citas textuales en torno a la categoría «AA_Inicio».....	318
Tabla 4.20.	Citas textuales en torno a la categoría «AA_Finalidad»	324
Tabla 4.21.	Citas textuales en torno a la categoría «Recuperación»	333
Tabla 4.22.	Citas textuales en torno a la categoría «Recuperación» II.....	338

ABREVIATURAS

AA	Alcohólicos Anónimos
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
APA	American Psychiatric Association
CAS	Centro de Atención y Seguimiento
CIA	Construcción de la Identidad Alcohólica
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS)
DEA	Diploma de Estudios Avanzados
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA)
GAM	Grupo de Ayuda Mutua
GT	Grupo Terapéutico
GTP	Grupo Terapéutico Profesional
IEA	Intoxicación etílica aguda
OED	Observatorio Español sobre Drogas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OP	Observación Participante
PDA	Persona(s) dependiente(s) del alcohol
SA	Síndrome de Abstinencia
TS	Tercer Sector

VI. ANEXOS

ANEXO I. Carta dirigida a los expertos del Delphi

A la atención de Sr/a Dr/a

Me pongo en contacto con usted con la finalidad de invitarle a participar como experto en Delphi, con el objetivo de establecer consenso entre expertos que permita validar el instrumento empleado (entrevista estructurada) en la recogida de datos de la tesis doctoral que lleva como título: Comunidad y Curación. Grupos de Ayuda Mutua para mantener la sobriedad.

Dicha tesis se inscribe dentro del “Programa de Doctorat en Ciències Infermeres” de la Universidad de Barcelona.

Tesis doctoral tiene como objetivo último “Conocer cómo funcionan los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y cómo es el proceso por un lado de construirse en persona alcohólica y por el otro, reconstruirse en comunidad”

INSTRUCCIONES PARA EL EXPERTO

La técnica Delphi, que es técnica utilizada para la validación del instrumento. Consta de una primera ronda donde se le pide que responda (vía electrónica) al cuestionario presentado a continuación. A su vez, le pedimos que pueda retornarlo en el plazo de un **máximo de dos semanas** por la misma vía de recepción del correo (antes del 4 de enero).

Posteriormente, las respuestas de los diferentes expertos, se analizarán y categorizarán, por parte del investigador, con el objetivo de generar un segundo cuestionario que será devuelto a los expertos en una segunda ronda. La información obtenida será tratada con la máxima confidencialidad, por ello le enviamos en el mismo correo la hoja de consentimiento informado (que les pedimos nos pueda firmar y enviar por la misma vía de sus respuestas).

Se le solicita valorar el **grado de acuerdo** en las diferentes secciones (en total 5) con cada una de las preguntas señalando con una “X” la casilla que corresponda según su criterio siendo **el 0 el mínimo grado de acuerdo y el 10 el máximo grado de acuerdo** (columna de color gris) y, al mismo tiempo, seleccionar la ubicación de la misma en la **unidad de análisis** más pertinente entre las propuestas de cada conjunto de preguntas (columna de color azul).

Los expertos pueden expresarse con total libertad y también plantear dimensiones no previstas del tema expuesto en el apartado de “Comentarios adicionales” situado en la última fila de cada una de las tablas de preguntas.

A continuación se presenta cada sección en la que además le ponemos el objetivo específico del conjunto de preguntas.

SECCIÓN 1

Objetivo: Disponer de los datos generales la persona entrevistada con el fin de analizar posibles diferencias según grupos.

1. INTRODUCCIÓN	ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA										
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.1 Género: Masculino / Femenino											
1.2 ¿Le importa decirme que edad tiene?											
1.3 Cuáles son los estudios de más alto nivel que ha cursado?											
1.4 ¿Qué tipo de trabajo/s ha desempeñado?											
1.5 ¿Pertenece a alguna comunidad religiosa?											
1.6 ¿Cómo se identifica en relación a la clase social: baja, media (baja, media o alta) o alta?											
1.7 Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones izquierda y derecha. En una escala hay una serie de casillas (10 casillas) que van de izq a dcha ¿en qué casilla se colocaría Ud.?											
Comentarios adicionales											

SECCIÓN 2

Objetivo: Explorar el proceso de construcción de la identidad personal y de los acontecimientos más relevantes en el contexto de la historia de vida de la persona entrevistada en relación a tres ejes fundamentales: la infancia, la familia y relaciones.

2. ANTES	ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA										
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.1 ¿Dónde se ubicaba su lugar de residencia: en una ciudad, en un pueblo grande o en un pueblo pequeño?											
2.1.2 ¿Cómo era su vida allí?											
2.2 ¿Fue a un colegio público, privado o concertado?											
2.2.1 ¿Dónde estaba el colegio: en la ciudad o en un pueblo?											
2.2.2 ¿Era un colegio mixto o sólo de chicos/as?											

SECCIÓN 3

Objetivo: Recorrer el proceso de dependencia alcohólica. Desde el momento en el que la persona inicia la ingesta de alcohol de manera esporádica y progresivamente se va incrementando hasta convertirse en un hábito incontrolable.

3. ALCOHOLIZACIÓN	ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA										
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.1 ¿Cómo calificaría su relación con el alcohol en ese momento: ingesta esporádica, excesiva, habitual?											
3.1.1 ¿En qué etapa de su vida o en qué circunstancias considera que se convirtió en un/a persona dependiente del alcohol?											
3.1.2 ¿Qué edad tenía en ese momento?											
3.1.3 ¿Dónde prefería beber y por qué: de manera individual o sólo en casa, en algún bar o en grupo de forma colectiva?											
3.2 ¿Cómo se sentía en ese momento: sólo/a, incomprendido, abandonado, enfermo...?											
3.2.1 ¿Qué situaciones le proporcionaban bienestar o satisfacción y por qué?											
3.2.2 ¿Y cuáles le proporcionaban insatisfacción y por qué?											
3.2.3 ¿Qué sentía cuando bebía?											
3.2.4 ¿Qué le aportaba la bebida?											
3.2.5 ¿En qué momentos sentía la necesidad de beber?											
3.2.6 ¿De qué cree que le apartaba la bebida?											
3.2.7 ¿Por qué cree que fracasó en el intento de dejarlo?											
3.3 ¿Sus relaciones y amigos también compartían el alcohol?											
3.3.1 ¿Mantuvo alguna relación estrecha con alguno/a que no bebiese?											
3.3.2 ¿Considera que se volvió más agresivo o incluso violento en su forma de relacionarse?											
3.4 ¿Tuvo algún problema laboral: me refiero a que si pudo mantener su trabajo o hubo cambios en ese sentido?											
3.4.1 ¿Cómo se mantenía económicamente, de dónde procedían sus ingresos?											
3.4.2 ¿Necesitaba más o menos dinero para vivir?											

3.4.3 ¿Mantenia relaciones sexuales o tenía dificultades para disfrutar de relaciones satisfactorias?											
3.4.4 ¿Sufrió algún cambio o ruptura con su entorno familiar?											
3.4.5 ¿Llegó a irse a vivir sólo/a o permaneció en su hogar y por qué?											
3.4.6 ¿Cuánto tiempo duró la etapa de alcohólico/a?											
3.5 ¿Realizó algún tratamiento para deshabituarse?											
3.5.1 ¿En qué tipo de centro?											
3.5.2 Si lo hizo ¿cuánto tardó en recaer?											

Comentarios adicionales

SECCIÓN 4

Objetivo: Conocer cómo llega la persona alcohólica a A.A. Cuáles son los motivos y expectativas que mantiene para tomar la decisión de asumir su dependencia y aceptar ese tipo de ayuda para tratarla.

4. ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS	ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA										
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.1 ¿Por qué contacta con AA? ¿Qué o quién le puso en contacto con AA?											
4.1.1 ¿Qué expectativas tenía de AA?											
4.1.2 ¿Cómo recuerda su primer día en el grupo?, ¿qué es lo que más le impactó?											
4.1.3 ¿Qué sentimientos se despertaban al principio en AA?											
4.1.4 ¿Cómo se imaginaba el proceso de deshabituación?											
4.1.5 ¿Qué le producía mayor satisfacción en ese momento y por qué?											
4.1.6 ¿Y lo que le provocaba mayor inquietud o insatisfacción?											
4.1.7 ¿Cuánto tiempo lleva viniendo a AA?											
4.1.8 ¿Qué le aporta?											

4.4.5 El emblema o logotipo de AA ¿tiene un significado especial para usted?, ¿lo tiene presente en su vida?											
4.5 En relación a sus creencias religiosas ¿cree que ha retomado esas ideas o ha iniciado una nueva vida espiritual?											
4.5.1 ¿Qué le aportan esas creencias?											
4.5.2 ¿Cuándo las pone en práctica?											
4.5.3 ¿Acude a actos religiosos además de su asistencia a los grupos de A.A.?											
Comentarios adicionales											

SECCIÓN 5

Objetivo: Profundizar en la transformación que sucede desde la etapa de sobriedad hasta la integración como persona en sociedad de forma activa en todos los ámbitos: afectiva, laboral y espiritual.

5. RECONSTRUCCIÓN	ADECUACIÓN DE LA PREGUNTA										
PREGUNTAS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.1 ¿Cuánto tiempo transcurre entre su entrada en AA y su autonomía personal?											
5.1.1 ¿Se ha sentido alguna vez discriminado o humillado por su condición de ex alcohólico?											
5.1.2 ¿Cómo les “mira” el resto de la sociedad?											
5.1.3 ¿Considera que el respeto se ha vuelto a introducir en su vida, es decir, le vuelven a tomar en serio? Respeto por sí mismo, respeto hacia los demás y respeto de los demás hacia uno/a?											
5.1.4 ¿Se siente orgulloso/a de pertenecer a AA y lo hace público o, por el contrario, prefiere permanecer en el anonimato fuera del grupo?											
5.2 ¿Ha sufrido alguna recaída?											
5.2.1 ¿Cómo se siente después en caso afirmativo?											
5.2.2 ¿Continúa asistiendo al grupo de AA aunque no esté sobrio/a o haya recaído?											

ANEXO II Consentimiento Informado Delphi

DOCUMENTO DE CESIÓN DE DERECHOS DE INFORMACIÓN

Barcelona, el ___ de Diciembre de 2014

La Sr/a. _____ mayor de edad, con DNI _____ que participa como experto en la investigación que lleva como título: Comunidad y Curación. Grupos de Ayuda Mutua para mantener la sobriedad.

Con la única excepción y limitación de aquellas utilizaciones o aplicaciones que puedan atentar al derecho de honor en los términos previstos de la Ley Orgánica 1/85, del 5 de Mayo, de Protección Civil al Derecho al Honor, la Intimidación Personal y familiar y a la Propia Imagen.

En el mismo correo de firma del documento de consentimiento, me han adjuntado los objetivos del proyecto y en caso de dudas he formulado las preguntas que he considerado oportunas.

Entiendo que mi participación como experto es voluntaria.

Por todo esto, acepto estar conforme con el citado acuerdo.

Firmas

Interesado/a

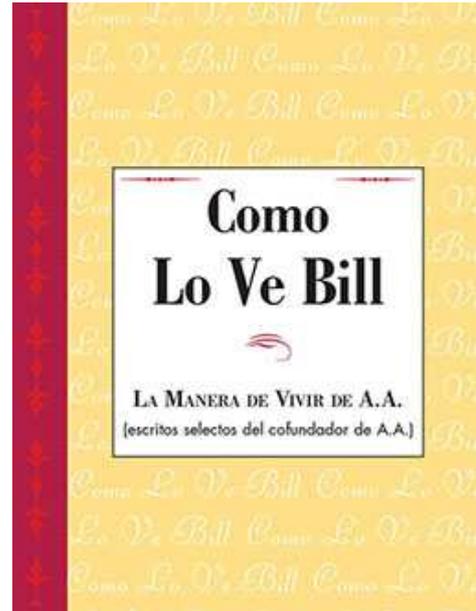
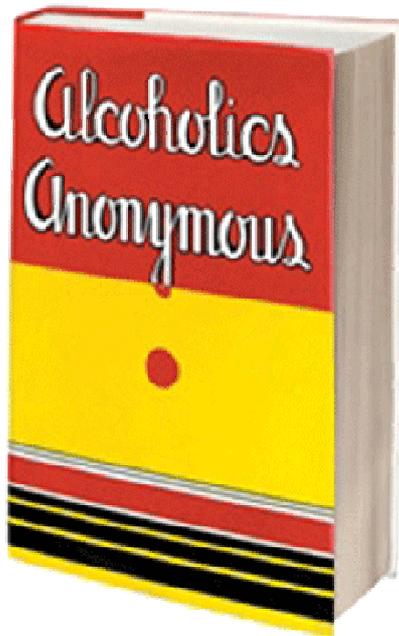
Silvia Costa Abós
Doctoranda. Universitat de Barcelona

ANEXO III: Publicaciones de AA

Se pueden obtener formularios de pedidos completos en la Oficina de Servicios Generales de ALCOHOLICOS ANONIMOS, Box 459, Grand Central Station, New York, NY 10163.

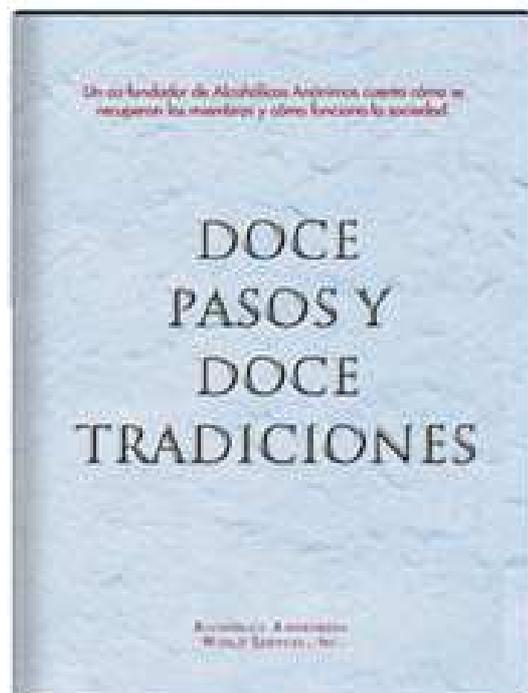
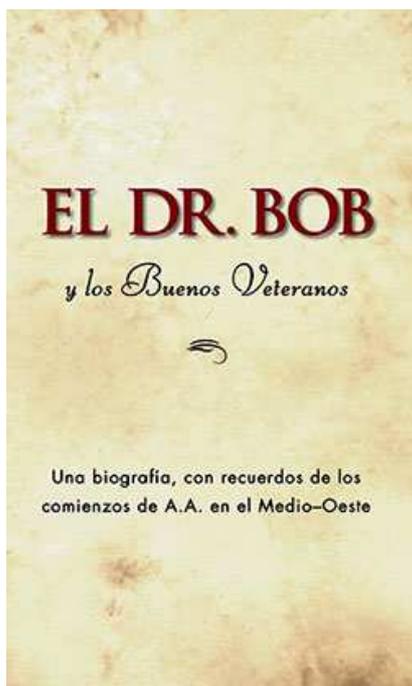
LITERATURA BASICA DE C.C.P.	
PARA LOS MIEMBROS DE LOS COMITÉS DE C.C.P.	
<ul style="list-style-type: none"> Hablando en reuniones no A.A. Libro de Trabajo de C.C.P. Comprendiendo el anonimato Información sobre Alcohólicos Anónimos 	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta de los miembros de A.A. Cómo cooperan los miembros de A.A. El punto de vista de un miembro de A.A. Seamos amistosos con nuestros amigos
PARA PROFESIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> Comprendiendo el anonimato Si Ud. es un profesional... Los miembros del clero preguntan acerca de A.A. Problemas diferentes del alcohol ¿Hay un alcohólico en el lugar de trabajo? Tres charlas a sociedades médicas por Bill W. Archivo informativo de A.A. El miembro de A.A.– medicamentos y otras drogas Seamos amistosos con nuestros amigos 	<ul style="list-style-type: none"> A.A. como recurso para los profesionales de la salud Encuesta de los miembros de A.A. <i>A Message to Corrections Administrators</i> Esto es A.A. A.A. en su comunidad Una breve guía a A.A. A.A. de un vistazo Información sobre Alcohólicos Anónimos The A.A. Grapevine La Viña
PARA QUIENES RECIBEN SERVICIO DE LOS PROFESIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> Los jóvenes y A.A. Esto es A.A. ¿Se cree usted diferente? Problemas diferentes del alcohol ¿Es A.A. para usted? A.A. para la mujer A.A. para los alcohólicos gays/lesbianas 	<ul style="list-style-type: none"> A.A. de un vistazo Una breve guía a A.A. ¿Hay un alcohólico en su vida? Un mensaje a los jóvenes Preguntas frecuentes acerca de A.A. A.A. para el alcohólico de edad avanzada

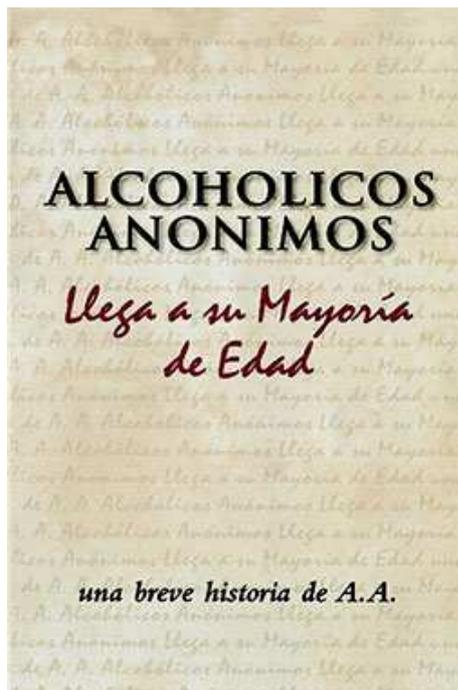
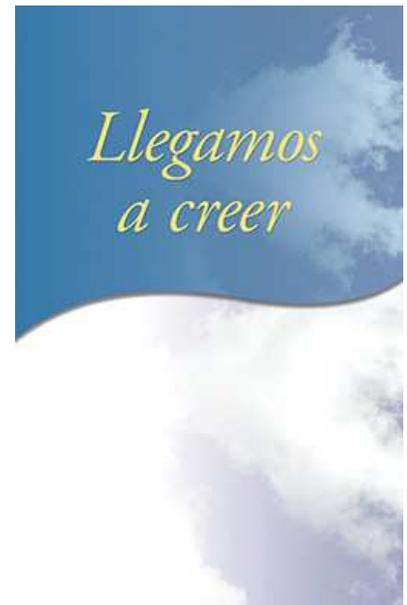
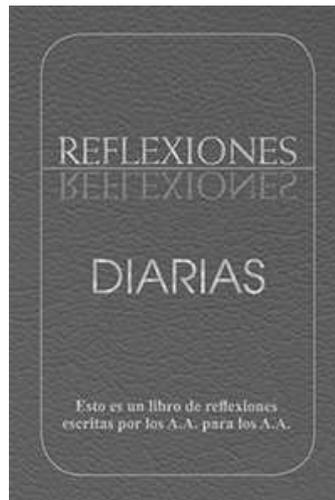
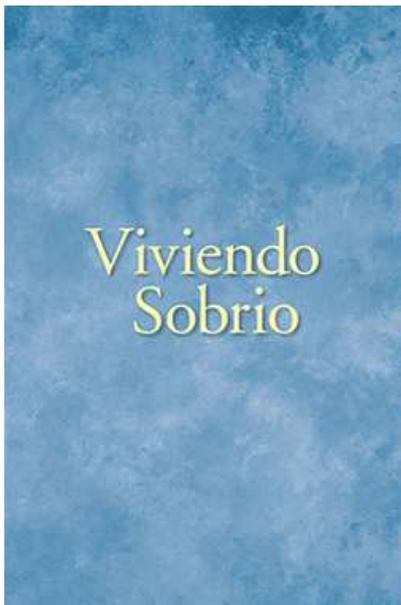




LIBROS

- ALCOHOLICOS ANONIMOS
- A.A. LLEGA A SU MAYORIA DE EDAD
- DOCE PASOS Y DOCE TRADICIONES
- COMO LO VE BILL
- EL DR. BOB Y LOS BUENOS VETERANOS
- REFLEXIONES DIARIAS
- DE LAS TINIEBLAS HACIA LA LUZ





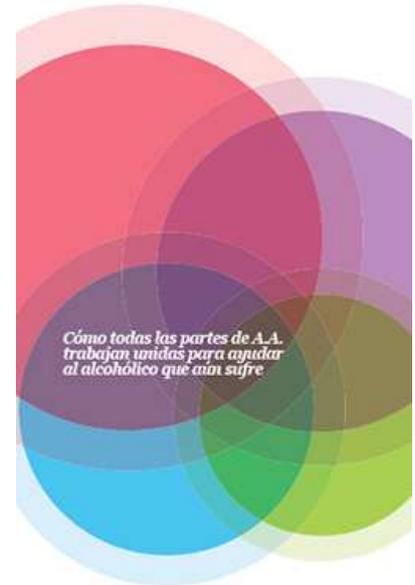
LIBRILLOS

- LLEGAMOS A CREER
- VIVIENDO SOBRIO
- A.A. EN PRISIONES — DE PRESO A PRESO

FOLLETOS

- PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE A.A.
- LA TRADICION DE A.A. — COMO SE DESARROLLO
- LOS MIEMBROS DEL CLERO PREGUNTAN ACERCA DE A.A.
- TRES CHARLAS A SOCIEDADES MEDICAS POR BILL W.
- A.A. COMO RECURSO PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
- A.A. EN SU COMUNIDAD
- ¿ES A.A. PARA USTED?
- ESTO ES A.A.
- UN PRINCIPIANTE PREGUNTA
- ¿HAY UN ALCOHOLICO EN EL LUGAR DE TRABAJO?
- ¿SE CREE USTED DIFERENTE?
- PREGUNTAS Y RESPUESTAS ACERCA DEL APADRINAMIENTO
- A.A. PARA LA MUJER
- A.A. PARA EL ALCOHOLICO DE EDAD AVANZADA—NUNCA ES DEMASIADO TARDE
- ALCOHOLICOS ANONIMOS POR JACK ALEXANDER
- LOS JOVENES Y A.A.
- EL MIEMBRO DE A.A. — LOS MEDICAMENTOS Y OTRAS DROGAS
- ¿HAY UN ALCOHOLICO EN SU VIDA?
- DENTRO DE A.A.
- EL GRUPO DE A.A.
- R.S.G.
- CARTA A UN PRESO QUE PUEDE SER UN ALCOHOLICO
- LOS DOCE PASOS ILUSTRADOS
- LAS DOCE TRADICIONES ILUSTRADAS
- COMO COOPERAN LOS MIEMBROS DE A.A....
- A.A. EN LAS INSTITUCIONES CORRECCIONALES
- A.A. EN LOS ENTORNOS DE TRATAMIENTO
- EL PUNTO DE VISTA DE UN MIEMBRO DE A.A.
- PROBLEMAS DIFERENTES DEL ALCOHOL
- COMPRENDIENDO EL ANONIMATO
- UNA BREVE GUIA A ALCOHOLICOS ANONIMOS
- UN PRINCIPIANTE PREGUNTA

Círculos de
amor y servicio



Esta literatura está aprobada por la
Conferencia de Servicios Generales de A.A.

- LO QUE LE SUCEDIO A JOSE (*Historieta a todo color*)
- LE SUCEDIO A ALICIA (*Historieta a todo color*)
- ES MEJOR QUE ESTAR SENTADO EN UNA CELDA (*Folleto ilustrado para los presos*)
- ¿ES A.A. PARA MI?
- LOS DOCE PASOS ILUSTRADOS
- HABLANDO EN REUNIONES NO A.A.



VIDEOS

- ESPERANZA: ALCOHOLICOS ANONIMOS
- ES MEJOR QUE ESTAR SENTADO EN UNA CELDA
- LLEVANDO EL MENSAJE DETRAS DE ESTOS MUROS
- VIDEOS DE A.A. PARA LOS JOVENES
- TU OFICINA DE SERVICIOS GENERALES,
- EL GRAPEVINE Y LA ESTRUCTURA DE SERVICIOS GENERALES

REVISTAS

- LA VIÑA DE A.A. (*bimensual*)

