

LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL: UNA COMPARACIÓN CRÍTICA SOBRE SUS TRATAMIENTOS DESDE MODELOS BIOMÉDICOS Y ESPIRITUALISTAS.

Esteve Blanch, J.

Cita:

Esteve Blanch, J. (2013). *LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL: UNA COMPARACIÓN CRÍTICA SOBRE SUS TRATAMIENTOS DESDE MODELOS BIOMÉDICOS Y ESPIRITUALISTAS* (Tesis de Doctorado). Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jaume.esteve.blanch/11>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pUko/FUs>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TESIS DOCTORAL

Jaume Esteve Blanch

**LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL:
UNA COMPARACIÓN CRÍTICA SOBRE LOS
TRATAMIENTOS DE DICHA DEPENDENCIA
DESDE MODELOS BIOMÉDICOS Y
ESPIRITUALISTAS**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT

D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL

Jaume Esteve Blanch

**LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL:
UNA COMPARACIÓN CRÍTICA SOBRE LOS
TRATAMIENTOS DE DICHA DEPENDENCIA
DESDE MODELOS BIOMÉDICOS Y
ESPIRITUALISTAS**

TESIS DOCTORAL

dirigida por el Dr. Oriol Romaní Alfonso

DEPARTAMENT

D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TARRAGONA

2013

A mis padres, *in memoriam*.

ÍNDICE

<u>CAPÍTULOS</u>	<u>CONTENIDOS</u>	<u>PÁGINAS</u> (pp.)
	<u>Abreviaturas</u>	1
1	<u>INTRODUCCIÓN</u>	
	1.1 - Cómo surge la idea de esta Tesis Doctoral. Razones.	5
	1.2 - Sobre determinados formalismos en la redacción de la Tesis.	10
	1.3 - Precisiones terminológicas.	12
	1.4 - Historia y Cultura en torno a las bebidas alcohólicas.	16
2	<u>MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO</u>	
	2.1 - Marco Teórico	29
	2.1.1 - Dependencia de sustancias. Conceptualización.	30
	2.1.2 - Alcohol y Alcoholismo.	40
	2.1.3 - Modelos terapéuticos tratados.	65
	2.2 - Objetivos e Hipótesis.	73
	2.3 - Metodología de la Investigación.	75
	2.4 - Protocolo de Redacción.	78
3	<u>RESULTADOS</u>	
	3.1 - Exposición Etnográfica.	83
	3.1.1 - Itinerario Terapéutico y Etnográfico AA.	84
	a) Origen y Modelo terapéutico en AA.	84
	b) Experiencia Terapéutica y Etnográfica en AA:	92

	i. Grupo X	93
	ii. Grupo Y	128
	iii. Grupo Z	157
	c) Comentarios adicionales AA.	180
	3.1.2 - Itinerario Terapéutico y Etnográfico en CAS.	207
	a) Concepto y Modelo Terapéutico en CAS.	207
	b) Experiencia Terapéutica y Etnográfica en CAS.	222
	3.2 - Análisis comparativo entre ambos modelos.	272
4	<u>CONCLUSIONES</u>	289
	<u>BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN</u>	313
	<u>ANEXOS</u>	323
	<u>IMÁGENES</u>	345
	<u>Agradecimientos</u>	351

Abreviaturas

AA	Alcohólicos Anónimos
AAA	Asociación Americana de Antropología (American Anthropological Association)
AR	Alcohólicos Rehabilitados (Recuperados)
ASP	Agència de Salut Pública – Ajuntament de Barcelona
BCN	Barcelona
CAS	Centro de Atención y Seguimiento
FARE	Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España
FCAR	Federació Catalana d'Alcohòlics Rehabilitats (Recuperats)
GAC	Grupo de Apoyo al Consumo
GAM	Grupo de Ayuda Mutua
GT	Grupo Terapéutico
ICS	Institut Català de la Salut
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
OED	Observatorio Español sobre Drogas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PDA	Persona(s) dependiente(s) del alcohol
PNSD	Plan Nacional sobre drogas
RS	Red Social
SA	Síndrome de Abstinencia
SET	Sociedad Española de Toxicomanías
SMA	Sociedad de Antropología Médica (Society for Medical Anthropology) formando parte de la AAA.

“ ... no era él quien succionaba de la botella, sino la botella que le succionaba a él, hasta que se quedó tan encogido que ni los perros le reconocían, y tuvimos que sacarlo de los cedros en una camioneta y llevármolo a un lugar de Portland, donde murió. No digo que maten a la gente. A él no lo mataron. Le hicieron otra cosa.”

Recuento de Jefe Bromden en “Alguien voló sobre el nido del cuco”, Ken Kesey, 1962 (trad. M. Bofill).

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 - CÓMO SURGE LA IDEA DE ESTA TESIS DOCTORAL. RAZONES.

Tal vez puede tomarse como una aseveración perogrullesca el hecho de afirmar que la Antropología Social y Cultural, por ser la Ciencia Social que se ocupa de estudiar la historia del ser humano a través, entre otras vías, del análisis profundo de las culturas que éste ha ido construyendo a lo largo de los milenios (Kuper, 2001:19-38), da también por incluido en sus objetos de estudio al autor de esta investigación en su calidad de fuente de material etnográfico, o a título de individuo-agente, y todo ello a través de una aproximación a sus experiencias presentes y, diacrónicamente, a las de su pasado. Esta constatación se hace evidente al considerar de interés etnográfico lo que haya dado de sí su oficio de vivir, si se nos permite parafrasear, tanto textual como existencialmente, el título de una de las obras capitales de Cesare Pavese. Perogrullesca, tal vez, la afirmación con la que hemos iniciado este primer párrafo, pero útil a los efectos de entender la experiencia personal y etnográfica que ha dado lugar a esta Tesis, como tendremos ocasión de comentar reiteradamente en la exposición de la misma.

No es la primera Tesis que se presenta a través de una vivencia personal, *sensu stricto*, entendiendo por esta figura retórica, en estos casos concretos, que la persona que ostenta la autoría de una Tesis, y que así lo autodefine, no sólo plasma en ella su experiencia personal durante la investigación, a través de los métodos utilizados habitualmente en Antropología, sino todo un recorrido existencial. No deseamos hacer

apelación exclusiva a las tesis que C. Geertz expuso, de forma sutilmente radical y tal vez provocadora, en alguna de sus obras (Geertz, 1989:83-110). Más bien las ampliamos haciendo referencia a una investigación basada en experiencias en las que el autor no sólo ha realizado la misma a través de su estudio en el contexto cultural y físico de los fenómenos investigados, sino que él mismo ha interactuado con dicho contexto, en este caso terapéutico-cultural, por estar incluido en el mismo en calidad de agente y usuario, además de etnógrafo. Tal vez una obra que podría describir esta particularidad, y que tiene el valor añadido de estar vivida dentro del ámbito de las dolencias personales, sería la etnografía más conocida de Marta Allué, obra que proponemos como ejemplo próximo a esta Tesis. Su referencia se incluye en la bibliografía (Allué, 1996).

Las reflexiones anteriores pretenden servir como introducción al trabajo que aquí se presentará, y su intención es anticipar el hecho de que la autoría de esta Tesis Doctoral, dentro del ámbito de la Antropología Médica, y más concretamente de los **procesos de recuperación de la dependencia del alcohol**, está redactada con la intención de reflexionar en profundidad sobre dichos procesos y llegar a determinadas conclusiones que son fruto de la experiencia terapéutica personal de su autor, a través de su proceso de deshabitación alcohólica, que se desarrolló a lo largo de dos años, concretamente entre otoño de 2009 y verano de 2011. No hace falta decir que la exposición de dicho proceso será, a la vez, fruto del estudio y de la experiencia, tanto personal como observacional –y en clave propia y ajena– de los procesos terapéuticos descritos, junto con la labor de investigación simultánea o paralela a dichos procesos. De ellos se nutre la Tesis como fuente principal de material etnográfico, dentro de una dinámica animada de una cierta tensión que se planteará a partir de un evidente e inevitable dualismo emic-etic. Dicho aspecto, cuya influencia sobre la objetividad de la investigación debería valorarse como una fuente de posible *incertidumbre*, tendremos ocasión de irlo comentando a lo largo de la misma.

Si bien en el Capítulo 3 se procederá a una extensa exposición del elemento nuclear en el proceso de construcción de la Tesis, constituido por las etnografías realizadas en dos instituciones “terapéuticas”,¹ tal vez conviene anticipar aquí, aunque sólo sea de forma somera, la razón por la que el autor considera de interés antropológico la vivencia personal descrita en las líneas anteriores. Para ello mencionaremos el impacto personal que se suele experimentar, y que en esta investigación ha sido verificado etnográficamente, en el momento de entrar en contacto con programas de recuperación de una dependencia de sustancias adictivas, con motivo de haber tomado la decisión de abandonar su consumo, sea ésta ya una realidad o bien un objetivo que se persigue con motivo de dicha toma de contacto. Para las personas que han experimentado y estudiado el proceso terapéutico que planteamos, es un hecho intuitivo y evidente, desde el inicio de dicho proceso, que el mismo es portador de una riqueza etnográfica de largo recorrido, hallándose dotado de una clara profundización en el ámbito del sufrimiento humano. Dicha característica es especialmente relevante en aquellos ámbitos donde dicho proceso se realiza exclusivamente de forma colectiva –aquí nos referimos para el caso concreto de esta Tesis a Alcohólicos Anónimos (AA, en lo sucesivo)² y Grupos Terapéuticos (GT, en adelante) *ad hoc*, aunque podríamos citar otros entornos grupales, también con finalidades deshabituadoras del consumo de sustancias, como podría ser el Proyecto Hombre o ciertas prácticas realizadas en iglesias de raíz anglosajona que sólo mencionaremos ocasionalmente en este texto–. Siendo también cierta la afirmación anterior, cuando el proceso terapéutico se realiza a título exclusivamente personal, la evidente complejidad socio-cultural y relacional que se desarrolla dentro de dicho proceso, especialmente si el

¹ El entrecorillado de este adjetivo obedece a la constatación de que ciertas instituciones no biomédicas, que realizan prácticas de deshabituación de sustancias, evitan dicho concepto al considerar que la dinámica que conduce a dicha deshabituación obedece a determinismos “espirituales”. Esta visión se opondría, para dichos grupos, a consideraciones relacionadas con la medicina como la principal vía de superación de una dependencia o adicción.

² Su historia y metodología se detallarán en los Capítulos 2 y 3.

mismo tiene lugar en el seno de colectivos “terapéuticos” con presencia de personalidades diversas y a veces antagónicas, añade un interés etnográfico innegable a los materiales que aquí se aportarán como antes ya hemos señalado.

Tal como referiremos en el Capítulo mencionado anteriormente, el primer contacto con una institución “terapéutica” en el ámbito de la deshabituación del alcohol, tuvo lugar dentro de un grupo de AA ubicado en la ciudad de Barcelona, para, posteriormente, simultanear el tratamiento de dicha deshabituación en un Centro de Atención y Seguimiento (CAS en lo sucesivo),³ perteneciente a la “Agència de Salut Pública” del Ajuntament de Barcelona. La decisión de iniciar la confección de una etnografía basada en la observación participante, tiene su razón de ser en la dinámica vivida y ya mencionada en el apartado anterior, dentro del primer grupo de AA con el que entramos en contacto (posteriormente también se trabajaría en otros dos grupos de dicha institución). La observación, ya desde la primera sesión, puso de manifiesto una amplia riqueza de matices personales, complementada con la escucha activa de las narrativas que traducían tanto historias de sufrimiento y recaídas como voluntades de superación. Ello propició un proceso consistente en ir descorriendo la cortina que suele cubrir el historial de las adicciones y de sus manifestaciones colaterales, tanto en el ámbito de los comportamientos como en el de las motivaciones y caminos personales. Todo ello fue motivo suficiente para plantear el proyecto de investigación que trata básicamente de las prácticas de deshabituación del alcohol, a partir de situaciones en las que las propias personas dependientes del alcohol (PDA, en lo sucesivo), sus allegados o los profesionales de la medicina, observando un grave riesgo personal, familiar o social en una PDA, consideran necesario plantear dicha deshabituación. De haberse iniciado el tratamiento en el CAS –donde

³ Se trata de Centros de tratamiento biomédico de Drogodependencias. Su metodología y trayectoria se expondrán en los Capítulos 2 y 3.

posterior y simultáneamente también se siguió—, tal vez esta visión no habría sido tan evidente, al menos de forma inicial y apelando tan sólo a la óptica biomédica clásica, aunque posiblemente se habría llegado a la misma “necesidad etnográfica” cuando, unas semanas más tarde de iniciado el tratamiento que describiremos en el Capítulo 3, se tuvo acceso al GT del CAS. En cualquier caso, y en ambas instituciones, se dan las condiciones para reunir material etnográfico de indudable riqueza antropológica, tanto en el apartado biomédico como en relación a aspectos socio-culturales asociados a las PDA. Nos referimos a condicionantes sociales, creencias y estilos de vida, así como a las vivencias compartidas con individuos o colectivos varios, dentro de contextos y ámbitos sociales diversos. En este último apartado también resultan de evidente interés las historias grupales e institucionales asociadas a los colectivos que comparten tratamientos de deshabituación.

Muy brevemente, pues, hemos expuesto cómo se conceptualizó la investigación que ha dado lugar a esta Tesis Doctoral, quizá dejando en un segundo plano, a desarrollar en un futuro imperfecto, otros caminos de investigación antropológica, al margen del emprendido aquí. La ocasión, que se presentó por motivos exclusivamente personales y sin ninguna connotación académica inicial, fue demasiado tentadora —dado su potencial interés etnográfico— como para no aprovecharla tanto a título de utilidad personal como en lo que podía concernir a las conclusiones científico-sociales posteriormente generadas y que constituyen, a nuestro criterio, una fuente de conocimiento directo en el apartado de la Antropología Médica. Siendo incluso más generalistas y ambiciosos, también pensamos que ciertas conclusiones de esta Tesis pueden figurar en catálogos de propuestas que resulten de utilidad social práctica. Las conclusiones y especialmente las etnografías que presentaremos en el Capítulo 3 serán fuente de dichas propuestas.

1.2 - SOBRE DETERMINADOS FORMALISMOS EN LA REDACCIÓN DE LA TESIS.

En el redactado de este trabajo, y dada la condición de autoetnografía que hemos mencionado en el punto anterior, la exposición textual será tratada bajo los siguientes criterios:

- ❖ La mayor parte del Capítulo 3 será redactado en primera persona del singular como entendemos que puede corresponder, sintácticamente, en textos donde el autor interactúa como participante. El redactado, en definitiva, estará pensado en forma de autobiografía parcial, dado que en la misma tendrán un peso decisivo los aspectos y experiencias personales derivadas de la naturaleza de la presente Tesis, que sólo se corresponderá con una de las dimensiones de la personalidad del autor.
- ❖ El resto del texto, y con el fin de que no pueda asociarse a una mera posición u opinión personal, estará construido a partir del plural de cortesía o modestia.
- ❖ Evitaremos el riesgo de entrar en ambigüedades de género, utilizando el masculino como genérico en la mayor parte de las ocasiones, salvo cuando se realice alguna mención asociada a una persona o colectivo concreto.

Al margen de los textos con contenidos académicos o teóricos, cuya autoría será señalada de forma explícita, en los contenidos etnográficos donde aparezcan narrativas de PDA, sean a través de entrevistas o planteadas grupalmente, la autoría de las mismas aparecerá bajo apodos o nombres ficticios. De igual manera procederemos con los nombres de aquellos profesionales del ámbito de la salud cuando hayan colaborado bien como informantes, bien como terapeutas. En todos los casos mencionados, nos limitaremos a exponer algunos datos personales de

dichos informantes, que permitan situar a la persona en un contexto determinado a fin de dar una mayor comprensión y significado a sus aportaciones.

En principio reservaremos las notas a pie de página para aquellas informaciones complementarias al texto principal o bien para introducir algún matiz o relación con otras obras o con el propio texto de la Tesis. Esta regla de estilo se plantea con la intención de no sobrecargar dicho texto con excesivas subordinaciones que podrían hacer farragosa la lectura del mismo.

Las tablas, ilustraciones e informaciones complementarias, de cualquier tipo, y previa advertencia en el texto principal sobre su ubicación, las incluimos en el apartado de Anexos (p. 323).

El apartado de Bibliografía y Documentación (p. 313) está formado por un *corpus* principal de textos académicos o institucionales, bajo el epígrafe “Textos Temáticos”. A dicho epígrafe se añaden otras referencias que permitirán una mayor contextualización del contenido y conclusiones de la Tesis, como pueden ser referencias a Filmografía y Obras Literarias o Musicales.

Finalmente señalaremos que las abreviaturas sobre instituciones, elementos reiterados o conceptos de propia construcción, pero necesarios para el seguimiento del texto, figuran en el apartado “Abreviaturas”, al inicio del texto. No obstante, y cuando dichos conceptos aparezcan por primera vez en el texto de la Tesis, éstos se mencionarán por su nombre completo e irán seguidos, entre paréntesis, de la mención “(..., en adelante)” o “(..., en lo sucesivo)”.

En relación a las referencias sobre Capítulos y apartados, citaremos el número sólo precedido de Capítulo o apartado en determinadas ocasiones. Habitualmente indicaremos con separación de puntos la referencia a Capítulo.Apartado.Subapartado (Ejemplo: 3.1.2)

1.3 - PRECISIONES TERMINOLÓGICAS.

Como en cualquier trabajo especializado, nos parece conveniente fijar, ya desde su inicio, el **significado que se ha considerado para determinados términos** que serán utilizados frecuentemente y que, por dicha razón, constituyen elementos básicos para la comprensión de la Tesis. Casi todos ellos están documentados de forma exhaustiva en la Bibliografía.

En primer lugar y dado el ámbito explícito de este trabajo, cual es el alcoholismo y, especialmente, sus procesos terapéuticos tal como se ha mencionado en 1.1, parece inicialmente obligada una definición de dicha enfermedad (OMS, 1950:2), que trasladamos en el mismo idioma en el que fue formulada en este caso:

“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 periodic”. (Morse & Flavin for the Joint Commission of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism: in JAMA 1992;268:1012-4).⁴

Los interrogantes que dejan abiertos algunos conceptos vertidos en la anterior definición serán objeto de análisis y comentarios en el apartado 1.2 del Capítulo 2. En dicho apartado será analizada, asimismo, la consideración del alcoholismo como enfermedad, así señalado en el informe de la OMS citado anteriormente.

⁴ En las distintas modalidades de definición en DSM-IV, OMS, Asociaciones Psiquiátricas, Manuales específicos, etc. encontramos básicamente los mismos elementos que conforman dicha definición, y, si bien hay variantes de contenido, éstas no son significativas.

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. De la gran variedad de posibilidades presentes en dichos patrones, procederá una de las primeras reservas que expresaremos en el Capítulo y apartado mencionados, cuando abordemos las definiciones de alcoholismo aceptadas en la actualidad.

Prosiguiendo con otros aspectos de la terminología, utilizaremos el genérico **drogodependientes** para todas aquellas personas que están sujetas a una dependencia o adicción, tal como se expresan estos términos en este mismo punto y el específico **PDA**, ya comentado, para quienes el alcohol es la sustancia sobre la que han generado dependencia. Los **GT** podrán entenderse también como Grupos de Ayuda Mutua [(Canals, 2002) como fuente exhaustiva del concepto], que es la dinámica que suelen tomar los mismos si tienen continuidad después del periodo estrictamente terapéutico.⁵ Por **adicción o dependencia** siempre 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

⁵ Los formados p.e. en las “Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados” o “Recuperados” y que están constituidas, formal y legalmente a lo largo de toda la geografía peninsular. Están integradas por personas que han pasado por un proceso de deshabituación y se constituyen en grupo social de contacto regular y de apoyo mutuo.

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). En razón a dicha complejidad y dado que este concepto es central en la construcción del discurso de la Tesis, será tratado en el apartado 1 del Capítulo 2 de forma monográfica. 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.

Para un concepto clave en el discurso de este documento, como es el vocablo **Estigma**, nos ha parecido que la mejor fuente de significado se encontraba en la obra homónima *Estigma* (Goffman, 2008:14), que define como estigmatizada a la persona que es dueña de un atributo que la vuelve diferente de las demás. Esta definición, a la que añadiríamos nuestra aportación acerca de que dicho atributo cobra un sentido social de diferencia o desviación frente a lo “normal”, debería también entenderse como un proceso de categorización social del estigmatizado como “el extraño”, matiz que no sólo encontramos en el autor citado anteriormente sino también en Prat, J. (1997), con la fuerte carga peyorativa que va asociada a esta figura semántica. En el caso de la **Desculpabilización** (Esteve, 2012:14-17), término que en ocasiones lo interpretamos como una actitud reivindicativa que puede contener una cierta autojustificación, la aplicaremos a aquellas actitudes personales, observadas en ciertas PDA, que tienden a responsabilizar del inicio o consolidación del consumo a terceras personas o a situaciones contextuales aparentemente no controlables por parte de dichos consumidores. En ciertas ocasiones, dicho proceso –el de la desculpabilización– intentaría restar importancia al impacto de la contribución personal de la PDA, en un contexto dado, con el propósito, consciente o inconsciente, de anular o paliar la carga angustiada y

negativa que lleva asociado el estigma cuando éste es percibido, y eventualmente también asumido, por parte del consumidor.

Dada la finalidad última de esta Tesis, añadiremos el término que definiría la suspensión del consumo asociada a una voluntad de continuidad. Vuelve a ser un término que genera sinónimos abundantes. Utilizaremos principalmente el vocablo **Deshabitación** para identificar dicha situación personal, aunque el mismo podrá ser sustituido, en ciertos momentos, por recuperación, sanación, alcanzar la sobriedad, abandono del consumo o, simplemente, proceso terapéutico, al ser términos que consideramos equivalentes. Pensamos que no es 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. Asimismo tampoco manejaremos como sinónimo el término desintoxicación, toda vez que con el mismo describiremos las fases previas, después de un periodo de fuerte dependencia, al inicio de los procesos terapéuticos en régimen de día.⁶ La desintoxicación suele tener lugar en instituciones especializadas y suele realizarse con ingreso hospitalario.

Viene siendo habitual, en las últimas décadas, una tendencia terminológica que consiste en eliminar de los textos y prescindir en el lenguaje utilizado en determinadas situaciones o instituciones terapéuticas, del calificativo alcohólico. Esta circunstancia puede observarse en la terminología utilizada en el CAS de Reus y adoptada también en recientes trabajos de investigación como es el caso de una Tesis doctoral en la URV sobre el alcohol (Reverol, 2011). Entendemos que se quieren plantear dichos reparos terminológicos cuando se entra en contacto con personas o grupos de consumidores que, teniendo una dependencia más o menos evidente, no son receptivos ni aceptan fácilmente que esa circunstancia sea mencionada explícitamente,

⁶ Este comentario rige tanto para AA como para un CAS.

pudiendo entonces actuar dicho término como barrera frente a eventuales propuestas terapéuticas. Nuestra experiencia etnográfica que, en cualquier caso, siempre se ha desarrollado en entornos terapéuticos donde las PDA eran conscientes de su dependencia del alcohol, la mención alcoholismo o alcohólico nunca ha representado motivo de rechazo ni de interpretación estigmatizante dentro del contexto terapéutico. En este caso el estigma se había producido anteriormente, en otras circunstancias, en muchas ocasiones motivado por el propio hecho de acudir a la terapia y asumir su necesidad. Es por dicha razón que, en ocasiones, nos parece de una cierta ingenuidad no querer llamar a las cosas por su nombre (Marías, 2013:74) ya que ello puede redundar en una disminución de la percepción personal, por parte de los usuarios, sobre el potencial real de su dependencia. Aún así, hemos adoptado el eufemismo PDA para definir a lo que en un CAS o en AA se denomina o se autodefine por los propios usuarios simplemente como “alcoholismo”, independientemente de la situación personal de la dependencia. Este dualismo terminológico puede resultar en la utilización, con significado análogo, de uno u otro de dichos vocablos en algún pasaje de la Tesis.

Finalmente y siendo el término Grupo el más utilizado en este texto, dada su centralidad terapéutica, lo utilizaremos en mayúscula y definirá tanto a un colectivo de personas como a una forma organizativa.

1.4 - HISTORIA Y CULTURA EN TORNO A LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

Desde múltiples fuentes de información, ya sea procedentes de la protohistoria o simplemente a partir del registro fósil de civilizaciones ágrafas o no documentadas por otras contemporáneas a ellas, 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 ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{OH}$ en simbología química actual) o más comúnmente alcohol como lo denominaremos en lo sucesivo. 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, mientras que las bebidas finales que se obtenían de dicho proceso fermentativo contenían, además, otros productos, entre ellos principalmente agua.⁷ Posiblemente el descubrimiento de dicho proceso fue fortuito y derivó de la observación de los productos resultantes de dicha acción fermentativa en la propia naturaleza, cuando el grado de concentración de ciertos hidratos de carbono en un determinado sustrato, acompañado de determinadas condiciones de humedad y temperatura ambientales, propiciaban de forma espontánea su transformación en alcohol a través de un proceso fermentativo como el descrito.

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 vasodepresores⁸ –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

⁷ Con ello nos referimos simplemente a que los dos componentes principales del vino son, por orden de magnitud en su composición, agua y alcohol. Ambos proceden de la uva, pero el segundo es fruto de la transformación fermentativa de una parte importante de los hidratos de carbono, presentes inicialmente en el mosto en forma de glucosa.

⁸ Fenómeno que, en determinadas fases, recibe el nombre de *ebriedad*, aunque es un estado no asociado exclusivamente al alcohol como sustancia única. Cierta autor lo ha definido como “modificación química de la conciencia” (Escohotado, 2008:22)

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, 2008:91-130). Un hecho que caracterizó a distintas culturas fue, precisamente, la existencia de diferentes fuentes de hidratos de carbono de las que obtenían también variadas bebidas alcohólicas fermentadas, específicas de una sociedad o ámbito geográfico determinado por razones asociadas a ecosistemas diversos.

Existe una creencia, especialmente asociada al llamado mundo europeo o viejo mundo, –ciertas obras especializadas así lo mencionan (Escohotado, *ibid.*)– acerca del hecho de que las bebidas alcohólicas consumidas hasta los siglos XII o XIII de nuestra era, eran simplemente bebidas de baja graduación, entendiéndose por ello que se trataba de líquidos con contenidos en alcohol que sólo en contadas ocasiones sobrepasaban escasamente los 15 grados de alcohol en el volumen de la bebida.⁹ Incluso se producían bebidas de graduaciones alcohólicas muy inferiores a dicho valor, como es el caso de la cerveza o de la sidra, bebidas respectivamente fabricadas a partir de la cebada o de la manzana como fuentes de hidratos de carbono, y donde son habituales porcentajes de alcohol por debajo del 5 por ciento. Dicha falsa creencia atribuye al alquimista valenciano Arnau de Vilanova, que ejerció también como médico del rey Jaume II, un papel de pionero, a través de conocimientos adquiridos por sus contactos con musulmanes establecidos entonces en la Península Ibérica, en la destilación en alambique de dichas bebidas de “baja graduación”¹⁰ para, a través de dicha operación, evaporar parte del agua del líquido original, obteniéndose bebidas finales con porcentajes alcohólicos muy superiores

⁹ La graduación alcohólica es un guarismo que indica el porcentaje del volumen de alcohol sobre el volumen total de la bebida.

¹⁰ Esta circunstancia diacrónica ya indicaría una producción anterior de destilados o bebidas de mayor graduación alcohólica que el vino, que no suele sobrepasar los 15º, tal como ya se ha señalado en este mismo párrafo.

al inicial. Este tipo de destilados, procedentes de la destilación de las bebidas alcohólicas de baja graduación, llamadas comúnmente licores, fueron tomando nombres particulares según el origen del alcohol, el lugar de producción y su método de elaboración; podían contener, además, otros elementos como hierbas o sustancias aromáticas en general. Dichas denominaciones irían desde el aguardiente, al *cognac* o al *whisky*, por citar sólo algunos ejemplos bien conocidos en la actualidad y en nuestro ámbito cultural. Son bebidas que suelen rondar los 40°, aunque ciertas especialidades como la absenta o ajeno, de consumo frecuente a finales del siglo XIX y principios del XX,¹¹ pueden llegar hasta los 90° a partir de destilaciones reiteradas. Su producción fue prohibida en Francia en 1915, dadas las patologías severas asociadas a ingestas abusivas. Actualmente vuelve a comercializarse, pero su consumo es minoritario.

Volviendo a la atribución de las bebidas de alta graduación alcohólica al alquimista mencionado en el párrafo anterior, no es menos cierto que en las civilizaciones precolombinas, o en el Imperio Romano ya dentro de nuestra era e incluso en ciertas civilizaciones antiguas del Extremo Oriente, ya se fabricaban también ese tipo de alcoholes de alta graduación (Illsley, 2012) o, en cualquier caso, bebidas de mayor concentración alcohólica que el vino. Evitaremos entrar en el ámbito conjetural de eventuales intercambios tecnológicos o préstamos culturales, siempre difíciles de establecer tanto en razón a las distancias geográficas como por el hecho de que la destilación por alambique, método propuesto por Arnau de Vilanova, ya era utilizado por los árabes. Dentro de este concatenado tecnológico y como ya se ha mencionado anteriormente, el sistema de enriquecimiento alcohólico vigente ya en el siglo I d.C. en Roma,¹² no era el mismo que utilizarían los aztecas para la producción del mezcal, bebida producida a partir del pulque y que podía y

¹¹ La absenta estuvo rodeada de una aureola artística, y su consumo fue reconocido por Van Gogh, Picasso y otros creadores plásticos que trabajaban en Francia a caballo entre los dos siglos que mencionamos, constituyendo incluso un *leitmotiv* pictórico en algunos de dichos artistas.

¹² En este caso los préstamos tecnológico-culturales serían palpables.

puede llegar hasta los 60°. Siempre queda la opción de plantearnos una explicación alternativa y pragmática, que apelaría a convergencias tecnológicas que la propia naturaleza fue dando a conocer a distintas sociedades humanas, aún sin vínculos entre ellas, pero que llegaron a parecidos resultados para la producción de bienes similares, en este caso a partir de materias primas locales que contenían hidratos de carbono fermentables por las levaduras presentes de forma natural en el medio ambiente.

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 (reiteradamente señalado en ciertas partes del *Corpus Hippocraticum*) –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 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–, (Anexo I) las bebidas alcohólicas han formado y forman parte de los elementos de ingesta habitual en la mayor parte de sociedades humanas. Este hecho, como hemos mencionado al principio de este apartado, puede predicarse de casi todas las culturas y sociedades, si exceptuamos aquellas que las prohíben expresamente por razones asociadas a ciertos preceptos religiosos. Los orígenes y la realidad actual de dichas prohibiciones, que incluyen no sólo a las culturas islámicas, no formarán parte de la presente investigación, aunque en algún momento pueda utilizarse dicha realidad como marco de referencia histórico, especialmente en el caso de AA.

Dentro de esta sucinta introducción citaremos brevemente¹³ la emergencia del llamado *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). Fruto de la problemática social descrita y asociado a la elevada incidencia y prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas, y en la que era frecuente la producción de dependencias, básicamente del alcohol y del juego, se fue construyendo socialmente un *corpus* teórico-práctico de actuaciones sociales que pretendía la mejora de las condiciones ambientales en los ámbitos donde se establecían los trabajadores industriales y sus familias, junto con el replanteamiento de sus estilos de vida. Ello afectaba tanto a las personas como a las infraestructuras urbanas y las viviendas, como es obvio, y ponía en cuestión ciertos estilos de vida. Esta “escuela” fue bautizada bajo el nombre genérico de **Higienismo** y su impacto en nuestro país durante la última parte del siglo XIX y el primer cuarto del siglo XX estuvo asociado inicialmente a estrategias burguesas de control de las masas trabajadoras (Campos, 1997:147-166), poniendo un énfasis especial, ya entrando en el ámbito específico del alcoholismo, en la demonización de la costumbre de alto consumo de alcohol en las tabernas, por parte de las clases más desfavorecidas social y económicamente.

El tratamiento teórico de los condicionantes sociales y sus connotaciones médico-políticas en la emergencia del alcoholismo, como concepto nosológico en la medicina social, será objeto de exposición y análisis en el Capítulo 2 de la presente Tesis. Formará parte de los elementos

¹³ Ver Capítulo 2 para mayores detalles.

explicativos tanto de la construcción del concepto de alcoholismo como de su significado y lectura en sus aspectos sociales y médicos, si bien, tanto por el propósito de esta Tesis, **como por su condición de autoetnografía preferentemente centrada en procesos de deshabitación**, los aspectos sociales de la dependencia del alcohol, siendo de cabal importancia para la comprensión de una parte significativa de las etiologías y de la interpretación holística de dicha adicción, no formarán parte del *corpus* principal sobre el que se construirá el presente trabajo, salvo a título de informaciones previas, y siempre necesarias, a fin de documentar el contenido central de la misma. Todo ello, no obstante, sin dejar de lado en el análisis de los mencionados procesos terapéuticos ciertas reflexiones como la que a continuación transcribimos

“ ... dotar a ésta (conjunto de la población) de las informaciones, orientaciones, etc., que le permitan escoger y gestionar –en este caso sus relaciones con el alcohol– con conocimiento de causa que por lo tanto le permitan, entre otras cosas, identificar los posibles problemas con el alcohol para, llegado el caso, pedir ayuda a las instituciones socio-sanitarias pertinentes y al resto de la sociedad”. (Romaní, 1993:41)

y cuyas últimas palabras anticipan las dos vías terapéuticas que serán objeto de debate en el presente texto.

Dentro de las iniciativas “silenciosas” para reducir el impacto del consumo de alcohol en el ámbito de la salud pública, se viene observando durante la última década una disminución del porcentaje de alcohol en las bebidas de alta graduación como el vodka, la ginebra, el brandy o *cognac*, el ron, etc. La mayor parte de estas bebidas han “perdido” entre dos y tres grados de concentración alcohólica en relación a los 40º que, hasta finales del siglo pasado, eran habituales en las mismas. Un fenómeno similar se observa también en ciertas especialidades de licores de media graduación, como es el caso de los vinos llamados “de postre” o

“aperitivos”, como son el moscatel, la malvasía y el vermú, y que han rebajado entre uno y dos grados su contenido alcohólico. El whisky, a pesar de lo dicho, sigue manteniendo su límite en los 40°, si bien ciertas especialidades o marcas que lo superaban han rebajado su nivel hasta dicho valor (ése sería el caso, para poner sólo dos ejemplos emblemáticos, de las marcas Jim Beam y Jack Daniel’s).

La medida citada que, ingenuamente, podría parecer que contribuye a la disminución de la ingesta de alcohol, sólo actúa así en bebedores moderados, es decir, en aquellos que beben cantidades modestas, ingiriendo según el tamaño del recipiente (vaso, copa) del que suelen beber sólo una toma, siendo entonces irrelevante la disminución en 2 o 3 grados en la graduación alcohólica. Esta aparente medida de moderación del consumo, puede ocultar un claro interés económico de la industria –se vende al mismo precio un recipiente que contiene menos alcohol que en el pasado- y la misma representa, además, un desconocimiento de la dinámica individual asociada a la dependencia del alcohol, incluyendo en ella, principalmente, los patrones y prácticas personales. Un bebedor adicto, es decir, una PDA, beberá según la cantidad de alcohol que le marque su dependencia, según su patrón habitual o temporal de consumo y dependiendo del contexto en el que se encuentre en una situación determinada. El impacto principal de la medida comentada lo notará su economía personal, pero su ingesta real de alcohol no disminuirá a través de esa medida de reducción de la graduación.

Un planteamiento objetivo, que está ilustrado en el ya mencionado Anexo I, es el concepto de *alcoholización de la sociedad* (Menéndez, 1996:12-17), concepto al que también podríamos darle el significado de contexto de alcoholización en las prácticas habituales de consumo en una sociedad determinada, sin olvidar el entramado económico que potencia dicho concepto. Este 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. Leamos directamente a Menéndez:

“ ... 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, *ibid.*)

Estas reflexiones vendrían a describir un aspecto no menor del consumo de bebidas alcohólicas, en determinados contextos, cual sería su dimensión simbólica, e incluso mimética, por su asociación a prestigio y representatividad social (insistimos sobre ciertas viñetas del Anexo I).

Aunque todavía de forma moderada, y especialmente en países anglosajones y escandinavos, poco productores de vino, empiezan a detectarse campañas que afectan al etiquetado y a la oferta de bebidas alcohólicas y que introducen trabas al consumo o advertencias sobre los efectos nocivos, tanto a corto como a largo plazo, de la ingesta alcohólica excesiva y, en especial, cuando ésta se produce en circunstancias particulares como sería el caso de embarazadas o sujetos afectados por psicopatías. Ya en los medios audiovisuales de nuestro país la publicidad de bebidas alcohólicas cuya graduación sea superior a los 20°, fue prohibida a partir de la promulgación de la Ley General de Publicidad de 1998, concretamente en televisión y radio. Dicha medida afecta en la actualidad, si bien de forma poco controlada, a cualquier bebida que contenga alcohol y dentro la franja horaria de 6 a 22 h., con el fin de minimizar su visualización por menores de edad dentro de dicho horario.¹⁴

¹⁴ En determinadas lecturas de estas medidas más de una persona sonreirá al pensar que en la mesa donde una persona de corta edad está cenando con sus padres tal vez está presente la sustancia que se le “censura” en los *mass media*. Siendo ello cierto, así se empezó con el tabaco con el impacto que hoy se observa en la vida cotidiana.

Siendo este componente legislativo tan taxativo, el cual fue promulgado por un gobierno del PSOE, no podemos olvidar la amplia referencia (Campos 1997: cap. IV) que se dedica a la posición sobre el alcohol por parte de dicho partido en la obra mencionada y que describe las campañas del socialismo español contra el consumo de dicha sustancia, glosando las actuaciones del mismo, a partir de inicios del siglo pasado, en parte como consecuencia de los propios cambios ideológicos promovidos en la última década del siglo XIX, a partir de la II Internacional. El PSOE asumió entonces ciertas tesis del higienismo, que hemos descrito someramente en páginas anteriores, entre las que se encontraba la promoción de cambios en los estilos de vida de las clases trabajadoras. Las aparentes connotaciones ideológico-políticas en la interpretación que hace dicho autor sobre estas políticas de partido las ilustramos con dos párrafos parciales de dicha obra en sus páginas 211 y 212, respectivamente, junto con el comentario posterior que realizamos al final de dichas referencias:

“... el motivo último de los furibundos ataques a la taberna y al alcoholismo debe inscribirse en la doble necesidad que el Partido Socialista tenía de afianzar su organización y sus señas de identidad... Hasta 1910 no obtuvo su primera acta de diputado”

“ ... la insistencia en la necesidad de reforzar la organización para crear un instrumento fuerte encontraba en la taberna el perfecto enemigo en el que descargar todas sus iras.”

Sobre estos comentarios pensamos que ciertos formalismos textuales no se pueden considerar muy objetivos y posiblemente se hacen deudores de una reflexión más positiva sobre dichas decisiones, especialmente en clave de juicio de valor. Los comentarios del autor podrían interpretarse como una insinuación de que la política antialcohólica del PSOE, en aquellas fechas, podría deberse a una concesión del socialismo hacia los valores de las clases hegemónicas. En cualquier caso, no estaría de más

una clarificación global de la posición del autor, que nos parece ambigua en el conjunto de su tratado, especialmente sobre el Capítulo IV de la obra mencionada. Dicha clarificación tal vez evitaría interpretar aquellos y otros párrafos como adjudicatarios de un comportamiento político-opportunista en relación a una circunstancia que, objetivamente, causaba estragos en la sociedad de aquellos años y, en especial, dentro de las clases populares industriales.¹⁵

En nuestros días y quizá con menor virulencia que la que se está aplicando al tabaco, salvo en el caso de la tasa de alcoholemia en conductores de vehículos ya hoy duramente penalizada, sería de esperar que en los años venideros se vayan observando posicionamientos en las legislaciones de los distintos países, tanto en comercialización, publicidad, etiquetado y tratamiento fiscal (Ministerio de Hacienda, 2011:66),¹⁶ tendentes a desincentivar la compra de bebidas alcohólicas, a través de filtros logísticos e informaciones sobre los riesgos del consumo excesivo que, como propósito final, derivarían en la disminución global del consumo de dichas bebidas.

Para finalizar este apartado y el Capítulo, conviene realizar una aclaración epistemológica. A lo largo de lo escrito hasta ahora quizá podría hacerse una lectura de ciertas partes del texto, de una forma determinista, asociando el consumo de bebidas alcohólicas con el alcoholismo y pudiéndose deducir de dicho vínculo que quien bebe alcohol terminará siendo una PDA. Si se nos permite una aparente simpleza, la asociación mencionada sería equivalente a suponer que quienes suelen comprar el cupón de la ONCE terminarán generando una ludopatía. Si en este segundo caso hay evidencias empíricas de que no existe habitualmente

¹⁵ Menéndez (1996), donde se hace referencia a parecidas estrategias intersindicales en México, a mediados del pasado siglo, para combatir el alcoholismo entre la clase obrera.

¹⁶ De este documento se obtienen, sorprendentemente, datos indicativos del incremento de la tasa impositiva porcentual en España para el periodo 2006-2010 (provisionales 2009-10), en el apartado de Impuestos Especiales. En el caso del tabaco dicho impuesto se incrementa en un 51,7%, mientras que en el caso de alcohol, y para los dos apartados que hacen referencia al mismo (cerveza y alcohol puro) el incremento correspondiente es nulo.

tal correlación, tampoco existe dicho fatalismo en el caso del alcohol. Lo que sí es cierto es que entre beber alcohol y generar una dependencia del mismo, igual que entre comprar dicho cupón y terminar con una adicción al juego, se encuentran un sinnúmero de otras posibilidades no adictivas y que matizarían la tentación de realizar una eventual lectura determinista en el contenido de estas páginas iniciales. Esta será una de las vertientes en las que entraremos en la parte central de la Tesis, es decir: definir todavía más claramente la dependencia del alcohol y, especialmente, preguntarnos si hay más de un grado de dependencia para, a partir de ello, diseñar estrategias terapéuticas. No deberíamos olvidar que nos encontramos frente a un fenómeno poliédrico en el que se mezclan y confunden aspectos cualitativos y cuantitativos, especialmente en el campo de los tratamientos biomédicos. Nuestro propósito se encaminará hacia la clarificación de este aparente laberinto que se encuentra asociado a la dependencia del alcohol.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 - MARCO TEÓRICO:

La vía de abordaje de la dependencia del alcohol y su proceso de recuperación será determinante a la hora de contemplar los distintos procesos que se utilizan a tal fin, en ámbitos tan diversos como pueden ser la biomedicina, con sus variantes conceptuales según escuelas y talantes terapéuticos del propio personal sanitario, o los de aquellas instituciones, generalmente influenciadas por creencias religiosas luteranas, cuyo enfoque sanador se realiza desde una óptica “espiritual”.¹⁷ Las características de los distintos modelos, que generalizamos operativamente calificándolos de terapéuticos, serán descritos y analizados en el punto 1.3 del presente Capítulo, sin que la mención terapéutica implique un sesgo exclusivamente biomédico en la consideración de dichos modelos.

En los tres apartados de 2.2.1 profundizaremos en los aspectos que ayuden a entender el mundo de la dependencia del alcohol y las connotaciones asociadas a los parámetros persona-sustancia-contexto. El propio problema de la ingesta abusiva, que en la mayor parte de los casos deriva en manifestaciones patológicas para la PDA, y de riesgo importante para terceras personas, será abordado en 2.1.2. Terminaremos con una exposición de las principales estrategias para la deshabitación del consumo de dicha sustancia. Este primer punto del Capítulo 2 podríamos denominarlo como el “estado de la cuestión”.

¹⁷ El entrecorillado no pretende otra cosa que destacar la ambigüedad de dicho término que, no obstante, es utilizado por dichas instituciones para definir su enfoque deshabitador evitando mencionar explícitamente el concepto “terapia”.

2.1.1 Dependencia de sustancias. Conceptualización.

Como ya hemos esbozado en el primer Capítulo, el concepto de dependencia es un término que contiene un sustrato polisémico aún dentro de su asociación a una sustancia –el alcohol en el marco de esta Tesis–¹⁸ y a su consumo reiterado, excesivo y compulsivo según unas pautas determinadas para una PDA en concreto. Podríamos decir que esa sería la definición del concepto de Dependencia, en una primera y muy superficial exposición.

Dentro de las distintas escuelas que abordan dicho problema, su conceptualización se aparta en mayor o menor medida de lo expresado en el párrafo anterior, sea por prescindir de ciertos términos o, especialmente, por la consideración de otros aspectos que serán necesarios para construir una definición particular de dependencia, según los aspectos metodológicos de cada escuela.

Para evitar redundancias, concretaremos que el origen de la dependencia y sus eventuales causas, específicamente en el caso del alcohol, serán tratados en el punto 2.1.2. En el presente apartado vamos a tratar genéricamente las Dependencias y pensamos que la mejor manera de abordarlas es hacer un recorrido por las tres principales tendencias o escuelas que tratan la recuperación de dependencias, exponiendo su aportación a la conceptualización de dicho término. Para ello dividiremos dichas escuelas entre la biomedicina, la visión “espiritualista” y la interpretación médico-antropológica.

Empezaremos aludiendo al dualismo psíquico-físico que en determinadas escuelas terapéuticas se maneja al intentar la conceptualización de las

¹⁸ A pesar de ello, este punto intentará ser lo suficientemente generalista para tratar el término “dependencia” dentro del conjunto de sustancias potencialmente adictivas, incluyendo además otras dependencias no asociadas a sustancias, como la ludopatía, aunque esto último será secundario en el conjunto de la exposición.

dependencias en general. A pesar de que ello sea así incluso en ciertas visiones del ámbito biomédico como ya observaremos en la primera instancia que intentó definir el término “dependencia” o “adicción”, intentaremos que esta bicefalia no constituya un elemento de confusión terminológica al introducir el concepto del mismo.

Tal vez la primera mención que corresponda hacer, sin vínculo de mayor rigor, sea la que emanó del entonces llamado Comité de Expertos en Drogas Adictivas que, desde sus antecedentes a partir de la Convención de Ginebra en 1925 junto con ciertos tanteos problemáticos en clasificar lo que podían significar las dependencias de sustancias, terminó en el pronunciamiento de dicho Comité, ya 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.”*

Como se puede observar en esta temprana definición biomédica, prevalece el concepto de adicción sobre el de dependencia, si bien consideramos dicho aspecto puramente semántico ya que ambos términos son sinónimos dentro de una visión estrictamente lingüística para la mayor parte de idiomas de nuestro entorno más inmediato. Tal vez ciertos reparos en utilizar uno u otro término podrían proceder de determinadas significados asociados a dichos términos: Adicción llama a

otro de sus posibles significados cual sería el hecho de definir la adhesión a algo/alguien, mientras que la Dependencia sería deudora de un significado alternativo que implicaría la inferioridad de una persona respecto de otra (incluidas las instituciones), dentro de un dualismo dependiente/ascendente (Castilla del Pino, 2000:341) tal vez más adecuado en ámbitos psicológico-psiconanalíticos que el significado interpretativo, más riguroso y adaptado a su fin, que intentamos plantear para la dependencia de sustancias.

Abundando en lo intercambiables que resultan ambos conceptos, es oportuno señalar que ciertas obras biomédicas especializadas en alcoholismo sólo incluyen el término *dependencia* en su índice analítico, omitiendo *adicción* por un reconocimiento implícito de su sinonimia (García, 2003:649-655), si bien en la obra citada abunda el concepto de conducta adictiva, especialmente en los textos de su primer Capítulo.

Tal como ya expresamos en el Capítulo anterior, el término más usual que se empleará en esta investigación será el de Dependencia, que podrá ser intercambiado por adicción, en determinados momentos, sin que ello signifique ninguna modificación sustancial de los significados asociados al primer término.

En dicha temprana definición de 1957 observamos la presencia de la doble consideración psíquico-física que todavía refiere maniqueamente al dualismo cartesiano mente-cuerpo. Difícilmente podemos, desde la Antropología en general y de la Médica en particular, suscribir tal fractura conceptual que, no obstante, la hallamos presente incluso en obras con una cierta pátina fenomenológica, y ello pese a ser de reciente publicación (Escohotado, 2008:897, 900, 901 y 905).

Sin entrar en dicho dualismo y hasta la aparición de la V edición del DSM, prevista para 2013, pensamos que es interesante transcribir la definición de la “**Dependencia del alcohol**” (*Alcohol Dependence*), según DSM IV –se confirma la poca adecuación del sinónimo “adicción”– publicada casi

cuatro décadas después de la primera definición de dicho término, apuntada anteriormente:

“Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento de un período continuado de 12 meses:

- 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:*
 - a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado*
 - b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol*
- 2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:*
 - a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (ver DSM-IV para más detalles)*
 - b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia*
- 3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía*
- 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol*
- 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo*
- 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol*
- 7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)”. (American Psychiatric Association-APA, 1994: Diagnostic Code 303.90)*

En el punto 7 reaparece curiosamente el dualismo psíquico-físico, si bien interpretamos que ello hace referencia a la esfera perceptiva de la PDA, entendiendo por ello la sintomatología o *illness* que experimenta esa persona, de forma subjetiva.

Dejando temporalmente el paradigma biomédico, buscaremos el concepto de dependencia o adicción dentro de las corrientes terapéuticas “espiritualistas” y más concretamente en AA. Encontramos, sin embargo, que dichos conceptos no aparecen explícitamente mencionados en las principales obras de cabecera (AAWS, 2008 a, b y c) con las que hemos trabajado, ni tampoco se utilizan habitualmente en las sesiones de grupo según lo registrado durante el trabajo de campo. Ningún título de la extensa oferta bibliográfica de AA contiene los conceptos mencionados (AAWA, 2008c: índice de obras de la institución en la última página de dicha publicación). Tampoco forma parte de la redacción de los 12 Pasos ni de las 12 Tradiciones. En dicha organización las palabras dependencia o adicción al alcohol quedan subsumidas en el concepto generalizador de **alcoholismo**. Como ya anticipamos en el Capítulo 1, el sustantivo PDA, que utilizamos en esta Tesis, queda sustituido por la mención simple de alcohólicos o alcohólicas. Así lo reconoce cada uno de los participantes en las reuniones de AA cuando toma la palabra.¹⁹ Siendo difícil de expresar en pocas palabras los pormenores de dicho método “terapéutico”, preferimos referir todo el entramado metodológico de AA a la lectura de la primera parte del Capítulo 3.

“... Una de las cuestiones centrales que ha replanteado el trabajo etnográfico en drogas es el propio concepto de dependencia. Sus intentos de definición van ligados históricamente a las políticas de control y represión del consumo de determinadas drogas, precisamente aquellas de las que se intenta determinar que “producen dependencia”, o sea, las drogas ilegales.”

“ ... La dependencia sería el síntoma de una situación patológica en la que se encontraría un individuo como resultado de diversos factores²⁰ en los tres niveles mencionados, agravada por los propios efectos farmacológicos de las drogas, ...” (Romaní, 2011:94).

¹⁹ Capítulo 3.1.1 y 3.1.2.

²⁰ Biológicos, psicológicos y sociales (en una referencia no transcrita de la misma página en la obra mencionada).

El mismo autor de la cita anterior nos plantea el llamado Paradigma de Zinberg,²¹ que considera los tres vectores que, desde una óptica médico-antropológica, deberían considerarse en cualquier proceso de dependencia: la sustancia, el individuo y el contexto sociocultural.

“Desde una óptica antropológica queremos señalar que tanto el manejo de las sustancias, en su más amplio sentido (técnico y simbólico), como la construcción del sujeto, vienen determinados socioculturalmente (Romaní, 2008). Esto no significa negar la objetividad de los efectos farmacológicos de una sustancia o la especificidad psicológica (biográfica) de un individuo, sino prevenir contra posibles análisis simplistas y parciales ...” (Romaní, 2011:95)

Este aparente determinismo, sólo lo es formalmente ya que no involucra exclusivamente un factor, sino toda la complejidad de elementos o vectores que pueden actuar en la construcción de la dependencia a las sustancias y al alcohol en nuestro caso. Una construcción bio-psico-social que vienen suscribiendo, durante las últimas décadas, la mayor parte de estudios sociales.

Uno de los apartados que ayuda a entender el dualismo entorno-persona y que se puede atribuir a la dependencia del alcohol –el que considera los condicionantes grupales hacia un individuo del grupo– están suficientemente explícitos en el apartado *“Los ritos del beber en un pueblo obrero de Bretaña”* (Brouard, 1993:91-97) donde encontramos una reflexión de la autora sobre cierto constructo grupal que actuaría como Grupo de Ayuda al Consumo (GAC, en adelante):

“Sustraerse a la obligación de tomar una copa equivale a desolidarizarse del grupo de trabajo, a comportarse como un perjuro.”

²¹ Anexo II.

Sería interesante hacer énfasis en dos palabras de esta corta frase: Obligación y Perjuro. Cuando hablamos de los condicionantes sociales que pueden existir detrás de una PDA o del fenómeno de la dependencia del alcohol, no hemos de olvidar que en ocasiones lo social es, básicamente, grupal y que el grupo actúa como un prescriptor ritual que distingue a propios de “extraños”, según el respeto de los individuos a las reglas grupales (Ramírez, 1984:213-220). En 2.1.2 volveremos sobre este aspecto, pero ya claramente en el apartado de la etiología y del entramado de una dependencia alcohólica.

Quedaría incompleto el tratamiento del concepto de dependencia si olvidáramos otro elemento clave que lo acompaña en la mayor parte de los casos: **la compulsión** en el consumo de una sustancia. Entendemos por dicho sustantivo lo que la OMS asoció a una adicción según su temprana definición de 1957,²² así como su inclusión en la definición de alcoholismo,²³ al describir su manifestación en una PDA: *“It is characterized by impaired control over drinking”*. Si bien no hemos entrado de lleno en el tema de dicha sustancia, que formará parte del próximo apartado, pensamos que la citada frase ayuda a entender el significado de la compulsividad. Es decir, lo que en este trabajo entendemos por consumo compulsivo de una sustancia sería la falta de capacidad del individuo en dar por terminada una sesión de consumo de la misma, hecho que vendría determinado por la pérdida de su autocontrol que sería causada, a su vez, por la presencia de la dependencia.

Consideramos que el final del punto anterior es un elemento importante al intentar establecer un ranking de la dependencia a sustancias, que iría asociado a esa pérdida de capacidad de autocontrol una vez que el individuo ha entrado de lleno en la dependencia “canónica”. Y aún así cabe establecer grados de dependencia, si consideramos la mayor o menor dificultad en prescindir del consumo de una sustancia psicoactiva.

²² Ver p. 31.

²³ Ver p. 12.

Leemos en Escotado (2008:772 y 969) una alusión a lo que dicho autor considera una dependencia fuerte, y en este caso lo refiere casuísticamente a partir de la dependencia del amital (pentotal sódico) que su progenitor arrastró hasta el fin de su vida, sin capacidad ni deseo en cesar en su consumo, como consecuencia de un tratamiento hospitalario en el que se le administró prolongadamente dicha sustancia. En otro momento de su obra dicho autor también describe otros tratamientos temporales hospitalarios con distintos sedantes que, aún siendo potencialmente adictivos, su capacidad para crear dependencia es limitada y la cesación de su consumo sólo ocasiona leves trastornos. Tal vez ése sería un ejemplo de lo que se podría denominar dependencia leve, como Escotado propone y en la que consideraríamos la participación en la misma de elementos sociales, relacionales y simbólicos. Ambas vertientes de una dependencia describen situaciones en las que se observa un estado adictivo que va de leve a intenso, sin encontrarse siempre presentes consumos compulsivos, pero con la presencia de síntomas y signos de malestar cuando se interrumpe su consumo según el patrón que siga un individuo determinado.

Sea el último concepto asociado a la dependencia, el **síndrome de abstinencia** (SA, en adelante), el que trataremos como colofón al apartado que hemos dedicado a las adicciones o dependencias y sin el cual no consideraríamos completado el mismo.

“... el tabaquismo, el uso de tranquilizantes, de somníferos, de estimulantes, etc., son también drogodependencias, pero no acarrear alteraciones profundas en la personalidad ni en la conducta.” (Árboles, 1995:17)

Si bien siempre deberemos considerar la confluencia de factores personales y contextuales, ahí no mencionados, y que matizarían la cita anterior, tal vez la clave para distinguir entre dependencias fuertes y leves (ver p. 279) serían estas palabras que acabamos de transcribir y en las

que, asociada a la presencia o ausencia de alteraciones profundas de la personalidad y la conducta, se hallaría también incorporada una mayor o menor respuesta del organismo cuando se produce la interrupción del consumo de una sustancia adictiva o psicoactiva. Siendo en las dependencias leves de entidad menor, dicha respuesta sería ya más severa en las dependencias fuertes. A dicha respuesta la denominaremos SA. Ahora bien: ¿en qué consiste? ¿qué rasgos definen un SA?. Coloquialmente podríamos proponer que los consumidores habituales de tabaco que han dejado el hábito, conocen las manifestaciones de inquietud, falta de concentración u otros trastornos que acompañan a la ausencia de la nicotina, el elemento tóxico en este caso. En ciertas drogodependencias el vocablo “mono” define dicho síndrome. Todo ello no deja de plasmar una terminología coloquial definitoria de uno de los aspectos más importantes en la deshabituación o con motivo de la ausencia de sustancia en quienes han mantenido un prolongado historial del consumo de alcohol o de otros neurotóxicos que puedan desencadenar dependencia. Proponemos definir el SA 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.**

Para mayor riqueza descriptiva haremos uso de una clara y exhaustiva definición del concepto, que es fruto de un trabajo interno del Servicio de Urgencias de un Hospital público de nuestro país (Martínez, 2011:4-5) y que, adicionalmente, añade también el concepto de dicho síndrome según DSM-IV:

*“1. **Síndrome de abstinencia agudo:** conjunto de signos y síntomas orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva de la que un sujeto es dependiente.*

Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un característico síndrome de abstinencia agudo fácilmente

diferenciable de los restantes grupos. *La intensidad y gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida.*²⁴

2. Síndrome de abstinencia tardío: puede describirse como un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguir la abstinencia. Este cuadro causa múltiples trastornos físicos y psíquicos al paciente, le dificulta enormemente el desarrollo de una vida saludable y autónoma, y contribuye a precipitar los procesos de recaída en los hábitos tóxicos.

3. Síndrome de abstinencia condicionado: consiste en la aparición de sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo, que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. El síndrome de abstinencia condicionado suele crear un gran desconcierto en el paciente, provocándole cuadros de gran ansiedad y miedo que pueden precipitar un nuevo consumo tóxico como forma de evitar la situación displacentera en que se encuentra.

Según el DSM-IV dentro del apartado de los trastornos inducidos por sustancias, se define el síndrome de abstinencia sobre la base de tres criterios:

1. *Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.*

2. *El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.*

3. *Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.”*

Pensamos que la definición expuesta, de la que podríamos señalar la presencia de una visión puramente biomédica, contiene, en el subrayado

²⁴ Los subrayados y negritas son nuestros.

del punto 1, las manifestaciones de lo que habíamos definido anteriormente como dependencias leves o fuertes. Asimismo los denominados síndromes tardíos o condicionados, señalados en los puntos 2 y 3, podrían contener lo que definiremos en el caso del alcohol como SA leve pero de larga duración²⁵ y “memoria adictiva”,²⁶ respectivamente, junto con un factor de riesgo asociado a eventuales retornos al consumo.

Lo expuesto podría dar como conclusión que, sin un cierto **SA** después de la cesación del consumo de sustancias u otras prácticas adictivas, no deberíamos hablar de una dependencia, ni ésta se puede explicar fácilmente en ausencia de la **compulsividad**. La **dependencia** sería de mayor o menor entidad según lo fuera el síndrome apuntado. En definitiva, y proponiendo una nueva terna, pensamos que **dependencia-compulsividad-síndrome de abstinencia** forman una tríada de la que difícilmente se sustrae una persona en la que está presente una dependencia. Especialmente si hablamos de dependencias o adicciones fuertes.

Entendemos que conviene particularizar los contenidos de este primer apartado sobre Dependencia de Sustancias en “la” sustancia que da contenido y objetivos a esta Tesis.

2.1.2 - Alcohol y Alcoholismo.

Sería fácil empezar por una analogía terminológica. Confrontar alcohol y alcoholismo podría equivaler, en cuanto a su potencialidad para crear un equívoco, a considerar igualmente representativo un mapa y el territorio que éste define. Si para orientarnos por algún espacio geográfico un mapa nos sirve de ayuda, pero no nos explica la complejidad global de

²⁵ El autor expresará en la autoetnografía del Capítulo 3 una experiencia personal en este sentido.

²⁶ Observado en ensayos de laboratorio para la sustancia alcohol, aunque no en humanos (Ambrosio, 2003:102-103).

dicho ámbito, el alcohol nos indica uno de los componentes que conforman el alcoholismo, el único elemento apriorísticamente necesario, pero que no es en absoluto suficiente para intentar comprender, en toda su complejidad, la dependencia de dicho tóxico.

Como sustancia de uso habitual, bajo la forma de bebidas que lo contienen, el alcohol sería uno de los universales en casi todas las civilizaciones, prácticamente sin distinción en cuanto a zonas del planeta, hasta que históricamente no se documenta la aparición de determinados preceptos religioso-culturales que prohibieron su consumo en determinadas sociedades. Las prohibiciones de consumir alcohol, sean en forma de precepto social, aunque no legal, o en forma de ley que contempla dicha prohibición de forma expresa y punible, las podemos encontrar bajo una multiplicidad de variantes. En cualquier caso es un hecho presente en la actualidad que, en ciertas sociedades o en determinados paradigmas médicos o religiosos, se ha determinado la total exclusión del consumo de bebidas alcohólica. Sobre este punto, no obstante, nos reafirmamos en lo dicho en la p. 20 en relación a que esta Tesis no abordará el tema de la prohibición religioso-cultural, salvo cuando la misma tenga algún significado en la forma de abordar la causalidad y metodología frente al alcoholismo dentro de determinadas instituciones terapéuticas y especialmente en las que han sido objeto etnográfico para esta investigación. Aún en este caso será dicha institución y su “metodología”²⁷ la que será analizada, considerando posibles nexos contextuales con las prácticas prohibicionistas apuntadas anteriormente.

El alcohol es una sustancia utilizada desde la más remota Antigüedad tanto en ámbitos profanos como sagrados (Escohotado, 2008:73-75), atendiendo a sus propiedades temporales sobre la personalidad. Pensamos que sería poco útil, a los efectos de este trabajo, entrar en los

²⁷ Evitamos en este momento hablar de “ideología” que, en ciertos casos, creemos que podría acompañar a determinadas metodologías.

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.²⁸ Como valor añadido, además, el alcohol, sus efectos y su dependencia, y especialmente las circunstancias que rodean el abuso del mismo, han dado lugar a una gran cantidad de narrativas, historias, films y obras musicales, sin olvidar su presencia en la Mitología Universal –en este caso encajada con los ámbitos que hemos denominado “sagrados”–. En todos estos contextos dichas bebidas constituían y constituyen uno de los ejes argumentales principales (ofrecemos, para consulta, los apartados, “Otras fuentes temáticas relacionadas” en el apartado Bibliografía y Documentación).

Abundando en la práctica universalidad del consumo de bebidas alcohólicas y de su presencia en hábitos socio-culturales corrientes e incluso con determinados simbolismos “trascendentes”, trasladamos los datos que la OMS incluye en sus *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012* (OMS, 2012:111-119),²⁹ si bien referidas a datos facilitados por los Estados miembros en relación al año 2008. Dichos datos, como se indica en el informe, reflejan el consumo de alcohol puro por año en personas mayores de 15 años. Con motivo de ofrecer dichos datos opinamos que vale la pena establecer una posición crítica sobre la fiabilidad y rigurosidad de las cifras de consumo de alcohol en cualquier país y, en especial, los tratamientos estadísticos de dichos datos y la metodología utilizada para la obtención de los mismos.

²⁸ 7 kcal/g desde un punto de vista estrictamente calórico, aunque se trata de calorías vacías sin presencia de nutrientes y, por consiguiente, no útiles para la nutrición del organismo.

²⁹ Anexo VI. El Anexo III, que será comentado en pp. 51-52, ofrece una panorámica elocuente de la influencia del alcohol tanto en el individuo como en la sociedad.

En un primer examen sobre los datos citados, observamos variaciones muy importantes en relaciones que representan rangos del orden de 1:10, y aún mayores si incluimos en la banda baja de consumo a los Estados de cultura islámica. Si bien ello no indicaría una catalogación entre países con mayor o menor riesgo en la salud de la población por el consumo de alcohol, ya que los datos cuantitativos estadísticos, como comentaremos en el siguiente párrafo, presentan limitaciones en su interpretación comparativa, sí que parece existir, no obstante, una cierta correlación si los comparamos con los datos de enfermedades derivadas del consumo excesivo de alcohol en el subgrupo de países del Este de Europa (Anexo V). No ocurre así para ciertos países de Latinoamérica, donde los datos de consumo y mortalidad por cirrosis hepática (aproximadamente el 50% de casos mortales están asociados a altos consumos de alcohol), variable que contempla dicho Anexo, no se correlacionan igual que en el subgrupo mencionado 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 comparativa y la comprensión de la paradoja de Latinoamérica mencionada anteriormente. La carga marginal y estigmatizante (Goffman, 2008:118-119) 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, pero más problemáticamente particularizadas a través de las narrativas de las PDA.

Los comentarios críticos sobre los datos cuantitativos pensamos que corresponde plantearlos en relación a dos consideraciones sobre las informaciones facilitadas por la OMS (Anexos V y VI):

1. ¿Cómo se ha asegurado que el dato de consumo para mayores de 15 años no incluye consumos a edades inferiores a la mencionada? Es

evidente que se habrá procedido a una extrapolación a partir de una población muestral. También es evidente que este sistema tiene un grado de “desconfianza” estadística en función del tamaño de la muestra, al que añadiremos lo mencionado sobre la influencia de la percepción de la sustancia, el alcohol, en la veracidad de las informaciones que se hayan recogido para la confección de dichas tablas estadísticas.

2. ¿Se habrán incluido todas las cifras de consumo de bebidas alcohólicas –hay fabricaciones domésticas para consumo personal e importaciones o ventas clandestinas, ambas de difícil evaluación cuantitativa– al contemplar el total de alcohol consumido por la población considerada, dato del que se deduce, mediante un cociente, el consumo *per capita*?

Lamentablemente hemos de dejar sin respuesta estas preguntas, pero nos ha parecido pertinente plantearlas por lo que puedan evidenciar acerca de la dificultad en obtener datos epidemiológicos objetivos en el ámbito general de la salud y en el del consumo de sustancias tóxicas en concreto.

En el caso hipotético de una eventual homogeneidad en las costumbres, culturas y prácticas entre los diferentes países, podrían entonces establecerse comparaciones más fiables aún aceptando que ciertos datos oficiales no reflejan enteramente la realidad. Al no darse esas similitudes, las comparaciones sólo pueden ser tendenciales y siempre con un grado de aproximación a la realidad cautelarmente dudoso. En definitiva deberíamos considerar que las cifras se refieren a **consumos mínimos**, a partir de las cuales habrá que considerar, adicional y tentativamente, lo no declarado por razones legales –en un doble sentido: fiscal y religioso– o por lo que pueda deberse a consideraciones de privacidad personal.

Los datos, al ser calculados *per capita*, también adolecen de las limitaciones de este tipo de cálculos. No se puede afirmar de dos países, con similar consumo, que su desviación típica sea similar ni, por

consiguiente, deducir similitudes en todas las facetas derivadas del consumo de alcohol, de observarse cifras teóricas cercanas. No obstante, y como suele ocurrir cuando se trabaja con datos estadísticos facilitados por organismos oficiales y que afectan a grandes poblaciones, deberemos interpretarlos como indicadores relativos entre Estados, manteniendo una actitud de cautela sobre la veracidad final de cada caso en particular (Cea, 2001:220-223). A título de ejemplo podríamos mencionar los casos de dos Estados vecinos y con elevada población: México y EE.UU. Las cifras de consumo de alcohol no guardan simetría con la mortalidad por cirrosis. Como hemos dicho antes y a pesar de que ambos países son vecinos, las realidades culturales y socio-económicas son sensiblemente distintas, así como la distribución del consumo atendiendo a estratos socio-económicos, géneros y Estados Federales dentro de cada una de las dos naciones mencionadas. Su lectura en profundidad aportaría mayor información sobre la razón de la asimetría anteriormente comentada. El caso más asimétrico, sobre dicha correlación, sería el de Egipto cuyo consumo prácticamente inexistente va asociado a una alta tasa de mortalidad por cirrosis (Anexos V y VI).

Ya hemos definido el concepto de Alcoholismo en el Capítulo 1. Posteriormente se ha procedido a debatir el concepto de dependencia del alcohol en el apartado anterior del Capítulo actual, incluyendo aquellas características que lo acompañan: compulsión y SA. Entendemos que cuando se dan estos tres puntos podemos hablar de una situación o un estilo de vida personal que podría situar a los individuos considerados dentro de la categoría de PDA.

En Anexo IV, incluimos un reciente y breve informe del Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), donde se ofrecen, sintéticamente, datos globales cuantitativos en relación al consumo de alcohol, ya en su fase nociva, según patrones personales que no se mencionan en dicho documento pero de cuyo alcance hemos hecho referencia en 1.3. Pensamos que las enfermedades que son el corolario

del consumo excesivo de alcohol, letales muchas de ellas, quedan reflejadas escueta pero descarnadamente en dicho documento, si bien pueden consultarse otras fuentes para una mayor profundización en otras patologías asociadas al alcohol (Ponce, 2003:244-245).

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 riesgo,³⁰ especialmente si pensamos que en una PDA inciden, además, aspectos socio-culturales y relacionales, como ya venimos repitiendo. El caso inverso también es posible, como así se tratará en la Tesis. Ciertos niveles de dependencia, derivados de algunos de los patrones que vamos a mencionar, no implican necesariamente la catalogación *sensu stricto* de presencia 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 durante la investigación y que, parcialmente se corroboran en tratados especializados (Sánchez: 2003:49-85), podrían resumirse en:

- 1) PDA con consumo regular a altas dosis durante todo el día.
- 2) Personas que no beben a diario las mismas cantidades,³¹ con diferencias cuantitativas entre distintos días, pero que pueden incurrir, en determinados momentos, en situaciones de riesgo para ellos y para la

³⁰ 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 básicamente de peso corporal medio comparativo). Conviene, sin embargo, considerar dichos aspectos cuantitativos como muy parciales a efectos de un juicio objetivo sobre riesgos asociados.

³¹ Pero con el matiz de que en más de una ocasión incurrir en altos consumos, mientras que, en otras, dicho consumo puede estar cercano a la moderación, por razones contextuales diversas.

sociedad (p.e.: consumo elevado en paralelo con la conducción de vehículos).

3) 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).

4) Consumidores de fin de semana como patrón fijo y exclusivo.

5) Consumidores secuenciales (sin patrón temporal fijo), pero cuya ingesta, cuando se produce, se encuentra muy por encima de los umbrales de riesgo mencionados. Esta tipología, no muy frecuente, supone un elevado consumo durante un periodo horario largo, para cesar después bruscamente hasta la siguiente ocasión, no prefijada en el tiempo, aunque etnográficamente hemos podido identificar 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 lo que ya hemos apuntado en el Capítulo 1 sobre la realidad que representan las sociedades o culturas alcoholizadas (Menéndez, 1996:*ibid.*). Evitaremos extendernos más en este campo que demuestra nuevamente la dificultad que entraña categorizar a una PDA como tal, atendiendo a la variabilidad de los patrones de consumo, en especial cuando dicha categorización se realiza desde una visión externa y descontextualizada. 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*) –no pensamos que la dependencia leve

entre en la catalogación de enfermedad– sustantivo que ya hemos definido en 1.3 y que reiteraremos en p.279 y siguientes.

Para una PDA, la posesión de la sustancia y, por tanto, su disponibilidad en el momento en que se presenta el deseo de su consumo, se convierte en el eje central de sus preocupaciones cotidianas. Especialmente si nos referimos a la dependencia fuerte que, insistimos, no se aborda en todos los casos desde el punto de vista de la necesidad, catalogándose casi exclusivamente en función de las cantidades diarias consumidas. Como hemos observado en los patrones de consumo, el establecimiento de dichas cantidades diarias no siempre es regular ni, por consiguiente, definitorio de la condición de PDA.³²

El mantenimiento en el tiempo del consumo, sea cual sea el patrón de consumo considerado, abundaría sobre la consideración del alcoholismo como una enfermedad crónica³³ a pesar de las dificultades de conceptualización que hemos considerado en páginas anteriores. Sobre este punto, y desde diversos ámbitos en contacto con el problema del alcoholismo, se vienen manteniendo posiciones algo discrepantes entre dos enfoques de los mecanismos corporales de dicha dependencia, que sintetizamos a continuación, aunque proponemos enjuiciarlos con criterios puramente pragmáticos y también circunstanciales:

1. El consumo dependiente de dicha sustancia significa la modificación de una serie de receptores cerebrales del placer (Leriche, 2001:1-2). Dichas modificaciones seguirían latentes en la sobriedad y se activarían con la ingesta de mínimas cantidades de alcohol, reiniciando el consumo compulsivo, el cual podría situarse, en un lapso corto de tiempo y en casi todos los casos, dentro de los niveles anteriores a la sobriedad.

³² Para evitar equívocos, y con el fin de no tener que matizar con demasiada frecuencia, a partir de este punto las menciones a PDA significarán casos de dependencias medianas o fuertes.

³³ Ver la definición propuesta en el Capítulo 1.3.

2. La adicción o dependencia sería reconducible, pudiéndose pasar de una ingesta de riesgo, a otra moderada que no entrañara daños para la salud (Menéndez, 1996:210).³⁴ En esta versión una PDA sería un enfermo crónico, entendiendo la cronicidad de la enfermedad alcohólica como el riesgo de cambiar una pauta de sobriedad adquirida voluntariamente, o un consumo moderado, a la reintroducción del consumo excesivo o fuerte (Ambrosio, 2003:98). Las causas de dicho cambio actitudinal pueden ser diversas, tanto en el apartado personal como en el contextual si es que puede establecerse una compartimentación, casi siempre simplificadora, entre ambos apartados. Un estudio longitudinal prospectivo (de cohorte) realizado en Catalunya (Costa, 2004:364-369) sobre un colectivo inicial de 850 PDA ya abstinentes, registra, al cabo de diez años de iniciado dicho estudio, la presencia de un 7% de bebedores controlados, entendiendo dicho término en clave de ingesta moderada, si bien no existe verificación analítico-clínica de dichos resultados; tan sólo el registro en cuestionario de las personas encuestadas. Esta realidad no ha sido observada, como patrón estable, ni en el CAS Horta-Guinardó, de donde partió la iniciativa de dicho estudio, ni en el CAS Reus, en el que hemos realizado trabajo de campo complementario en dos ocasiones. Es cierto que en la última institución mencionada no se ha realizado un estudio de cohorte como el mencionado para la primera, pero los trabajadores sociales de la misma refieren más bien situaciones que ellos mismos califican de “montaña rusa”, es decir, periodos de consumo moderado seguidos de otros con altas ingestas, derivados de motivos varios, entre los cuales no son menores los problemas económicos personales o ciertas circunstancias

³⁴ Añadiremos, para dar un mayor rigor comparativo a esta categoría, que dicho nuevo patrón de consumo reconducido debería poder mantenerse en el largo plazo. Aún así deberíamos plantear que dicho consumo moderado tampoco debería representar la **necesidad** cotidiana de ingerir la sustancia, ya que la dependencia la hace la necesidad, como pauta temporal, y no siempre la cantidad (Menéndez, 1996:10).

emocionales tanto euforizantes como depresoras que trataremos con mayor detalle en el apartado etiológico (pp. 56-65). En este sentido no se debería olvidar que estamos hablando de PDA que viven, habitualmente, en entornos de consumo habitual de bebidas alcohólicas. La calificación de enfermedad crónica absoluta, para el alcoholismo, quedaría en entredicho con estos datos, pero especialmente por la realidad, ya referida en otros puntos de este trabajo, acerca de abstinencias no definitivas pero sí de larga duración, que indicarían una cronicidad que no sería absoluta en el tiempo. Dicha cronicidad la deberíamos considerar, en línea con lo expuesto más arriba; más bien asociada al riesgo de recaída o a una situación de latencia de dicho riesgo.

La primera de las dos acepciones mencionadas anteriormente es la que comparten tanto los modelos “espiritualistas” de tratamiento de la adicción al alcohol (AA,³⁵ Evangelistas, etc.) como una parte mayoritaria de los profesionales dentro del modelo biomédico.

La segunda acepción, siendo subsidiaria en su aceptación terapéutica, ya que tiene aparentemente un potencial más bien débil para generar una sobriedad permanente, se erige como una alternativa pragmática, dentro de un contexto de “reducción de riesgos y daños” (Romaní, 2004:181-189),³⁶ en el que se acepta que la sobriedad no es fácilmente alcanzable para determinadas PDA (Echeburúa, 2003:461-475) y la comunidad terapéutica asume y opera para que el consumo no alcance niveles de gran riesgo para dichos usuarios (Monasor, 2003:511-527), evitando asimismo los riesgos colaterales para la sociedad. En este sentido serían sólo ciertas corrientes espiritualistas las que tendrían serias reticencias en considerar una recuperación “a medias”, ya que en muchas de las mismas el alcohol está proscrito por razones religiosas, no

³⁵ En Brandes (2002) y Kurtz (1991), comentando la dinámica habitual en la terapia que describen como propia de AA.

³⁶ Si bien en esta obra se abordan otro tipo de drogodependencias, sus conclusiones son claramente extrapolables al alcohol.

necesariamente asociadas a consumo dependiente, afectando dicha prohibición a todas las personas que siguen dichas corrientes, las cuales suelen estar asociadas, directa o indirectamente, a paradigmas religiosos muy concretos.

No dejaremos sin considerar la realidad que viven las personas desde su juventud, en ocasiones todavía en estado incipiente (Romaní, 2010:29-30), uno de cuyos elementos de fondo es la eventual pertenencia a redes sociales transgresoras o desarrollos de la personalidad en contextos de precariedad familiar y social, que pueden inducir e inducen ciertas formas o “estilos de vida” que podríamos catalogar como de riesgo potencial. El concepto de **memoria adictiva** (también bajo la sinonimia de memoria euforizante), que ya ha sido mencionado al tratar la dependencia, empieza a tener sentido a partir de los contextos dentro de los que se producen las primeras experiencias placenteras con cualquier sustancia y que, recordadas en fases posteriores con asociación a determinadas sensaciones, pueden ser susceptibles de originar consumos impulsivos que terminen en una dependencia *ex-novo* o simplemente reconstruyendo la dependencia pasada (Ambrosio, 2003:102-103).

En un artículo de finales de 2010 (Nut, 2010:1558-1565) en *The Lancet*,³⁷ se publicó un estudio sobre drogodependencias en el Reino Unido, en el que se ponía de manifiesto que la primera posición global de las diferentes sustancias, especialmente en el apartado de **peligrosidad social**, estaba ocupada por el **alcohol**, con clara diferenciación sobre el resto de compuestos catalogados como drogas psicoactivas. Dentro de los elementos considerados sobre dicho riesgo social se encuentran los datos epidemiológicos del consumo excesivo o claramente dependiente, por lo que se refiere tanto a la mortalidad debida al consumo de bebidas alcohólicas por las PDA como en relación a los riesgos, que suelen acompañar a dichas PDA en particular y a la sociedad en general, en los

³⁷ Anexo III.

apartados de víctimas por accidentes de tráfico (Ver también comentarios en Anexo IV), violencia doméstica y agresividad general, así como una elevada incidencia en accidentes en general y laborales en particular (Menéndez, 1996:252; Nexøe, 2013:113-118). Es decir, no hacemos una lectura foucaultiana (Foucault, 2012) de “peligrosidad social”, detrás de la que se hallaría presente un afán de control y castigo de la sociedad hacia el alcohólico como desviado social, sino que nos basamos en los hechos y datos descritos los cuales apelan a una trágica realidad, como consecuencia de la dependencia que estamos tratando, con el resultado de elevadas cifras de víctimas mortales o con secuelas severas en terceras personas (Anexo IX). Lamentablemente las cifras que presentamos, y que son las que facilita la Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior español, sólo facilita datos relativos a conductores fallecidos con tasas elevadas de alcoholemia. Hemos dicho lamentablemente ya que 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.

Los datos empíricos del trabajo de campo que hemos realizado tanto en los CAS Horta-Guinardó³⁸ y Reus, como en tres grupos de AA –en distintas ubicaciones dentro de la ciudad de Barcelona y que denominaremos X, Y y Z–,³⁹ indicarían un índice de “retención” o “éxito”⁴⁰ en los tratamientos de deshabitación que oscilaría entre el 35% y el

³⁸ Gestionado por INPROSS.

³⁹ También se realizó una sesión de observación participante, durante dos sesiones, dentro de un grupo AA en una ciudad de Galicia en 2010.

⁴⁰ Este término definiría a aquellas personas que siguen sin consumir después de cinco años de haber interrumpido el consumo de bebidas alcohólicas, si bien este dato temporal suele reducirse en la práctica a la permanencia en el CAS después de un año de dicha interrupción, dada la dificultad, salvo en estudios de cohorte, en poder seguir la evolución de las PDA, una vez son dadas de alta (habitualmente después de un periodo que suele estar comprendido entre 18 y 24 meses desde la mencionada cesación).

45%. Este dato se ha contrastado con los responsables médicos de los CAS, que cuantifican dicha variable más bien en la banda baja de la franja mencionada. AA, en su *modus operandi* tanto organizativo como “terapéutico” –siempre considerando nuestra experiencia dentro de los tres grupos de Barcelona en los que hemos trabajado durante el proceso de investigación y los comentarios escuchados sobre la orientación general de dicha institución–, carece de bases de datos sobre dicho aspecto, ya que la cuantificación de los casos de abandono del consumo, así como el manejo de datos cuantitativos en general sobre las personas atendidas por dicha institución, no forma parte de sus prácticas internas de actuación.

Si tenemos que establecer una primera síntesis sobre la segunda parte de este apartado, es decir sobre el alcoholismo o dependencia del alcohol, consideraremos que lo más relevante y significativo está contenido en los siguientes aspectos:

- El impacto social de la enfermedad alcohólica es preocupante en los aspectos de salud personal, así como en accidentes y violencia de toda índole y que ya anteriormente hemos descrito. Según los datos mencionados en el artículo de *The Lancet*, y especialmente en lo que atañe a los accidentes de tráfico, la sustancia adictiva que causa más daño social es el alcohol cuando este es ingerido en exceso y su tasa de presencia en el organismo modifica temporalmente o de forma más o menos permanente, el grado de concentración, atención y agresividad de determinadas PDA o en casos de alto consumo incluso ocasionales. El principal problema asociado a este punto es la existencia de las víctimas colaterales que superan ampliamente el número de conductores accidentados en los que se ha encontrado una tasa de alcoholemia considerada de riesgo.
- El número de personas sujetas a dicha dependencia es difícil de establecer en razón al estigma asociado al alcoholismo. Cualquier

dato que manejemos reflejará sólo una parte del número real de PDA existentes en un determinado ámbito.

- Los resultados en las terapias de abandono del consumo son francamente pobres si los referimos a la abstinencia conseguida y mantenida en el tiempo. Ello se observa en cualquiera de los ámbitos y terapéuticos en los que hemos realizado trabajo de campo, como recordaremos en las Conclusiones del Capítulo 4.
- Los estímulos sociales al consumo son elevados, al menos en nuestro entorno más inmediato como país, y no se toma seriamente en consideración lo descrito anteriormente, en concreto por las autoridades político-sanitarias a quienes corresponde impulsar políticas de reducción o contención del consumo. Se observa una gran influencia de lo podríamos denominar, parafraseando un antiguo concepto estadounidense, el “complejo productivo-comercializador” (Menéndez, 1991:29) de la industria, incluyendo los circuitos logístico-distributivos de bebidas alcohólicas, el cual presiona, a través de los lobbies sectoriales, para que ciertos aspectos fiscales, publicitarios e institucionales, que podrían actuar como elementos para “no alentar el consumo”, no afecten realmente al consumo de bebidas alcohólicas (ver nota en p. 26 sobre la evolución de la fiscalidad del alcohol en España durante los últimos años).

Esta Tesis no pretende ninguna cruzada moralizadora ni higienista sobre el alcohol, pero la experiencia propia del autor y la realidad que vamos documentando, incluso la frivolidad que empaña el consumo de alcohol (Imágenes D y E), indican claramente que se deberían emprender actuaciones, como las que acabamos de citar, y que no representarían tanto prohibiciones como obstáculos para el acceso al alcohol a cualquier edad y entre las que el factor precio, que en definitiva es un componente político-fiscal, representa un factor de fuerte impacto en la reducción del consumo (Anderson, 2012:2-3; Secades, 2003:23 y 42). La mayor parte

de medidas actualmente implantadas en nuestro país representan un intento de limitar el consumo y venta de alcohol para las personas menores de 18 años, pero el resto de actuaciones de alcance en cuanto a publicidad, notoriedad y licencias de los puntos de venta, la evidencia de un etiquetado “inocente”, junto con un precio muy asequible en toda la cadena de comercialización y consumo, no han contribuido en absoluto a reducirlo ni a concienciar claramente a la ciudadanía sobre los riesgos del mismo.⁴¹

La información que trasladaremos sobre el sufrimiento de las PDA, sus reacciones, su impotencia y los escasos resultados que se obtienen en la terapéutica en general, abonarán la necesidad de aportar datos empíricos, como los que se desprenden de este trabajo, tanto sobre el proceso de recuperación de la dependencia como sobre las dificultades en alcanzarla y mantenerla, en un contexto de consumo masivo y alto nivel de tolerancia social, por no decir que incluso de una cierta “imposición” social.

Aunque nuevamente citaremos a Perogrullo, dadas las dificultades y padecimientos que insinuamos, parece que lo de “más vale prevenir” sería adecuado en ésta como en las demás drogodependencias si no fuera por la ingenuidad que representa transitar por un camino donde la buena voluntad impide ver los escasos resultados prácticos que de dicha actuación se derivan.⁴² Si bien la palabra prevenir no es la más adecuada sí que tal vez lo es apelar a todas aquellas estrategias, disuasorias por un lado o de reducción de riesgos y daños por otro, que deberían ser potenciadas política y socialmente por las Administraciones Públicas y por organizaciones tipo AR, como así ocurre en otros países del llamado primer mundo, en mucha mayor medida de lo que se ha venido

⁴¹ Los datos mencionados en el cuadro de la p. 63, indican que en el periodo 1998-2008 el consumo en nuestro país se ha mantenido estable en términos de consumo *per capita*.

⁴² Aún así es de lamentar que en horas de audiencia infantil, las ruedas de prensa de los deportistas tengan a lado y lado del micrófono una botella de agua y otra de cerveza. Ello no sólo induce a considerarlas como equivalentes sino que forma parte de una publicidad subliminal y mimética.

practicando en nuestro país en los últimos 25 años. También parece cierto, no obstante, que ciertas tendencias internacionales, que se insinúan crecientes en los próximos años, presionarán en el sentido que hemos argumentado, pese a la oposición de los lobbies relacionados con los grupos de presión económicos, que sin duda actuarán como diques de contención (Anderson, 2012:3-4).

La definición de alcoholismo recogida en p. 12 y utilizada al conceptualizar la dependencia del alcohol, se iniciaba con la siguiente mención: “...*chronic disease with genetic, psychosocial, and environmental factors influencing its development...*”. Estos vectores sirven para introducir, como final casi obligado de este apartado, un tema que, no siendo el objetivo principal de esta Tesis, no debemos olvidarlo en su desarrollo inicial. Nos referimos a las causas de la dependencia del alcohol que, en parte, tendrán su influencia en el diseño de las terapias deshabitadoras. A pesar de la reiteración sobre el carácter de estudio terapéutico de esta investigación, entendemos que el apartado causal tiene la entidad suficiente como para tratarlo monográficamente, si bien con una extensión discreta, como paso previo a tratar el tema central de la terapéutica mencionada.

Los **aspectos genéticos** han sido ampliamente discutidos durante décadas como posibles determinantes de la dependencia que estamos estudiando. Los resultados no parecen ser muy concluyentes a pesar de que, en términos generales, la genética puede explicar una parte significativa de los aspectos comportamentales y patológicos en los seres humanos (Pinker, 2003:81-82 y 542-550).⁴³ En el caso del alcoholismo el tema es abordado en varios de los textos consultados y las conclusiones finales, no demostrando una relación claramente determinante, sí que van en la dirección de considerar “algún grado de heredabilidad” incluso comprobada en estudios entre gemelos monozigóticos vs. dizigóticos

⁴³ La segunda parte citada del texto de Pinker finaliza con una clara alusión al olvido habitual de los aspectos ambientales que serían complementarios con los genéticos.

(Secades, 2003:21-22). Asimismo se ha observado dicho efecto de heredabilidad también en casos de adopciones de bebés con separación muy temprana de sus progenitores. No ha faltado la crítica procedimental en la mayor parte de dichos estudios llevados a cabo en EE.UU. entre 1972 y 1997 por varios investigadores citados en la referencia que mencionamos más arriba, crítica que plantearía reservas acerca de las conclusiones de dichos estudios, constatando la mención reiterada y casi unánime del olvido de los factores contextuales en las conclusiones de dichos trabajos.

Dicho aspecto es abordado a nivel de familias con historias múltiples de dependencia del alcohol (Steinglass, 1989:280-297) donde, una vez más, queda en entredicho el determinismo genético, para dar paso a opciones personales que tienen la doble influencia personal y de factores externos a la familia para confirmar o negar la tendencia a la dependencia.

El conjunto de **factores relacionados con la personalidad** sería, junto con el genético, otro de los ejes en los que se trabaja especialmente desde la biomedicina. Cabe objetar, no obstante, que tal vez exista una excesiva presión causal sobre dicho aspecto, especialmente si el mismo se descontextualiza, como ya hemos citado reiteradamente, y se trata la causalidad considerando exclusivamente a la persona pero omitiendo la variable que representa su entorno (la circunstancia de Ortega y Gasset en *Meditaciones del Quijote*, 1914). En este ámbito, y especialmente desde la biomedicina, hay un sinfín de aportaciones en la línea de la distinción entre una supuesta y no bien demostrada personalidad proclive a la dependencia del alcohol –o a las drogodependencias en general– y aquellas personalidades que tiene una alta comorbilidad con el alcoholismo dentro de los llamados Trastornos de la Personalidad. Especialmente en DSM I y II se dio una gran importancia a dichos aspectos de personalidad, si bien a partir de la III edición se introdujo un enfoque de Salud Pública que dio paso al concepto bio-psico-social de la dependencia alcohólica. Un posible mecanismo de interacción factorial

procedería de la asociación, en determinadas personas y contextos, de vulnerabilidades individuales y circunstancias psicosociales (Romaní, 2004:59-60).

En el detalle de dichos Trastornos parece existir una asociación mayor (Cervera, 2003:218-222) entre los llamados “Trastorno límite de la personalidad” y “Trastorno antisocial de la personalidad” (ambos descritos en DSM IV) y el alcoholismo. En dichas páginas, así como en estudios llevados a cabo en la Universitat Jaume I,⁴⁴ se plantea también la temprana incidencia de dichos trastornos en el camino hacia la dependencia del alcohol. Seguimos no obstante mostrando nuestras dudas sobre los juicios que no contemplan la contextualización de la dependencia, especialmente por la elevada tendencia –recogida en el curso de nuestra investigación y que hemos constatado en buena parte del colectivo de especialistas en psicología– en considerar que detrás de una parte significativa de las dependencias, cualquiera que ellas sean, se encuentra una personalidad “proclive a entrar en situaciones adictivas”. La duda de si la personalidad nos oculta lo que en realidad estaría indicando un contexto favorable, constituye, no obstante, un obstáculo para tomar seriamente dichas informaciones como explicativas de la influencia de la personalidad en la producción de dependencias, aunque fuera parcialmente.

Abundando en los factores personales, pensamos que a menudo olvidamos aspectos simples que van más allá de cualquier consideración psicológica y que, aún reflejándolos aquí, tal vez podrían considerarse entre los micro-sociales:

⁴⁴ Es interesante la lectura de esta investigación longitudinal efectuada por el Grup de Personalitat i Psicopatologia de la UJI, dirigido por Generós Ortet, donde se demostraría, con el apoyo de resultados parejos en Escocia y Canadá, que la presencia de marcadores alcohólicos ya en la infancia puede poner de manifiesto futuras tendencias adictivas al alcohol. El propio trabajo, no obstante, concluye afirmando que dichos marcadores se activarían en presencia de condicionantes sociales y grupales (Anexo VII).

- **Aspectos personales de índole emocional, personal, familiar o relacional:** Euforizantes o depresores.⁴⁵
- **Aspectos personales de índole económica:** Pobreza severa, pobreza relativa entre la abundancia y cualquier condicionante de injusticia percibida y que se viva con fatalismo o falta real de horizontes de superación.
- **Aspectos relacionados con la salud personal:** Personas que padecen dolencias crónicas o con pronóstico fatal, a veces simplemente por la pertenencia a colectivos de edad avanzada, con las secuelas personales que ello supone, tanto emocionales como en el ámbito de la salud).

Profundizando en los aspecto familiares, Steinglass (1989:*ibid.*) se decanta a considerar que los caminos de transmisión familiar intergeneracional podría tener su escenario en lo que dicho autor denomina “rituales familiares”, es decir, aquellos eventos periódicos en los que se reúne la familia para determinadas celebraciones y en los que la presencia masiva del alcohol iría asociando, con un mecanismo que alimenta la futura “memoria adictiva” y que sería parecido al del reflejo condicionado (Pavlov, 1927): alcohol con calidez familiar. En esta interpretación determinados miembros de una unidad familiar verían inevitable la presencia del alcohol en eventos familiares relacionados con aniversarios, tradiciones anuales u otras celebraciones domésticas, constituyendo uno de los componentes “obligados” de las mismas, sin el cual dichos eventos pierden uno de los elementos “invisibles” que generan un ambiente de euforia familiar, en este caso inducido colateralmente por la presencia de dicha sustancia.

⁴⁵ Una ilustración posible del ideario colectivo acerca de este tema puede encontrarse en los textos o títulos de las diversas obras musicales que se incluyen en el apartado Música de Bibliografía y Documentación - Otras Fuentes Documentales.

La visión que se ofrece desde las instituciones “terapéuticas” espiritualistas introduce un énfasis muy claro sobre el individuo, como responsable de su dependencia, dejando en un plano secundaria tanto la sustancia como el contexto. En estos modelos, en definitiva, la dependencia del alcohol concierne exclusivamente a las PDA, primariamente en sus aspectos causales.

“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.....”

***Este es el cómo y el porqué de ello.** Ante todo tuvimos que dejar de “jugar a ser Dios”.⁴⁶ No resultaba....” (AAWS, 2008a:58)*

Esta cita textual de la obra de cabecera “Alcohólicos Anónimos” – conocido en dicha organización como *Blue Book*, debido al invariable color azul de su portada–, ilustra lo mencionado anteriormente. Según AA fue la persona, exclusivamente, quien optó por la bebida. Sobre los aspectos terapéuticos que plantea este sencillo paradigma nos extenderemos en 3.1, apartado dedicado al trabajo etnográfico en dicha Institución y a las características de su metodología terapéutica.

Queda un tercer vértice, el relativo al **entorno o contexto**, para completar el triángulo de Zinberg. Sobre dicho vértice quisiéramos poner el énfasis en un aspecto que suele olvidarse cuando se habla especialmente del contexto o entorno social; nos referimos a la acotación del mismo. Suele entenderse por social exclusivamente la parte “macro” y quisiéramos resaltar también la presencia simultánea de una parte “micro” en los aspectos socio-contextuales que, sin pretender olvidar los de ámbito

⁴⁶ Frase que da título a la obra “Not-God” (Kurtz, 1991), ilustrando lo que sería el resultado del talante egoísta que se le supone en AA a todo bebedor.

supraestructural, deben ser contextualizados, a su vez, en los entornos reales donde se desarrolla la experiencia vital de las personas.

Para introducir la parte “macro” nos apoyaremos en los datos de los Anexos V y VI donde podemos nuevamente observar la distribución por países, según la OMS, de la mortalidad por cirrosis hepática⁴⁷ y del consumo de alcohol *per capita*, respectivamente. En ambos casos se observa una predominancia de países con variables económicas modestas. Las cifras más altas (>13 litros/año de alcohol puro en mayores de 15 años), en la actualidad, corresponden a los países del Este de Europa. Ello puede obedecer a una realidad cultural antigua, pero en la progresión de datos que ofrece la OMS para un grupo escogido de países (p. 63) hay algunos casos en los que parece que no se hubiera explicitado oficialmente el consumo real hasta la desaparición de la antigua Unión Soviética y podría sospecharse que ello era debido a razones simplemente socio-políticas. Dentro de las hipótesis sobre dicho alto consumo, entraría la consideración de hábitos culturales ancestrales y, más recientemente, la falta de objetivos socio-personales junto con la pérdida de antiguos referentes a través del cambio acelerado y caótico, en ocasiones, al producirse en dichos países un brusco giro en sus economías y políticas a partir del evento histórico que hemos mencionado.

Un segundo grupo de países, que consideraríamos dentro de un consumo medio, se encuentran principalmente en Europa Occidental y América del Norte (<13 litros/año de alcohol puro, en mayores de 15 años) con alguna excepción como es el caso de Irlanda, mientras que en los países señalados como de mayor consumo los valores *per capita* superan claramente el valor mencionado anteriormente llegando, en algunos casos, a doblarlo como es el caso de Moldavia. África, en general, se mantiene en valores moderados o bajos, así como Asia y Oceanía, si

⁴⁷ Como ya se ha mencionado anteriormente se utiliza esta enfermedad como uno de los marcadores más fiables que se asocian a la dependencia del alcohol durante periodos prolongados.

hacemos excepción de la parte asiática de la Federación Rusa cuyos datos desconocemos al no disponer de ellos en forma desagregada.

Las razones de dicha distribución habría que buscarla en condicionantes sociales (no suelen ser los países más pobres los que mayor consumo generan en una cuantificación global) y especialmente por razones directa o sutilmente culturales (Menéndez, 1996:62) y religiosas. El factor precio jugaría claramente en el apartado económico, en un sentido disuasorio cuando se aplican políticas fiscales que sitúan el coste de compra de las bebidas alcohólicas en niveles que llegan a limitar el consumo. En términos económicos diríamos que el precio de las bebidas alcohólicas manifiesta una elevada elasticidad en su demanda (Secades, 2003:42).

Las bolsas de población con dependencia del alcohol, allí donde existen, no tendrían tanto que ver con el país de referencia sino como ciertos estratos socio-culturales, que es tanto como decir económico-culturales. Las tendencias nacionales no indican nada más que la posible prevalencia del alcoholismo en términos globales, sin entrar en su distribución por grupos sociales. Nuestro trabajo de campo indica que la incidencia de dicha dependencia es transversal en la sociedad, si bien en los grupos estudiados, especialmente en AA, se observa una mayor incidencia, al menos en número de personas que acuden a terapias de tipo público o semipúblico,⁴⁸ entre las capas medias y bajas del espectro socio-económico. Un breve cuadro que incluimos a continuación tal vez ayudará a entender ciertas afirmaciones contenidas en los párrafos anteriores (las cifras se refieren a litros de alcohol puro por año en mayores de 15 años). Hemos confrontado dos grupos de países (este de Europa vs. países desarrollados). Se observa un fuerte crecimiento, durante el periodo 1998-2008, en ciertos países del Este de Europa, mientras que otros, caso de Moldavia, históricamente ya llevan

⁴⁸ Nos referimos a los GT, entendiéndolo por ello cualquier colectivo que se reúne habitualmente para ayudarse mutuamente en la deshabituación de la dependencia del alcohol. Ello incluiría tanto los grupos en los CAS como las conocidas sesiones de AA.

aparejadas elevadas cifras de consumo. En los países de Europa Occidental que mostramos, no se observa dicho fenómeno y en Australia el crecimiento sería mucho menos intenso, aunque no despreciable:

<u>País</u>	<u>1998</u>	<u>2008</u>	<u>Δ %</u>
Bulgaria	8,14	10,47	+ 28,6
Estonia	8,01	14,32	+ 78,8
Moldavia	20,09	20,64	+ 2,7
Rumanía	10,01	13,85	+ 38,4
Australia	9,79	10,56	+ 7,9
Francia	13,33	12,30	- 7,7
España	11,91	11,98	+ 0,6

Fuente: OMS-GISAH, 2011.

Los condicionantes “micro” ocupan un amplio catálogo de referentes que pueden estar en el origen de la dependencia o bien coadyuvan a la formación de una PDA. Si bien podrían considerarse dentro del apartado social, citamos aquí los elementos diferenciales más relevantes que, a nuestro criterio, podrían conformar dichos condicionantes:

- **Profesión:** A título de ejemplo y constituyendo un claro grupo de riesgo, nos referiremos a las personas que tienen fácil acceso a bebidas alcohólicas por razones profesionales, de quienes incluso puede esperarse una cierta “obligación profesional” en mostrar un consumo público (Nörstrom, 2012:591-595).
- **Dinámica familiar:** Consumo familiar habitual, no necesariamente de riesgo, pero que introduce serios matices en cualquier campaña de sensibilización hacia los riesgos inherentes al consumo excesivo de bebidas alcohólicas (Steinglass, *ibid.*).

- **Dinámicas grupales:** Mismo comentario anterior referido a los grupos en los que una persona tiene su referente social.⁴⁹
- **Microculturas locales:** Nos referimos a condicionantes parecidos al del punto anterior, pero considerando un contexto social más amplio (p.e.: el hecho de vivir en pequeñas localidades donde la ingesta alcohólica elevada es un rito de pertenencia e integración social, como en el caso del grupo.)⁵⁰

Hasta aquí, y de forma deliberada, no hemos introducido la variante de género en la causalidad e impacto social y personal de la dependencia del alcohol en las PDA del género femenino. Si bien ello se tratará en el Capítulo 3, dentro de las etnografías que allí se presentarán y especialmente en las narrativas que se desarrollan en los GT, pensamos que vale la pena, como avance de ello, proponer la consulta del estudio que INPROSS emprendió en el CAS Horta-Guinardó de Barcelona (Serrano, 2009:7) y en el que se mencionan diferencias relevantes entre géneros en relación a las formas de abordar el proceso terapéutico o de deshabitación, diferencias que caben dentro de lo expuesto anteriormente. Los condicionantes sociales y el paulatino reconocimiento de problemas derivados del consumo excesivo de alcohol dentro del género femenino van acompañados, en el estudio que documentamos, de un aparente aumento de la prevalencia de dicha dependencia dentro de dicho colectivo (Ferré, 1993:99-105). Entendemos que ello es debido al afloramiento de los casos, antes no explicitados, de dependencia del alcohol en la medida en que dicha dolencia va siendo asumida con un grado de estigma menos dramático que en el pasado.

Es un hecho empírico la constatación de que confluyen varias circunstancias, micro y macro, como posibles elementos etiológicos de una dependencia del alcohol, elementos que condicionarán el eventual

⁴⁹ Esta categoría y la siguiente entrarían dentro del concepto GAC que hemos propuesto en la p. 35.

⁵⁰ Reiteramos la cita del artículo de Bouard (1993) en JANO, Vol. XLIV, núm. 1034:41-43.

proceso personal de deshabituación. Con ello pretendemos poner en evidencia que nunca será simple la forma de abordar a un enfermo alcohólico, tanto en situación terapéutica como en el contexto de una relación interpersonal. Detrás de dicha enfermedad, de dicho síntoma en palabras de Romaní (2011:*op. cit.*), hallaremos una etiología poliédrica y, en muchos casos, aflorarán personalidades e historias complejas de vida.

2.1.3 - Modelos terapéuticos tratados.

En el proceso de elaboración de la Tesis, y durante el trabajo de campo, hemos considerado dos modelos terapéuticos que, si bien no agotan el universo disponible de los mismos, constituyen los dos ejes principales sobre los que actualmente pivota la terapia antialcohólica, no considerando las eventuales prácticas de las medicinas tradicionales de ciertos países con larga tradición en sus propios métodos de atención y prevención de enfermedades. Nos referimos, obviamente, a China e India.

Dichos modelos, tal como se ha ido anticipando a efectos de una elemental categorización, los consideraremos bajo las expresiones:

- MODELO “ESPIRITUALISTA”.
- MODELO BIOMÉDICO.

No siendo excluyentes entre sí, y confluyendo formalmente en la parte que es central en el segundo modelo –nos referimos a las sesiones grupales que ambos modelos comparten–, inicialmente ya existe un primer elemento diferenciador, aparentemente semántico, cual sería el hecho de que los modelos espiritualistas no consideran que estén desarrollando sesiones terapéuticas en el sentido médico del término.

Tres grupos de AA⁵¹ y dos CAS –el segundo de ellos sólo en consulta para temas comparativos- han sido los espacios donde se ha trabajado con dichos modelos en una labor de campo prolongada y profunda como se definirá en 2.4. Todos estos ámbitos están ubicados en la ciudad de Barcelona, a excepción del segundo CAS, ya mencionado anteriormente, y que está situado en Reus (Tarragona).⁵²

Ambas instituciones, si bien en la segunda sólo constituye una de las distintas facetas del tratamiento, practican estrategias de atención al drogodependiente basadas en GT, como se acaba de mencionar, aunque en AA las citadas nomenclaturas (drogodependientes y GT) están formalmente excluidas de sus textos y de su lenguaje interno.

La forma más utilizada para acudir a AA, es a través de una llamada telefónica a la oficina local de dicha institución. Suele ser fácil este contacto, ya que en los medios de comunicación, comercios, farmacias, centros de culto religioso, etc., suelen encontrarse folletos o informaciones que anuncian la forma de ponerse en contacto con la organización. En algunos centros se realizan sesiones informativas periódicas que tienen carácter público. De ellas tenemos constancia etnográfica y forman parte de las vías que tiene AA para dar a conocer sus actividades y su forma de actuar. El protocolo de entrada, cuando se acude a una primera **sesión** (así suelen denominarse las reuniones de AA en la zona donde hemos desarrollado el trabajo de campo), suele tener la siguiente estructura, si bien con variaciones según las personas que coordinan o conducen los grupos:⁵³

⁵¹ Si bien no es la única institución “espiritualista”, en el tratamiento de las drogodependencias, sí que representa la de mayor presencia nacional e internacional y es la pionera en este tipo de “terapia”.

⁵² Datos de detalle sobre cada uno de estos ámbitos se plantearán en el Capítulo 3, al comienzo de cada uno de los apartados 1.1 y 1.2, dedicados a las etnografías respectivas de ambas instituciones.

⁵³ Esta figura que tiene un peso específico grupal distinto según grupos, irá tomando el nombre de facilitador, coordinador, conductor, etc. AA no desea que la persona en esa función sea visto como una autoridad al frente del grupo. En el Capítulo 3 retomaremos ampliamente este aspecto.

- Entrevista en privado con la persona coordinadora del grupo o quien la sustituya. En esta entrevista se explica brevemente la historia de AA y la forma de abordar el deseo de dejar de beber. La PDA suele contar su experiencia personal, pero no es forzada especialmente a ello. A pesar de esta información inicial, y podemos afirmar lo mismo en el caso de las sesiones informativas, no suele ser fácil obtener una idea clara de la compleja realidad de la organización y de su forma de actuar que, en cualquier caso, irá aflorando en las sucesivas sesiones de AA.
- Entrada en la sesión grupal, con una breve presentación al grupo por parte de la persona que ha realizado la acogida. El grupo, su coordinador y AA sólo conocerán el nombre de la PDA y, si así se establece por voluntad del usuario, su número de teléfono. Los detalles sobre el caso particular será el usuario quien decidirá cuándo y hasta dónde quiere llegar con sus explicaciones personales.
- Participación en la reunión para lo cual, igual que se irá viendo en las siguientes sesiones, se pide turno de palabra que será respetado estrictamente. Durante la intervención de cada asistente a la sesión, el resto del grupo guarda un silencio estricto. De haber comentarios sobre una intervención se realizarán cuando corresponda el turno a las personas que deseen hacer dichos comentarios.
- Sin que sea generalizado en todos los grupos, el coordinador o facilitador del mismo puede hacer una síntesis final de la sesión, abordando algún aspecto que quiera destacar encaminada sobre todo a reforzar ciertas prácticas para acceder y mantener la sobriedad.
- Las sesiones son las actividades centrales y, para la mayor parte de usuarios de las mismas, la única práctica a través de la que

tendrán contacto con la institución. Según cada grupo específico las sesiones suelen durar entre 1½ y 2 horas, con una pausa intermedia. El número de personas por grupo es muy variable en razón de la particular dinámica y ubicación del mismo, y dependiendo también del horario y día de la semana. Etnográficamente hemos registrado desde 8 hasta 35 personas por sesión, según el grupo considerado. La periodicidad de las reuniones va desde una reunión semanal hasta sesiones con carácter diario. Periódicamente suelen celebrarse sesiones intensivas durante algún fin de semana, en régimen residencial, a las que suelen acudir, simultáneamente, personas de diversos grupos. La conclusión etnográfica es que suelen ser actividades minoritarias. Sólo en uno de los tres grupos de AA en los que hemos estado se hacía algún comentario de asistencia a dichas reuniones.

- La labor “terapéutica” de AA, se circunscribe a las sesiones de grupo –cuyo desarrollo se comentará ampliamente en 3.1.1–, en las cuales se suelen silenciar la mención a fármacos u otras vías de tratamiento del alcoholismo. No obstante, y ello también es una evidencia etnográfica, dicha forma de actuar varía según grupo y, especialmente según zona dentro del mismo entorno geográfico, siendo prueba de ello la evidencia periodística de que, en otros puntos de la geografía de nuestro país, AA participa en reuniones conjuntas con responsables civiles y médicos de atención a drogodependencias, no ocurriendo lo mismo, sin embargo, en la zona de Barcelona y en Catalunya en general.
- Las personas asistentes a las sesiones son PDA en cualquiera de sus fases (puede acudir siendo un bebedor activo), pero no hemos observado ni se ha invitado a los participantes a que acudan acompañados de algún amigo o miembro de su familia que no tengan un problema con el alcohol.

La institución que confrontaremos con AA, el modelo CAS en definitiva, aborda el tratamiento de la Dependencia del Alcohol, a través de una estrategia biomédica multidisciplinar que a continuación resumiremos. Al igual que con AA trasladaremos a 3.1.2 una visión pormenorizada de sus prácticas internas y de su impacto en las PDA.

Los CAS son consecuencia de la adaptación de las políticas activas de abordaje del alcoholismo llevadas a cabo por la OMS, como ya hemos ido citando en páginas anteriores, junto con políticas sanitarias locales, nacionales y supranacionales. En el ámbito Comunitario, la Carta Europea para el Alcohol, que fue adoptada en 1995 por los estados miembros de la OMS en el ámbito europeo, significó la puesta en práctica de políticas sanitarias paralelas que contemplan las sinergias de las experiencias locales y regionales. A nivel español la preocupación pública por ofrecer una estructura terapéutica a las PDA, parte de las primeras iniciativas locales sobre drogodependencias en general y para el alcohol en particular, impulsadas a través de Ayuntamientos y Diputaciones en el periodo 1975-1985, hasta la coordinación de las actuaciones sanitarias en Comunidades Autónomas y, finalmente, la coordinación nacional a través de los Planes Nacionales sobre Drogas (Pascual, 2003:599-608).

La forma de acceder a un CAS se realiza a través de dos vías principales, que pueden ser complementarias:

- Derivación, a partir de cualquier médico del ICS o privado, que prescriba tratamiento en dicho Centro para un usuario determinado.

- Directamente por las PDA, como consecuencia de una iniciativa de las mismas, de su entorno, o a través del consejo de Asociaciones de AR.⁵⁴

Ante cualquier nuevo paciente, el CAS sigue un protocolo estructurado (hablamos de actuaciones no necesariamente secuenciales –como aquí se plantean–, siempre con cita previa, salvo casos de suma urgencia):

- ❖ Entrevista con personal de enfermería, para establecer un historial, que incluirá datos personales del usuario y documentación aportada a través de la institución que lo deriva, si esa es la vía de acceso. De no aportarse, se procedería a realizar las pruebas necesarias (análisis de sangre, orina, protocolo VIH, etc.). La mayoría de dichas pruebas suelen realizarse en el propio CAS.⁵⁵ Esta actuación de “documentación” previa, en enfermería, es la única que se realiza protocolariamente en primer lugar y es requisito previo para seguir con el resto de visitas profesionales. En su momento se realizará una entrevista con un Trabajador Social, quien verificará eventuales implicaciones sociales y gestionará ciertas posibles ayudas asistenciales atendiendo a situaciones personales y familiares concretas.
- ❖ Primera visita, ya con la documentación citada en el apartado anterior, con un médico especializado. Éste determinará si es suficiente la atención ambulatoria, con o sin tratamiento farmacológico, o si procede realizar un tratamiento previo de desintoxicación, mediante el ingreso en una institución especializada, cuya gestión y coste corresponderá también a la Sanidad Pública.

⁵⁴ Algunas de ellas tienen su propia sede en las instalaciones de los CAS (p.e. TERAL dentro del CAS Horta-Guinardó).

⁵⁵ Este equipo auxiliar se ocupa también de aplicar los tratamientos farmacológicos diarios, para los casos que requieran este tipo de actuaciones, y que generalmente suelen administrarse a primera hora de la mañana en las propias dependencias de enfermería del CAS. Este aspecto será tratado en 3.1.2.

- ❖ Primera visita con un psicólogo, psiquiatra o ambos. Estos profesionales propondrán al usuario, al cabo de un cierto tiempo y según su evolución, si desea sumarse a un GT, conducido también por un psicólogo. Dicho terapeuta-conductor del grupo, salvo baja en el Centro o ausencia prolongada, es siempre la misma persona, y también lo son, a reserva de lo mencionado, todos los profesionales reseñados, los cuales van tratado a un determinado paciente desde la primera visita. Los GT están formados por PDA en fase de deshabituación exclusivamente de una misma sustancia, salvo una excepción grupal que trata a personas que tienen la doble condición de dependencia de la cocaína y del alcohol. El GT en el que hemos trabajado está sólo dedicado a la deshabituación del alcohol. La duración de cada **reunión de grupo**, denominación utilizada en el CAS para dichas sesiones, es de una hora y está pautada la realización de una por semana.
- ❖ En la primera sesión, una PDA será presentada por la terapeuta del GT sólo por su nombre de pila. Las informaciones que considere el usuario que quiera trasladar al grupo, a semejanza de los usuarios de AA, las irá facilitando según su criterio y deseos.
- ❖ A dichas reuniones, y a diferencia de AA, se anima a que las personas participantes acudan ocasionalmente acompañadas de familiares o personas allegadas, sin que ello represente que dichos acompañantes tengan también algún tipo de dependencia alcohólica. La invitación llama a la complicidad con el proceso terapéutico de la PDA por parte de aquellas personas que le son próximas.

La asistencia a los GT, formando parte de la terapia, no es obligatoria. El profesional de psicología, como ya se ha señalado, determinará el momento en el que planteará a un usuario su eventual participación, pero la decisión la tomará dicho usuario voluntariamente y sin que dicha

decisión represente una circunstancia limitante del proceso de deshabituación. Conviene tal vez una mención escueta sobre las “normas de pertenencia al GT”:

a) Encontrar en estado de sobriedad⁵⁶ como patrón habitual de vida.

b) Asiduidad en la asistencia.

c) Respeto hacia las opiniones del resto de integrantes del GT.

La dinámica del tratamiento consistirá en una terapia múltiple y personalizada, que terminará –suponiendo la continuidad del usuario en la misma– cuando los profesionales mencionados la consideren finalizada en sus ámbitos respectivos. Al terminar el resto de tratamientos, se produce un “alta general”, acordada entre el moderador del GT que ha seguido a la PDA y el resto de terapeutas, aunque dicha alta estará condicionada, casi siempre, a un seguimiento durante un lapso de tiempo variable, según historial. En casos de mantenimiento de la sobriedad durante el tratamiento o con alguna recaída ocasional, dicha “alta general” suele tener lugar a partir de los dos años del inicio de dicho tratamiento. En términos generales, la iniciativa de la misma procede del ámbito psicológico.

Todos los profesionales del CAS tienen acceso a la información del expediente médico y a los comentarios y conclusiones de las visitas periódicas, es decir “on line” y “on time”, así como a las actitudes personales que el coordinador del GT considere necesario reportar.

Es un hecho, aunque no muy frecuente, que ciertos participantes realicen un doble tratamiento, en grupos de AA y en un ámbito CAS. Durante nuestro trabajo de campo hemos encontrado tres ejemplos de ello.

⁵⁶ Esta condición se ha contrastado con otros CAS y, especialmente, con aquellos volcados prioritariamente hacia la reducción de riesgos y daños. En éstos últimos también se aplica dicha condición (CAS Reus, concretamente).

2.2 - OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

En Ciencias Sociales y en la Antropología Médica en particular, suele ser difícil el deslinde entre Objetivos e Hipótesis. De la lectura de ciertas obras especializadas en Etnografía (Hammersley y Atkinson, 1994:45-50), se desprende que los objetivos serían previos a las hipótesis y consistirían, a través del conocimiento del objeto de la investigación, en la adquisición de un conocimiento detallado del mismo que permitirían suscitar aquellas preguntas que, a su vez, darían pie a las hipótesis, como bien citan dichos autores en la p. 47 del texto citado más arriba:

“Periódicamente, los metodologistas redescubren la verdad del viejo adagio que dice que encontrar la pregunta es más difícil que responderla (Merton, 1959)”.

En la práctica real de la presente investigación, el autor comparte una visión **emic**, que viene determinada por su presencia en el campo como sujeto de terapia, junto con otra **etic** cuya naturaleza académica transforma lo observable en objeto etnográfico de conocimiento, considerando las dos vías estudiadas para abordar la deshabitación de la dependencia del alcohol. En esta dinámica el objetivo académico vendría determinado por el afán de conocer en profundidad dichas vías y poder formular, si cabe, ciertos interrogantes que serán suscitados por el contenido y análisis comparativo del material etnográfico. Estos interrogantes pueden concebirse como Objetivos finales o como Hipótesis de la investigación. Por coherencia con lo planteado en el Proyecto de Tesis Doctoral y en el que omitimos la mención “Hipótesis”, que se subsumió en la más pragmática de “Objetivo”, consideraremos esta categoría en los interrogantes a los que la Tesis deberá dar respuesta en sus conclusiones.

El **Objetivo principal** que planteamos, fruto del conocimiento y de la discusión comparativa entre los modelos terapéuticos mencionados, consiste en dar respuesta al siguiente enunciado:

■ **¿ES LA TERAPIA GRUPAL EL FACTOR DECISIVO EN LA SOBRIEDAD PERMANENTE, INDEPENDIENTEMENTE DEL MODELO U ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA?**⁵⁷

Apoyándonos en dicho Objetivo, pensamos que sería interesante, en el contexto de la investigación, poder extraer conclusiones sobre los **dos Objetivos secundarios** que exponemos a continuación:

- **¿Existe una tendencia generalizada, por parte de las PDA, a la transferencia de responsabilidad de la dependencia hacia terceras personas o hacia contextos concretos, mediante la construcción de una autodisculpa?**

- **¿Es el concepto de “*memoria adictiva*” un factor detectado y que puede resultar en un riesgo para el retorno al consumo, siendo un factor poco tratado en la investigación terapéutica?**

En relación al objetivo principal somos de la opinión, apelando aquí a la doble visión emic-etic, que deberemos profundizar en el proceso que se desencadena en los GT, con resonancias cercanas a ciertas técnicas psicoanalíticas. En su dinámica cabría hablar de la utilidad terapéutica que puede representar una catarsis pública –con todas las ventajas e inconvenientes que se presentan en experiencias personales asociadas a dicho fenómeno– y que hemos observado, con diferencias comportamentales no menores según individuos y circunstancias personales, en ambos modelos terapéuticos. Dichas observaciones, junto con las entrevistas que forman parte de la metodología utilizada y que se

⁵⁷ Por orientación nos referimos a los modelos basados sea en visiones espiritualistas o en las prácticas biomédicas.

detallará en el siguiente apartado, nos deberían permitir dar también respuesta a dichos objetivos secundarios.

2.3 - METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

Las problemáticas y circunstancias presentes en la dependencia del alcohol, tal como hemos venido señalando en la primera parte de este Proyecto, no sólo incluyen factores personales. Las influencias culturales, el contexto en definitiva en el que se desarrolla una dependencia, que contiene aspectos habitualmente relacionados con la vertiente socio-económica y cultural, hace insuficiente una visión puramente cuantitativa (Cea 2001:159-161 y 308-309) para el estudio que proponemos. En este sentido, y con el fin de poder comprender e interpretar, en un amplio sentido holístico, aquellos condicionantes socio-culturales que generan dependencia de sustancias en ciertas personas o colectivos –en este caso particularmente del alcohol–, durante el proceso de investigación utilizaremos básicamente métodos cualitativos, que permitirán una profundización en los aspectos que puedan estar en la base de dicha adicción. Entre dichos métodos la técnica de **descripción densa** (Geertz, 1995:19-41) nos deberá permitir la formulación y comprensión de las claves internas y simbólicas que puedan estar presentes dentro de las experiencias adictivas, así como interpretar las historias de terapias o abandonos del proceso de deshabituación, con retorno al consumo en determinados PDA, cuyas posibles razones también trataremos.

Dentro de la literatura de investigación en Ciencias Sociales pensamos que los textos especializados como “*Etnografía. Métodos de Investigación*” (Hammersley y Atkinson, 1984) y otras obras de especialización o reflexión etnográfica (Geertz, 1989; Velasco, 1997; Allué, 1996), ésta última especialmente en el caso de una autoetnografía médica, nos han proporcionado herramientas generales para abordar la investigación dentro de un modelo etnográfico que, en definitiva, ha dado

carácter singular a la mayor parte de la misma, como suele derivarse de dicho carácter autógrafa.

Como en toda etnografía, hemos utilizado básicamente la observación participante, la cual, dado el carácter ya señalado de experiencia personal, se ha venido produciendo de forma “natural”. Nos hemos apoyado también en otras técnicas que han puesto un énfasis importante en determinados elementos cualitativos, en especial las entrevistas en base a los testimonios y narrativas tanto a PDA como a profesionales relacionados con las personas con dependencia de sustancias. La narrativa de la experiencia personal del autor se explicitará en el texto cuando ello pueda ser útil en el contexto de la investigación. Como se anticipó en el Capítulo 1, en dicho caso se utilizará la narración en primera persona del singular.

No se han producido interferencias en la dinámica de los “actores”, punto que suele ser un comentario clásico ante la presencia explícita del investigador sobre “el campo”:

“ ... la participación no excluye radicalmente la posibilidad de que el etnógrafo contribuya significativamente a la transformación del contexto que investiga.” (Velasco, 1997:103).

La dualidad emic-etic que ha tensionado, para el autor especialmente, la dinámica de la investigación ha propiciado que las narrativas e informaciones fluyeran sin reticencias; de colega a colega, como se podría afirmar coloquialmente.

En definitiva y tratando de asociar una estructura a dicho proceso metodológico, el mismo se ha ido desarrollando según las siguientes etapas:

- ✓ 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.
- ✓ Establecimiento de un análisis inicialmente separado –con los comentarios pertinentes fruto en parte de la experiencia propia en la dependencia al alcohol– en relación al trabajo de campo **vívido** especialmente en AA y en CAS, junto con el material etnográfico general que incluye los testimonios obtenidos a través de las entrevistas mencionadas.
- ✓ Identificación de puntos de convergencia y divergencia con motivo de una **discusión final sobre qué elementos “terapéuticos” comunes pueden estar en el origen de aquellos casos donde el propósito de alcanzar sobriedades duraderas han dado mejor resultado hasta el momento final de la investigación.**
- ✓ Análisis de la realidad observada, en contraste con otras experiencias terapéuticas donde la sobriedad no se ha alcanzado, bien sea considerando si se han producido reducciones significativas de la ingesta alcohólica o bien cuando, partiendo de una suspensión o deseo de suspensión del consumo, éste se ha reanudado en forma de ingesta de riesgo, interrumpiéndose con ello el tratamiento iniciado. En este punto, y como ya hemos señalado anteriormente, se abordan las posibles razones de dichas realidades que, en definitiva, suelen ser mayoritarias en el proceso de deshabitación del alcohol.

Finalmente y para la realización de las entrevistas que complementan el trabajo de campo observacional hemos tomado referencias, adicionalmente a las obras mencionadas sobre Etnografía, y también en Cea (2001:244-246) dentro del apartado de Entrevista personal o “cara a cara” de dicha obra.

2.4 – PROTOCOLO DE REDACCIÓN.

En este último apartado, que pretendemos breve, plantearemos la forma en que estará redactada la autoetnografía y las razones que nos han aconsejado proceder de la forma que a continuación expondremos.

El hecho de que la asistencia a ambas instituciones se produjera de forma prácticamente simultánea, y dicho solapamiento lo fue durante un lapso prolongado de varios meses, motivó que nos planteáramos cómo abordar la crónica del trabajo de campo bajo esas condiciones, con el fin de no inducir al lector a situaciones de confusión o desubicación en relación al campo concreto desde el que se está trasladando una crónica concreta en un momento dado.

Finalmente hemos optado por redactar las dos experiencias institucionales⁵⁸ de forma separada, aunque con indicaciones, en ciertos momentos, de cuál era la situación personal en la otra institución. Ello redundará en una línea narrativa más clara y un encaje de las situaciones personales, especialmente en los GT, que no deje lugar a dudas sobre dónde se está produciendo la situación que se describe.

Habitualmente incluiremos indicaciones cronológicas sobre las reuniones para que se puedan interpretar, en un sentido temporal, las intervenciones de ciertos participantes. Por el método de trabajo seguido existirán solapamientos entre algunos grupos de AA entre sí y de estos con la terapéutica del CAS ya que ésta fue la realidad del Trabajo de Campo. De preferencia incluiremos detalles de aquellas reuniones en las que pensamos que la información recogida puede ser relevante para el conocimiento de la problemática de las PDA y para la mejor comprensión de dinámicas o formas de actuación institucional.

⁵⁸ Nos referimos, obviamente, a AA y CAS.

Con el fin de distorsionar lo menos posible las sesiones, nunca se tomó nota “in situ” de las narrativas escuchadas. Incluso la propia actividad de tomar notas detalladas, hubiera planteado ciertas dificultades para poder seguir la dinámica narrativa en los grupos, que suele ser densa y continuada. No suele haber “tiempos muertos”. La crónica de lo tratado en las mismas y las narrativas escuchadas, eran vertidas en el Cuaderno o Diario de Campo, al llegar al domicilio del autor después de la reunión-sesión (siempre utilizaremos este último término en AA reservando el primero para el CAS). De la misma forma se procedía, al margen de dicho diario, con determinadas narrativas que considerábamos de interés en el contexto de la investigación o, simplemente, en el desarrollo de la sesión de aquel día (Prat, 1997:103). Entendemos que esta técnica ha sido suficiente para recoger la realidad de las situaciones, de las intervenciones y de su densidad explicativa. Las entrevistas, en cualquier caso, sí que reflejarán las palabras concretas, registradas en grabaciones, tal como fueron expresadas por las personas entrevistadas con su consentimiento, pero siempre de forma fragmentaria, escogiendo aquellas partes más relevantes, y cuidando que no se desvirtúe el mensaje personal del entrevistado.

Los comentarios del autor sobre las opiniones que se suscitan en torno a ciertas situaciones, o al describir determinadas actitudes durante los encuentros grupales, se irán detallando en el curso de la etnografía, si bien reservaremos para el ejercicio comparativo final nuestra visión global de la experiencia y de cada una de las organizaciones en particular.

En relación a las entrevistas, y dada su duración que nunca fue inferior a una hora y media, detallaremos, al igual que con las crónicas grupales, aquellas momentos relevantes, contextualizando el momento, características de la persona y actitudes percibidas.⁵⁹ Todas ellas fueron

⁵⁹ En este aspecto hemos procedido de manera parecida a la forma de incluir las entrevistas o intervenciones de los informantes en Brandes, S. (2002), como puede observarse a lo largo de la obra citada.

solicitadas con amplia antelación y las personas entrevistadas recibieron, unos días antes, un “guión” alrededor del cual podían situarse en la entrevista (Anexo VIII). A pesar de dicho guión, que entrecomillamos para evitar que pueda parecer contradictorio con ciertos consejos en la literatura especializada:

“Los etnógrafos no suelen decidir de antemano las preguntas exactas que quieren realizar; ... adoptan una aproximación más reflexiva, permitiendo que la charla fluya de un modo que parezca natural.” (Hammersley y Atkinson, 1984:169)

Las mencionadas entrevistas siempre se plantearon, como puede observarse en el anexo citado, con una primera parte abierta –la de mayor duración– y durante la que la persona entrevistada explicaba aquellos rasgos de su vida y de su personalidad que consideraba que estaban relacionados con sus vivencias con el alcohol, para continuar con una exposición de su camino vital, condicionado más o menos severamente por la dependencia. Los puntos que se señalan en la segunda parte del guión mencionado son las informaciones que se deseaban obtener, como mínimo, siempre que la persona entrevistada no mostrara reservas en relación a algún punto. Nunca se produjo ninguna negativa. Para asegurar que estos puntos eran respondidos, al final de la entrevista se recordaban aquellos que hubieran quedado por responder en la fase abierta de la narrativa personal. En la mayoría de las ocasiones más bien se obtuvieron verdaderas Historias de Vida. Para el manejo de las técnicas utilizadas hemos tomado referencia de los clásicos de la Antropología Social, como el mencionado anteriormente (Hammersley y Atkinson, 1984:151-173), así como de otros textos más sociológicos y ya mencionados al final de II.3 (Cea: 2001).

En la metodología CAS se simultanean las visitas médicas y del servicio de psiquiatría/psicología con la asistencia a las reuniones del GT, si bien esta asistencia es considerada voluntaria como ya se ha mencionado. No

siendo posible, por razones deontológicas, la asistencia a las consultas personales realizadas a otras PDA, utilizaremos el material del desarrollo de ciertas visitas, anotado después de las realizadas con motivo del propio tratamiento del autor, así como lo tratado en determinadas microentrevistas que, en su condición emic-etic, era posible plantear a los profesionales del CAS, con el fin de que se pueda entender, de forma más holística, la totalidad del programa para superar la dependencia del alcohol, que es el objetivo de dichos Centros.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1 - EXPOSICIÓN ETNOGRÁFICA.

En varios pasajes del anterior Capítulo hemos anticipado el contenido de lo que constituye la parte central de la Tesis: los estudios etnográficos tanto en AA como en los CAS. En el presente Capítulo abordaremos estos estudios, separando el material descriptivo y etnográfico de ambas instituciones en el momento de plantear la investigación realizada mediante la observación participante y a través de entrevistas particulares. Cuando se considere oportuno se intercalará algún elemento textual que pueda complementar o matizar lo que la etnografía estará describiendo. Sólo al final del presente Capítulo, en 3.3.2, y salvo en el caso de alguna mención esporádica, procederemos a realizar un ejercicio comparativo que ya introducirá elementos críticos, los cuales serán ampliados en las Conclusiones contenidas en el Capítulo 4.

Cada una de las instituciones será inicialmente objeto de una introducción histórica, mucho más dilatada en AA tanto en razón a su consideración diacrónica como a su implantación internacional. En 3.1.1 y 3.1.2 nos limitaremos a un ejercicio expositivo de dichas instituciones no incluyendo valoraciones, salvo cuando ellas sean explicativas de alguna precisión necesaria y que, exclusivamente para AA, se plasmará en el apartado 3.1.1.c). Evitaremos el entrecomillado de ciertas expresiones, salvo para el ya repetido concepto de “terapia” en AA. Aquellas que puedan parecer discutibles o tendenciosas, al no relativizarlas con un entrecomillado, obedecen exclusivamente a lo escuchado u observado, y se transcribirá en forma neutra. De esta manera pensamos que se evitará el riesgo de

dar un sesgo interpretativo inicial a lo que se fue conociendo de AA durante el trabajo de campo. Las consideraciones relativas a los aspectos terapéuticos, quedarán reflejadas en 3.2 y en las Conclusiones del Capítulo 4. En ciertos momentos pueden aparecer comentarios que únicamente obedecen a la visión *emic* de las propias experiencias terapéuticas y a percepciones observacionales inmediatas, que fue la dinámica a través de la cual fueron anotándose dichas vivencias en el cuaderno de campo. La visión más reflexiva y contextualizada, que corresponde a una consideración *etic*, se planteará en la parte final de este Capítulo y corresponde, obviamente, a la labor analítica del material recogido durante el proceso de participación activa en los entornos terapéuticos.

A partir de este momento la persona verbal irá tomando el singular o el plural según las circunstancias y momentos expositivos, tal como ya se anticipó en 1.2.

3.1.1 - ITINERARIO “TERAPÉUTICO” Y ETNOGRÁFICO AA.

a) Origen y Modelo “terapéutico” en AA.

El proceso que conduce al nacimiento de AA en 1935 (Kurtz, 1991:7-36) en la localidad estadounidense de Akron (Ohio), va estrechamente asociado a la figura de William Griffith Wilson (1895-1971) –al que en adelante nos referiremos como **Bill**, como es la costumbre en la institución–. Junto a esa figura, también fueron determinantes las experiencias de otros enfermos alcohólicos⁶⁰ que se relacionaban con Bill, especialmente Rowland H. Este último había experimentado largas sesiones de tratamiento con Carl G. Jung en Zürich y, simultáneamente,

⁶⁰ Utilizamos adrede el apelativo que se utiliza en AA (la mayoría, en España, mencionan sólo “alcohólicos”) tanto para referirse a la dolencia de sus miembros como en las palabras previas a cada intervención en los grupos AA cuando participan verbalmente en los mismos.

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.

La figura del Dr. Robert Holbrook Smith, MD. (1879-1950) –al que en adelante nos referiremos como **Bob**, también así conocido en AA/España⁶¹ 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 AA.⁶² Dicha realidad mantendrá en un aparente segundo plano a la figura de Bob, hasta el punto de que no se conocen textos del mismo. Sólo se citan reflexiones o frases recogidas en documentos sueltos. Podríamos establecer un paralelismo de dicha historia fundacional –paralelismo que pensamos oportuno por el entorno “religioso” en el que se moverá la historia inicial de AA, aunque tal vez pueda considerarse esta afirmación en clave algo reduccionista– con el cristianismo primitivo y con ciertas figuras señeras, como Pablo de Tarso, a quien se pueden atribuir buena parte de los textos neo-testamentarios. En el caso de AA se puede afirmar que la plasmación textual del *back-ground* teórico y la labor divulgativa a través de textos varios, así como la tarea representativa y de liderazgo de la institución, correspondió especialmente a Bill,⁶³ aún con la paradoja de

⁶¹ En EE.UU. y, en general en los países anglo-sajones, suele conocerse más bien como Dr. Bob.

⁶² Haciendo pedagogía de la teoría y del método de AA, e incluso mediante reflexiones personales propias como contenido único del texto (p.e.: AAWS, 2010).

⁶³ No es extraño a ello el hecho de 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

que se toma como fecha fundacional de AA el comienzo de la sobriedad permanente de Bob, concretamente el 10 de junio de 1935, fecha en la que también se produjo el primer encuentro –y ése es probablemente el hecho temporal relevante– entre Bob y Bill. Dicho encuentro se desarrolló en Akron (Ohio), en el domicilio del primero. Es plausible que la diferencia de edad entre ambos también contribuyera a una mayor actividad del segundo, en todos los sentidos.⁶⁴

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

- 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 arrogancia⁶⁵ 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 alcohol⁶⁶ (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 (Anexo X)–, como paso necesario para lograr su

cuyos contenidos proceden también de los textos originales, la mayor parte de los cuales fueron escritos por Bill.

⁶⁴ Conviene anotar que también ayudó a consolidar dicho liderazgo el fallecimiento de Bob en 1950, siendo Bill refrendado, en la Convención de AA de 1955, como líder carismático único. Su clara vocación literaria le convirtió en el ideólogo-amanuense de la institución, apoyándose para ello en sus experiencias previas y posteriores al encuentro con Bob, y a los largos años de debates en miles de reuniones grupales. El material que de ello se desprende se encuentra repartido en multitud de textos, como el citado en la nota 62.

⁶⁵ De donde el título “Not-Got” que significaría, según su autor E. Kurtz, “no somos dioses”, afirmación que se repite en la literatura propia de AA (AAWS, 2008a:58): *“Ante todo tuvimos que dejar de jugar a ser Dios”.*

⁶⁶ Este tema ya fue objeto de análisis durante la fase de tratamiento de Rowland H. por C.G. Jung.

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 ser.⁶⁷

- Esa toma de conciencia de la necesidad de cambiar de vida, de convertirse, en definitiva, sólo puede producirse compartiendo experiencias con otros enfermos alcohólicos⁶⁸ que se reúnan con frecuencia para intercambiar sus experiencias y dificultades, manteniendo constante el propósito de reunirse regularmente durante muy largos periodos de tiempo.

Previa a la cristalización de varios hechos relevantes, que están en la base del inicio de AA, emergió un hecho factual mayor, tanto por su significado para la institución como por el simbolismo que contiene, cual es la llamada revelación a Bill, hecho ocurrido mientras este último se encontraba ingresado en una clínica en Nueva York, con motivo de uno de sus episodios agudos de ingesta de alcohol. Él mismo refiere dicho acontecimiento en su discurso dirigido a la Convención de AA en 1955, referencia que transcribimos directamente del texto en su idioma original para no incurrir en el riesgo de desvirtuar su evidente carga emocional:

“.... My depression deepened unbearably All at once I found myself crying out, “If there is a God, let Him show Himself! I am ready to do anything, anything!”

Suddenly the room lit up with a great white light. I was caught up into an ecstasy which there are no words to describe. I was a free man I was in another world Things are all right with God and His world.” (Kurtz, 1991:19-20)

Somos de la opinión de que ésta y otras vicisitudes ocurridas durante el

⁶⁷ 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.

⁶⁸ “AA’s fundamental idea of *one alcoholic talking to another.*” (Kurtz, op. cit.)

tiempo inmediatamente anterior al momento fundacional, son suficientes para poner de manifiesto, al menos en las contadas personas que estuvieron en el origen de AA, una clara orientación espiritualista-religiosa, como antes ya hemos apuntado.

Los cuatro momentos, o hechos relevantes, que Bill consideró cruciales para que AA surgiera, se pueden resumir en estos puntos (Kurtz, 1991:33):

- El conocimiento de la conversación que en 1931 sostuvo Roland H. durante su tratamiento con el Dr. C.G. Jung y en el que éste último manifestó su convencimiento de la naturaleza espiritual implícita en el origen de una dependencia.
- La conversación entre Bill y Ebby T.⁶⁹ a finales de noviembre de 1934 y que puso en conocimiento del primero la utilidad que para ciertos enfermos alcohólicos podía tener la religión.
- La “experiencia espiritual”⁷⁰ de Bill, cuyo relato en primera persona se ha transcrito anteriormente.
- Las conversaciones que mantuvieron Bill y Bob durante mayo y junio de 1935.

El momento fundacional de la institución AA está referido a este último punto.

Aún a pesar de no citarlo hasta ahora, la propia historia de AA, oficialmente reconocida en alguno de sus textos (AWSS, 2008:26),

⁶⁹ Es la primera ocasión en que Bill obtiene como respuesta de dicho personaje, viejo amigo de veladas alcohólicas, un “no” a su invitación a beber. A su pregunta de cuál era lo que le había alejado de la bebida, Ebby T. respondió: “He hallado la religión. ...”. A pesar de volver al consumo, siendo ya miembro activo de AA desde su fundación, Ebby T. siempre fue considerado por Bill como su *sponsor* (padrino en la versión castellana) dentro de esa institución. La figura del padrino se tratará en la exposición del trabajo de campo en AA.

⁷⁰ El entrecomillado está en Kurtz, E. (1993:op.cit.).

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. Obviamente no deberíamos olvidar una obra de dicho autor sobre la religión (James, 2002), que ya era conocida por Bill y que reforzaría su vivencia religiosa en los meses inmediatamente anteriores al periodo fundacional de 1935.

La interpretación de W. James sobre la bondad de la reiteración de ciertas prácticas para interiorizarlas como estilo de vida nuevo –afirmación coherente con su pragmatismo pero también formulada en un marco anticipatorio de los postulados que posteriormente cristalizarán en la psicología conductista de Skinner–, 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 durante toda la vida de la persona que participa en AA, aún cuando lleve muchos años de sobriedad.⁷¹

No obstante la mención sobre la creciente religiosidad de Bill y su lectura trascendente de W. James, cabe también apelar al pragmatismo de éste último que habría influido decisivamente sobre la forma de enfocar la experiencia de AA por parte del primero. En los últimos años de su vida, Bill era consciente, y tal vez siempre lo fue, de la barrera que suponía el espiritualismo que impregna la doctrina de dicha comunidad –a veces 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 doce, los Pasos y las

⁷¹ Subrayamos especialmente estos pasajes ya que los consideramos el núcleo operacional de la estrategia “terapéutica” de AA.

Tradiciones que forman parte de las prácticas de AA—. ⁷² Dicha barrera fue vivida por Bill, tardíamente, como una falla en el edificio que él mismo había contribuido especialmente a crear, y fue hacia el final de su vida cuando se dedicó a relajar la mención explícita de Dios –que no obstante sigue utilizándose en AA hasta el presente a la par que el concepto de “poder superior”–, al tiempo que planeó ampliar las herramientas terapéuticas, incluyendo nuevas estrategias para que no sólo fuera la vertiente espiritual y de discusión grupal permanente la que contribuyera a la “sobriedad” consolidada en el tiempo y que es el objetivo último de AA. ⁷³ En este sentido inició estudios junto con instituciones médicas de EE.UU., sobre la vitamina B3 en altas dosis, y el ácido lisérgico o LSD (Kurtz, 1991:135-153), que él mismo ensayó en su organismo. En definitiva Bill buscaba coadyuvantes terapéuticos o sustancias específicas para alcanzar la sobriedad. En cualquier caso la Comunidad ⁷⁴ no recogió oficialmente aquellas experiencias y sólo se tiene acceso a ellas a través de estudios especializados, e independientes de AA, los cuales nunca se mencionan en las reuniones grupales. En este sentido no se ha constatado, durante el trabajo de campo, ninguna manifestación en este sentido por parte de los distintos miembros con los que se han compartido reuniones y entrevistas, fueran o no veteranos. El único episodio externo a AA que se refiere ocasionalmente, dando tal vez realce a la inserción de los caminos curativos de AA dentro de las tendencias a las ciencias *psico*, es el apoyo que, por parte de C.G. Jung, recibió la visión curativa y el método AA, así como la documentación de los contactos de dicho conocido psicoanalista con Bill, incluso a nivel epistolar, hasta el mismo año del fallecimiento del propio Jung. ⁷⁵

⁷² Anexos X y XI, respectivamente.

⁷³ Incidió en este salto conceptual el hecho de observar los frecuentes retornos a la bebida en miembros sobrios, incluso después de largos periodos de abstinencia.

⁷⁴ En la medida que iremos observando que en el inicio de cada reunión se define a AA como “Comunidad de hombres y mujeres”, utilizaremos la palabra Comunidad, al tiempo que institución, dando paulatinamente al primer término un mayor peso definitorio al referirnos a AA.

⁷⁵ Anexo XII.

Sería tal vez farragoso, por innecesario para el desarrollo de esta Tesis, iniciar ahora una exposición que vaya temporalmente más allá de lo que delimita el propósito de este apartado en relatar los orígenes de AA, con la breve salvedad del comentario final del párrafo anterior. Existe abundante documentación y bibliografía al respecto. Simplemente mencionaremos unas informaciones cuantitativas, que, por otra parte, se saben indemostrables por las razones que iremos exponiendo y que se fueron poniendo en evidencia durante nuestro trabajo de campo y participación en las sesiones grupales de AA. Dichos datos hablarán de cifras empíricas sobre los grupos concretos en los que se investigó. 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 central–⁷⁶ 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 –además 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.

La dinámica y el esquema de las reuniones, los aspectos de estructura organizativa de la institución y las narrativas de los participantes se irán haciendo patentes durante la transcripción de las observaciones llevadas a cabo en el trabajo de campo. Asimismo, y tal como hemos anticipado, se planteará un análisis crítico de las formas y el fondo de AA, tanto en

⁷⁶ www.aa.org/ en el caso de EE.UU. para su sede mundial y www.alcoholicos-anonimos.org/ para la sede española.

3.1.1.c) como en 3.2, que también se trasladará al Capítulo de Conclusiones. Todo lo que se cite, no obstante, obedece a un lapso temporal (2009-2010), un lugar (Barcelona en general y una corta experiencia en otra ciudad española) y, en detalle, a tres grupos que operan en la primera ciudad. Como me comentó Stanley Brandes, durante una agradable conversación que ambos sostuvimos en 2012, durante el Congreso de Antropología en León:⁷⁷

“AA actúa de forma particular en cada lugar, sin que lugar sea sinónimo de país o localidad. Cada grupo tiene su propia dinámica”.

En efecto, AA es una Comunidad, incluso conceptualizada así en sus propios enunciados declarativos como hemos ya mencionado, pero no se puede afirmar, en absoluto, que sea una comunidad homogénea ni tan siquiera refiriéndonos a la forma de actuar de los grupos de una misma localidad en un determinado país, como tendremos ocasión de verificar en el desarrollo etnográfico que sigue a esta introducción.

b) Experiencia “terapéutica” y etnográfica en AA.

Desde comienzos de otoño de 2009 hasta el inicio del verano del siguiente año acudí regularmente a un promedio de dos sesiones semanales en AA. La experiencia se desarrolló en tres grupos a los que por orden de ingreso denominaré X, Y y Z.⁷⁸ Todos ellos estaban y siguen estando ubicados en la ciudad de Barcelona en zonas que, respectivamente, corresponden a estratos sociales medio-medio (Eixample), medio-bajo (Sants-Montjuic) y medio-alto (Sarrià-Sant Gervasi). Si bien la intención de dicho esquema fue poder abarcar una visión amplia de la realidad “terapéutica” AA, desde un punto de vista

⁷⁷ XII Congreso de Antropología, F.AA.EE. 6-9 de setiembre de 2011.

⁷⁸ Por razones obvias del anonimato de la institución tampoco se mencionarán los nombres de los participantes en las sesiones, que sólo se identificarán por su género y un nombre ficticio.

social, ello debe ser matizado por el hecho que se fue poniendo en evidencia, durante la experiencia en dicha institución, que las personas que acuden a AA no viven necesariamente en el área donde se ubica el centro al que acuden, por razones muchas veces de anonimato vecinal. Aún con esta salvedad pienso que en los tres grupos se reflejaron realidades sociales-culturales diferenciadas y que, en buena medida, eran previsibles por la zona urbana donde se ubicaban dichos centros.

i. Grupo X

Fue a finales de setiembre de 2009 (el Diario de Campo señala, concretamente, el 29 de dicho mes). Hacía tres o cuatro días que estaba abstinentes. Había intentado sin éxito ponerme en contacto con Alcohólicos Rehabilitados⁷⁹, asociación con la que, no obstante, pude entrar en contacto al cabo de pocos días. La urgencia en encontrar apoyos en mi incipiente sobriedad⁸⁰ me mantenía en un estado de búsqueda frenética y llamé al teléfono de información de Alcohólicos Anónimos en Barcelona, que obtuve a través del buscador de Internet. Al momento me derivaron a un grupo que se reunía al día siguiente de mi llamada. A este primer grupo lo denominaré “X”. Fue el inicio, asimismo, de mi experiencia en Grupos de Ayuda Mutua⁸¹ en general, en AA en particular y también el comienzo de un camino de sobriedad como opción voluntaria, que pretendía permanente. Allí inicié también mi trabajo de

⁷⁹ Se trata de un grupo de Asociaciones de Alcohólicos ya recuperados que existen en toda la geografía peninsular y que orientan a las personas que quieren dejar de ingerir alcohol o que se hallan en el proceso de inicio de la sobriedad. La web de Barcelona no estaba actualizada y esa fue la razón de la dificultad inicial en ponerme en contacto con dicha organización.

⁸⁰ Es un fenómeno generalizado y crucial, en los primeros días de dejar de ingerir alcohol, el hecho de poder compartir con otras personas la experiencia en la que se está inmerso y en la que suele estar presente un SA más o menos evidente.

⁸¹ AA no utiliza esta denominación en ningún caso, pero el esquema de sus grupos corresponde a dicho apelativo.

campo, al tiempo que seguía con el programa de deshabituación⁸², y que posteriormente continué en los otros dos grupos. A ello añadiremos la terapia, más focalizada en el ámbito biomédico, que seguí a partir del mes de noviembre de 2009 en el CAS Horta-Guinardó⁸³ y que totalizó un año y medio de tratamiento de deshabituación, hasta 2011. Como hechos aislados, pero también con la finalidad de profundizar en la institución, acudí a una sesión de AA que semanalmente desarrolla un grupo de angloparlantes, también en Barcelona, y, como ya he mencionado, estuve presente en dos sesiones del único grupo que funciona en una conocida ciudad gallega, con cuyo coordinador me había puesto en contacto previendo mi viaje a dicha ciudad.⁸⁴

En la fecha mencionada me presenté puntualmente en el lugar donde se realizan las sesiones del grupo X. Se trataba de un local perteneciente a una iglesia católica, siendo estos espacios los lugares habituales para las reuniones de los diferentes grupos de AA en razón al bajo coste diferencial que representa el alquiler de una pequeña sala en tales instituciones (Imagen B), única necesidad que tiene un grupo de dicha Comunidad. Vi un pequeño grupo de personas de ambos géneros que estaban entrando por una puerta desde un pasillo de acceso. Me identifiqué y me saludó Bernardo, el “responsable”, aunque sea éste un calificativo que en AA Barcelona no se menciona necesariamente, pero que funcionalmente existe. El grupo se encerró en la sala y yo me quedé en el exterior junto con el mencionado Bernardo, un hombre de unos sesenta años, de maneras aplomadas. Me invitó a sentarme en un austero banco corrido, que tenía como respaldo la pared blanca y

⁸² La razón de mencionar programa y no terapia se explicará más adelante, cuando entremos en la descripción detallada de las características y prácticas AA como institución o Comunidad.

⁸³ La descripción de esta parte de la etnografía se desarrollará en 3.1.2.

⁸⁴ Este único grupo desarrolla sesiones de dos horas de duración ininterrumpidamente y durante las veinticuatro horas del día, en razón a ser el único “lugar” de AA en una ciudad gallega. Este grupo posee, además, instalaciones residenciales para estancias cortas de deshabituación. Este hecho, que suele ser frecuente en algunos países, es poco relevante en el nuestro. En una posterior entrevista con E.L. Menéndez se trató el tema de AA 24 horas, que convive en México con los grupos “normales”. Transcribiremos parcialmente dicha entrevista en el apartado 3.1.1.c).

desnuda del largo pasillo. Nos identificamos simplemente con los nombres propios (después supe que hubiera podido identificarme bajo un nombre falso ya que no existe ningún trámite documental en los grupos de AA). Su primera pregunta fue muy directa y escueta, consistió en un: “*Cuéntame*”. Le respondí que había pensado que me correspondería explicar inicialmente mi situación al Grupo, pero me replicó que él quería estar previamente al corriente⁸⁵ de mi preocupación así como pasarme algunas informaciones iniciales que podían ser de mi interés.

Le conté lo que posteriormente repetiría en el grupo. Recuerdo de mi primer encuentro con Bernardo su discurso breve y grave sobre el origen, la personalidad de los fundadores y las circunstancias que confluieron en el inicio de AA y que están documentadas⁸⁶ en la casi toda de literatura que aborda esa institución (Kurtz, 1991:7-36).

Con posterioridad, comparándolo con otros miembros de X y, especialmente, con la dinámica de los otros grupos estudiados, me di cuenta de que Bernardo, junto con otro participante que después identificaré, era un miembro inusualmente fiel al ideario de AA, postulante de una pureza casi original del mensaje de los fundadores Bob y Bill, hacia los que mostró su gran respeto y admiración. Pareció darle una gran transcendencia al hecho ya referido de la experiencia espiritual de Bill, sobre la que Bernardo afirmó estar convencido acerca de su veracidad. Me previno de comentarios externos sobre las prácticas de AA, que ciertas personas consideraban como propias de una secta (sic)⁸⁷ y, asimismo, se refirió a ciertos rumores que asociaban a la institución con la CIA. Me pareció que estaba muy orgulloso de haber participado en una

⁸⁵ En las descripciones que realizaré de mi experiencia en los otros grupos se observará que esta forma de empezar en el grupo no es la que impera en buena parte de los mismos, donde prima la narrativa personal dentro del grupo, más que una entrevista previa con la persona que lo coordina.

⁸⁶ Ver el apartado sobre los orígenes de AA (pp. 84 y sig.)

⁸⁷ Hasta aquel momento desconocía esta circunstancia que posteriormente he ido documentando en lecturas, artículos y comentarios de antiguos miembros de AA o de personas que tuvieron una muy breve experiencia en dicha Comunidad.

charla, dentro del Departamento de Psicología de la UAB, informando sobre AA, sus propósitos y su metodología.

Me contó que llevaba 21 años de abstinencia, pero que “la batalla nunca está ganada”. Según afirmó, y después observé que esta idea está en el núcleo de creencias en AA, como se ha descrito en el apartado anterior, la dependencia del alcohol se produce, básicamente, como consecuencia de nuestro carácter egocéntrico. Es necesario un cambio de estilo de vida paralelo al cese de la ingesta de bebidas alcohólicas, cambio que es estrictamente necesario para consolidar la sobriedad. Antes de darme paso hacia la reunión grupal me dijo dos cosas que posteriormente observé que repetía a menudo en las sesiones: *“Cuando entres por esa puerta (se refería, señalándola con el dedo índice, a la de la sala donde se desarrollaba la reunión) tienes que hacerlo como si midiera un metro menos de su altura real, es decir: considerando que te agachas al entrar, en señal simbólica de humildad”*. La segunda frase que pronunció estaba en línea con esta primera. Al responderle afirmativamente a la interrogación acerca de si sabía cómo se desarrollaba el ceremonial de ordenación de un cura (ambos lo entendimos implícitamente dentro del rito católico), continuó: *“esa es la actitud con la que tienes que afrontar tus primeros tiempos en AA; con esa humildad absoluta que manifiesta el ordenado, yaciendo de cuerpo entero con la cara sobre el suelo. Esa humildad te será necesaria y formará parte de tu cambio de estilo de vida.”*⁸⁸

Fui presentado al grupo y me senté a la mesa rectangular que ocupaba la mayor parte de la sala, aprovechando el vacío de una silla libre que había al lado del moderador de la reunión (ello me sirvió para poder hacerle algunas preguntas de forma discreta que me fueron situando en este comienzo). Cuando me concedieron el turno de palabra intervine

⁸⁸ Me vino entonces a la memoria la conversación con la operadora telefónica de AA que me había dado la primera cita con el grupo, en la cual, al señalarme que la reunión se desarrollaba en un local parroquial, insistió en que ello no significaba que AA tuviera ninguna relación con la religión.

brevemente contando mi circunstancia particular sobre la dependencia del alcohol. Yo había sido, dije, hasta hacía cuatro o cinco días, un bebedor compulsivo, con patrón diario, nocturno, solitario y oculto (consumía en mi casa invariablemente a partir de las 9 de la noche, en que empezaba una especie de rito que invariablemente iniciaba con motivo de la cena).⁸⁹ Este patrón derivaba, en buena manera, de mi etapa laboral (me había jubilado dos años antes) en la que durante la jornada de trabajo no hubiera sido muy “correcto” que una persona en mi función bebiera alcohol, aunque fuera durante la comida que compartía con otros colegas (Fainzang, 1994:336-345).⁹⁰ En definitiva se trataba de un caso de “estrategia de encubrimiento” (Goffman, 2008:97-118). Después de muchos años de lentos pero continuados incrementos en el consumo, en las últimas semanas había iniciado una escalada cuantitativa importante, desembocando en dos amagos de coma etílico que me habían dejado inconsciente durante bastantes horas, y de los que había despertado de madrugada sentado en el sillón donde suelo instalarme para cenar todavía al día de hoy. La última semana incluso había tenido un episodio de consumo excesivo con motivo de una cena con mis hijos, exceso que, hasta entonces, siempre había evitado. Todo ello me había hecho reflexionar profundamente y, venciendo la pegajosa inercia de la dependencia, había conseguido dejar de beber hacía muy pocos días, con una determinación que observaba mucho más firme que en anteriores e infructuosos intentos. No había observado grandes señales de síndrome

⁸⁹ Por razones profesionales había adoptado este patrón de consumo que mantuve a pesar de la jubilación. Nadie estaba al corriente de mi dependencia ya que vivía sólo y a la mañana siguiente tapaba con analgésicos la cefalea que acompañaba los excesos de la noche anterior. En mi etapa laboral nunca dejé de acudir puntualmente a mi puesto de trabajo que entrañaba una elevada responsabilidad y un componente añadido de representatividad social en el ámbito de las poblaciones donde trabajé hasta jubilarme. Esta responsabilidad social aconsejaba mi abstinencia diurna.

⁹⁰ Lo mencionado en la nota anterior matizaría el colectivo francés *Vie libre* estudiado por Fainzang en el artículo reseñado. Es posible ser un alcohólico “no anónimo” si se acepta que las puertas del mercado laboral o de la promoción laboral convencionales pueden, lamentable e injustamente, cerrarse irreversiblemente al hacer pública una dependencia, aún cuando la sobriedad esté razonablemente consolidada. El autor de esta Tesis puede ejercitar toda su libertad autoetnográfica precisamente porque ya no depende del mercado laboral. El peso del estigma, para esta dependencia, y el interrogante permanente sobre el riesgo de recaída constituye una realidad social incuestionable.

de abstinencia: sólo dolor de cabeza y episodios de vigilia en el centro de la noche, después de unas primeras horas de sueño. Traslado aquí lo anotado sintéticamente en mi Diario de Campo y que describe mi primera sesión en grupal en AA:

29.9.09 - AA, X (19 a 21 h.)

Grupo de 18 personas (5 mujeres). 60% fumadores (100% en mujeres).⁹¹ Edades 20-70 años, con predominio de 35-55 (sin verificación estricta).

El facilitador del grupo sólo da palabras, por turno estricto de petición. Controla tiempos y pronuncia palabras rituales al principio y al final de la sesión de 2 horas (pausa intermedia). Las intervenciones se desarrollan sin que nadie interrumpa al que está en uso de la palabra.

Entro en el grupo y se me invita a realizar mi auto-presentación –como había observado en la intervención anterior de un miembro–, esta primera vez sin esperar turno de palabra. La fórmula es: me llamo Jaume y soy alcohólico: al unísono el grupo responde: Hola Jaume! A continuación, en mi caso y como primer contacto público con AA, expongo mi experiencia personal, no siendo obligado dar datos de filiación ni de situación laboral, social, familiar, etc., excepto que así lo desee quien está en uso de la palabra. Al terminar, el grupo, también al unísono, dice: Gracias Jaume! Estas fórmulas de entrada y salida son invariables en cada intervención de una persona del grupo y será así en todos los grupos estudiados.

Parece observarse un mayor grado de serenidad y centralidad emocional en las mujeres. Los hombres suelen expresarse más vehementemente y mezclan experiencias pasionales, sexuales (que sólo las insinúan en un contexto de pudor o privacidad tal vez condicionada por la presencia femenina), junto con otras adicciones a sustancias, que han experimentado en paralelo o secuencialmente. La excepción la marca una mujer de unos 40 años, Marga, aparentemente muy confusa, y que asevera haber ingerido alcohol aquella misma mañana⁹². Por lo escuchado parece observarse, en más de una persona, que coexisten o han coexistido conductas adictivas a más de una sustancia. Se hace

⁹¹ En las primeras reuniones registré el consumo de tabaco al sorprenderme el alto porcentaje de fumadores (p. 106). Es esta una realidad, observada también en CAS, que indicaría una sustitución adictiva, en la mayor parte de los casos por aumento de un consumo ya previo.

⁹² AA no discrimina en sus reuniones entre bebedores activos o personas sobrias.

hincapié en que el compromiso personal de no consumir se renueva cada día. Se proyecta, según me parece, una visión pesimista del bebedor recuperado, en el sentido de que, al margen de los años de sobriedad, nunca se sabe lo que puede pasar al día siguiente. Parece transmitirse la existencia de una tensión y un temor continuados que nunca he observado en ex-fumadores una vez adquirida la confianza de la deshabituación.

No se observan esfuerzos por explicar el origen de la necesidad de ingerir alcohol, sino que las narrativas tratan de la casuística, el cuándo y cómo de los inicios o la situación actual, así como los efectos en la propia persona y en cómo nos perciben los demás.

Durante la reunión se beben zumos o café, junto con algo sólido: bizcochos, caramelos, etc.

En el descanso, que los fumadores aprovechan para encender un pitillo ya que durante la reunión no está autorizado fumar, se pasa un “calcetín” donde se depositan voluntariamente algunas monedas sin que ello sea una obligación. Se hace recuento obligatoria y públicamente y se comunica el importe recaudado (esta vez han sido unos 11 €). El recién llegado al grupo es dispensado de contribuir en su primer día en AA.

Fue en la segunda sesión a la que acudí, al cabo de tres días de la primera,⁹³ donde pude seguir la reunión entera y empezar a observar más detalladamente la estructura de las sesiones y el *modus operandi* de las mismas.

El grupo estaba formando por un núcleo estable (4-6 personas) extremo que fue evidenciándose como una pauta general al observar dicha estructura implícita y similar en los tres grupos estudiados. El resto de participantes acudía de forma menos regular –algunas PDA frecuentaban también otros grupos durante la semana⁹⁴ o bien eran personas (fue así en los tres grupos a los que asistí) que acudían durante unos días y

⁹³ La pauta de sesiones en el grupo X era de dos por semana.

⁹⁴ Ello no sólo es frecuente sino que, como ya he mencionado en la introducción a AA, se recomienda para que las personas que lo precisan puedan tener una atención muy frecuente dentro del contexto de apoyo que proporciona AA.

después dejaban de asistir sin que nunca manifestaran, en su última asistencia, las razones por las que dejarían de acudir. Una vez perdido el contacto no se hacía casi nunca un comentario respecto de la persona en las siguientes reuniones del grupo. Observé algunos casos en los que aparecía un miembro que comentaba llevar seis meses o un año sin acudir a las sesiones, aduciendo que no precisaba frecuentarlo pero que le apetecía no perder el contacto con AA, aunque fuera esporádicamente. En estos casos siempre fueron personas que guardaban la sobriedad, al menos en lo que se podía observar durante la reunión a la que acudían.

Dentro de este núcleo estable, y de forma rotativa a excepción de Bernardo, se establecen⁹⁵ turnos de moderación o coordinación, básicamente entre los miembros estables, con la única función de hacer las lecturas que describiré a continuación, anotar y dar turnos de palabra, controlar tiempos⁹⁶ y solicitar la aportación económica durante la pausa. No se realiza ningún control nominal sobre las personas asistentes. En realidad vi anotar el número total de asistentes, pero sólo en ciertos casos y grupos, aunque este dato no cobra mucho valor ya que no matiza si acuden total o parcialmente a la reunión, desde un punto de vista de llegada y salida de la sesión, ni tampoco reflejan si son personas que se encuentran en “su” grupo de referencia o son presencias ocasionales.

El primer día no había asistido al inicio de la reunión debido a mi entrevista inicial con Bernardo, pero en la segunda reunión asistí al comienzo de la misma. Se inició la reunión con la declaración oficial de propósitos de AA, leída por el moderador de turno, declaración que es preceptiva en todas las reuniones de cualquier grupo, como también lo son el resto de lecturas así como la oración final. Enuncio dichas etapas

⁹⁵ La conjugación verbal en pasado o en presente pueden coexistir durante la narrativa etnográfica ya que me refiero a lo observado o experimentado, pero que al mismo tiempo entiendo que sigue siendo igual en el momento de redactar la Tesis.

⁹⁶ Dependiendo del número de asistentes a un grupo, se establece aleatoriamente un tiempo máximo de turno de palabra que no suele sobrepasar los 10 minutos. Se acostumbra a avisar con el tañido de una pequeña campana.

con las palabras utilizadas en todos los grupos de AA a los que asistí.⁹⁷

“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 de AA 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 religiosa, 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”.

El facilitador de la reunión proclamó a continuación:

“Yo me llamo José, soy alcohólico y esta es una reunión cerrada⁹⁸ del grupo X.”

Entonces, al unísono, los miembros del grupo respondieron: “Gracias José!”.

A continuación la misma persona que modera, u otra persona que esta hubiera podido designar como ocurre en ciertos grupos, procedió a una breve lectura extraída del libro “Reflexiones diarias”,⁹⁹ y referida al día de la reunión, la misma lectura que ese día será leída en todas las reuniones de todos los grupos en los distintos países donde es activo AA, como práctica habitual en el inicio de sus sesiones. Para ese día, 2 de octubre, correspondía la siguiente lectura, que transcribo literalmente:¹⁰⁰

“Cuando trabajábamos los primeros nueve Pasos, nos preparamos para la aventura de una nueva vida. Pero cuando

⁹⁷ Según el grupo había ligeras diferencias en el enunciado como, por ejemplo, hacer mención al carácter anónimo de las intervenciones y a no divulgar lo manifestado en la reunión.

⁹⁸ Con ello se refería a que la sesión estaba dedicada, en principio, sólo a los miembros del grupo. En otros grupos (no era el caso de X) periódicamente se organizan reuniones abiertas con finalidades informativas y a las que puede asistir cualquier persona.

⁹⁹ AAWS, (2008b): *Reflexiones diarias*, Avilés, Servicio General de Alcohólicos Anónimos España.

¹⁰⁰ De la misma forma y con iguales palabras e idéntica tipología a como se presenta en AWSS (2008b).

consideramos el paso Diez comenzamos a poner en práctica, día por día, la forma de vivir de A.A. en cualquier circunstancia. Luego viene la prueba más difícil: ¿podemos mantenernos sobrios, emocionalmente equilibrados y vivir, con buenos resultados bajo todas las condiciones?”

DOCE PASOS Y DOCE TRADICIONES, p. 95.

“Yo sé que las Promesas se están cumpliendo en mi vida, pero quiero mantenerlas y desarrollarlas, con la aplicación diaria del Paso Diez. Por medio de este paso he llegado a darme cuenta que si estoy alterado es que hay algo que no está bien. La otra persona puede estar también equivocada, pero yo puedo contender solamente con mis sentimientos. Cuando me siento herido o disgustado, tengo que buscar continuamente la causa dentro de mí, y entonces tengo que admitir y corregir mis errores. No es fácil, pero mientras sepa que estoy progresando espiritualmente, yo sé que puedo considerar mi esfuerzo como un trabajo bien hecho. He descubierto que el dolor es un amigo; me hace saber que hay algo en mis emociones que no está bien. Cuando actúo de la forma apropiada por medio de los Doce Pasos, el dolor desaparece poco a poco.”

La primera parte de la lectura correspondía a un texto oficial de AA, mientras que la segunda era un comentario de un miembro anónimo, y alude a dicha primera parte. Todo ello está contenido en el texto mencionado para dicho día (AAWS, 2008b:284). Cada página de esa obra corresponde a un día del año.

A continuación se suele preguntar si hay peticiones de intervención que se anotan por orden de demanda y que después seguirán anotándose durante el curso de la sesión, según el deseo de los asistentes. Si el grupo hubiera establecido –era raro en X, pero habitual o frecuente en Y y en Z– un tema de discusión para la sesión de aquel día, se hubiera procedido a una lectura alusiva a dicho tema, habitualmente entresacada del *Blue Book*.

Las reuniones suelen respetar una estricta puntualidad tanto en el inicio

como al acabar la sesión,¹⁰¹ no así los participantes que suelen entrar y salir según su deseo personal. Al final de la reunión el facilitador pronuncia las siguientes frases:

“Yo soy responsable ...

cuando cualquiera, dondequiera, extienda su mano pidiendo ayuda, quiero que la mano de A.A. siempre esté allí. Y por esto

Yo soy responsable.”

A continuación, y ya como colofón de la reunión, se pronuncia, por parte de todas las personas asistentes y en voz alta, la llamada “Oración de la Serenidad”,¹⁰² cuyo texto reproduzco según la versión adoptada en AA España:

“Dios: concédeme la serenidad para aceptar

las cosas que no puedo cambiar,

valor para cambiar las cosas que puedo cambiar

y sabiduría para conocer la diferencia.”¹⁰³

En el grupo X, a diferencia de los otros grupos AA en los que estuve presente, estas dos últimas lecturas se realizaban con los participantes sentados. La diferencia de esta circunstancia con las prácticas en otros grupos, donde la oración se pronunciaba con los participantes en pie, formando un círculo y con las manos enlazadas, tiene que ver con la

¹⁰¹ El imperativo procede de que cualquier PDA en estado de necesidad puede acudir al grupo, sea a primera o a última hora del horario de la sesión. Se estima que el hecho de encontrar el local cerrado podría causarle una frustración importante con posible impacto en su estado.

¹⁰² La autoría corresponde al teólogo estadounidense Reinhold Niebuhr (1892-1971). A su eventual significado y alcance tendré ocasión de referirme en 3.1.1.c) y 3.2.

¹⁰³ Este es uno de los rituales de cada sesión en los que la palabra Dios aparece de forma explícita (ver anotación en p. 88).

“cultura” interna del grupo X, cuyos rasgos particulares tendré ocasión de exponer al final de este Capítulo.

El desarrollo de la reunión siguió unas pautas que después observaría que eran también habituales en los otros grupos. A continuación de las lecturas iniciales, y en paralelo con anotar turnos de palabra, el facilitador invita a tratar las llamadas “inquietudes”, para lo cual establece un primer turno, suponiendo que hubiera un tema general para debatir a continuación. Por inquietudes se entienden hechos que preocupan a los asistentes y que los comentan públicamente, pero que no tienen necesariamente una relación directa con el alcohol. Suelen expresarse como narrativas que hacen referencia a estados de ánimo, circunstancias familiares, sentimentales, o también y de forma más general, relacionadas con vivencias personales en ocasiones muy íntimas. También caben comentarios sobre situaciones relacionadas con la salud o el trabajo. Nunca se producen comentarios socio-políticos.

A continuación, y como hemos apuntado, pueden tratarse temas monográficos, que suele relacionarse con la lectura inicial, aunque no fue el caso de esta segunda reunión de la que incluyo su anotación en el Diario de Campo:

2.10.09 – AA, X (19 a 21 h.)

14 personas (4 mujeres) 70% fumadores (100% en mujeres). Se lee el primer paso con motivo de mi presencia ya que en la sesión anterior no había asistido al principio debido a mi conversación con Bernardo.

Había rellenado una encuesta en la que, a partir de 4 respuestas afirmativas, se deducía el riesgo de haber desarrollado adicción al alcohol (puntuo 4). Javier, a quién se lo entrego, se extraña del resultado ya que era el mínimo para ser considerada una persona con riesgo de dependencia. Me pregunta sobre la sinceridad de mis respuestas. A continuación, y en un tono que me pareció amedrentador, insiste en que una persona, por sí misma, no puede superar la adicción y que es necesario acudir a las reuniones y seguir el programa. Respondo que estoy allí por

voluntad propia lo cual indica que sus recomendaciones ya las tengo asumidas de antemano.

La mayor parte de las intervenciones que relatan su historial proceden de personas de mediana edad. Es común referir el inicio de la bebida a muy corta edad, sobre los 10-12 años, junto con ingesta de otros tóxicos. Absentismo escolar, problemas laborales, familiares. Uno de ellos con 18 meses de abstinencia manifiesta encontrarse peor personal y profesionalmente, ahora más que cuando bebía. La mayoría ha asistido a tratamientos en CAS o en programas médicos que, en sus casos, no han dado resultado.

Marga sigue muy confusa en sus planteamientos. Cuenta que bebe en su habitación, a escondidas de su familia (Goffman, 2008:98), aunque esta vez parece haberse mantenido sobria. No trabaja y su padre la conmina a abandonar el domicilio paterno. Insiste confusamente en unos e-mail que ha recibido de un hombre que se había relacionado con ella en un pasado aparentemente reciente y que había conocido en otro grupo de AA. Durante los sucesivos turnos de palabra nadie le plantea preguntas ni le responde para aclarar a que se refiere. La sensación que experimento es que se deja hablar a los participantes, aunque el tema sea demasiado personal para interesar al auditorio, porque ello “tranquiliza” a quien habla aún sin recibir respuestas ni muestras de atención. El aspecto físico de Marga no es muy agradable. Aún así me sorprende que en la pausa nadie le dirige la palabra exceptuando la breve conversación que tengo con ella (estaba sentado a su lado). Después de una sesión más ya no regresará al grupo, aunque hablaba de haber frecuentado otro. Finalmente desconoceremos, si se ha quedado en AA, pero en otro grupo, o ha abandonado el programa (esta duda se produce muy habitualmente cuando una persona suspende su asistencia a las sesiones).

Bernardo relata su historia personal y se centra exclusivamente en el alcohol que empezó a consumir desde muy corta edad. Divorcios. Pérdida de trabajo. Terminaba bebiendo carajillos de agua de colonia por falta de dinero. Refiere episodios de violencia incontrolada en lugares públicos y también conduciendo vehículos.

*Susana, mujer de unos 30 años, tres meses abstinentes, describe un primer **periodo rosa**,¹⁰⁴ un segundo lapso de tiempo ocupado*

¹⁰⁴ Dentro del vocabulario AA, este término se utiliza para describir la sensación que tiene una persona durante las primeras semanas de sobriedad, en las que observa una mejoría general que la PDA centra exclusivamente en ella misma, con una sensación de perennidad dentro de dicho estado.

por la indiferencia y menciona que actualmente se encuentra muy tensa, con frecuentes enfrentamientos verbales con diversas personas por asuntos que, después, ella misma considera intrascendentes.

A semejanza de la reunión inicial, flota en el grupo una presión hacia el mantenimiento permanente del programa AA, ya que el alcoholismo no se supera nunca (sic), como enfermedad crónica que es,¹⁰⁵ y es necesario mantener el apoyo del grupo tantos años como se pueda.¹⁰⁶ Este apoyo parece ser que se considera el determinante crucial de la curación. Una especie de sine qua non. Por parte de más de una persona se manifiesta que el estamento médico no tiene idea del problema.¹⁰⁷ Sólo lo tienen los afectados que serían los únicos legitimados para ayudar a deshabituarse a un alcohólico, ayuda que proviene de seguir el programa y las reuniones de AA de forma reiterada y dilatada. Es como escuchar un mensaje repetitivo que va en la dirección de mantener un temor permanente hacia el retorno al consumo.

A partir de este punto dejaré de transcribir, para evitar la reiteración y también por razones de espacio, las reseñas detalladas del Diario de Campo, que sí transcribiré de nuevo, y básicamente para las dos primeras sesiones, cuando narre la experiencia en los grupos Y y Z. Lo que se irá vertiendo en la etnografía, en lo sucesivo, serán ciertas intervenciones en forma de narrativas y también con ocasión de determinadas controversias o complicidades entre los participantes, aún a pesar de mantener los turnos de palabra. Referiré las intervenciones de personas que acuden ocasionalmente al grupo, pero que también participan en otros y, *last but not least*, los formalismos e intervenciones de los servidores-responsables¹⁰⁸ de los grupos. De hecho transcribiré, con criterios

¹⁰⁵ La asociación alcoholismo-enfermedad se repite machaconamente y con los meses voy adquiriendo la certidumbre de que ese dualismo sirve de apoyo emocional frente a la propia construcción y autoconciencia del estigma que acompaña a las personas dependientes del alcohol, aunque hayan abandonado su consumo definitivamente.

¹⁰⁶ Éste será un *leitmotiv* en mi experiencia global en AA, presente también en todos sus textos.

¹⁰⁷ La negatividad utilizada al hablar de los tratamientos biomédicos para solucionar la dependencia alcohólica, será una constante en los grupos AA en los que he trabajado, a excepción del Z.

¹⁰⁸ Reiteramos la incomodidad que se vive en AA cuando se intenta definir al *alma mater* de un grupo ya que formalmente no debería existir esta figura. Para diferenciarla de los “servidores” en general, que

moderadamente exhaustivos, todo lo que, bajo mi opinión, considere relevante a efectos de la investigación. Asimismo relataré, y este es un punto crucial, los inicios en el grupo de nuevos miembros y se comentarán, asimismo, las bajas que se vayan produciendo, aunque lamentablemente sin poderles atribuir una causalidad específica y ni tan siquiera poder catalogar dicha baja como definitiva o temporal.

Quedaría incompleta esta primera panorámica de un grupo de AA si no hiciera mención a lo que podríamos llamar su escenario. La sala donde se desarrolla la reunión está presidida invariablemente por sendas fotografías de Bob y Bill (son las “canónicas”, por ser siempre las mismas en cualquier grupo estudiado).¹⁰⁹ Casi nunca están ausentes dos cuadros enmarcados con el contenido de los 12 Pasos y las 12 Tradiciones. También enmarcado está el logo de AA en forma de triángulo. Asimismo se observan, pegados en las paredes, ciertos eslóganes como: “lo primero, primero”, “vive y deja vivir”, “poco a poco” (AAWS, 2008:125) o “sólo por 24 horas”, eslogan de aportación históricamente más tardía (Kurtz, *op. cit.*). Se trata de una recomendación que tiene la finalidad de evitar una sensación de corte inmediato con la bebida en el caso de los recién incorporados a cualquier grupo. Suele también estar colgado el texto íntegro de la Oración de la Serenidad, así como puede observarse un panel donde se anuncian noticias de prensa, convocatorias de efemérides en los grupos (aniversario fundacional del grupo, jornadas de reflexión, etc.). Asimismo se exponen detalles de las aportaciones económicas de los grupos dentro del área comarcal que corresponde al grupo en cuestión (en los estudiados correspondía en principio a Barcelona Ciudad), aunque cada grupo tiene su particular forma de

pueden actuar como facilitadores o coordinadores de una sesión en concreto o en otros cargos grupales: tesorero, p.e. Proponemos la acepción **responsables** del grupo, aunque este término no será aceptado *de iure* en AA. En cualquier caso, y a diferencia de las otras funciones atendidas rotatoriamente por voluntarios-servidores, la de responsable suele recaer siempre en la misma persona que, en muchas ocasiones, fue la que inició las actividades del grupo. En la parte 3.11.c) trataremos del proceso de formación de un grupo de AA.

¹⁰⁹ Imágenes A.

decorar la sala. Existe una pequeña vitrina o armario donde hay un cierto stock de los libros de AA que se venden a precios asequibles y una mesita en la que pueden autoservirse gratuitamente bebidas refrescantes, agua, té y café, junto con alguna golosina como caramelos o galletas. Estos consumibles se pagan con las aportaciones del grupo según la Tradición 7 (Anexo XI). En el grupo X había, colgado en la pared, un gráfico sobre número de participantes en AA Barcelona, pero tenía una antigüedad de unos 10 años. Como ya se ha mencionado, la institución no lleva control de entradas, salidas, tiempo de permanencia, sobriedades alcanzadas ni filiación de las personas que frecuentan un grupo concreto. Ocasionalmente algún miembro puede dejar su teléfono, pero no es frecuente el intercambio grupal, salvo en casos de proximidad amistosa, desarrollada a través de un dilatado tiempo de convivencia en el grupo o cuando se plantea la figura del padrino o *sponsor* (AAWS, 2008c:50-55).

El padrino suele ser un veterano que se ocupa de aconsejar a los nuevos miembros de forma personal y al margen de las reuniones. Hay disparidad de criterios sobre el momento de plantearle a un miembro la necesidad de tener un padrino, y la mayor parte de las veces es el propio interesado quien lo solicita bien al responsable o a quien desearía que fuera su padrino o madrina. La relación no suele ser pública, ya que no es frecuente que el grupo conozca en detalle las relaciones de padrinazgo. Es un hecho conocido y comentado informalmente, que el tándem presenta problemas de sintonía con una cierta frecuencia, atendiendo a las personalidades y características socio-culturales de ambos miembros. El padrinazgo es una relación de persona a persona. No hay padrinazgos grupales. Suelen empezar y terminar de común acuerdo entre los dos miembros que desarrollan la experiencia. A pesar de ser un tema comentado con frecuencia, no me consta que dicha figura tenga una gran influencia en el desarrollo del itinerario curativo de la mayoría de PDA. Según el grupo suele mencionarse este aspecto con mayor o menor frecuencia. Nunca estuvo presente dicha mención en el grupo Z, pero era

bastante frecuente en el Y, especialmente entre el género femenino.

Las cifras que he mencionado al inicio de cada una de las dos reuniones ponen de manifiesto tres consideraciones:

- El grupo X era de un tamaño medio de unas 15 personas (por las características de los otros grupos frecuentados el X se podría considerar de tipo medio en cuanto a número de asistentes).
- La relación de género giraba en torno al 80/20. Cada grupo tuvo su relación particular, pero ésta suele coincidir con lo observado en el grupo Z y en el CAS).
- El número relativo de fumadores suele ser elevado. La mayoría de terapeutas consultados indican esta característica en todos los grupos de ayuda a la deshabituación, sea cualquiera el modelo terapéutico considerado. Esta característica se repetirá en Y y Z.

Una mayoría de participantes asumen violencia verbal o física en periodos de dependencia activa (Menéndez, 1996:31). El caso más comentado por el interesado es el de Bernardo quien afirma que tiene avisada a su mujer que, si un día le ve beber de nuevo, haga inmediatamente la maleta (sic) y se marche de casa (Sánchez, 2003:84-85).

El papel de Javier, matizando y reforzando los mensajes del grupo me parece que puede ser indicio de que realiza la función de “contramaestre” como se pondrá de manifiesto unos días más tarde cuando se le pidan, por parte de Bernardo, unas informaciones de la reunión de coordinación de los grupos de Barcelona y en la que él representa al grupo X.

Buena parte de los participantes menores de 50 años narran multiadicciones a sustancias, especialmente asociando alcohol y cocaína.

Manu, hombre de unos 30 años que suele acudir con asiduidad al grupo, y que acostumbra a reunirse con su pareja a la salida de las sesiones, presenta un comportamiento algo ausente y sus narrativas tienen un desarrollo errático y aturdido. Todo ello hace pensar en la posibilidad de algún trastorno conductual. Está simultáneamente en tratamiento en un CAS. Cuando menciona alguna circunstancia sobre su medicación Bernardo interviene invariablemente para puntualizar que no se deben mencionar medicamentos en AA. Una intervención suya hacía temer una posible recaída:

“Hoy estaba en mi casa inquieto sin saber qué hacer. He ido a un bar y me he tomado tres cervezas sin alcohol.”

“Si bebes cerveza 0% es que tienes en la cabeza la otra cerveza y la cabeza está demasiado cerca de la boca –afirma Bernardo de forma gráfica señalando, con su mano, la frente y la boca–.”

“Piensa que esta oportunidad que te ofrece AA es como un tren que tal vez sólo pasa una vez en tu vida –terció Javier a continuación– y tal vez no vuelva a pasar otra vez. Debes tener en cuenta que los alcohólicos tienen un camino que termina con tres salidas fatales: la muerte, la demencia o la delincuencia.”

Las intervenciones de los veteranos, especialmente de Javier y Bernardo, suelen tener un carácter admonitorio. Se asemejan a lo que un menor podría oír en boca de unos progenitores asustadizos, para advertirle, en forma dramática, de los peligros de la vida, infundiéndole el temor a daños futuros. Me queda un regusto paternalista; a la vieja usanza.

Durante las primeras sesiones estuve preocupado por una cierta dificultad en entender qué había realmente detrás del programa de AA. En más de una ocasión había expresado mi convicción de que mi fuerza de voluntad me ayudaría en el mantenimiento de la sobriedad. Bernardo, que solía

lanzar ciertos mensajes al hilo de los comentarios de los participantes, y no necesariamente el mismo día en que se producían dichos comentarios, resumió, en el transcurso de la siguiente reunión, el ideario de AA sobre la voluntad con estas palabras:

“En AA no se puede hablar de fuerza de voluntad, sino más bien de buena voluntad. La buena voluntad de aquellas personas que aceptan su incapacidad para vencer el alcoholismo y su disposición a que sean ayudados por un poder superior.”

En una pausa, y respondiendo a mis intervenciones en las que pedía consejos para evitar las recaídas, me recomendó que leyera “Viviendo sobrio” (AAWS, 2008c), para que fuera entrando más a fondo en el programa de AA y a mi pregunta de si era el momento de tomar un padrino, me respondió:

“Tú estás en la fase de tapar la botella. El padrino lo plantearemos más adelante. Lo que tienes que hacer es frecuentar otros grupos para ampliar el número de reuniones semanales a las que acudes.”

Con motivo de la lectura de la obra mencionada, realicé un comentario en la siguiente reunión. Cometí posiblemente el frecuente error del etnógrafo inexperto: no asumir el extrañamiento. Con ello quiero decir que tomé un fragmento de la obra citada en que se comenta:

“... comer algo dulce disminuye la urgencia de beber.

Puesto que no somos médicos ni expertos en nutrición, no podemos recomendar que todos nosotros mantengamos una barra de chocolate en el bolsillo para masticarla cuando quiera que se nos presente el pensamiento de una bebida. ... en todas partes podemos encontrar frutas o sustitutos dietéticos de las comidas o bebidas dulces, y por eso la idea de utilizar un sabor dulce es muy fácil para todos.” (AAWS, 2008c:45).

y comenté que, según mi experiencia, no me parecía adecuado recomendar la ingesta de chocolate ya que dicho producto suele ir asociado a ciertas bebidas alcohólicas, siendo los bombones de licor los ejemplos más claros de tal asociación. Aduje, incluso, posibles diferencias culturales en el sentido de que tal vez en EE.UU. no era de común asociación el alcohol y el chocolate, siendo dicha recomendación válida allí pero no necesariamente en otros países.

En los turnos de palabra de Bernardo y Javier recibí sendas respuestas en tono reprobatorio. El primero adujo que la recomendación tenía que ver con la falta de glucosa en el organismo durante las primeras fases de abstinencia, que se compensaría por la ingesta de productos que la contienen (desmintiendo esta aseveración se puede observar que la frase final del texto anterior habla finalmente de “sabor dulce” entendiéndolo por ello una compensación placentera más que un aporte calórico al organismo a través de hidratos de carbono simples).

Javier se mostró elípticamente también contrario a mis reservas sobre “Vivir sobriamente” y volvió a argumentar la oportunidad que representa toda la experiencia de AA, que en buena medida está en sus textos. Como era frecuente en él, reiteró lo de que a veces el tren sólo se paraba una vez y había que tomar la decisión de subirse o no al vehículo de salvación que representaba AA (a esta argumentación me refería al hablar de la elipsis que se encontraba detrás de las palabras de Javier)

Observé que hacía dos sesiones que Marga no acudía al grupo. Como he comentado anteriormente no la volví a ver ni tampoco en los otros dos grupos en los que trabajé. Me quedó la sensación de que se había sentido relegada y ninguneada. Poco escuchada en definitiva. Ciertos miembros de AA. tienen suficiente compensación grupal por el mero hecho de poder expresar sus problemas sin que nadie les interrumpa, pero otras personas precisan experimentar el apoyo del grupo, sea en

sesión o en conversaciones personales en las pausas o al final de la sesión y Marga sólo había recibido atención explícita por mi parte.

Al cabo de unos diez días de sobriedad y después de las tres primeras sesiones en AA, me reuní con mi hijo mayor, ya cercano a los 40 años, y le comenté mi situación. Se sorprendió ya que no tenía sensación de que fuera dependiente del alcohol. Ello era debido a mi patrón de consumo más bien oculto. Mencionó, no obstante, que le había parecido que había bebido en exceso en el transcurso de la pasada celebración de mi aniversario.

Quise tener esta experiencia de sinceridad, igual que después repetí durante las siguientes semanas, y por separado cada vez, con mis otros dos hijos de 35 y 26 años respectivamente, porque entendí que era un anclaje emocional que podía ayudar a consolidar mi sobriedad (Esteve: 2012:19-20). En definitiva lo viví como un ritual de sinceridad y compromiso hacía las personas más allegadas, frente a las que posiblemente experimentaría una sensación de vergüenza en el caso de que volviera a beber.

Por la misma razón, y para evitar sorpresas cuando me vieran totalmente abstinentes, avisé de la dinámica en la que había entrado, a un sobrino carnal quien, después de mis hijos, es mi familiar más allegado y, asimismo, puse al corriente de la decisión tomada a dos o tres amistades íntimas, ante la sorpresa generalizada.

Este proceso de comunicación, de “salida del armario” como le expresé concretamente a mi neurólogo, lo tuve que repetir con los distintos especialistas médicos que trataban mis dolencias crónicas y con mi médico de familia. Es probable que alguna de dichas cronicidades tal vez

tenía relación directa o indirecta con la ingesta excesiva de alcohol,¹¹⁰ circunstancia que nunca fue puesta en evidencia en exploraciones ni analíticas, en parte debido a mi negación sobre consumo excesivo de alcohol.

Javier era un personaje con tres discursos recurrentes. El del último tren ya referido, el de la advertencia a terminar con un *delirium tremens* (“¿te imaginas ver la cabeza de una boa al lado de la tuya?” me dijo una vez en un tono no muy amable) y finalmente la narrativa frecuente sobre su historia personal que posiblemente explica esa visión estricta, por reparadora en su caso particular, de la Comunidad AA:

“Durante muchos años no recuerdo lo que hacían mis hijos, aunque estuviera con ellos en casa. Mi obsesión era beber y solía estar en un estado de escasa percepción de lo que pasaba a mi alrededor. La infancia de mis hijos no la viví a pesar de estar allí y suerte tuve de que mi mujer nunca me echó de casa.” (Árboles, 1995:218-219)

Uno de los días en que acababa de narrar lo anterior, pidió la palabra Pedro, un hombre de unos 45 años, con indumentaria y aspecto físico frecuentemente descuidados. Solía hablar con un estridente tono de voz utilizando palabras soeces e insultantes hacia su ex-esposa, a la que invariablemente se refería como “aquella hija de puta”. Su crítica más

¹¹⁰ Ante la pregunta de cómo las analíticas no habían puesto de manifiesto mi consumo excesivo de alcohol, debemos tener presente dos aspectos: algunas patologías propias, como por ejemplo la tendencia a niveles altos de triglicéridos y mi temprana osteoporosis, podían relacionarse con el alcohol pero no lo habían sido al negar por mi parte una ingesta excesiva. Los niveles de transaminasas, al menos en mi caso concreto, se situaban en niveles poco alarmantes, especialmente la GGT que, junto con el CDT, constituyen los marcadores más habituales del alcohol. Las transaminasas, en mi caso concreto, recuperaban valores en el límite de la normalidad con tres días de abstinencia. Antes de cada análisis (un par al año) hacía el esfuerzo, no exento de nerviosismo, de mantenerme sobrio durante los tres días anteriores a la extracción de la muestra (Ponce, 2003:253). Ello sería un aspecto particular o médico-analítico, de las tesis de Goffman sobre el disimulo.

frecuente hacía referencia a las cortapisas que le ponía para que pudiera pasar algún fin de semana con su única hija de seis años. Hubo dos intervenciones tuyas, en días distintos, que me impresionaron especialmente, por la conducta desconcertante que denotaban (Árboles, *op. cit.*):

“Las últimas veces que he tenido a la niña las he aprovechado para joder a esa hija de puta de su madre. El primer día le compré un perrito y un hámster. Pensé: ¡anda, que las cuide tu madre! El segundo día la dejé en su casa con una gata recién nacida. ¡A ver cómo se las arregla esa cabrona, para cuidar a tantos animales!”

No hubo respuesta por parte del grupo. Las siguientes intervenciones tuvieron por objeto otros temas a criterio de cada uno de los participantes. Yo me quedé con las ganas de preguntarle a Pedro si era consciente de quién era la persona a la que estaba perjudicando, pero la personalidad del individuo no parecía poder dar pie a una conversación razonable.

En la siguiente sesión Pedro contó el último fin de semana con su hija:

“El sábado por la noche, después de cenar, la dejé durmiendo en mi casa y bajé a comprar unos cartones de vino. La tienda habitual estaba cerrada y tuve que recorrerme el barrio durante un buen rato hasta encontrar un comercio abierto. Compré tres cartones. La niña seguía durmiendo cuando llegué a casa. ¡Oíd, es baratísimo: menos de cinco euros! Y la pillé buena aquella noche. ¡La pillé guapa!”

Desde mi tarea de observación puramente analítica, la intervención de Javier, en su turno, fue implacable:

“¡Eres un irresponsable, Pedro!¹¹¹ No sólo dejaste a tu hija en grave riesgo de que le ocurriera cualquier percance a su corta edad, sino que se te puede acusar de abandono de menores y, si ello ocurre, no volverás a verla nunca más.”

Javier había ido elevando el tono de la voz y las últimas palabras sonaron como un mazazo. El interpelado no pidió turno de palabra, caso de que hubiera querido replicar. Después de esa sesión no volvió a comparecer en el grupo.

En aquellas primeras semanas, y ello vino a estar presente durante todo el primer año de sobriedad, los episodios de *craving* (Becoña, 2003:190-192-203) solían ser bastante frecuentes.

Finalmente, y a través de la Asociación del Alcohólicos Recuperados TERAL, pude entrar en contacto con el CAS Horta-Guinardó (en adelante CAS H/G.) en el que se programó una primera visita para finales de octubre. En 3.1.2.b) se relatará la andadura dentro de dicha institución.

Pensé que, por criterios de honestidad, convenía mencionar dicha circunstancia al grupo de AA y aproveché la circunstancia del siguiente comentario que hizo Manu sobre su tratamiento y controles en el CAS, en el que se traslucía un cierto descreimiento en los métodos que le hacían seguir e incluso su incumplimiento del programa farmacológico que le habían asignado, como apuntó en su narrativa:

“Sigo encontrándome raro, peor que cuando empecé. He pedido que me rebajen la dosis de antidepresivo, pero la doctora no ha querido modificarla en este momento. Creo que lo haré por mi cuenta y sin decírselo. El lunes me tienen que hacer un análisis,

¹¹¹ Este tipo de descalificaciones no las he vuelto a oír ni en AA ni en los GT en general.

pero como sé que al cabo de tres días desaparecen las evidencias de haber bebido alcohol estoy pensando en tomarme una buena ración entre miércoles y jueves que al lunes siguiente pasará desapercibida.”¹¹²

Cuando me correspondió el turno de palabra, pensé en unir una reflexión sobre lo mencionado por Manu con la comunicación de mi contacto previsto con un CAS. Empecé comentando, sobre las palabras de Manu, la coherencia en seguir un tratamiento al que sólo se obliga quien lo está tratando:

“Sobre lo que ha dicho Manu, soy del parecer de que siendo su asistencia a un CAS totalmente voluntaria, no es muy lógico no seguir las recomendaciones del mismo. Si el interesado no se encuentra a gusto con el método o con los médicos creo que lo más lógico es dejar ese tratamiento y continuar sólo en AA, si aquí uno se encuentra más atendido; más cómodo en definitiva.”

y proseguí mi intervención:

“A propósito: voy a empezar una terapia en un CAS, que consideraré complementaria y paralela a la que sigo en este grupo. Lo he decidido así ya que los aspectos exclusivamente orgánicos creo que también deben seguirse en un proceso de deshabitación¹¹³ y ello me lo puede proporcionar el CAS.”

Posiblemente algunas de las palabras pedidas estaban destinadas a otros temas, pero las dos intervenciones que siguieron a mi declaración

¹¹² Recordemos su mención a estar bebiendo cerveza sin alcohol.

¹¹³ Nunca experimenté un SA claro, ni seguí ninguna medicación salvo un tratamiento antidepresivo que ya había seguido en otras ocasiones antes de estar sobrio, pero indirectamente. Ello enlazaría con los SA llamados “tardíos” (p. 39), ya que experimenté un proceso de estreñimiento severo y permanente que tardó más de un año en desaparecer, después de múltiples visitas a especialistas y de ensayar varios fármacos. En mi caso la expresión del SA fue, posiblemente, ese pertinaz desarreglo intestinal.

incidieron todos ellas en lo que yo acababa de decir:

“Haz lo que quieras, pero yo no lo haría porque no sirve para nada”.

Quien eso afirmó fue Juanma, visitante ocasional del grupo y que mantenía una buena relación a través de Bernardo había sido consumidor de varias sustancias, simultáneamente con el alcohol. Las dos veces que le escuché mencionaba, muy de pasada, la muerte de su hijo de la que nunca me quedó claro cuál había sido la causa. Era un hombre en el que siempre me pareció observar un poso de gran tristeza, a pesar de que su forma de hablar engolada y con una cierta prepotencia parecía querer tapar ese rescoldo trágico posiblemente por dicha circunstancia familiar.

Sobre mi decisión, Bernardo apostillo, con semblante más serio de lo habitual:

“Es un error. No te aportará nada que no puedas encontrar aquí y te atiborrarán de pastillas. Si tienes preocupaciones sobre tu estado de salud, lo más lógico es acudir a tu médico de familia”.

Esas palabras casi coincidieron con el final de la sesión. Bernardo se dirigió a mí a su finalización. Con visible nerviosismo y con palabras que me parecieron sorprendentes, empezó por comentarme que él era una persona muy inteligente (sic) con un CI. de 135 (recuerdo que le dije que lo celebraba, no sin un asomo de cinismo) y continuó hablándome, en forma brusca, afirmando que yo no había entendido nada de AA y que seguía sin humillarme al entrar por la puerta (seguía señalando el dintel con su dedo índice), lo que era claro indicio de que tenía que bajar mi ego (sic) y que, si tenía cualquier intención de emprender otro camino para superar mi alcoholismo, lo que debía previamente hacer era preguntar a los veteranos del grupo, los cuales tenían una larga experiencia en los

fracasos de la medicina en solucionar el alcoholismo.

Parece claro, y aquí me permito un suave matiz valorativo, que no se puede nombrar la sogá en casa del ahorcado (Foucault, 2012).¹¹⁴

En la siguiente reunión, a la que llegué antes que Bernardo, éste me saludó efusivamente pero con un escueto: –“*Jaume!*”. Le respondí correctamente. Pareció su intento de normalizar (o ironizar) una situación que, según yo pensaba hasta entonces sobre AA, no debía haber merecido ningún comentario; me refiero al comentario de mi decisión de tratarme en un CAS.

Emma llevaba unos pocos meses en sobriedad. Ya formaba parte del grupo cuando yo me incorporé a él. Debía estar cercana a los 30 años y su forma de expresarse solía ser vehemente y bastante brusca. En las primeras ocasiones en que la oí expresarse, tachaba duramente la actuación de su padre por inmiscuirse en su vida privada. El calificativo de “ese hijo de puta de mi padre”, junto con un vocabulario lleno de tacos lo utilizó en las dos o tres primeras reuniones a las que yo asistía. En las siguientes sesiones observé que dicho lenguaje se había suavizado.

En Emma, a pesar de llevar poco tiempo en el grupo, se evidenciaba que era persona de la confianza de Bernardo y Javier. En una ocasión entró en la sala, ya empezada la sesión, una mujer estadounidense. Se sentó a mi lado, y me dirigió unas preguntas con una evidente dificultad para hablar en español. Le respondí en su idioma, pero me fue retirada inmediatamente la palabra a través de Emma, por encargo gestual de Javier, que soltó un chasquido al observar mi intervención. Emma, que también hablaba inglés, se la llevó de la sala para hablar con ella. La

¹¹⁴ Cito a Foucault para interrogarme sobre si “Vigilar y castigar” se aplica sólo al Estado o cualquier Comunidad que profese dogmas y quiera eliminar la disidencia interna practica lo mismo.

mujer no volvió al grupo, aparentemente por incompatibilidad con los horarios del mismo, según Emma.

Bernardo era su padrino, al menos así se deducía de su relación durante las reuniones del grupo. Posiblemente la moderación en el uso de adjetivos duros fue debido a una recomendación en este sentido por parte de él, el cual, de utilizar algún taco, lo hacía simplemente para reforzar algún concepto, pero no como forma habitual de hablar. Emma era lesbiana,¹¹⁵ vivía en pareja, y continuamente se quejaba de que se sentía utilizada por su compañera que la hacía madrugar –Emma estaba en paro–. Las narrativas de esa participante denotaban un carácter agresivo y en oposición habitual hacia todo y hacia todos, excepto un trato deferente que concedía a Bernardo.¹¹⁶ Parecía insegura y, con motivo de un corto viaje que realizó a Sevilla, se mostraba muy orgullosa de haber podido compartir momentos de ocio con grupos que tomaban alcohol en cantidades importantes, según sus palabras:

“Había una movida gorda en torno a los finos, a la cerveza y al alcohol en general, pero yo sin inmutarme: con mis coca-colas y tan tranquila.”

David se presentó en una reunión sin, a mi parecer previo aviso, aunque entendí que lo solía hacer algunas veces al año. Refirió su agradecimiento a AA y al poder superior por haber podido superar lo que él llamaba su comportamiento “Jekyll-Hyde”:

“Ya sé que mi caso no es habitual, pero siempre lo he vivido como una manifestación de doble personalidad que no pude

¹¹⁵ Tres años después de esta reunión he podido verificar que Emma sigue anunciando su orientación sexual en cada intervención suya en AA.

¹¹⁶ Referiré un incidente con ella y con Bernardo, que coincidieron un par de veces conmigo en el grupo Y.

quitarme de encima hasta que entré en contacto con AA. El poder superior me ayudó en ello, no cabe duda, sino seguiría con esa pesadilla.

Solía ocurrirme cada dos o tres meses, incluso a veces con mayor frecuencia. En el intervalo entre cada episodio yo era una persona sobria y tranquila, incluso con una vida familiar normal.

Llegaba un día –no me preguntéis la razón aunque lo achaco a una intervención diabólica– en que súbitamente sentía un impulso incontrolable, que no podía parar, de huir de mi ambiente habitual y sumirme en una larga juerga que representaba alcohol, sexo y juego. Con ello quiero decir que montaba en mi coche y ya entonces descorchaba una botella de cava. Me iba hacia una zona de bares de alterne, a los que ya llegaba con bastante alcohol en el cuerpo, y seguía bebiendo compulsivamente. Alternaba con sexo contratando a profesionales del lugar. Cambiaba de zona al cabo de unas horas, pero bajo el mismo modelo. Si en algún bar encontraba una máquina disponible, jugaba también compulsivamente. No dormía en absoluto y esta especie de frenesí venía a durar unas doce horas. Por agotamiento físico se acababa aquel impulso imparable. Regresaba a casa y volvía a ser la persona habitual. Y así hasta la siguiente vez que se presentaría como las ocasiones anteriores, de improviso.”

Refirió la misma historia en otra comparecencia esporádica en el grupo y también en Y, con motivo de una sesión informativa pública para presentar las actividades de AA y en la que participó como miembro informante. Su manera de hablar y su aspecto eran los de un hombre convencional. Aparentaba ser de mediana edad y era algo corpulento. No se desmarcaba en ningún aspecto de lo que, convencionalmente en

nuestra sociedad, entendemos por una persona corriente.¹¹⁷

En esta misma reunión, en realidad en todas ya que nunca faltaba, se encontraba Santiago, persona de unos setenta años, que casi siempre apostillaba las intervenciones, con tres o cuatro afirmaciones reiterativas y propias de AA. A pesar de formar parte del núcleo estable de X, nunca le vi ejercer ninguna labor de coordinación. En esta ocasión comentó:

“Conozco a más de uno que se pasa todo el día enganchado al ordenador, viendo videos porno, especialmente sobre orgías. No es de extrañar que después ocurran ciertas cosas.”

Sus intervenciones solían ser irrelevantes, aunque animadas de una cierta comicidad. Era un hombre de aspecto afable y de talante bonachón. Siempre refería que un médico le había dicho que –“fíjate tú”, afirmaba escéptica y críticamente con la medicina– el alcoholismo tenía cura. Lo contaba añadiendo que visitaba al médico acompañado de su madre, ya siendo ella muy mayor. El patrón de Santiago había consistido en beberse media botella de brandy cada día. No prosperó la cura prometida y AA le proporcionó la forma de abandonar la bebida. Solía tomar varios cafés en el transcurso de la sesión. Su vestimenta estaba muy raída –siempre le vi con el mismo jersey el cual lucía unos puños apolillados–. Posiblemente era un jubilado con escasa pensión y cuya tertulia sin ningún coste se las proporcionaban las dos reuniones semanales del grupo. Hablaba de algún encuentro con alguna antigua PDA, pero daba la impresión, por sus breves comentarios sobre sí mismo, que vivía solo y su referente social era AA. Posiblemente frecuentaba más de un grupo, aunque nunca le vi en los dos a los que a continuación acudí, ni él mencionaba ninguno en particular. De alguna manera ofrecía, en la mayor parte de sus

¹¹⁷ Este patrón de consumo entraría dentro del que le hemos adjudicado en nº 5, “consumidores secuenciales”, en la p. 47. Aún a pesar de haberlo catalogado como un patrón de consumo en el caso del alcoholismo, nos preguntamos si a tal patrón le corresponde la consideración de una “dependencia del alcohol”.

intervenciones que solían ser breves pero de buen tono, un cierto contrapunto hilarante dentro de un grupo más bien de talante poco dado al humor.

Claudia solía comentar su experiencia con la bebida a partir del momento en que su marido le había planteado el divorcio para iniciar otra relación. Era su tema recurrente aunque no utilizaba palabras duras con él, pero era evidente el rencor que le guardaba. Según su relato, el alcohol había aparecido como un problema desde hacía cinco años coincidiendo con la separación (Esteve, 2012:14).

No era de Barcelona y había cambiado de población para evitar coincidir en la pequeña localidad en la que vivía, con su ex-marido y su nueva pareja. Refería que frecuentaba otro grupo, y que un miembro del mismo le había propuesto iniciar una relación a la que ella se había opuesto (AAWS, 2008c:102-105)¹¹⁸ Lloró ostensiblemente cuando anunció que tal día como el de aquella sesión hacía seis meses que había dejado de beber. Posteriormente la encontré en el grupo Y. Su actitud en el mismo era más abierta que en el grupo X.

Otra mujer que frecuentó el grupo durante las últimas cuatro semanas en que yo todavía acudía a él fue Jaqueline, persona muy discreta y que aparentaba unos cincuenta años. Posiblemente había acudido al mismo en otras ocasiones ya que no fue presentada en primer día que la vi aparecer en una sesión. Su discreción era posiblemente timidez ya que nunca hacía uso de la palabra. Al salir íbamos andando juntos a lo largo de una manzana de casas. Ella tomaba un bus y yo continuaba hasta la

¹¹⁸ AA, si bien no puede impedirlo, desaconseja las relaciones sentimentales entre miembros del mismo grupo, como mínimo. Incluso la figura del padrinazgo se suele organizar en torno a géneros iguales. Una excepción era la de Bernardo con Emma. Mi opinión, por el comportamiento que le observé, era que el primero era proclive a flirtear con mujeres, hacia las que nunca le oí palabras duras o críticas, como las que en otras ocasiones utilizó con los hombres o cuando hablaba al Grupo en general.

cercana parada del metro. Recuerdo que un día le insinué sus silencios y respondió muy sinceramente y sin que le molestara mi pregunta:

“Me cuesta tanto empezar a hablar, y tener que decir en voz alta que soy alcohólica, que prefiero permanecer callada y escuchar vuestras palabras. Con ello ya doy por bien empleadas las dos horas de cada reunión”.

En las últimas dos semanas de mi participación en X tuvimos una nueva usuaria con características especiales: Gema, que se autodefinió como parapsicóloga. Con evidente nerviosismo por parte de Bernardo y Javier, siempre tenía su móvil conectado¹¹⁹ aludiendo a que su madre estaba muy enferma, aunque en ocasiones salía de la sala para responder a alguna llamada argumentando que eran personas que ella trataba.

Gema tenía unos 55 años y era extremadamente locuaz y movida. Su tono de voz era histriónico y ello contribuía a tensar la reunión. Acaparaba mucho tiempo en sus narrativas que las expresaba en tono dramático.

“En mi casa está mi madre que es ya muy mayor. Está enferma y sólo yo me ocupo de ella. Estando aquí en realidad estoy más pendiente de ella que de vosotros. Aunque estoy casada es como si no. Sólo sé que hay un señor que anda por la casa y con el que no cruzo palabras. Beber me ha servido para sobrellevar toda esta situación (Esteve, 2012:14).¹²⁰ Perdonad que hable de esta manera pero estoy muy nerviosa.”

El grupo se encontraba incómodo y cohibido, y ello era visible a través de ciertas expresiones y también por el lenguaje no verbal. Gema nunca pronunció “...y soy *alcohólica*” al comenzar sus intervenciones, a pesar de

¹¹⁹ En las reuniones de AA es norma tenerlos desconectados o en silencio.

¹²⁰ Dentro de las frases elocuentes y pedagógicas que utiliza AA para llegar con facilidad a su auditorio, denomina “la trampa del subjuntivo” a estas narrativa de “si no fuera por” (AAWS. 2008c:105-108).

que se le recordaba. Entiendo que estaba tan concentrada en lo que empezaría a decir que dicho protocolo se le olvidaba. El de Gema fue uno de los casos en los que observé, tal vez con mayor evidencia, la necesidad humana de contar (compartir¹²¹ sería la palabra utilizada en el grupo Y), aunque ese compartir en su caso parecía que sólo estaba destinado a poder narrar su amargura, frente a un auditorio que no la interrumpiera.

La segunda vez que acudió al grupo, coincidió con un hecho curioso y que afecta a los aspectos financieros de AA. Habitualmente no se hablaba nunca de dinero durante las sesiones, salvo cuando se aludía a la 7ª Tradición que representa pasar el calcetín en la pausa y hacer público lo recaudado al inicio de la segunda parte de la sesión. Coincidiendo con la entrada de Gema en la sala, Bernardo estaba haciendo un comentario previo al inicio de la sesión, a mi parecer con palabras no muy afortunadas por lo que podía deducirse en ellas, sobre ciertas indicaciones de la coordinadora del área de Barcelona de AA:

*“Me han avisado de “la central”¹²² acerca de que no se están cumpliendo los objetivos de este año, por lo que pido al grupo que se esfuerce en las aportaciones al calcetín durante las próximas sesiones”.*¹²³

Con rapidez y ostentación, Gema abrió su bolso, sacó el billetero y dejó, con un sonoro golpe de mano, un billete de 10 € encima de la mesa. Bernardo sonrió, posiblemente por las formas empleadas, y vino a decirle que no hacía falta tanta rapidez, siendo la pausa el momento para hacer la donación.

Emma utilizó su turno de palabra para proponerle a Gema que acudiera

¹²¹ El boletín bimestral de AA España lleva por título “Compartiendo”.

¹²² En realidad aludió a la calle de Barcelona donde se encontraba dicha central, que no menciono por motivos de anonimato.

¹²³ Este comentario se repetirá en Y y será objeto de comentario en 3.1.1.c).

también a otro grupo (se refería al Y donde coincidí en un par de ocasiones con ambas). La argumentación de Emma era la siguiente:

“ ... y creo que te encontrarás bien allí ya que, a diferencia de este grupo en el que hay mayoría de hombres, allí es al revés e incluso la mayor parte de servidores son mujeres.”

Pensé que era una estrategia, comentada dentro del núcleo estable de X, para repartir la participación de Gema entre más de un grupo, ya que su presencia había introducido una dinámica muy extraña en el grupo.

Mi última sesión en dicho grupo coincidió con una larga narrativa de Gema repitiendo su argumentario, que finalizó con estas palabras:¹²⁴

“ ... ése que digo siempre que anda por casa. Yo le llamo El Huésped del Sevillano.¹²⁵ Está allí, como si fuera en una posada, come y bebe a mi costa y no se puede contar con él para nada”.

Pensé que por ser el último día no merecía la pena quedarme hasta el final y marché 10 minutos antes de terminar. Era habitual que más de un participante marchara antes de terminar la reunión e incluso algunos de ellos sólo asistían a la primera de las dos partes de la misma.

A pesar de haber simultaneado el último mes con el grupo Y, permanecí en X hasta completar algo más de dos meses. Tal vez hubiera continuado un tiempo más, pese a que no me sentía a gusto en el mismo por intuir una cierta animadversión en Bernardo y Javier debida a mis intervenciones y actitudes no acordes con su estricta visión del ideario de AA. Pero tal vez lo que definitivamente motivó que dejara el grupo, en aquel momento concreto, fue la presencia de Gema y la tensión

¹²⁴ Como se irá observando la reiteración temática suele ser una constante en AA.

¹²⁵ Alude al título de una conocida Zarzuela.

permanente que su presencia generaba en las sesiones.

Igual que realizaré con los otros dos grupos, haré un breve resumen cuantitativo –los aspectos cualitativos se plantearán más bien en 3.1.1.c) y 3.2– de ciertos parámetros del grupo que, por las razones ya mencionadas, no suelen ser recogidos por la institución:

- Tamaño medio del grupo X (asistentes/sesión): 15 personas de las cuales 20% del género femenino.
- El núcleo estable mantenía nominalmente larga sobriedad: 6 personas con más de 2 años,¹²⁶ llegando algunas de ellas a largas abstinencias de más de una década: caso de Bernardo, Javier o Santiago. El resto eran de sobriedad relativamente reciente y, en general, inferior al año.
- Dentro de la dificultad en “contabilizar” entradas y salidas, al no saber la procedencia ni el destino de los usuarios, en general por falta de comunicación de dichos datos, se hace difícil una resultante cuantitativa. El balance al final del periodo, sin considerar asistencias puntuales cuya pertenencia a otros grupos era conocido, como la de quien nos refirió su problemática cercana a Hyde, sería el siguiente:
 - Personas que entraron: 5
 - Personas que salieron: 5

AA mantiene la recomendación –en mi opinión diría que casi el mandato imperativo– de acudir regularmente a las sesiones por un tiempo indefinido¹²⁷ que, en el ideario de la Comunidad, significa **para siempre**.

¹²⁶ La psicóloga Emilia, del CAS, en una sesión de tratamiento, corroborado por la Dra. Melina que también me atendía, mencionaban un periodo de crisis de sobriedad en torno a los dos años. Ello podría explicar la inflexión de personas que siguen asistiendo a las sesiones de AA habiendo superado este escalón temporal.

¹²⁷ Me sorprendió inicialmente que, en el curso de mi tutoría-entrevista con E.L. Menéndez el 18 de mayo de 2011, este investigador se inclinara por hacer la misma recomendación. En ello entraremos

Siendo discutible esta práctica, en éste y en el resto de grupos se observa la brecha descrita entre los usuarios de sobriedad corta y los de larga sobriedad. Creo que la evidencia impone la consideración de que dicha recomendación es seguida por una minoría de miembros de AA, ya que de otra manera no habría locales con amplitud suficiente para acoger a los miembros veteranos de décadas pasadas. Si ello indicaba retornos importantes al consumo, o cansancio en acudir a sesiones donde la temática suele ser recurrente por parte de quienes han consolidado una sobriedad, resultaba una pregunta difícil de responder para mí en aquel estadio de conocimiento de AA. Posteriormente sólo he observado un par de casos de personas que acuden muy raramente al grupo (semestralmente o tal vez anualmente) con sobriedad prolongada y que van a las sesiones más en razón a un deseo de saludar a sus antiguos compañeros de grupo que para reforzar una situación de sobriedad ya aparentemente consolidada.

ii. Grupo Y

Ya desde el primer mes en AA, y por consejo de Bernardo, había simultaneado el grupo X con el Y. Este último desarrollaba sesiones todos los días de la semana, excepto los viernes. Disponía de un local alquilado a una parroquia católica, local que utilizaba en exclusiva ya que en el mismo se reunían otros grupos de AA. Había alguno durante la mañana, aunque la mayoría se reunían al final de la tarde. Las sesiones incluían sábados, domingos y festivos. Es el único de los tres grupos en la puerta de cuyo local figura el logotipo de AA.

Llamé a Rosa, como responsable del grupo, para anunciarle que acudiría

tanto en 3.2 como en las Conclusiones, pero mi punto de vista es que estamos analizando diversos planos personales, sociales y “médicos” de la dependencia del alcohol. Para ciertos casos, donde sólo hay dos opciones: el beber descontrolada y abundantemente o una sobriedad estricta difícilmente mantenida, tal vez esta recomendación de Menéndez, que es también la de AA, es la única garantía de supervivencia física para una determinada “tipología” de PDA, aún aceptando recaídas ocasionales.

a las reuniones a partir de una fecha determinada. Al llegar al local me sorprendió el número de personas que ya se encontraban en él, aún faltando 10 minutos para empezar. Saludé a Rosa, mujer de unos 75 años, que me pareció una persona cálida y asequible. Contrariamente a Bernardo no me pidió ninguna explicación previa salvo mi nombre, si bien había que considerar que le había anunciado que ya participaba en otro grupo. Como hice con el X, tal vez la mejor carta de presentación que puedo hacer del grupo Y es transcribir íntegramente mi anotación en el Diario de Campo sobre la primera reunión a la que asistí:

22.10.09 – AA, Y (19-21 h.)¹²⁸

Se repite el mismo esquema en la decoración del local que en X. Fotos de los fundadores de AA y citas alusiva al programa.

38 personas (13 hombres). Se observa una edad promedio de unos 50 años, con dispersiones importantes, pero minoritarias. Protocolo inicial y final igual que en el otro grupo. Aquí se propone inicialmente un tema relacionado con los pasos, para que los que lo deseen debatan alrededor de su significado, pero la sesión está abierta a comentarios personales ajenos al paso. Se inicia precisamente anunciando un turno de inquietudes, previo al tema del día. Varias intervenciones femeninas con comentarios de su vida privada con o sin referencia al alcohol (vida sentimental, enfados por turno de cola en la compra, hijos, actitud con los padres, etc.). Algunos comentan el paso del día, el 8: "Reparar el daño cometido a otras personas". La opinión mayoritaria es que cuesta mucho pedir perdón, pero asumen que ayuda a la normalización psicológica. Las intervenciones implican sólo a un 30%-40% de los participantes. Una mayoría del Grupo suele mantenerse silenciosa.

El ambiente es positivo y esperanzado. No hay discursos dogmáticos o catastrofistas, ni apariencia de personas que tengan patologías paralelas. Reconocen, casi en todas las intervenciones –de menor duración que en el grupo anterior por razones de mayor asistencia–, la existencia de tendencias anteriores y actuales a tomarse a la tremenda los pequeños contratiempos cotidianos.

¹²⁸ Grupo ubicado en una zona urbana de estrato social medio-bajo. En el barrio hay una colonia gitana. Alrededor de un 10% de las personas participantes pertenecen a esa etnia.

Después de la pausa desaparecen aproximadamente un tercio de los asistentes. Se recauda en torno a los 19€.

Las palabras rituales finales son las mismas que el grupo X, pero la oración se pronuncia con los asistentes en pie, formando un círculo y con las manos entrelazadas.

La responsable del grupo previamente contactada, Rosa, me saluda amablemente al inicio. Me presenta al grupo y al final me pregunta qué me ha parecido y me anima a seguir asistiendo. Es una persona cálida y sencilla.

La presencia mayoritaria de mujeres me ha parecido que podía estar en la base del diferente tono ambiental del grupo. En esta primera reunión he observado una mayor participación relativa de mujeres las cuales, por otro lado, son las que llevan la mayor parte de funciones auxiliares (servidores en la terminología AA) del grupo. Rosa no suele intervenir salvo si tiene que comentar algún aspecto organizativo o para comunicar algún noticia interna de AA. La disposición de la sala es más bien del tipo “aula”: una cabecera donde se sienta la persona que modera –utiliza para ello una pequeña mesa de la que cuelga un pizarrín donde se anota invariablemente el tema de debate–, mientras que a derecha e izquierda suelen situarse varios asientos móviles que suelen ocupar personas del núcleo estable (en Y serían entre 8 y 10 personas, básicamente del género femenino). El grueso de los asistentes están situados frente a dicha zona, ocupando tres filas de sillas individuales. En un extremo está la zona de bebidas frías y calientes. Existe también la vitrina con literatura de la Comunidad que se puede adquirir durante la pausa. La sala dispone de un WC. propio.

En el descanso la mayor parte de las personas asistentes salen a la calle para fumar o charlar de pie. El porcentaje de fumadores es importante, como en la mayoría de los GT que iremos conociendo.

Encuentro a Claudia del grupo X, así como a Trini, otra chica de mediana edad, también asistente ocasionalmente a X y de la que no había hablado en su momento. Emma, también del grupo X, aparecerá en la segunda o tercera sesión de las que yo acudía al grupo. Inicialmente mi participación consistió en acudir a dos reuniones semanales (totalizaban cuatro si consideramos las otras dos en X). Al dejar X pasé a una frecuencia de tres veces por semana. Este grupo, el Y, era de los que mayor participación tenía en la ciudad (me baso en los testimonios de otros miembros que conocían más grupos). Ello tenía todavía más relevancia si se valora que en Y había sesiones durante todos los días por semana.

Transcribo integra la reseña de la segunda reunión en el grupo Y. A partir de este punto procederé, expositivamente, como en el apartado dedicado al grupo X:

27.10.09 – AA, Y (19-21 h.)

35 personas (16 hombres). Dos asistentes masculinos, ex-heroinómanos, comentan ser seropositivos. Uno preocupado pq el último análisis revela aumento de indicadores. Ambos asumen que han dejado todas las adicciones, incluido el alcohol y que viven mucho mejor. Uno de ellos, Tomás, de nacionalidad portuguesa, es consciente de que la sobriedad le hace ser más cauto en sus actitudes y en el trato con compañeros dentro de su trabajo. Miguel, de etnia gitana y asiduo al grupo, comenta que en sus viajes a su ciudad de origen en el norte de la península, había recaído al recuperar su entorno habitual de amistades.¹²⁹ (Ramírez, 1984:213-220; Esteve, 2012:12)

Una mujer, Yolanda, se muestra preocupada por sus frecuentes lapsus de memoria, iguales a los que tenía cuando bebía.

Hay varias intervenciones señalando la calidez de este grupo, en relación a otros frecuentados.

El tema del día es “La Humildad”. Se producen varias intervenciones asumiendo falta de humildad, a pesar de comprender su importancia. Aunque también se reconoce un camino hacia ella a partir de la sobriedad. Dorotea, un chica

¹²⁹ Este hecho podría considerarse deudor del concepto de “memoria adictiva”.

menor de 30 años, celebra sus 6 años de sobriedad. Comenta el agradecimiento a AA,¹³⁰ ya que había estado en riesgo grave de salud.

La media de edad de ambos géneros, pero especialmente del masculino, suele ser elevada. Los mayores reconocen un largo periodo de sobriedad, sin ocultar recaídas. Suele comentarse, por lo oído hasta este momento, mayor número relativo de recaídas entre las mujeres, con abandono temporal del grupo por vergüenza a confesarlo. Uno de los seropositivos, Daniel, en régimen abierto en la cárcel Modelo, asume haberse tomado hoy una cerveza al salir a la calle.¹³¹ Comenta su soledad y sus múltiples problemas en varios ámbitos: judicial, económico, familiar, etc. y agradece que por primera vez pueda ser escuchado y alguien se ocupe de él.

Intervengo al hilo de los temores de recaídas, sus motivos y las adicciones alternativas como señal de que el problema de fondo que conduce a las adicciones no se ha solucionado. Menciono que sin un “conócete a ti mismo” es difícil llegar a la humildad.

Hablo con Trini, que sólo había visto el primer día en X. Me comenta que suele frecuentar más de un grupo y que ha estado varios días sin acudir ya que tuvo una contractura cervical por aparente somatización de problemas emocionales.

Se recogen unos 19€.

A la salida me aborda Fermina, gallega de unos 50 años, para decirme que voy muy avanzado o que he leído ya mucho. Le comento que he tenido muchos años para hacerme cargo de mi adicción y tomar una decisión, y todo ello acompañado de reflexiones sobre los porqués y mi propia personalidad. Me dice que ella también dejó el alcohol antes de acudir a las reuniones, pero que le sorprende mi discurso que considera culto. En un momento determinado le digo que no soy ningún “bicho raro” motivo por el que se muestra molesta alegando que no ha mencionado esta palabra. Veo que es una persona muy celosa de su trato con los demás; posiblemente muy susceptible también. Le

¹³⁰ Este grupo, a diferencia de los otros dos, suele celebrar el cumplimiento de años de sobriedad a petición de los interesados. La celebración consiste simplemente en recordarlo (mensualmente se cuelga una lista del panel con la lista de aniversarios del mes) y dar especialmente la palabra a la persona que celebra dicho aniversario.

¹³¹ Al cabo de un par de semanas, este participante acudirá a una sesión, visiblemente bebido, para anunciar que dejaba el programa de AA definitivamente dada su incapacidad de vivir sin alcohol (AA mantiene un programa de grupos en cárceles, destinado a aquellas personas que no disponen de regímenes abiertos).

pido disculpas que le reiteraré el próximo día que nos encontremos. Trataré de “enmascarar” mi tendencia a usar un léxico demasiado particular.

En la tercera reunión de dicho grupo a la que asistía, y debido a haber acudido a una sesión del grupo de angloparlantes (en el que fue difícil, por razones idiomáticas, seguir el desarrollo de la sesión a la que acudieron doce hombres y una mujer), esta última, Dora, que simultáneamente acudía al grupo Y, se acercó a mí ofreciéndome su ayuda. Le hice algunas preguntas personales y sobre su estancia en el país:

“Llevo bastantes años en España, pero tengo un divorcio reciente, y ello me ha supuesto una serie de problemas personales.”

Al preguntarle sobre su experiencia en AA, me comenta que tenía una larga relación con el grupo ya que su alcoholismo venía de lejos, pero había dejado de acudir por una sobriedad prolongada. Con ganas aparentes de darme más información me dice:

“Volví a consumir hace unos ocho meses y desde entonces he vuelto al grupo, tanto a éste como al de angloparlantes, para reforzar mi proceso de nueva sobriedad”.

La observo con muchas ganas de entablar una amistad. Me comenta que vivió muchos años en Francia y Gran Bretaña. Había estudiado Filología Francesa. Aprovecho la mención para, en plan distendido, hablar con ella en francés e inglés. Al comentarle cómo vive la asistencia frecuente a los grupos,¹³² me responde que la considera indispensable y que en su situación todavía más. Parece muy integrada en la Comunidad y me dice que los domingos, antes del grupo de inglés, hay otro grupo monográfico de lectura y análisis sistemático del *“Blue Book”*. Me invita pero declino por problemas de horario. Al despedirnos me pasa una tarjeta suya, en la

¹³² Me había mencionado que vivía en una población situada en el extraradio de Barcelona.

que observo una anotación que dice “llama siempre que me necesites y a cualquier hora”. No será habitual en AA, al menos en mi caso, encontrar personas con este nivel de implicación ya desde en una fase inicial de conocimiento. Ello más bien se reserva para las relaciones de padrinazgo. Es posible que Dora tuviera otras motivaciones. Nos vimos en otras dos ocasiones, pero posteriormente no la volví a ver, si bien es cierto que me había comentado que tenía dificultades en acudir los días en los que a mi solía serme más fácil la asistencia.

Junto con esta primera persona con la que establecí una cierta relación comunicativa, en realidad el primer asistente con quien hablé fue Nicolás, ya desde el primer día. Recién iniciada su sobriedad solía hablar conmigo en las pausas del descanso. Reconocía que estaba allí por su mujer quien, según me relató, le había dejado unos cuantos folletos relativos a AA encima de una mesa sin mediar comentario sobre ello. Vivía en el barrio y andaba por los 60 años. Iniciamos la conversación con las respectivas vivencias. Me dijo:

“Bebo desde que era un niño. Ya sabes como era en nuestra infancia; en las comidas bebían todos los comensales y no importaba la edad. Yo recuerdo haber tomado vino, que mi padre rebajaba con agua, desde los 5 años.”

Le comento particularmente mi problema en X al mencionar mi decisión de tratarme en un CAS y me comenta que él tuvo un encontronazo verbal con un chico joven, cuando mencionó en su turno de palabra que frecuentaba a su médico de familia para tratarse un insomnio que arrastraba desde muy joven y que ahora se había agravado al dejar el alcohol. Nicolás me mencionó que las palabras del joven estaban teñidas del espiritualismo que él notaba en el grupo y al que dicho chico atribuía la curación del alcoholismo, afirmando que detestaba cualquier mención a medicarse para ello.

Nicolás insistía en que su abuelo, que él categorizaba de alcohólico por la gran cantidad de vino que solía ingerir, le había aconsejado que no importaba si bebía en exceso. Lo más relevante, según él le decía, consistía en no dejar de comer. Ello parecía que era considerado por Nicolás como el antídoto contra posibles efectos perniciosos del alcohol para la salud. Reiteraba este argumento, a la par que se mostraba escéptico en relación al poder superior. Me decía, y después lo trasladaba al grupo, que él creía que existía una energía en el universo, pero Dios no era una presencia que él notara, ni explicaba la razón por la que él había dejado de beber. En las últimas semanas que le vi, me decía que ya había llegado a un tal nivel de indiferencia con la bebida que no le molestaba ser él mismo quien abriera las botellas de vino en las comidas de casa, sin que ello le indujera al consumo.¹³³

Ese día, y como ya venía siendo habitual en los grupos de AA, la parte de “inquietudes” ocupaba un buen espacio de la primera parte. Generalmente plasmaban las inquietudes cotidianas y personales, o como derivada del tema principal que utilizaban como introducción para plantear sus preocupaciones que, en general derivaban hacia aspectos muy diversos, a través de narrativas a veces barrocas o ininteligibles. Tanto los participantes como los moderadores no diferenciaban finalmente entre lo que formaba parte del propósito temático de la sesión y las narrativas individuales que podían o no estar alineadas con el tema del día.

A diferencia del grupo X, donde el concepto de poder superior o Dios, subyacente en AA al menos a nivel de sus textos y de sus lecturas protocolarias, solía ocupar poco tiempo en las experiencias personales,

¹³³ Al final de la redacción de esta Tesis, es decir más de tres años después de lo que aquí se recoge, Nicolás sigue acudiendo al grupo sólo los viernes, día del que se ha constituido en guardián de la llave para abrir y cerrar el local. Le noté un fuerte olor a alcohol al conversar con él dentro de la sala. En el exterior el olor del tabaco que estaba fumando posiblemente enmascaraba dicha circunstancia.

en el grupo Y dicho concepto se hallaba muy presente. Cometería tal vez un error de percepción si afirmara que las mujeres eran más proclives a hablar de la ayuda que habían recibido de un poder superior para superar su dependencia. En realidad esta percepción era posiblemente aparente, debido a la mayor presencia de personas de ese género en el conjunto del grupo y a su mayor nivel de participación. Los hombres también mencionaban este aspecto, especialmente en aquellos casos donde había preocupaciones paralelas, tanto en el plano personal como familiar.

Había afirmaciones del tipo:

“Dios me ha elegido para que yo pudiera alcanzar la deshabituación y ello me ayuda y me fuerza a asistir a las reuniones de las que ya no puedo prescindir.”

Quien ello afirmaba en una mujer de aspecto grave y en la que nunca observé una sonrisa salvo un día en el que comentó que tenía entrada para un concierto de Isabel Pantoja a quien adoraba (sic).

Hilario, hombre de unos 50 años, siempre inicia sus narrativas con el añadido “... y doy gracias a mi poder superior por su ayuda”. En una de sus intervenciones afirmó:

“Y me da igual si el poder superior existe o no existe. Yo creo en él y ello me sirve.”

En una sesión intervengo para expresar mi punto de vista sobre la manera de afrontar los contratiempos en la vida cotidiana:

“Creo que experimentamos una frustración cuando algo no va según habíamos planeado. Me refiero a los proyectos ideales de futuro que nos imaginamos en nuestra infancia y adolescencia, y

que después no se realizan por la propia dinámica incontrolable de nuestra vida. A ello me refería cuando hablaba de las frustraciones que representa que la vida no ha sido como nos hubiéramos imaginado”.

Tomás, que suele participar en todas las reuniones, sin ocultar un deseo en hacerse notar que parece innato en él, menciona que “*va muy bien tener un sitio donde soltar todo lo que se lleva dentro, aunque no tenga relación con lo que se está tratando*”. Esta sensación empezaba a cobrar entidad propia en mi percepción de las dinámicas en los Grupos de Ayuda Mutua (AA no deja de ser eso, *malgré lui même*). Dichos grupos daban pie a fomentar la expresión personal en forma de exposición de las propias vivencias y esa expresión era una manera de existir en sociedad, aunque fuera en micro-sociedades como los grupos de AA. La mera presencia, sin la palabra, podía ser frustrante para ciertas personas en el sentido de que se consideraban invisibles y ello lo vivían como una “no existencia”. Era una forma de auto-percibirse como ausentes a pesar de estar allí. Ausencia que la vivían a través de su silencio y que tendían a evitar. Pero su palabra solía ser recurrente, dirigida hacia las mismas preocupaciones, experiencias y pasados de conflicto que, por narrarlas, podían revivirse en el presente en forma de recaídas o periodos de inestabilidad emocional. En las narrativas también se observa, con cierta frecuencia, variadas desorientaciones personales a veces asumidas explícitamente. Tal vez en ello consistía su sensación de presencia: en manifestar sus disgustos que, compartidos aunque fuera por enésima vez, ayudan a alejar la tentación de repetir ciertas experiencias dolorosas.

Si tuviera que utilizar el adjetivo “coral” lo aplicaría al grupo Y. Tanto por el número de personas, y el elevado nivel de intervenciones que ello producía, como por las innumerables tesituras que se ponían de

manifiesto. Este grupo, junto con el del CAS, fue el más asimétrico desde un punto de vista de coherencia cultural interna. El encuentro entre personas de la zona donde estaba ubicado el grupo era contrapunteado por la afluencia de personas de otros grupos¹³⁴ que acudían al Y de forma complementaria. Las diversas extracciones culturales y sociales eran evidentes. Más notorias, paradójicamente, en los silencios personales que en las intervenciones, ya que éstas se producían, mayoritariamente, a partir del grupo de personas que habitaban la zona donde se ubicaba.

Ya hemos destacado algunas individualidades que seguiremos durante el desarrollo del estudio del grupo Y. Nos gustaría añadir dos más, por su evidente impacto tanto grupal como antropológico, así como plasmar un comentario sobre un par de casos sueltos que dan claves sobre la manera particular de vivir en AA determinadas formas de dependencia del alcohol.

Cuando se comentó el apartado de patrones de consumo (pp. 47-48), mencionábamos un apartado llamado “de fin de semana” como patrón fijo y exclusivo,¹³⁵ no siendo habitual en nuestra latitud, y entre personas mayores,¹³⁶ esta figura de bebedor que es más bien propia de los países donde el alto precio del alcohol hace derivar su consumo hacia unos pocos días a la semana durante los cuales se puede incluso aprovechar un viaje a algún paraíso fiscal cercano. Lo que más se parecería a ello, en nuestro ámbito concreto, sería Andorra aunque no consta que exista un turismo etílico en este caso en buena medida por la débil fiscalidad

¹³⁴ El hecho de realizar sesiones en sábados y, sobre todo, en domingos y festivos, lo convertía en un grupo refugio para todas aquellas personas que tenían problemas en el fin de semana o que deseaban seguir acudiendo a AA durante esos días, además de sus grupos habituales de origen.

¹³⁵ No deja, jocosamente, de recordarme este patrón una escena del film “El Golpe” que plasma la selección de personal para el escenario del timo de las apuestas. Uno de los participantes en el proceso de selección, cuando es entrevistado por quien selecciona al personal, remata su explicación acerca de su experiencia en el mundillo de las apuestas afirmando solemnemente como garantía de seriedad y honorabilidad: “...y sólo bebo los fines de semana.”

¹³⁶ Obviamos la reiterada propensión a confundir esta figura con la del “botellón” de fin de semana y que es una práctica más bien *teen* y en fases de pre-dependencia.

española que no establece un diferencial económico que justifique la financiación del viaje hacia ese pequeño Estado pirenaico.

En el grupo Y tuve la ocasión de conocer directamente un caso de inicio de sobriedad durante un fin de semana. Manfred, ciudadano centroeuropeo afincado recientemente en Barcelona, era un bebedor exclusivo de fin de semana y había decidido dejarlo con el apoyo de AA. Simultaneó la asistencia a dos sesiones del grupo, en sábado y domingo, con su presencia también en el grupo de angloparlantes que realizaba sesión los domingos antes del horario de Y. No participó en las narrativas aunque Rosa, como responsable del grupo, anunció su presencia y el problema que allí le traía. En las pausas salía a la calle y, mientras fumaba, se paseaba sin cruzar palabra con nadie y no me gustaría sobreactuar literariamente si afirmo que lo hacía *como un reo en su celda*. Recuerdo que crucé unas breves palabras con él trasladándole mi experiencia y animándole a que superara las 48 horas de aquel, para él, largo *weekend*, e intentando convencerle que, en el próximo, el tirón del “mono” sería menos fuerte. No hubo respuesta por parte suya. No lo volvimos a ver en las siguientes semanas, ni tampoco asistía al grupo angloparlante.

Una de las personas de mayor peso en el grupo era Balbina. De mediana edad, era el equivalente a Javier, del que afirmé en la p. 109 que aparentaba ser el “contramaestre” en el Grupo X, por su papel de refuerzo de los mensajes de AA. Aquí podríamos casi decir de Balbina que era una líder en la sombra. Era una mujer de un carácter muy sólido, con discurso seco y consistente. No admitía desviaciones en ningún ámbito organizativo, como los horarios o el tiempo de participación de los usuarios. Cuando estaba al cargo de la moderación del Grupo se llevaban los horarios a rajatabla y sin que mediara un estilo mínimamente contemporizador. Cuando le correspondía hacer su narrativa, era muy

escueta, pero también muy directa y sincera:

“Mi juventud fue un desastre. A través de grupos juveniles había empezado a pasarme ya desde muy joven. Recuerdo como me arrastraba borracha por descampados, después de una sesión de bebida en grupo buscando nueva gente para prolongar más el ambiente. Fui violada tres veces. ¿Qué me van a contar a mí que no haya experimentado? Hace quince años que estoy aquí y que no bebo. No tengo ninguna duda de que Dios me ha ayudado y lo continúa haciendo, pero no debo apartarme de un camino que es el único posible, ni debo dejar de acudir a las sesiones. Los que me han tenido de madrina ya conocen que suelo ser estricta con los comportamientos poco serios, porque el alcohol es una cosa muy seria.”

Balbina llevaba frecuentemente una indumentaria demasiado envarada, a mi parecer, para lo que era habitual en el grupo. Esta circunstancia me parecía indicativa de querer llevar hasta el extremo la demostración de haber vencido la adicción, incluso mediante la ausencia de cualquier posible señal de desaliño.

Pablo estaba cerca de los 75 años. Gris de indumentaria y de carácter, solía hablar opacamente y en tono triste. Invariablemente me lo encontraba en las sesiones de los domingos por la tarde. Hablaba conmigo en las pausas o antes de iniciar la sesión. No dialogaba habitualmente con otras personas. Incluiré algunas anotaciones de mi Diario de Campo que hacen referencia a él:

25.10.09 - Pablo se duele de notar que, después de muchos años sin beber en los que había estado en una situación de tranquilidad, tiene recientemente un alto grado de excitación que lo achaca a sus intentos frustrados para dejar el tabaco que le

arrastran a desear de nuevo el alcohol.

1.11.09 - Antes de empezar la sesión Pablo me reitera su sensación de no encontrarse bien. Le observo como fumador duro, y se confirma que no parece tener una situación calmada. Seguiré tratando con él ya que veo que busca mi palabra y mi apoyo.

15.11.09 - El tema del día es la 2ª tradición (Cohesión del grupo). Anteriormente a empezar dicho tema Pablo, en turno de inquietudes, había mencionado que se encontraba dentro de un mar de dudas preguntándose si a su edad merece la pena la sobriedad llevada como una esforzada imposición, aunque fuera voluntaria. No sabrá qué hacer en su pueblo, así lo anticipa, si se decide a ir a vivir allí junto con sus antiguos compañeros que se pasan el día en el bar (Esteve, 2012:12). Está doblemente angustiado –parece soltero ya que me dijo no tener hijos– por su desarraigo en BCN, donde ha vivido la mayor parte de su vida y también por la pérdida de relaciones en su pueblo de origen, en Granada.

22.11.09 - Pablo se extiende sobre sus rencores hacia el pasado, que ya me había insinuado hablando en la calle antes de entrar en la sesión. Entonces intenté demostrarle, de manera físicamente escenificada, que no se puede mirar hacia atrás y avanzar hacia el futuro, ya que te das de bruces con él ... Se queja de que no quiere ir con sus amigos de antaño, reunidos siempre en el bar (es posible que insinúe que ya no es bien aceptado por el hecho de su abstinencia).

29.11.09 - Hoy Pablo habla atropelladamente de sus antiguas amistades en BCN con las que no puede salir. De otros que no conocen su situación y con los que comparte paseos, charlas y partidas de cartas. Dice sentirse bien, aunque al llegar y en la calle, me aseguró que se encontraba igual de confuso. En el descanso le sondeo sobre la posibilidad de que realice un voluntariado para llenar su tiempo con tareas útiles, a lo que se niega inmediatamente, aludiendo al hecho de que ya tiene el tiempo ocupado entre arreglar su casa y otras ocupaciones.

Situaciones como la de Pablo –que llevaba dos años sin beber–, suelen ser habituales en el caso de personas mayores que han dejado el alcohol. Yo mismo había insinuado días atrás que a veces me preguntaba si

merecía la pena la abstinencia en una situación en la que ya has dejado de tener personas que dependan de ti y, al mismo tiempo, la expectativa de vida no pasa de diez o veinte años, a lo sumo. “¿Merece la pena – pregunté al grupo–, *mantener la abstinencia para tal vez ganar unos pocos años de vida, pero a cambio de experimentar una sensación de soledad y aislamiento social*¹³⁷ que suele acompañar en muchos casos a la sobriedad en edades avanzadas?”. Volver al consumo en estos casos no dejaría de poderse considerar una forma cercana a un lento y diferido proceso de suicidio.

Juan solía frecuentar el grupo durante la pausa o en los minutos anteriores al comienzo de la sesión. Su estado de ebriedad era elevado aunque nunca se observara agresividad en su conducta. Su equilibrio se resentía, pero era ayudado por la mayor parte de personas que estaban a su alrededor. Su edad podía hallarse en torno a los 30 años. Yo solía hablar con él animándole a juntarse al grupo y a practicar el eslogan “sólo por 24 horas”. Entraba en la reunión, fuera al principio de la primera o de la segunda parte. No participaba en las narrativas y solía abandonar la sesión al cabo de unos veinte minutos, dejando un halo de olor a alcohol en el ambiente. Esta particularidad solía también pasar con otras personas que acudían a las reuniones después de haber bebido. AA no limita la entrada a los sobrios como ya he dicho reiteradamente. En algunos casos ha habido PDA que han estado años acudiendo a las sesiones bajo los efectos de la bebida. La única condición, aunque no escrita ni explicitada, se entiende que pasa por mantener mínimamente los formalismos de respeto personal.

En el momento de esta redacción, y realizando entradas puntuales en el grupo Y, Juan está presente durante toda la sesión y mantiene ya 3 meses de abstinencia, simultaneando AA con un tratamiento médico

¹³⁷ En las Conclusiones incidiremos en este aspecto que, afectando en una fase inicial de la sobriedad a casi todos las personas que han dejado de beber, crea una especial sensación de duda en aquellas que ya son mayores y carecen de cargas familiares.

deshabituador que no menciona abiertamente. Le comento los tirones que se producen a lo largo del día, especialmente durante los primeros meses. Le animo a que los aguante ya que suelen remitir al cabo de pocos minutos. Es el *craving* con el que una PDA en suspenso tendrá que convivir durante una larga temporada, y cuya intensidad tendrá que ver con el grado de su dependencia y de su situación cotidiana. Aguantar el “tirón”, en el caso de Juan, es posiblemente más dificultoso que en otros casos de dependencias menos severas.

El grupo suele estar pendiente de su situación. A diferencia del grupo X, hay una sensación de apoyo e interés por el desarrollo de la sobriedad en Juan y, en general, para aquellas personas en estado de riesgo. Posiblemente ello le ayude, no sólo a dicha sobriedad sino también a experimentar la integración dentro del grupo.

Rosa suele mostrarse atenta conmigo. No hablo asiduamente con ella pero sí le comento alguna circunstancia como un viaje que debía realizar a una ciudad gallega, para visitar a un amigo íntimo. Aprovecharía el viaje para asistir a un par de reuniones¹³⁸ en la única sede de AA en dicha capital. Rosa me pidió que, a mi vuelta, le informara.

Ese grupo era particular, como he mencionado en la nota a pie de la p. 94, ya que se reunía de forma continuada, en sesiones que duraban dos horas. Dicha continuidad debe entenderse en términos absolutos, es decir, durante las 24 horas del día de lunes a domingo. Sesionaban ininterrumpidamente en módulos de dos horas. Al preguntar a la persona que me acogió a mi llegada por tal forma de organizarse, me dijo que así podían atender a personas con horarios de trabajo irregulares como era el

¹³⁸ Previamente había entrado en contacto telefónico con una persona del grupo para pedir permiso para mi asistencia. Me respondieron que todas las sesiones eran abiertas y que se sucedían ininterrumpidamente cada dos horas.

caso de los turnos y a usuarios en situación muy precaria con poco autocontrol horario. Sin que fuera explícito, de lo observado se desprende que en el local había una residencia temporal para personas en tránsito, pero, sobre todo, en situación de recaída o de sobriedad reciente. Era el modelo que posteriormente comentaremos al hilo de mi entrevista con E.L. Menéndez (pp.196-198), al describirme la experiencia en México donde tal modelo había resultado en una escisión entre los llamados “AA 24 h.”, que sería el equivalente a lo que observé en dicho viaje, y los grupos habituales AA.

La dinámica del grupo y la organización del espacio eran muy distintas de lo observado en BCN. Describo mi anotación en el Diario de Campo de la primera de dichas sesiones:

25.11.09 – AA, Galicia (18,15 - 20,15 h.)

Grupo 24 h. (12 sesionesx2 h.) Me recibe una persona que forma parte la estructura de AA en la ciudad y que por el hecho de no existir descansillo de entrada en el local de AA habla conmigo en la calle, frente a la entrada. Me presento e implícitamente insinúa que ya estaba al corriente. Locuaz y con risa nerviosa y algo forzada durante sus intervenciones. No realiza presentación mía al grupo.

6-7 personas incluyendo el personal de la casa¹³⁹ (4 hombres y 2 mujeres). Una de ellas repetirá en la siguiente sesión.

Por una información errónea llego a mitad de una sesión y por lo tanto asisto a dos mitades. En el comienzo el moderador/a leerá los propósitos de AA, sin más lecturas, y pedirá anotación de turnos de palabra. Al final hay una glosa didáctica del responsable (sólo asisto a dos y no puedo afirmar que siempre sea así). Sala con una cabida para unas 30 personas con sillas en forma de aula. Mesita central para el moderador y atril para quien toma la palabra.

Primera mitad (2ª Parte). *Una mujer (aprox. 50 años), que*

¹³⁹ En la residencia aneja que ya hemos mencionado pernoctan algunos coordinadores, al estar 24 horas en sesión. Posiblemente también acoge a la estructura fija de AA que, aparentemente, procede de EE.UU.

después ejercerá de moderadora, está hablando sobre su experiencia con el alcohol y sobre sus frecuentes desavenencias familiares. Ya antiguas, pero culpando a padre, madre hermanos de haberla explotado como criada después de su jornada de trabajo exterior. En un momento determinado afirma que el alcohol es una enfermedad genética y crónica sobre la que ella no tuvo influencia cuando se desencadenó la adicción. Modera un hombre de apariencia y acento anglosajón, que está sentado de espaldas al hablante, dando la sensación de no seguir con interés la sesión. La charla de la mujer dura 45' (ignoro cuánto llevaba ya hablando cuando he entrado). Nadie más habla. Se reza de pie la Oración de la Serenidad. En el transcurso de la reunión otro individuo, aparentemente también norteamericano, y con pinta de hippie, va preparando cafés o infusiones a pedido y los entrega en mano. Aproximadamente hay un 80% de fumadores (se fuma abiertamente dentro del local y durante la sesión).

Al final de esta parte comparece un bebedor activo, Joaquín, de unos 25 años que ha llamado hoy para acudir por primera vez a AA. Se le dirigen los de la casa para animarlo y el que me recibió lo sienta a su lado en primera fila y le va haciendo algún comentario en la 2ª mitad de mi estancia. Joaquín parece muy desorientado y se mantiene en silencio.

El cierre de la sesión es por parte del moderador (todos se presentan como "enfermos alcohólicos" como he oído a algún latinoamericano en BCN). Suelta un monólogo con cara neutra, tono autoritario y sin un mensaje claro. Parece más bien un sermón religioso, ya que básicamente habla de fe y responsabilidad. Viene a decir que es la responsabilidad del alcohólico su rehabilitación. Parece más en línea con el individualismo anglosajón.

En el intermedio me presento a él, sin que medie ninguna pregunta por su parte.

Segunda mitad (1ª parte). El primer moderador desaparece y después marchará hacia la calle. Modera la chica que ha estado interviniendo en la 1ª mitad de mi estancia. Pide turnos de palabra a los que me apunto, con la intención de explicar quién soy.

Interviene la segunda mujer, fumando durante todo el tiempo de su monólogo. Unos 45 años. Charla triste y sin señales de haber alcanzado alguna expectativa por la deshabitación. Físicamente tocada por los excesos. Gran abdomen y desaliño en indumentaria y aspecto personal. Cuenta desde sus inicios con el alcohol y las drogas en Venezuela (casada y con 3 hijos). Se

separó. Ya no volverá a mencionar a los hijos. Sus idas y venidas la trajeron a Málaga (de donde es hija) ingresando en el Proyecto Hombre de la zona, donde, a través de un monitor heroinómano, ella también se enganchó. Parece que duró bastante tiempo la aventura sentimental. Largos años de peregrinaje por España con trabajos esporádicos, despidos por consumo de tóxicos, pernoctas en la calle, otro PH en Asturias del que se escapó.... A los 45' de esta retahíla, que todavía no había llegado al momento en que inicia su rehabilitación, pido disculpas y me marchó.¹⁴⁰

En el ínterin, 30' después de iniciarse el monólogo, Joaquín se levantó bruscamente y se marchó, seguido por la mirada de los de la casa que movieron la cabeza preocupadamente.

Ambiente en general frío, poco acogedor y tendencias aparentes a funcionar básicamente como un albergue de paso y una zona donde explayarse, casi en solitario, sobre la propia problemática vital sin límite de tiempo. La presencia de los americanos (el moderador parecía ser la máxima figura en dicho Centro, único en la ciudad) puede deberse a diversas causas que se me escapan, entre las que podría estar una misión temporal o una falta de liderazgo español en dicha zona.

En el grupo Y está instaurada la práctica, que ya he anticipado, de realizar sesiones informativas abiertas. Suele ser de periodicidad mensual y se anuncia en algunas tiendas del barrio y en los tablones de la propia parroquia en cuyos locales se realizan las sesiones del grupo. Asistí a tres de estas reuniones, no muy concurridas ya que las personas pertenecientes al grupo de AA igualaban o superaban en ocasiones al de personas externas que acudían a la sesión para informarse.

La estructura de la reunión suele empezar por la declaración del propósitos de AA y a continuación tres miembros voluntarios de la Comunidad relatan su historia como alcohólicos y lo que ha representado AA para ellos. Entre una y otra intervención la persona que presenta el acto, que puede ser también uno de los tres voluntarios, suele

¹⁴⁰ Regresaré dos días después para una segunda sesión con buena parte de las mismas personas que en la primera e idénticas narrativas, pero sin la presencia de Joaquín.

complementar la presentación inicial con algunas informaciones adicionales sobre la institución. Al final se pronuncia la Oración de la Serenidad y se invita a los externos a manifestar si quieren juntarse al programa. En ninguna de las tres sesiones observé ninguna adhesión explícita. En este sentido hay que entender que siendo difícil conseguir que alguien concurra públicamente a una sesión informativa, que tal vez no es en interés personal pero que viene determinada por alguna problemática familiar, más difícil resulta conseguir la adhesión por la carga estigmatizante que, adicionalmente a la presencia en el acto, tendría la pública adhesión al programa.

En ninguno de los otros dos grupos en los que realicé la investigación se realiza la labor divulgativa que representan esas sesiones abiertas. Tal vez por esta peculiaridad y excepcionalidad será interesante recoger lo anotado en mi Diario de Campo sobre la segunda de las sesiones informativas a las que asistí:

15.12.09 - AA, Y - Sesión informativa abierta (19-20,15 h.)

15 personas + 5 en la mesa de presidencia (distribución equivalente por géneros). En el exterior hay un grupito entre los cuales está Juan, bebido. Entrará en la reunión y marchará al cabo de media hora. Se hace la presentación de AA por parte de Tere y se da la palabra un hombre de unos 50 años que viene de otro grupo. Cuenta su experiencia, de largo alcoholismo desde la infancia/adolescencia, hasta llegar a AA, aconsejado por un médico con el que había intentado terapias, durante largo tiempo, sin resultados. Lleva un año sin beber. Toma la palabra Antonia, que refiere su inicio desde niña, en verbenas, fiestas de bautizo, etc. Fue progresando y añadiendo drogas hasta llegar a la heroína. Sin precisar temporalmente asume que había desatendido gravemente a sus dos hijas ahora ya mayores. Tuvo dos compañeros y, con el segundo, llegó a casarse. Actualmente está bien pero se la ve inquieta incluso en las reuniones habituales del grupo.

Habla Tomás, para referir una historia igual, aunque él empezó por las drogas. Tenía asuntos legales en Portugal y prefirió, por seguridad, venir a España. Estuvo en varias granjas de las que se escapaba. Estas experiencias de deshabitación múltiple

totalizaron seis años. Le quedó finalmente el alcohol. Con la entrada en AA fue reduciendo la ingesta a lo largo de los 6 primeros meses hasta llegar a la sobriedad. Cuenta que a pesar de estar advertido de no tomar decisiones durante el primer año,¹⁴¹ volvió con una antigua novia y, para mostrar su buena voluntad, pidió un crédito para arreglar la casa de ella que era donde él fue a vivir. La relación duró sólo dos meses, pero le quedó el crédito y tuvo que alquilar una habitación. Refiere su cambio de carácter y su tranquilidad actual para afrontar situaciones de conflicto profesional, aunque no represente pasividad.

El tercer participante es David que repite su relato de Jekyll-Hyde que ya había escuchado en el Grupo X.

Como en la sesión informativa del mes anterior, nadie se levanta cuando se ofrece la posibilidad de adherirse a AA.

Se pronuncia la Oración de la Serenidad, en círculo y con las manos enlazadas.

Vuelvo al local de AA (la reunión se había desarrollado en una sala cercana y más espaciosa) donde me encuentro a cinco personas. Una de ellas es Sonia, mujer de unos 45 años, a quien me presento espontáneamente. Me cuenta que hace 20 años que había estado en una sesión, pero no continuó. Comenta su amistad con una doctora, también alcohólica, con la que ha compartido terapias farmacológicas sin resultados. Ahora lleva cinco meses abstinente, pero lo vive con dificultad. Era bebedora secuencial, no con una continuidad diaria estricta. Se muestra crítica con la rigidez de AA, a lo que le hago un comentario favorable sobre la tolerancia del grupo Y, contrariamente a mi grupo anterior. Me pregunta cuál era dicho grupo y me disculpo por no darle el nombre, ya que tal vez fue una dificultad mía en mi proceso de adaptación a AA. Otro miembro es un italiano, amigo de Tomás, claramente bebido pero sin perder el buen humor. Parece haber conectado e intercambiado

¹⁴¹ Es una de los lugares comunes en AA: no tomar decisiones importantes hasta bastante tiempo después de haber dejado de beber de forma continuada.

teléfonos con Sonia.

Las sesiones informativas en las que estuve presente solamente consistieron en una transmisión de información por miembros de AA. En ninguna de ellas hubo ninguna pregunta ni petición de palabra por parte de los no miembros de AA.

Dichas sesiones abiertas suelen celebrarse una vez al mes. Algún otro grupo las realiza más espaciadamente, pero no hay una pauta interna que obligue ni fije unos mínimos anuales. La mayor parte de los grupos no las realizan, aunque algunos distribuyen folletos informativos por la zona, especialmente en Farmacias. Paradójicamente no se realizan sesiones informativas regulares ni en los CAS ni en las asociaciones encuadradas en la FCAR, en sus zonas respectivas de influencia, siendo ésta una señal de precariedad de medios o, tal vez, de falta de iniciativa. Los miembros de AA participantes como informantes en dichas sesiones, forman parte de un entramado de intercambios entre grupos. En esta reunión referida había dos personas que no pertenecían al grupo Y. Este hecho constituye una pauta habitual.

El ambiente de dichas sesiones suele ser frío. Como he mencionado nunca escuché preguntas por parte de los que acudían a informarse, aún cuando eran invitados a hacerlo por parte de la mesa. Cabe la posibilidad de que el desarrollo de la sesión constituya una sorpresa para las expectativas de quienes habían acudido al confrontar lo que aparenta ser una terapia con la orientación espiritualista explícita del mensaje de AA, aún cuando no se relacione con ninguna confesión religiosa en particular. Este contraste podía representar un motivo de desorientación también para quienes acudían a las sesiones informativas y, por supuesto, en quienes entraban a una primera sesión. Dicha característica, de no ser advertida previamente como lo fue en mi caso con Bernardo, constituía una dificultad inicial en ubicarse dentro del mensaje-programa. Tanto a

través de la palabra como mediante las lecturas obligatorias, se iba evidenciando la orientación religiosa de la Institución, aunque dentro de una religiosidad más bien difusa, al no referirse a ninguna fe en particular.

En las fechas de esa sesión informativa, Rosa, durante una sesión corriente y en el momento de hacer la aportación económica en el descanso, incidió en el mismo aspecto que había oído en el grupo X, en este caso con mayor concisión: “ .. y el déficit del Área con Avilés,¹⁴² que es de unos 6.000 €, nos obligará a ser un poco más generosos en nuestras aportaciones”.

En dicha sesión se produjo una circunstancia desagradable para mí y que insinuaba que mi presencia en el grupo X no era bien recibida.¹⁴³ Emma estaba presente aquel día en la reunión del grupo Y. Me senté a su lado y le hice un comentario de las distintas dinámicas que observaba en ambos grupos, sin entrar en valorarlas, y ella me respondió que ello era debido al distinto tamaño de los grupos y a la presencia mayoritaria de mujeres en el Y.

Recuerdo que le hice una pequeña observación, que hoy acepto que fue maliciosa e imprudente, al no tener entonces conocimiento, como después se fue evidenciando, de la estrecha relación personal entre Emma y Bernardo:

“Y a la personalidad de los responsables –añadí.”

“No existen responsables en AA –respondió extrañamente airada Emma–, sólo servidores que tienen el mismo nivel que cualquier otro miembro.”

“Son formas de verlo –respondí con tono que intenté que fuera

¹⁴² Ubicación de la sede central de AA para España.

¹⁴³ Eran las primeras reuniones del Grupo Y a las que asistía y todavía mantenía mi presencia en mi primer grupo, el X, cuyo responsable me había aconsejado que asistiera también a otros grupos.

amable, para terminar diciendo—: *o tal vez tenemos visiones distintas de lo que es AA, que son igualmente respetables en la medida en que reflejan una forma de interpretar como vivimos tú y yo la dinámica de los grupos.*”

Después de este corto diálogo observé que estaba visiblemente alterada. El lenguaje corporal denotaba un claro nerviosismo y, de una forma que me pareció que era una estrategia para calmar la agitación, se levantó y salió al exterior de la sala durante unos minutos, para después regresar al sitio que antes ocupaba contiguo a mi silla. En aquel momento supuse que había salido, simplemente, a fumar un cigarrillo.

Al cabo de unos 20 minutos, apareció inesperadamente Bernardo (la sesión ya llevaba desarrollándose desde hacía unos 45 minutos). En las reuniones anteriores del grupo Y nunca lo había visto. Ni tan siquiera saludó a Rosa. Llamó con una seña a Emma y salieron ambos al exterior. Al cabo de un rato se planteó el descanso y sin que Bernardo me saludara, a pesar de una señal mía con tal intención, observé que él y Emma marchaban de la reunión. El hecho todavía tiene mayor evidencia en relación a la concordancia entre la primera salida de Emma, que posiblemente llamó por el móvil a Bernardo para explicarle el enfado que le habían producido mis palabras, y la rápida comparecencia de este último. Ese hecho se produjo un domingo por la tarde. Posteriormente entendí dicho tipo de reacciones dentro de la relación de padrinzgo, cuando el padrino cree detectar una situación de gran riesgo para la persona a la que atiende. También debe contextualizarse en el ambiente que imperaba en el grupo X y —aquí me permito una conjetura difícil de contrastar— en la relación particular entre Emma y Bernardo.

En las narrativas del grupo Y es donde más ampliamente se refieren

circunstancias dramáticas. Podía hacerse una primera interpretación de dicha mayor naturalidad en razón al estrato social mayoritario del grupo y por la ausencia del ambiente más *directivo* y doctrinal que observaba en el grupo X. El desempeño de responsable de grupo tal como se observaba en el liderazgo de Rosa en el mismo, aún con el matiz que representaba Balbina en la dinámica grupal, ayudaba a crear un clima de sinceridad y tranquilidad expositiva notable. Referiré algunas situaciones parciales, utilizando las propias opiniones de los hablantes, recogidas de ciertas sesiones¹⁴⁴ y que son ilustrativas del grupo Y –no mencionaré fechas concretas, aunque corresponden al periodo noviembre’09-enero’10, y están ordenadas bajo un criterio cronológico–. El propósito de las situaciones narradas es tratar de suministrar material de reflexión sobre la problemática de las PDA durante sus procesos de deshabitación y, especialmente, la andadura y gestión de la sobriedad que constituye una de las funciones características del programa de AA:

A mi lado está sentado un marroquí (Mustafá) que me dice que va a cambiar a este grupo por razones de horario. Lleva ya cinco años en España. 40-45 años. Habla tranquilo. Cuando le digo que domina bien el español me responde que le cuesta escribirlo, ya que su formación en Marruecos tuvo por escenario una “madraza”, sin tener acceso al alfabeto latino. Pablo se extiende sobre sus rencores hacia el pasado, que ya me había insinuado en la calle antes de entrar. Dos personas mencionan la ayuda que representó para dejar su alcoholismo la posibilidad de ayudar a otra persona que estaba peor que ellos al verse reflejados. A. menciona un caso parecido, y, en un afán que me pareció algo exhibicionista, habla sobre su vida pasada cuando se cortó las venas (enseña las cicatrices).

El tema propuesto es: “Evitar la controversia”. Diversas intervenciones, empezando por Balbina que es quien ha hecho la lectura introductoria. Tendencia desde siempre a discutir, incluso sin motivo, ha ido aprendiendo a callar cuando se daba cuenta de que no merecía la pena. Es un aprendizaje. Amalia, ecuatoriana, dice que esa mañana estaba molesta con su hermana, al no

¹⁴⁴ Forman parte del Diario de Campo y, en consecuencia, su redacción es escueta y directa.

encontrarla en casa cuando ella había llegado. Quería calificarla de “hija de puta”, hasta que se dio cuenta que ella venía de la misma madre. De forma general muchas PDA asumen su tendencia a la bronca, cuando bebían, muchas veces sin acordarse del motivo de la misma. Algunas personas reconocen que siguen con comportamientos agresivos, aunque con los años y la asistencia a los grupos van adquiriendo ciertas habilidades para evitarlos.

En la pausa me presentan a un antiguo miembro del grupo, que ahora acude a otros. Lleva 1,5 años sin beber y reconoce que al principio llamaba “hija de puta” a su mujer porque lo había dejado y ahora la reconoce como una mujer que tuvo la paciencia de convivir con un alcohólico activo durante más veinte años.

Mercedes cuenta una historia hiriente sobre las palizas que le daba su madre ya que la preferida era su hermana mayor. Nieta de un militar, en su hogar se vivía la rigidez impuesta por la hija del abuelo, que además atendía un comedor de necesitados. Habla de sus malos recuerdos de esta época y de los tocamientos de que eran objeto las niñas en la escuela por parte de un cura que las iba llamando una por una. Su experiencia de pareja tampoco fue afortunada y refiere casos de crueldad emocional cuando empezó a acudir a AA. Dice no buscar pareja en absoluto ya que lo que necesita es una persona que pueda completar todas sus carencias.

Se presenta una mejicana, Nieves, que ya acudía en Méjico a AA. En su intervención-presentación, casi al final de la sesión, explica someramente su historia de vida, en la que mezcla viajes, parientes, amantes por Internet, etc. para terminar proclamando que ya no quiere saber nada de los hombres. Interviene Ubaldo para contarnos su enfrentamiento con su ex-pareja, por asuntos derivados de su separación, de la cual ya se cumplen 5 años. El rencor es manifiesto. Ni tan siquiera menciona el interés prioritario de los hijos que, posiblemente, sufren ante el enfrentamiento. Eugenia cuenta su inquietud en los últimos 4 días sin saber a qué referirla (lleva 4 años abstemia). Hoy se ha enfadado con su madre. Reconoce que todo está en orden en su vida, pero siente esa desazón reciente. Un hombre (35 años) explica su reencuentro con una pareja desde hace un año (estuvieron

separados un año por un lío de él con una chica muy joven). No soporta a su familia (se supone que vive en la casa familiar). Ni las comidas con la familia afín, ni los desplazamientos a otros domicilios de familiares de ella. Su rencor se refuerza cuando afirma que sus hermanos nunca pueden ir a comer a su casa ya que están vetados por su pareja actual.

Lee el tema Balbina: “Cómo se desarrolla el programa”. A continuación ella misma expresa su visión del tema, aparentemente sosegada como es su habitual en ella, reiterando su paulatina normalización y su gradualidad en cuanto a los pasos de AA, que ella aplica en la medida que se van dando las circunstancias para ello. Su problema en los primeros años era su victimismo que le servía de auto-justificación. Tere interviene en el mismo sentido, aunque deriva después a los comentarios sobre sus relaciones con los compañeros de trabajo que indicarían un progresivo deterioro. Sigue dando señales de no estar anímicamente en un buen momento.

Roberto, llamado “el gordito”, comenta que para él lo del programa de AA fue algo de lo que se enteró cuando ya hacía tiempo que había dejado de beber. No le preocupa mucho el tema. En el mismo sentido se pronuncia Pablo y afirma que él deja a Dios al margen de su sobriedad, en la que ya lleva 20 años.

Cierra Emilio mencionando que a pesar de llevar 30 años sin beber, seguirá en los grupos hasta la muerte (sic) porque de otra manera su vida se torcería. Repite que AA hizo un milagro en su caso y piensa que la fe es indispensable en los casos de graves adicciones o problemas emocionales. Es lo que permite mantener la llama de la esperanza y del esfuerzo. Según él, dejar el alcohol no es suficiente para garantizar la sobriedad a largo plazo. Es necesaria la disciplina regular de acudir a los grupos e ir cambiando paulatinamente actitudes y formas de relación.

Estas narrativas, dispersas y personales, muchas veces sin aparente relación con el alcohol, son los contenidos habituales de las sesiones de AA. Las formas verbales, los razonamientos y los tonos suelen variar de

grupo a grupo –y por supuesto de persona a persona–, pero la cultura interna de cada grupo, cuya raíz sociocultural a veces se relaciona con la ubicación del punto de reunión, son lo que suele marcar la diferencia. Pero hay un fondo común en todos ellos, más acentuado tal vez en el grupo Y, la que refiere a una presencia frecuente de inestabilidad emocional asociada a una creciente problemática social¹⁴⁵ y a un pasado complicado que suele resurgir con frecuencia.

Rosa, como ya he comentado, era una persona reservada y poco dada a las intervenciones a pesar de ser la responsable del grupo. Solía ejercer más de un “padrinazgo”, aunque no era fácil saber las personas a las que asistía. Un día, aprovechando historias de vida en las que dejar de beber significaba poder continuar una vida digna, relató su experiencia, haciéndolo de un tirón en el uso de su turno de palabra:

“Era la esposa del responsable de un economato de empresa, donde además teníamos la vivienda. Estaba ebria todo el día – pronuncia estas palabras sin describir los comienzos– y mi marido ya no me daba dinero. Para poder comprar alcohol robaba en las cajas de máquinas expendedoras de los bares donde bebía y montaba broncas con los parroquianos –su relato es ahora desapasionado, narrando algo que podría ser la historia de otra persona.

Un amigo me llevó a AA donde pasé el primer año bebiendo y sin hablar, hasta que mi madrina se ofreció a acompañarme a mi casa para tratar con mi marido sobre un posible ingreso –y apostilló sobre este tema–: a mí todo me daba igual. La familia no me dio dinero; en realidad ya había perdido casi cualquier apego. Me ingresaron dos semanas en un frenopático, donde sólo conseguía

¹⁴⁵ La situación personal se iba deteriorando visiblemente, en quienes acudían a los grupos. Recordemos que estamos en los años de fuerte crecimiento del desempleo en España (2009-2010).

algo de dinero y apoyo por parte de una cocinera a quien ayudaba a pelar patatas –la narrativa de Rosa, en el silencio contenido de la sesión, sonaba dramática a la par que lejana.

Al salir –continuó con palabras tranquilas– mi marido me dio un ultimátum: era el momento de dejarlo o, me dijo en tono amenazante, me encontraría sin familia incluida mi madre que también estaba harta de mi estilo de vida. Desde entonces –y de ello hace ya 39 años, comentó no sin un deje de orgullo– nunca más he vuelto a beber ni lo he echado en falta. Volví a los grupos de AA que desde entonces no he abandonado.”

Como hice en el caso del primer grupo, aunque aquí con la dificultad que representa el hecho de que el grupo Y puede recibir el calificativo de flotante o “de paso”, debido al gran número de personas que lo frecuentan ocasionalmente, estableceremos ciertas conclusiones que se complementarán en 3.1.1.c) para el conjunto de los grupos AA en los que he participado:

- Existe un núcleo estable, básicamente femenino (50-55% del grupo total), en torno a las 10-15 personas que acuden casi cada día. El resto, hasta completar las 30-35 personas, son personas rotativas que acuden a días sueltos y que comparten otros grupos. Dentro del primer núcleo se encuentran la mayor parte de personas sobrias con duraciones que pueden oscilar entre los 3 y los 39 años. Tal vez conviene matizar, y ello es común para los tres grupos, que los núcleos estables de los mismos, al margen de su importancia numérica, constituyen de facto la Comunidad, en el sentido que en 3.1.1.c) tendremos ocasión de argumentar.
- El nivel de personas creyentes es bastante más elevado que en X. Aún así podríamos definirlo como un grupo tolerante y respetuoso

con las opiniones heterodoxas, a pesar de ciertas fidelidades muy enraizadas por parte de personas que asumen los argumentos incluidos en los textos de AA (el núcleo estable por supuesto), si bien Rosa nunca se pronuncia sobre aspectos religiosos.

- El balance durante el periodo estudiado, según mis anotaciones en los días de asistencia y asumiendo su relatividad por la dinámica de asistencia variable de personas de otros grupos, sería el siguiente:
 - Personas que abandonaron: 4
 - Personas que se fidelizaron: 1

A este balance añadiríamos 2 personas que aparentaban estar en riesgo de recaída.

iii. Grupo Z

Cuando en Barcelona se habla de la zona alta este calificativo no se refiere a la parte norte de la ciudad que lindaría con el río Besós y la ciudad de Sant Adrià. La zona alta indica, para los barceloneses, una parte de la misma que estaría situada por encima de la Diagonal y a partir de la llamada Esquerra de l'Eixample, aunque todo ello es de alambicada delimitación. En cualquier caso es un eufemismo que, para cualquier persona que habita Barcelona, define la zona de mayor nivel de vida de la ciudad –podríamos denominarla también como de *alto standing*– y está formada sobre todo por los barrios de Sant Gervasi, La Bonanova, Sarrià y Pedralbes (Distrito Sarrià-Sant Gervasi).

En grupo Z se encuentra dentro de dicha zona y, al igual que los otros dos, ocupa una sala en un local de una parroquia católica. Sólo realiza una sesión semanal y es el grupo menos numeroso en el que se ha

realizado este trabajo de campo. Podremos, en su momento, plantear alguna conjetura sobre dicha característica cuantitativa. En cualquier caso, a unos quince minutos a pie, como máximo, existe otro grupo AA, circunstancia que puede figurar entre las razones de la escasa entidad numérica de Y.

Entré telefónicamente en contacto con Sole, cuyo número figuraba en la guía de centros de AA que se puede obtener en cualquier local de la Comunidad. Me respondió una mujer, de voz más bien áspera pero sin dejar de ser atenta, y me dijo que estaba fuera de Barcelona durante un par de semanas, pero que podía acudir a la siguiente reunión del grupo Z y que preguntara por Carlos.

Me costó encontrar la sala donde se reunía AA. El primer piso de las dependencias parroquiales donde se ubicaba era un largo pasillo con bastantes puertas a cada lado y sin letreros. Oí unas voces que salían de una sala con la puerta abierta, cercana al punto donde había llegado hasta entonces. Me personé en la puerta preguntando por Carlos sin citar la institución. Carlos y Mateo estaban allí. Faltaban cinco minutos para el inicio de la reunión, aunque ya me pareció que el grupo no sería muy numeroso. Me presenté como asistente a otros grupos pero con deseo de compartir con este algunas sesiones. Carlos era una persona de unos 75 años de edad, enjuto y bajo de estatura. Era de carácter afable y después de saludarme me presentó a Mateo, uruguayo, de mediana edad, asentado en Barcelona desde hacía bastantes años. Cuando me recibió estaba fumando junto a la ventana abierta de la sala.¹⁴⁶

La sala era algo más grande que la del grupo X y con la misma disposición de mesa rectangular central y sillas alrededor. En un extremo se encontraban las fotos de Bill y Bob, junto con el logo enmarcado de AA. Posteriormente me di cuenta de que estos tres elementos mínimos de

¹⁴⁶ En Z como en X se fumaba en las propias dependencias o en el pasillo, a diferencia de Y cuya calle contigua facilitaba el hacerlo en el exterior durante las pausas personales o grupales.

identificación se guardaban, al terminar la sesión, en un pequeño armario bajo llave dentro del cual se encontraban algunos libros de la Comunidad para su venta y la documentación informativa habitual que se ponía encima de la mesa durante la sesión para ser guardada después.

Todo ello hacía presumir que los responsables de la parroquia, a diferencia de los otros dos donde las señas de identidad eran estables, utilizaban la sala para otras finalidades y preferían evitar la presencia de símbolos de un grupo en particular. Por las paredes había recortables escritos en catalán y alusivos, posiblemente, a actividades de un grupo infantil de catequesis católica.

A semejanza de los otros dos grupos, transcribo la anotación en el Diario de Campo de esta primera sesión. En las sesiones siguientes se irán añadiendo más participantes:

12.2.10 – AA, Z (20-21,45 h.)

Participamos 6 hombres (sólo 2 fuman). Modera Carlos. Sala con alusión mínima a AA, sólo las fotos de Bob y Bill, y el logo de AA. Resto decoración alusiva posiblemente a catequesis.

Se inicia con rito muy rápido y corto en relación a otros grupos: Sólo propósito AA y lectura del día. No hay tema del día. Por turnos pedidos inicia la sesión Toni (nacionalidad holandesa pero posiblemente toda su vida viviendo aquí por su castellano con acento catalán) Le calculo unos 50 años (afirma llevar 10 años en la institución). Aspecto bohemio. Comenta su situación estresado/nerviosa desde el punto de vista laboral y familiar (comparte trabajo con su padre). Alega que lleva 3 meses sin cobrar (no queda claro si el almacén que gestiona es subcontratado por quien no le paga o ambos son meros empleados, aunque indirectamente deduciré que es un negocio familiar cuyo titular principal es su padre). Describe discusiones con su progenitor por nimiedades como el tamaño de ciertos sobres. Hay empleadas a media jornada (reducida recientemente por un ERE) que no acaba de resolver los problemas del negocio. No menciona el alcohol en relación a estos hechos, pero parece una persona a quien se le van presentando problemas continuamente y cuya gestión le resulta problemática.

Interviene Lorenzo para comentar sus fiestas en familia (hizo de paje en la cabalgata de Reyes del pasado enero) y menciona su distanciamiento de una parte de la familia que vive en Murcia (menciona a su hermana con la que otros años compartía las fiestas).

Aprovecho para contar someramente mi forma de adicción, el inicio de la abstinencia y mi situación hasta ahora, mencionando que durante unas semanas estaré en este grupo por coincidir la ubicación con una tarea que está cercana a la calle donde se ubica Z.

Carlos me felicita por mi trayectoria relativamente reciente. También lo hacen Toni, que se reconoce en el patrón de bebida nocturna, así como Santos, de unos 50 años de edad, que se refiere a las condicionantes profesionales, aludiendo a mi comentario sobre no beber durante el día por motivos profesionales, reconociendo que en los últimos tiempos, antes de optar por sobriedad, él también se había decantado por la bebida nocturna.

Hay intervenciones sobre la situación frente a las familias, aunque sin mencionar discusiones ni enfrentamientos graves. Vicente recuerda que su mujer le decía reiteradamente: “tenemos que hablar”.

En la pausa (se recogen escasamente 6 €). Se ofrece Coca-Cola y patatas chips y se comenta el caso de la hija de Carlos, casada recientemente con un senegalés que no podrá convivir con ella en tanto el Ministerio de Exteriores no autorice el viaje y permiso de residencia como cónyuge de una española, trámite que puede durar 6 meses. La hija es cooperante y Carlos cuenta sus viajes por varios puntos del globo.

Gerardo (sobre los 55 años y 10 de abstinencia) llegado en el descanso abunda en la bondad de las sesiones AA, pero de cuyos Pasos formalmente reconoce que se hace un uso casi nulo. Aprueba el respeto a la palabra que se plasma en las intervenciones sin interrupciones. Todos valoran el grupo como una herramienta para mantener la sobriedad.

Las intervenciones han sido correctas, sin estridencias ni historias alambicadas. Han estado centradas en opiniones y/o experiencias recientes de los participantes. El clima es distendido y tranquilo, tal vez en exceso.

Toni hace una presentación sobre el miedo y sus connotaciones

que será debatida la próxima semana. No se apoya en textos de AA sino en definiciones académicas y psicológicas. Toni es un AA que calificaría de atípico y heterodoxo, a pesar de que, más adelante, aflorará su fuerte necesidad grupal.

Finaliza la sesión con la Oración de la Serenidad, con las manos enlazadas y puestos en pie.

En las reuniones siguientes se irá confirmando el pequeño tamaño de este grupo,¹⁴⁷ comparativamente con los anteriores, así como un liderazgo sensible y próximo como era el de Carlos que sólo intervenía, en turno o al final de la sesión, para matizar algún aspecto de la sobriedad, apelando casi siempre a su propia experiencia.

Sole, que acudió al grupo unos días después, tenía formalmente el teléfono de contacto del grupo, pero no ejercía funciones de responsable. Posiblemente un problema familiar que comentaremos la tenía muy ocupada, aunque me dio la impresión de que era un miembro más bien laxo del grupo. El núcleo estable lo formaban especialmente las personas que habían acudido a la primera reunión reseñada, salvo Gerardo.

Algunas de las personas que he nombrado acudían ocasionalmente a otros grupos, por razones de residencia (Gerardo vivía en una población de los alrededores de Barcelona) o por otras; Toni frecuentaba también el grupo próximo que antes hemos citado y, con motivo de viajes profesionales, se detenía en alguna población donde sabía que había un grupo cuya sesión coincidía con su paso por allí. Sin parecer que tuviera una especial problemática, el hecho de frecuentar varios grupos, incluso en tránsito, podía hacer pensar en que era uno de los participantes en el grupo más sensibles al mantenimiento de la sobriedad. Nunca faltaba a las reuniones.

Transcribo la segunda sesión, transcrita directamente, como he hecho en

¹⁴⁷ Especialmente en cuanto a personas por sesión.

otros grupos, desde el Diario de Campo:

19.1.10 - AA, Z (20-21,45 h.)

Hay un nuevo incorporado Ignacio, de unos 45-50 años y una asistencia ocasional de Lorenzo, abogado (su grupo de referencia es el "N", pero había acudido en el pasado a Z). Aparenta unos 50 años.

7 varones en total. Modera Carlos. Menciona la presencia de Ignacio, quien se presenta como alcohólico recuperado desde hace 10 años. Habla del grupo "EE", citando episodios de enfrentamientos durante las sesiones, sin aclarar si él estuvo involucrado en ellos. Hacía años que no acudía a grupos por estar ocupado cuidando a sus padres (él es soltero) hasta la muerte reciente de su madre (el padre había fallecido con anterioridad). Menciona la costumbre de las asistencias prolongadas a los grupos como una adicción al grupo. Insinúa problemas personales pero afirma no querer volver a beber.

Mateo habla de su historia de su venida desde Uruguay, y de su suerte en encontrar los grupos AA ya que estaba bajo mínimos. Está contento porque le acaban de conceder la doble nacionalidad. Es extrovertido y optimista.

Lorenzo menciona su preocupación profesional con salarios congelados y primas por ventas que no se cobran al ser los objetivos inalcanzables. Dice estar buscando otro trabajo.

Toni se declara no creyente y, a pesar de su asistencia a dos grupos, no sigue regularmente los textos AA. Comenta que ayer, por un retraso de viaje, se quedó en el grupo de La Roca, en lugar de acudir al grupo cercano a Z en el que también participa regularmente. Comenta una gran cantidad de gente en La Roca y estructura organizativa que le parece perfecta en relación a los otros dos pequeños grupos que fomenta. Recuerda su asistencia a un grupo de Formentera que ni tan siquiera estaba censado ya que lo formaban tres extranjeros que vivían permanentemente en la isla. Menciona que está a tres semanas de ser padre. Se le ve de buen humor, incluso con un cierto aire frívolo. Es el miembro más parlanchín del Grupo.

La pausa vuelve a ser una bolsa de patatas y una Coca-Cola. También hay una pequeña cantidad de caramelos. Se habla de Movistar y de la estafa que representan ciertas contrataciones telefónicas.

Intervengo yo para matizar que la adicción a los grupos puede sustituirse por la necesidad de frecuentar los mismos al haber perdido la red social anterior (caso de bebedores grupales) y, por tanto, sería una forma de combatir el miedo a la soledad y al aislamiento social. Tal vez podría verse como un camino de resocialización.

Ignacio tiene una intervención confusa y larga, que va desde su infancia al periodo ya claramente adulto. Tuvo dos novias con las que no llegó a formalizar una unión. Menciona que es pianista y pintor. Hace profesión de fe en Dios y da vueltas entre los extremos de su vida y la parte central de la misma, sin un mensaje claro. Carlos lo tiene que parar por tiempo.

Mateo menciona su intranquilidad en las últimas semanas (menciona episodios de ira, acritud en sus respuestas, gritos con sus subordinados), que achaca a la actitud rebelde e independiente de su hija de 20 años (la mayor). Tiene un talante algo conservador y lleva muy mal sus ausencias durante dos o tres días sin aviso y sin relatar dónde ha estado. Se propone un ejercicio de realismo para afrontar una situación que se ve incapaz de reconducir por falta de comunicación.

Carlos me encarga exponer un tema la próxima semana, a escoger entre serenidad, tolerancia y resentimientos.¹⁴⁸

La diferencia sustancial con otros grupos, tal vez tiene que ver con un ambiente relajado y por la ausencia de narrativas en clave dramática. Se observa un gran respeto hacia lo que expresa cada cual y el tono de la sesión es el corriente en una tertulia de pocas personas que se reúnen habitualmente. Tal vez la mención de grupo de amigos con un problema común sería más definitoria para el grupo Z que categorizarlo como un grupo de deshabitación del alcohol. Esta sustancia no es mencionada habitualmente. Sí en cambio las problemáticas personales, familiares o profesionales, las cuales, en general, suelen ser reiterativas como se ha observado en todos los grupos.

Este ambiente distendido es compatible con posiciones claramente

¹⁴⁸ En Z era frecuente que un participante desarrollara un tema, entresacado de los textos de AA, sobre los que realizaba una pequeña presentación para posterior debate en el grupo.

diferenciadas en relación al concepto del poder superior. El caso de Mateo o de Lorenzo, este último sólo en una ocasión, contrasta con el resto de participantes que no suelen plantear el tema espiritualista o bien se definen abiertamente como no creyentes o agnósticos. El primero de ellos, en dos o tres sesiones, repitió el mismo argumento:

“Durante los tres primeros años de acudir al grupo, no pronuncié casi ninguna palabra. Estaba tan desorientado que no acababa de comprender nada. Durante todo este tiempo estaba bebiendo –lo menciona con fatalismo, que sólo puedo interpretar como su constatación de la incapacidad que experimentaba para dejar el alcohol–, hasta que un día dejé de beber. Cuando bebía estaba totalmente desconectado de mi entorno familiar, social...,¹⁴⁹ de todos, vamos!. Hoy he podido rehacer las relaciones perdidas –y termina su intervención con una alusión al poder superior que es el que, en su opinión, le llevó a dicho logro.”

En la cuarta reunión a la que asisto acude ocasionalmente Wenceslao, antiguo miembro del grupo que ahora frecuenta otro grupo de una población cercana a Barcelona por cambio de residencia. Lleva 15 años abstinerente, pero nos comenta, visiblemente afectado, que empezó a tener problemas de deglución hasta que se le diagnosticó un tumor maligno de esófago del que va a ser operado dentro de poco.

“Tuve un golpe emocional muy fuerte y mi mujer todavía se vio más afectada –nos comenta en un largo inciso en la reunión en la que se ha interrumpido el protocolo del uso secuencial de la palabra y hablamos todos dentro de una conversación abierta–. No he dejado de trabajar y esto creo que me ayuda a no

¹⁴⁹ Esta mención es recurrente y, en el caso de Mateo me recuerda la repetida historia de Javier, en el Grupo X, sobre la sensación de no haber visto crecer a sus hijos, sensación que yo compartía en parte.

ensimismarme, aunque a veces no puedo evitar las crisis de llanto –su necesidad de comunicarse se hace evidente por la vehemencia con la que se expresa–. Trato de no quedarme solo en casa. Los 12 Pasos me han ayudado a sobrellevar la situación y –termina diciendo–ahora creo en la necesidad de repetir el Cuarto, aunque ello sea tal vez complicado.”

Carlos responde a ese comentario, con criterio pragmático, aconsejándole que reflexione sobre si su estado anímico es el mejor para abordar un examen de lo realizado durante su vida. En definitiva le propone que no lo haga si simplemente se plantea el ejercicio como una obligación personal, más que como un elemento que le ayude en este momento difícil.

Sobre uno de los trabajos que me había propuesto Carlos en una sesión anterior, desarrollo el tema de los “Resentimientos”, en forma de lectura de un breve texto en el que trato de estructurar mis conclusiones sobre el tema:

Hago hincapié en que el resentimiento es un “sentimiento” con visos de universalidad, pero con expresiones distintas según la caracterología individual. Destaco la necesidad, desde un punto de vista práctico, de “pasar página”, evitando que ciertos problemas devengan en obsesiones y termino poniendo el acento en el hecho habitual de que la principal víctima emocional de los resentimientos es la propia persona que los experimenta (con esta conclusión pongo en evidencia que para elaborarla no me he basado en el Cuarto Paso de AA –haciendo un examen y buscando reparar antiguas rencillas–, sino que me apoyo en un comportamiento emocionalmente pragmático que, sin eliminar ni tratar de conciliar el problema que crea resentimientos, simplemente lo relega al olvido y, junto con éste, al propio resentimiento).

Hay un acuerdo bastante general en el grupo sobre esas conclusiones si

bien Lorenzo comenta su contencioso familiar con sus hermanos hacia los que, sin embargo, no tiene sensación de experimentar resentimiento. Toni comenta las respuestas destempladas que recibe de sus empleados y que, no obstante, tiene que saber encajar y relativizar en la medida de lo posible.

Carlos, apoyándose en la lectura del día a propósito de ser consciente de la adicción, explica su caso que sitúa a partir de sus 40 años. Precedido de un cúmulo (sic) de autoengaños para no asumir su situación, y trampeando como podía con su profesión comercial, seguía aumentando la ingesta alcohólica. Se sentía ebrio ya con un par de copas, pero seguía bebiendo hasta llegar a grados altos de etilismo. Estuvo ingresado un mes en un centro de desintoxicación y allí asumió lo que siempre negaba: su dependencia del alcohol. Al salir ingresó en AA. Tiene la sensación de que quienes dejan de beber por si mismos llevan la sobriedad con tristeza, mientras que observa mayor optimismo y una actitud más positiva entre los que acuden regularmente a las reuniones de la Comunidad.

En la pausa comento con Carlos su recuento. Me dice que dejó de beber hace ya 15 años, pero que el año pasado, con motivo de un viaje a la Toscana, donde visitaron bodegas en la zona del Chianti, se le presentaron unas ganas imperativas de beber y me previene sobre ese riesgo larvado, presente en casi todos los alcohólicos, por mucho tiempo de abstinencia que lleven. Estos episodios de *craving* que están bien descritos tanto en AA como en la biomedicina, guardan habitualmente una relación asociativa con la sustancia, como fue el caso que comentamos, pero también con otros elementos que una PDA sobria tiene asociados al alcohol,¹⁵⁰ en ocasiones formando parte de una correlación inconsciente. Este punto se abordará en las Conclusiones, dentro del concepto de memoria adictiva, y en relación a los objetivos secundarios de la Tesis.

¹⁵⁰ Hay una tendencia a olvidar el grado de alcoholismo según cada persona que trataremos en las pp. 279-281. Este olvido conduce a tratamientos de deshabitación muchas veces inapropiados en función del contexto adictivo de una PDA en particular.

Las diferencias sociales se observan tanto en las formas como en el fondo de las narrativas familiares y profesionales, así como en las indumentarias. El estatus cultural y económico no es neutral y la estratificación social asoma a través de estos elementos, como también en la ausencia de palabras de dudosa pertinencia. El trato general, si bien en esta minúscula escala del grupo Z, se observa formalmente cortés. Aún cuando haya fuertes disonancias entre una u otra intervención, ello nunca termina en descalificaciones explícitas. Los turnos de palabra, como en los otros grupos, se respetan escrupulosamente.

Sole ha aparecido por primera vez desde que acudo al grupo. Comenta un hecho ya conocido por los habituales del grupo y que hace referencia a que su madre vive en Andalucía y está en una situación preagónica. Ella ha regresado a Barcelona después de pasar unas semanas en el sur, pero tiene la sensación de que su fallecimiento puede producirse en cualquier momento. Hace comentarios críticos sobre su hermana, a la que tilda de egoísta con motivo de su poca implicación en esta circunstancia dramática.

Entre las pocas incorporaciones al grupo que ví, coincidieron en el mismo día Luisa, mujer de unos 40 años y Julián, varón en torno a los 60. La primera, de origen valenciano, está en activo desde hace un año después de haber estado abstinente los últimos cuatro. Más tarde añadirá que la vuelta a la bebida obedece a que su marido la abandonó¹⁵¹ por otra relación e insinúa que ha perdido la custodia de sus dos hijas de 6 y 8 años. Estaba intentando recuperarla, a pesar de que la mayor no quiere regresar con ella por las malas experiencias que recuerda conviviendo con la madre ebria. Su relato iba acompañado de ojos brillantes por la emoción. A Luisa la veremos en sesiones muy espaciadas.

¹⁵¹ Es la “trampa del subjuntivo” ampliamente verbalizada en AA (ver nota a pie de la p. 124). En nuestro caso lo trataríamos como estrategia de autodisculpa (Esteve, 2012:16).

Un caso curioso, por su presencia atípica, fue el de Julián ya mencionado en el punto anterior. Madrileño afincado en BCN. Viene por primera y única vez, según sus palabras, con motivo de celebrar sus 25 años de sobriedad:

”Lo conseguí a los 35 años, después de una fase de diez años de gran descontrol. Entré entonces en AA –en realidad tres años antes ya había acudido a una reunión de grupo, sacando la conclusión de que estaba rodeado de locos (sic)–. Tuve la suerte de ser aconsejado por una persona que me transmitió una gran confianza y seguridad. En pocos días dejé la bebida. Soy un pequeño empresario y sigo teniendo el talante agresivo y tenso que parecía que era la base de mi condición de alcohólico, pero sigo abstinentemente sin mayores problemas.”

Julián en ningún momento mencionó aspectos espirituales. Se quedó el resto de la reunión y no regresó en las siguientes, hecho que era de esperar por su anuncio al principio de su intervención. No obstante hizo una observación adicional, antes de terminar la sesión, aludiendo a que el alcoholismo denota, en buena parte de los casos, un conflicto emocional y social en la persona. Recordando sus palabras exactas vino a decir que era una respuesta personal a problemas propios o del entorno.¹⁵²

Hay ciertas frases gráficas, que se aplican en algunos grupos de AA, no en Z pero sí que lo fue sobre todo en X, y que pueden ser de utilidad para entender los comportamientos humanos y no sólo en casos de adicciones o de superación de las mismas:

- La ya mencionada como la **“trampa del subjuntivo”** y que en este apartado podría aplicarse a Luisa. En cualquier caso entraría

¹⁵² Ello enlazaría con el concepto de dependencia del alcohol como un síntoma (Romaní, 2011:94) de que hay un conflicto persona-contexto. Constituiría, en definitiva, una de las posibles respuestas personales a una determinada problemática que se desarrolla por la existencia de un entorno adverso.

dentro de la categoría de la desculpabilización (Esteve, 2012:16)

- “**Borrachera seca**”. Se entiende por ello un tipo de comportamiento, habitual u ocasional, que recuerda el de una PDA en fase activa. En este apartado podríamos referirnos a Julián, miembro de este grupo, aunque con matices, especialmente por lo que él mismo apunta en cuanto a impulsividad, dirigismo, hiperactividad (en ciertos casos, que no es el de Julián, la violencia podría estar presente como una manifestación de dicho apelativo).
- Un tercer concepto útil, especialmente cuando se incide en tratar de evitar enfrentamientos personales, sería el de “**resaca emocional**”. De alguna manera es el poso reflexivo que genera cualquier individuo que ha tenido un problema en el que se ha considerado implicado de forma directa. Dicho poso incidiría en la toma de conciencia de que su contribución a dicho problema haya resultado una de las causas del mismo. La sensación de no haber hecho lo que se debería, define también a este doble nominativo. En el fondo sería lo que Ignacio podría pensar, y tal vez no explicitar, en relación a la imagen que su hija mayor había formado de él.
- La cuarta y última metáfora de AA es la de “**pensamiento circular**”, definiendo con ello el estado mental en el que una persona está obsesionada con un tema que le preocupa y no es capaz de tratarlo de forma aislada. Más bien deviene en pensamiento recurrente y compulsivo.

La génesis de AA en EE.UU, en un contexto influenciado por las iglesias protestantes estadounidenses y especialmente por la evangelista, tiene una influencia indudable en los contenidos y enfoques morales de los textos de la Comunidad. Un tema poco tratado en estos textos, y en cualquier caso olvidado en las sesiones grupales a las que había asistido,

era la posible correlación entre sexo y alcohol.¹⁵³ En este ámbito es sobradamente conocido el impacto negativo del alcohol sobre la libido y especialmente en los mecanismos psíquicos o vasculares presentes en la erección y en la frigidez (Benítez y León, 2003:142).

Tenía un cierta curiosidad por conocer la opinión de los miembros del grupo y planteé el debate de dicho tema en una de las sesiones, de la que transcribo lo anotado textualmente en el Diario de Campo:

16.2.10 – AA, Z (20-21,45 h.)

4 varones. Falta Carlos por un problema de salud de su suegra. Inicialmente sólo Mateo y yo, que iniciamos la sesión con las lecturas habituales.

A continuación expongo el tema del aneurisma que me han detectado, del que todavía no está confirmada su importancia. Mateo parecía no comprender el concepto, lo que motiva que le haga una exposición ayudada por un esquema de la aorta abdominal y los distintos tipos de aneurismas. Toma la palabra Mateo para comentar que acudió a NA¹⁵⁴ grupo en el que está su hijo que hace ya 6 meses que no consume droga. Estuvo muy contento, según sus palabras, de que su padre acudiera y manifestó que su ayuda había sido muy importante para dejar la adicción. Mateo comenta que su hijo se había ido de casa juntándose con un grupo de okupas, pero que ahora ha regresado a casa de los padres donde viven en familia extensa junto con otro hermano y su mujer.

Se presenta más tarde Santos y posteriormente Gerardo. Pido de nuevo la palabra para exponer la extrañeza de no haber oído comentar, en ningún grupo de AA, alguna reflexión o preocupación sobre sexualidad y alcohol. Cuento mi caso particular con disminución clara de la libido a partir de los 50 años. Pregunto si la omisión de dicho tema es por considerarse tabú en AA¹⁵⁵ o bien derivado del posible pudor, especialmente en grupos

¹⁵³ Entre las pocas menciones textuales tal vez resulte curioso el léxico utilizado, más propio de hace unas décadas por ñoño, previniendo de posibles relaciones sexuales entre participantes en un mismo grupo: “Son historia antigua los romances entre los pacientes y sus médicos y enfermeras, o entre los pacientes entre sí. Los alcohólicos en recuperación son susceptibles a la misma fiebre.” (AAWS, 2008c:102)

¹⁵⁴ Narcóticos Anónimos es una de las derivaciones de AA que comentaremos en 3,1,1,c) y 3.2

¹⁵⁵ En el Grupo Z se podía debatir abiertamente, sin temor a réplicas poco corteses, de ciertos aspectos del programa y de la dinámica de los grupos AA.

mixtos, que en Z era prácticamente inexistente cuando planteé la cuestión ya que era una reunión con cuatro varones, en el momento de comentarlo y a la que no se añadió nadie más.

Menciono también que en la literatura de la institución se habla de ello muy de pasada y argumento que tal vez corresponde, tanto por época de redacción, como por talante conservador de la sociedad norteamericana, a un deseo implícito de silenciamiento de los temas sexuales.

Responde Santos que es cierto que se trata pocas veces, pero que podemos incluirlo en uno de los temas que semanalmente se exponen y preparan por parte de uno de los integrantes del grupo. Está de acuerdo en que tal vez la procedencia de las obras, en una sociedad de doble moral como la americana, podría estar en el origen de la omisión casi general de ese tema. Mateo apunta que no es tan importante el sexo como los afectos que con el tiempo se producen. Para él es importante el sexo con amor ya que en caso contrario el sexo es un acto puramente mecánico. No parece tener disfunciones. Era evidente que no había, según él, la misma potencia ni deseo que antes, aunque reconoce que cuando “tomaba”, en su argot, el intercambio sexual con su mujer era algo puramente instintivo y sin ninguna calidez personal. Casi en el mismo sentido se pronuncia Gerardo (se dedica a la enseñanza como profesor de Instituto), quien reconoce tener, históricamente, más necesidad de sexo que su mujer, lo que de más joven le impulsó a utilizar regularmente la prostitución. Ello derivó en desavenencias y riesgos de ruptura matrimonial hasta que fueron a un sexólogo donde pudieron sincerarse mutuamente. No parece que ello haya afectado gravemente a su vida sexual. Esta afirmación vale para las tres personas que comparten conmigo el grupo en este día.”

En el apartado 3.1.2, se retomará el tema de alcohol y sexualidad, dentro de las sesiones del GT. Como ocurrió en AA, será un tema que se tendrá que forzar ya que no surge espontáneamente en las propuestas de temas ni en las narrativas o inquietudes de los participantes. En el Capítulo 4 intentaremos estructurar una explicación a esta realidad que, en un contexto adulto y de diversidad de género, no deja de sorprender.

El hilo conductor que solía dirigir buena parte de las narrativas del grupo,

especialmente entre los componentes del género masculino, solía ser la profesión y las preocupaciones en torno a problemáticas laborales,¹⁵⁶ aunque fuera de diversa índole el contenido de las mismas. Siendo la presencia femenina muy reducida, no es fácil atribuir a dicho género un peso de importancia en la dinámica del grupo. Este tipo de temática tapaba casi totalmente el papel del alcohol que, para un observador exterior no informado, hubiera motivado una duda razonable sobre cuál era el propósito real del grupo.

Gerardo comentaba su problemática como docente:

“Me siento francamente incómodo en mi Instituto. Tengo seis grupos aunque sólo en dos de ellos realizo mi trabajo con satisfacción. Los otros cuatro –comenta con una cierta desazón– están formados por grupos amorfos de adolescentes sin ningún interés en la materia que imparto¹⁵⁷ y sin ningún aparente respeto hacia mí, hasta el punto de que, en ocasiones, sólo puedo dar media clase ya que para empezarla he de aceptar media hora de “bulla” entre el alumnado.

El modelo didáctico ha cambiado recientemente y, contrariamente a mi forma de trabajar que –tal vez no estaréis del todo de acuerdo, comenta– suelo basarla en la exposición magistral. Ahora se preconiza la realización de una batería de ejercicios en clase que dan pie a mayor falta de interés por parte de los alumnos. Mi experiencia es que el nuevo sistema tiende a dispersar la atención del alumno aunque pueda resultar paradójico. Ha llegado hasta tal punto mi malestar que me estoy planteando si pedir una jubilación anticipada, a pesar –comenta con un orgullo evidente– de ser uno de los profesores mejor

¹⁵⁶ A señalar, ya apuntado también en relación al grupo Y, que estábamos empezando la fase álgida de la crisis económica que se había iniciado en 2008.

¹⁵⁷ Se ocupaba de una asignatura de la rama de Humanidades.

valorados por el alumnado. En ningún momento he notado –afirma inesperadamente– que me hayan asaltado ganas de beber por estos motivos, pero me siento realmente desorientado y cansado.”

Estas narrativas dan pie a otras adaptadas a las preocupaciones de la persona que intervenga, sea a continuación o cuando le llega su turno. Ese día Toni se unió a la reflexión de desencanto profesional que había planteado Gerardo:

“Estoy de acuerdo con Gerardo en la desorientación que provocan los cambios en los sistemas de trabajo. Afectan no sólo a las prácticas profesionales sino incluso a los valores de la propia empresa, que a veces se perciben como cambiantes –y concretando esta última afirmación, continúa diciendo–, desorientando a los directivos y al personal. Recientemente hemos tenido que retomar unas antiguas prácticas que se habían intentado cambiar.”

La esposa de Toni estaba en los días previos al parto y ello venía observándose, desde hacía dos semanas, en su creciente nerviosismo durante las sesiones.

En ambos participantes tal vez podríamos encontrar un trasfondo de inquietud que hace temer un retorno al alcohol o algunos episodios recientes de *craving* que podría pensarse que ya han sido insinuados, aún negándolos, durante la intervención de Gerardo.

Más que una inquietud lo que Mateo nos contó, a continuación, era la crónica de su situación laboral en su agencia inmobiliaria. En ella se ocupaba, principalmente, de encontrar alojamiento para estancias de tiempo limitado, derivadas de misiones profesionales en Barcelona, para personas de otros lugares del país o de otros países:

“Han puesto a otra persona a hacer mi trabajo. Me han apartado.

El domingo pasado acudí al grupo SS, cosa que no había hecho hasta ahora, ya que tuve conocimiento de esta circunstancia el viernes anterior. Necesitaba compartir. Estaba y sigo estando muy inquieto y pensé que era mejor ir a un grupo y verbalizar mi problema.”

En ocasiones las intervenciones son excesivamente sintéticas, como la que acabo de referir, y, por parte de otras personas del grupo, no suele realizarse ninguna pregunta, por respeto a la privacidad de la comunicación, aunque queden dudas sobre el alcance de lo que se ha dicho. En esta ocasión no quedó claro si Mateo había sido despedido de su trabajo o simplemente había sido “degradado” profesionalmente y ahora realizaba trabajos de menor entidad.

Mediado el periodo en que permanecí en el grupo Z, se produjo la incorporación de una mujer joven de la que referiré algunos apuntes de sus cortas narrativas. Tal vez la mejor manera es empezar con la reseña íntegra de la sesión en la que Nadia se incorporó, para ir encadenando, posteriormente, algunos fragmentos de mis anotaciones sobre sus intervenciones en sesiones ulteriores. Ello nos permitirá dibujar mejor su perfil humano.

23.3.10 – AA, Z (20-21,45 h.)

5 personas. Se incorpora Nadia, moldava, de unos 35 años. Es la primera vez que está en AA. Llegué con algún retraso y Carlos le estaba explicando la normativa de la Comunidad. No sé si habían hablado de su caso en particular. En cualquier caso en el descanso me comenta que lleva 10 años en España y en el grupo sólo insinúa que la principal problemática es su única hija de 3 años, dejando entredicho que tiene problemas con su compañero, sin especificar más. Sólo tomó brevemente la palabra para mencionar lo señalado.

La dinámica, a propuesta de Carlos, se centra en contar nuestros casos concretos a Nadia. Empieza él mismo explicando cosas, para mi contradictorias con su personalidad actual, y sobre su realidad mientras era consumidor de alcohol. Menciona su carácter despótico y manipulador en su profesión, donde su superior cualificación profesional le hacía llevar una conducta arrogante y despreciativa hacia sus compañeros. Procedía de manera similar con su mujer a la que culpaba de no dejarle gestionar la vida a su antojo, cuando ella intentaba abordar el problema de Carlos con el alcohol. Su alto nivel de ingesta lo toleró muy bien durante años hasta que pasó lo contrario y terminó ingresado en una institución de desintoxicación durante 40 días. Antes había probado terapias médicas domiciliarias, pero dejaba de ingerir los fármacos por su falta real de interés en dejar el alcohol. Al terminar el tratamiento entró en AA y de ello hace 22 años.¹⁵⁸ Se manifiesta ateo y coincidimos en que el SS en realidad es el grupo.¹⁵⁹ Añade que puede decirse lo mismo de la Comunidad AA en su conjunto. Carlos cree firmemente que hay que asistir siempre a las reuniones, ya que las “llamadas” van apareciendo aún después de muchos años. Al cabo de unos años su mujer le enseñó la documentación que preparó durante el internamiento de Carlos para desintoxicarse. Era el protocolo para divorciarse, ya que estaba convencida que al abandonar la desintoxicación volvería a beber. Se culpabiliza de no haber vivido la adolescencia de sus dos hijas, que ahora compensa con su nieto.

Cuento mi experiencia. Hago énfasis en que una característica del alcohol es ocultar los problemas por el estado que ocasiona en la PDA. Toni, que interviene después, matiza que no sólo los problemas sino también los momentos de euforia son excusa o motivo para beber. Describe distintas fases de alcoholismo: grupal, amigos, para terminar en solitario (es la antesala de la dependencia severa o también del abandono del alcohol). Su experiencia es que, en su caso, todo giraba en torno al alcohol y que, igual que en mi caso, cada día se proponía infructuosamente dejarlo. A pesar de su adicción, nunca dejó de ir a trabajar, aunque siempre con una resaca que procuraba disimular. A pesar de unos siete años sin beber, cuando entra en bares o pasa por tiendas su mirada va hacia las botellas. Reconoce que este aspecto no lo puede corregir lo cual le preocupa ya que cree que es una señal de que el alcohol no se ha apartado totalmente de su pensamiento.

¹⁵⁸ En una conversación entre ambos me había mencionado su abstinencia desde hacía 15 años. Suele ser corriente que haya varios episodios de abstinencia-recaída y finalmente el hablante puede referirse no al último sino a otro anterior o, posiblemente en este caso, al primero.

¹⁵⁹ Como metáfora compartía su punto de vista como debatiremos en páginas posteriores: 3.1.1.c) y 3.2.

Sole empieza su intervención diciendo que está harta de su marido y de su hijo. Da la bienvenida a Nadia, pero en seguida pasa a hablar de la muerte reciente de su madre (solloza) pero vuelve a la carga contra su marido al que pone de vuelta y media con palabras duras, dejando en el aire un ambiente cargado de amargura. Su forma de hablar es áspera y correosa. Es un ejemplo de lo que mencioné unas páginas atrás, sobre ciertas categorías de AA, “borrachera seca” en este caso.

Fue en el intermedio de esta sesión cuando Carlos nos comentó la falta de fondos de la caja del grupo para afrontar el pago del alquiler de aquel mes. Parece que la situación de precariedad financiera venía arrastrándose desde hacía tiempo, pero se solucionaba retrasando algo el pago. La razón era el escaso tamaño del grupo. La mayoría hizo una contribución extra para cubrir el mes y dejar una cierta reserva para el mes siguiente. Esta circunstancia no deja de ser paradójica –si bien es coherente con lo que dice la 7ª Tradición en relación a que cada grupo se mantiene con sus propios medios– si consideramos la petición de más fondos para alcanzar los objetivos del área, como ocurrió en los Grupos X e Y, sin que parezca darse lo inverso: que el área acuda en socorro de un Grupo en dificultad económica.

En relación a Nadia, recojo otras dos intervenciones tuyas mientras estuve en el grupo:

Nadia comenta que lleva 28 días sin beber. Se encuentra bien, pero afirma que ahora se ha dado cuenta de que no quiere a su pareja y no sabe qué hacer. Duda sobre cómo encarar el problema aunque desea separarse. En estos momentos dice estar buscando trabajo ya que en la actualidad depende económicamente de él.

Después de la pausa hago un comentario público, aunque dirigido a Nadia, sobre lo que ha contado. Menciono lo que suele encontrarse en la literatura AA en relación a no tomar decisiones importantes hasta que no haya pasado un periodo prolongado de sobriedad y ésta se encuentre razonablemente bajo control. Conviene que el “síndrome” haya pasado, aunque el mismo en

ocasiones parezca ausente pero tal vez está condicionando, de manera inconsciente, nuestra percepción de la realidad. Le recomiendo que, en caliente, procure no tomar decisiones trascendentes y que intente dejar pasar un tiempo prudencial que puede ayudarla a matizar su problema de pareja.

Nadia no ha intervenido hoy en toda la sesión. A pregunta de Carlos dice que se encuentra bien, pero se observa que no desea hablar. Dice encontrarse muy preocupada por su situación familiar y laboral. Sigue estando en situación de búsqueda de un trabajo.

La dinámica del Grupo es redundante. Se observa un ambiente parecido a una reunión semanal de un grupo de amigos en el que terminan explicando casi siempre lo mismo, salvo cuando se produce alguna rara novedad. Detrás de la asistencia de los que constituyen el núcleo estable –en el que podríamos ahora incluir a Sole, a partir del momento en que la defunción de su madre ya no la mantuvo alejada geográficamente–, no parece existir otra razón que la de la necesidad grupal.

Mi relación con el grupo Z terminó a principios de mayo de 2010, después de cuatro meses de participación en todas sus sesiones que al principio simultaneaba con asistencias al grupo Y y también con el CAS H/G., como describiremos en 3.2. Hago relación de la última anotación en mi Diario de Campo:

3.5.2010 - AA, Z (20 - 21,30 h.)

5 personas. Modera Carlos. Empezamos con tres personas planteándonos un turno de inquietudes. Por mi parte menciono otras anécdotas automovilísticas recientes que van abonando mi menor agresividad. Lorenzo habla también de una menor conflictividad familiar y aquí se introduce una reflexión sobre el alcohol y su influencia sobre la familia. Julián comenta que su padre lo era y que siempre ha sentido el temor de que sus dos hijas pudieran hacer un consumo excesivo. Afirma que no le

consta de forma habitual, aunque la mayor tuvo una retirada de carné de dos meses en un control de alcoholemia un fin de semana. Asegura, no obstante, su convencimiento de que fue una circunstancia esporádica, no una adicción en regla. Aprovecho para plantear de nuevo, al hilo de la mención de herencia genética de Lorenzo, el hecho de que a pesar de que la distribución de genes adictivos debería estar repartida estadísticamente en partes equivalentes en las distintas culturas, es un hecho que existen comunidades donde no se consume alcohol por razones básicamente religiosas: Musulmanes radicales, Testigos de Jehová, Amish, Memnonitas, Ba'hai etc.¹⁶⁰ Este hecho indicaría que el inicio del consumo de alcohol no lo determina la genética sino el entorno cultural en el que se mueve el consumidor. De ahí a generar una adicción, juegan múltiples factores, entre ellos el de una posible predisposición genética, que se expresaría con motivo de la ingesta de los primeros años, apremiando un consumo compulsivo y progresivo. Al no ocurrir la iniciación en el alcohol en las comunidades mencionadas, no se da la circunstancia que pueda generar una adicción, ni por vía genética ni por vía de familiar o de redes sociales.

Aparecen Nadia y Gerardo, que no intervienen, salvo durante el descanso en el que Gerardo vuelve a mostrar su preocupación por la situación de disciplina e interés de sus alumnos, aludiendo a que tiene que dar clases en voz más alta para neutralizar el ruido de fondo de un tercio de la clase que no sigue la misma.

El tema del día es el 4º Paso. Lorenzo reconoce haberlo hecho destacando sólo las partes negativas de su vida y que decidió repararlas para equilibrar su balanza emocional. Carlos se pronuncia sobre la importancia de este paso, en la medida que permite identificar etapas de una vida que podrían haber quedado en el olvido o, simplemente, no haberles dado la importancia que posteriormente han cobrado. Ambos mencionan que periódicamente releen estas anotaciones para no olvidar lo que había sido su pasado. Reconoce y reitera el mal trato que daba a sus subordinados y menciona que ahora ya es tarde para disculparse, disculpas que sí pidió a su familia ya en sobriedad. Lorenzo menciona que más que pedir disculpas, en su caso, lo afrontó a través de una extensa conversación familiar.

Me despido del grupo recordando lo que ya había anunciado cuando empecé en Z, es decir, que regresaría al mío de origen (el Y) al que no podría asistir durante un cierto período de tiempo en

¹⁶⁰ Por razones de coincidencia de día, anteriormente al grupo Z acudía al GT del CAS. Ése día, concretamente, había construido la misma narrativa en dicho grupo, como se comentará en el apartado 3.1.2.b)

razón a una ocupación temporal cercana a la ubicación del grupo actual. Carlos me sugiere que vuelva a menudo a Z.

El balance cuantitativo, e incluso cualitativo, del grupo Z no debe leerse como un dato fácilmente utilizable a nivel demostrativo. La escasez de personas que suelen acudir a la única reunión semanal del mismo y la asistencia irregular incluso de los que he denominado miembros del núcleo del grupo, hace que las pocas cifras que voy a citar sean más anecdóticas que operativas a efectos de extraer conclusiones. No obstante, junto con estas cifras poco representativas en el contexto de la investigación en general citaré algunos rasgos que me parecen de interés para catalogar esta experiencia:

- El tamaño del grupo, al final de mi participación, rondaba las 8 personas (2 mujeres acudían de forma bastante estable).
- La escasa asistencia, salvo en cuatro casos, Carlos, Toni, Nadia y Mateo (excluyo la mía que también fue continuada), indicaría un bajo nivel de permanencia (o retención en el lenguaje del CAS) en el grupo. No se observan casos donde se pueda intuir que exista alguna patología mental, salvo en el caso de Ignacio, quien no suele acudir regularmente.
- La percepción que se obtiene del grupo es la de un colectivo de PDA que mayoritariamente ya han superado ampliamente el “tiempo inicial de mayor riesgo” y que acuden a las reuniones sin que la mayor parte de ellas tengan necesidad de frecuentarlas por necesidad perentoria (hago excepción de Toni y Nadia, esta última en razón a su reciente sobriedad e incorporación).
- El balance cuantitativo no deja espacio para grandes análisis:
 - Personas que entraron: 5 (Ignacio y Luisa sólo 2 asistencias)

- Personas que abandonaron: 2 (aparentemente)

A semejanza del grupo anterior, comentaremos la sensación de que hay una persona con probable riesgo de recaída (Nadia).

Con este último grupo finalicé mi trabajo de campo en AA, basado tanto en la tarea de observador participante como en lo que ha representado mi presencia como sujeto en recuperación.

En el siguiente apartado procederé a un análisis somero de las primeras conclusiones sobre AA que se verán ampliamente desarrolladas en 3.2 y en el Capítulo 4. También trasladaré al mismo el testimonio de ciertas entrevistas a personas que han entrado en contacto con AA, sean miembros de dicha Comunidad o simplemente asistentes ocasionales a alguna de sus sesiones.

c) Comentarios adicionales AA.

Con los medios informativos que están a disposición, documentarse sobre cualquier institución, al menos formalmente, es una tarea fácil y en ocasiones necesaria. Esta última palabra la utilizamos en el sentido de lo prudentes que resultan –cuando recurrimos a terceros buscando ayuda o apoyo para solucionar un problema– los datos a disposición sobre determinadas instituciones, que nos permitirá situarnos en el contexto en el que pretendemos que va a desarrollarse una determinada relación de apoyo, “terapéutico” en este caso.

AA tiene una amplísima gama de entradas en Internet, también publicaciones periódicas, que dan información sobre las bases de su programa, la historia de la institución y su implantación actual. En este

sentido ya hemos mencionado las webs corporativas internacional y española (ver nota a pie de la p. 91) a las que podemos añadir las de sus dos principales publicaciones internacionales *AA Grapevine* y *La Viña*, editadas respectivamente en EE.UU. y México para públicos anglosajones o de habla hispana:

AA Grapevine <http://www.aagrapevine.org/>

La Viña <http://www.aagrapevine.org/espanol>

La consulta de ambas publicaciones (una buena parte de los contenidos de la segunda son traducción de la primera) permite hacerse una idea bastante aproximada sobre qué tipo de institución constituye. Por ciertas características concretas –y para delimitarlas nos servirán tanto el seguimiento personal del programa, el concepto de núcleo estable y la recomendación reiterativa de acudir regular y dilatadamente a los grupos– nos corresponderá, adicionalmente, preguntarnos sobre la categorización¹⁶¹ de AA como colectivo e interrogarnos en profundidad sobre su finalidad y sus prácticas, incluyendo en ellas sus estructuras locales, su sede internacional y las versiones, bajo un mismo programa, dedicadas a otras dependencias (p. 203). Los simbolismos y rituales que forman parte de sus sesiones deberán también ponerse en el contexto del análisis de AA como institución.

Las fuentes de información citadas forman parte de lo que Internet nos proporciona en los últimos años. Hasta la llegada de la era de la exuberancia informativa lo que se conocía de AA llegaba más bien por comentarios dispersos, casi nunca asumidos como experiencia propia (“un día me contaron que AA”), por cierta filmografía que sobre todo enfatizaba el momento “dramático” de pronunciar el propio nombre

¹⁶¹ No caeremos en la simplificación que representaría llamarla secta, palabra ya asumida inicialmente por Bernardo, cuando entramos en el grupo X, y que vendría a indicar que dicha etiqueta la asume AA como su imagen en determinados ámbitos.

seguido de "... y soy alcohólico". También se podía acceder a un sucinto conocimiento de AA en escasas y no bien anunciadas sesiones informativas o, finalmente, por el centro informativo telefónico que se limitaba a derivar hacia un grupo a la persona que llamaba, previa una breve conversación en la que se enfatizaba sobre la gravedad de la dependencia y la necesidad de alcanzar la sobriedad. Hoy tenemos un conocimiento más global de AA aunque no totalmente suficiente.

Una vez dentro de los locales de los grupos se pueden consultar un par de publicaciones nacionales: "*Akron-1935*" y "*Compartiendo*". Ambas editadas por la OSG (Oficina del Servicio General) de AA en España, ubicada en Avilés. Su periodicidad es bimestral y la razón de que coexistan dos publicaciones de la misma institución y editadas por el mismo servicio no está muy clara, especialmente si tomamos en cuenta que ambas se empezaron a publicar el mismo año: 1978. Como información adicional citaremos que cada grupo recibe un ejemplar de las mismas que puede ser leído por sus miembros *in situ*. Las personas que deseen un ejemplar para uso personal tienen que suscribirse y satisfacer una cuota anual para recibirlo en su domicilio. Lo mismo se puede comentar en relación al acceso *on line* a Grapevine y La Viña. La lectura completa de la publicación requiere un pago en concepto de suscripción.

La estructura geográfica de AA está basada en los países donde está implantada la institución. Dentro de cada país se establecen unas áreas a efectos organizativos. En España existen 44 áreas: Barcelona, Lleida y Girona conforman el área 6, mientras que Tarragona forma, ella sola, el área 42, ya que se segregó, por razones de enfrentamientos personales y organizativos, con la Oficina de Servicio del área 6. Esta información nos fue facilitado por Carlos, el responsable del grupo Z.

A nivel internacional está dirigida desde AAWS (ver primera entrada en Bibliografía) con sede en Akron (Ohio) EE.UU. El liderazgo corresponde a un órgano colegiado (AA's General Services Conference). Dicho modelo

de dirección fue establecido en abril de 1971, tres meses después de la muerte de Bill, quien había ostentado, desde el fallecimiento de Bob, el liderazgo único de la Comunidad. Transcribimos la crónica (Kurtz, 1991:253-254) de la comunicación formal de la nueva estructura de gestión de la Comunidad, con motivo del fallecimiento del líder carismático:

“ ... at the first gathering of AA’s General Services Conference¹⁶² in Wilson’s absence. Conference Coordinator Waneta N. spoke for the delegates in reminding those assembled of the continuity they represented:

*Our co-founder, Bill, left us on January 24, 1971, to continue his spiritual journey; since that time there seems to have been some unspoken questions about AA’s future. We need have no fear as a resolution offered by Bill and adopted at the 20th Anniversary Convention of AA in 1955 states: **“This resolution authorizes the General Service Conference to act for Alcoholics Anonymous and become the successor to its co-founders.”** It is important that the purpose of the General Service Conference is to assume the responsibility of leadership for the founders of Alcoholics Anonymous.”*

Si retomamos los grupos podemos decir que la estructura formal de las sesiones corrientes está organizada a través de un protocolo, pautado y reiterativo, que podríamos cotejar con el correspondiente a una ceremonia religiosa. Resaltamos las distintas etapas de las sesiones:¹⁶³

- Declaración sobre la naturaleza y el propósito de AA.
- Presentación del moderador con mención del tipo de reunión (cerrada o abierta) y explicitación del nombre del grupo (según grupo se menciona o no la fecha y el carácter anónimo de las intervenciones).
- Lectura del día y, dependiendo del grupo, de los doce pasos.

¹⁶² Hasta dicho momento la Conferencia sólo se reunía una vez al año.

¹⁶³ Recordemos lo explicado en pp. 100 y sig.

- Lectura de un texto alusivo al tema del día (si hay un tema concretado).
- Intervenciones por riguroso orden de petición. La finalización del tiempo de intervención es señalada por el moderador mediante un toque de campanilla (el tamaño del grupo determina la duración máxima de las intervenciones)
- Inicio de las intervenciones con la fórmula “me llamo y soy alcohólico”, seguido de la exclamación del grupo “Hola ...!” Al finalizar la intervención el grupo dice al unísono “Gracias!”. Las intervenciones nunca sufren interrupciones salvo para avisar del final, como se ha mencionado.
- Pausa con petición de óbolo voluntario (siempre se menciona la 7ª Tradición que justifica ese momento de la reunión).
- Comentario final, que nunca se producía en el grupo Y aunque tampoco se daba, de forma regular, en los otros. De practicarse es el responsable del grupo quien habla, realizando alguna alusión relativa a situaciones planteadas.
- Palabras previas a la Oración de la Serenidad y pronunciación de la misma (las manos enlazadas y su pronunciación en pie no se realizaba en el grupo X).

Dicha estructura puede recordar la de las ceremonias religiosas de distintos ritos, pero también la dinámica de cualquier estructura grupal que está pautada por un esquema predeterminado, que deja invariables la primera y tercera parte, siendo en la parte central cuando los participantes expresan sus narrativas o realizan sus aportaciones :

Ceremonia inicial → Núcleo de la reunión ↔ Ceremonia final

A esta primera consideración, y dentro de los formalismos de AA, pensamos que es interesante resaltar algunos aspectos ya mencionados y otros que añadiremos ahora y que no habían sido señalados durante las

etnografías de los grupos:

- ✓ AA tiene los fundadores mencionados, los cuales son resaltados en cada local mediante sendas fotografías (en algunas con un pie explicativo de lo más significativo de su biografía). Salvo Bill y Bob, no se menciona el nombre de ninguna persona más que haya tenido relevancia en la andadura de AA desde su fundación en 1935 (Imágenes A).
- ✓ Cada año se celebra, en cada grupo, el aniversario del nacimiento de ambos fundadores.
- ✓ AA tiene un texto canónico “Alcohólicos Anónimos” (AAWS, 2008a). También de obligada utilización son las “Reflexiones diarias” (AAWS, 2008b), para lectura diaria, y otros textos son recomendados (AAWS, 2008c:122-126) complementando o desarrollando al primero.
- ✓ Dichos textos no se han renovado ni adaptado desde su primera publicación que se produjo durante las dos primeras décadas de existencia de AA.
- ✓ En los inicios de la gestación de AA se produce un episodio, durante el ingreso de Bill en una institución de desintoxicación, que él mismo interpreta como “sobrenatural” y así lo proclama públicamente recogéndolo en la literatura “canónica”.¹⁶⁴
- ✓ Presentación de AA como un programa espiritual, pero no religioso (Kurtz, 1991:310)
- ✓ Referencia a un poder superior o directamente a Dios como la fuerza que logrará deshabituarse al alcohólico.¹⁶⁵
- ✓ Negación de la mención “fuerza de voluntad” del usuario que se sustituye por la buena voluntad o la disposición (AAWS, 2010:6) a reconocer su incapacidad para solucionar su dependencia y aceptar que debe confiarse a un poder superior que le ayudará en

¹⁶⁴ Ver pp. 87 y 88.

¹⁶⁵ Recordemos que el Primer Paso proclama la incapacidad del enfermo alcohólico para auto-sanarse.

su problema.

- ✓ El punto anterior, es decir la negación de la “fuerza de voluntad”, va unido a una sensación de minoría de edad que, en ocasiones, se puede vivir como permanente. En varias narrativas se expresa que muchos usuarios no toman decisiones frente a un problema, por la confianza en la intervención del poder superior.
- ✓ El planteamiento de los Doce Pasos puede ser interpretado como un camino desde el caos a la armonía personal. El enunciado de alguno de ellos podría demostrar que es superfluo y que hubo un empeño en que finalmente se plantearan doce, por el simbolismo de dicha cifra en las religiones cristianas.¹⁶⁶
- ✓ El camino descrito en el punto anterior estaría en línea con las etapas presentes en los Ritos de Paso (Van Gennep, 2008:30-44)
- ✓ Existen tabúes terminológicos y argumentales (Van Gennep, *op. cit.*), es decir hay un cierto dogmatismo hacia lo que puede tener utilidad positiva o negativa a los fines de la Comunidad. Entre los tabúes se encontrarían las palabras “terapia”, “buena voluntad” y nombres de fármacos. En el apartado argumental, al menos en los grupos X e Y, era evidente que hablar de tratamientos médicos creaba un malestar evidente en ciertas personas. Tampoco son aceptadas menciones a temas de publicidad, fiscalidad, etc. La respuesta que se puede recibir es que este aspecto no es de la incumbencia de AA, según reza en la definición de qué es AA pronunciada durante las lecturas introductorias de cada sesión.¹⁶⁷
- ✓ La figura del padrino puede indicar la tutela de un “neófito” por un “maestro”. El equivalente a un neo-catecúmeno en lenguaje cristiano.
- ✓ La sensación que se recibe es de “culpabilización” de los alcohólicos por serlo y la proclamación institucional de su

¹⁶⁶ Esta deducción puede calificarse de conjetural, pero no cabe duda que hay ciertas conjeturas con una altísima posibilidad de ser ciertas.

¹⁶⁷ Ver pp. 100 y sig.

“incapacidad” en dejar de beber. Suele tenerse la sensación de que se está insinuando una visión “pecaminosa” que se tendrá que superar por el camino de la “redención” que significa el ritual de los Pasos.

- ✓ Mentalización al usuario de que a un alcohólico realmente sólo puede curarle otro alcohólico (AAWS, 2008c:101-102) aunque no sea un profesional de la sanidad. En este punto se produce un mensaje subliminal de descalificación de cualquier otro método de deshabitación del alcohol que no sea AA, Comunidad que queda legitimada por la garantía de éxito que se atribuye al consejo y tutela de otros alcohólicos, ya fuera del consumo, y que se reconocen en las causas y superación de la adicción.

Estas consideraciones parecen propiciar la afirmación de que AA tiene la mayor parte de los atributos de un culto¹⁶⁸ (Prat, 1997:21-34), con voluntad de continuidad a largo plazo y cuyos rasgos, siendo muy esquemáticos, se resumen en los siguientes puntos:

- Existen los “padres fundadores”.
- Existe “el libro”.
- Se produjo el “milagro”.
- La Comunidad garantiza la cohesión interna por medio del respeto a los ceremoniales tradicionales de las reuniones y a la invariabilidad de sus tradiciones y textos.
- La Séptima Tradición asegura la viabilidad económica de los grupos con un número suficiente de participantes en promedio.¹⁶⁹

En cualquier caso si afirmamos que tiene atributos religiosos o de culto,

¹⁶⁸ Volvemos a evitar la mención secta por la dificultad en distinguirla de una religión. No obstante sí que podemos conjeturar, semánticamente, que AA es una organización con tintes sectarios.

¹⁶⁹ De esta manera se opera una cierta “selección natural” que resultaría en la desaparición de los grupos reducidos, evitando que su supervivencia representara un coste para la Comunidad. Este no es un argumento que abone la catalogación de AA como un culto sino más bien la demostración de su carácter económicamente pragmático.

es también cierto que entre dichos atributos no se encuentra la presión hacia los usuarios para fidelizarlos. Con ello nos referimos a que no se producen presiones telefónicas ni personales cuando una persona no acude a un grupo. Asimismo las personas que acuden a las sesiones son libres de entrar y salir en cualquier momento de las mismas sin que medie ninguna explicación.¹⁷⁰ Curiosamente, y para terminar con este párrafo, procede concluir que no se observa un afán proselitista exagerado, ni interna ni externamente.¹⁷¹

Los participantes que suelen ser fijos durante toda la sesión son los que forman el núcleo estable. De entre ellos saldrán padrinos y madrinas. Hay un segundo tipo de asistentes, que acuden más o menos regularmente, pero no forman ese grupo estable. Más bien son personas que precisan una atención continuada de un grupo de apoyo, ya que su sobriedad parece siempre en riesgo, no tanto por lo que expresan en relación al alcohol como por las narrativas que indican situaciones personales inestables, conflictivas o bajo precariedad familiar, social y económica. De entre ellos evidentemente no surgen los padrinos, más bien son deudores de ellos. Estas personas habitualmente terminan integrándose en el núcleo, aunque en un plano subalterno. Si no consolidan, aunque sea alternativamente, su sobriedad es de esperar que abandonen el grupo.

Un tercer grupo de persona son los que podríamos denominar itinerantes o “nómadas”. Circulan por varios grupos, combinados durante la semana, aunque en ocasiones van cambiando periódicamente por motivos varios (descontento con algunos miembros o con el responsable, cansancio en

¹⁷⁰ En un número elevado de casos se corresponde con personas de carácter inquieto que posiblemente se sienten incómodas en una reunión prolongada o que, simplemente, han venido a explicar su inquietud del día y no considerarían de su interés el resto de narrativas. Hay un número elevado de abandonos de la sesión que se producen con motivo de la pausa central. En la entrevista con Ria (pp. 203-205) observaremos que no todos los países ni todos los grupos operan bajo el mismo criterio en el aspecto del respeto a los horarios de las reuniones.

¹⁷¹ Ello no desmiente el hecho de que ciertos discursos catastrofistas, como era el caso de Javier en el grupo X, puedan representar un imperativo de continuidad para ciertas personas con problemas para mantener la sobriedad.

oír las mismas narrativas reiteradas por las mismas personas, u otras razones personales de horarios o ubicación). Estas personas no están apegadas al grupo en el que participan como no adscritos.

Resaltaremos de nuevo el hecho de que no se observa un seguimiento cuantitativo de los participantes. Tampoco se propicia abiertamente que el participante y el grupo se pongan en contacto mutuamente, especialmente necesario en caso de situación crítica de un usuario. Sólo se contempla esa posibilidad en el caso del padrinazgo o en contactos privados que se establezcan por afinidad entre usuarios. Enumeramos los elementos que forman esta situación que, en definitiva, es tal vez coherente con el calificativo de “Anónimos”:

1. El recién incorporado sólo facilita su nombre (puede no ser el real)
2. No se realiza ninguna filiación (domicilio, teléfono, etc.)
3. No se lleva registro numeral ni nominal del número de participantes en cada sesión.
4. Cuando una persona deja de acudir, a no ser que alguien del grupo tenga su teléfono, no hay posibilidad de ponerse en contacto con él. Tampoco existe esa costumbre, salvo que sea un miembro que ha establecido una red de contactos con la que se relaciona en privado.
5. El punto anterior viene a indicar que muy frecuentemente no se conoce si, en caso de una ausencia prolongada, se ha producido una recaída, un cambio de grupo o, simplemente, el abandono de AA aún manteniendo la sobriedad.¹⁷²

Los datos que podamos dar sobre AA corresponden a lo observado en un trabajo de campo con las limitaciones expresadas en el punto 5. Las cifras mundiales, las locales y las propias del grupo habrá que ponerlas siempre en entredicho entre otras razones por la posibilidad de que un participante

¹⁷² La ausencia de un listado sirve de apoyo a nuestra afirmación de que no se observa en AA un afán de proselitismo.

puede estar contado varias veces, dependiendo de cuántos grupos frecuente (me refiero a los datos que figuraban en un documento público sobre AA Barcelona que observé en el grupo X y que dará pie al primer renglón de la siguiente tabla).¹⁷³

Con motivo de una sesión informativa del Grupo Y, y del panel que acabamos de comentar del grupo X, podemos establecer el siguiente intento de cuantificación entre los participantes a los grupos AA en España:

<u>Año</u>	<u>Participantes</u>	<u>Nº de Centros</u>
1995	8.660	340
2009	12.000	500

Fuente: AA, Barcelona.

Observándose un claro redondeo en 2009, lo que indicaría que son cifras con un dudoso grado de fiabilidad, sobre todo en cuanto al número de participantes.

En relación al núcleo central del programa, que está constituido por los Doce Pasos, no queda nada claro hasta qué punto los participantes realmente completan los mismos (ello lo oiremos en algunas entrevistas que incluiremos en este apartado). Por las narrativas que hemos podido escuchar en el trabajo de campo, se suele llegar al 4º, especialmente si media la ayuda de un padrino, y se considera muy difícil realizar el 5º. Es habitual que la mayor parte de los participantes no haya pasado de allí, ya que no hay narrativas concretas relatando la dificultad en el resto de Pasos y las que se refieren a los Pasos mencionados suelen ser intervenciones minoritarias.

¹⁷³ Aún cuando un balance de asistentes de una zona fuera realizado en una semana determinada un participante múltiple puede acudir a varios grupos durante la misma y ser registrado como más de un usuario.

Es posible que una buena parte de los participantes no vaya más allá de leerlos o escucharlos en las sesiones y, como máximo, asumir los tres primeros que, por otra parte, no son fáciles de aceptar para personas escépticas en el ámbito religioso. El recurso a considerar el grupo como el poder superior, como proponía Carlos del grupo Z, junto con otros participantes en el mismo, entre quienes me incluyo, puede salvar la dificultad en aceptar intervenciones trascendentes.

La función social de AA, sin embargo, no puede considerarse irrelevante. Aunque su metodología pueda ser discutible –ello se tratará en el apartado 2 del presente Capítulo–, es un hecho que una gran cantidad de personas en todo el mundo han alcanzado una sobriedad intermitente o total a través de los métodos de AA. cuyo prestigio ha hecho que acudan a ella personas de cualquier condición social, de formación superior e incluso religiosos.¹⁷⁴ Phil Collins, por ejemplo, acudió al grupo de angloparlantes, que utiliza el mismo local que el grupo Y, durante un viaje a Barcelona con motivo de un concierto; también frecuentó la Comunidad Raymond Carver, cuya síntesis biográfica “An Oral Biography” (Halpert, 1995) permite escuchar las palabras de muchos testigos que hablan de la asistencia del escritor a AA durante su largo periodo de dependencia del alcohol. Asimismo otro escritor plasma un relato autobiográfico (“En el dique seco”) en el que hay múltiples alusiones autoetnográficas a sesiones en AA junto con sus reservas previas sobre la Comunidad por la imagen de una cierta “marginalidad” que parece tener en EE.UU. (Burroughs, 2008),¹⁷⁵ marginalidad corroborada en *Estigma* (Goffman, 2008:156).

¹⁷⁴ Si bien hay una presencia muy significativa de los escalones medio-bajos o bajos de la sociedad.

¹⁷⁵ El mundo del espectáculo y el colectivo de creación artística y literaria es especialmente un grupo de riesgo, incluso en figuras señeras como Hemingway y Faulkner, ambos Premio Nobel, Scott-Fitzgerald, Pessoa, Joyce o el autor de otra de las obras que mencionamos en la bibliografía: “Bajo el volcán” (Lowry, 1981). Las memorias de Barral (1975, 1978, y 1988) introducen referencias continuas al alcohol que tampoco se halla ausente en “Shakespeare nunca lo hizo” (Bukovski, 1999) cuyo autor nunca ocultó su condición de dependiente del alcohol como tampoco lo silencia Houellebecq en su diatriba con B-H. Lévi (2010: *Enemigos Públicos*). Para hacer una sola incursión en el mundo de las artes plásticas, tal vez es

Hay un hecho relevante y que tiene un claro impacto económico en las cuentas sanitarias de los países y también en los gastos médicos familiares allí donde no existe una sanidad pública o la misma está en una fase muy incipiente y con pocos recursos: el elevado coste de los tratamientos psicológicos y grupales en los casos de dependencia del alcohol. No cabe duda que buena parte de las personas que acuden a AA, lo hacen como alternativa a la sanidad pública o privada, descargando a las administraciones públicas o al presupuesto familiar de la inversión económicamente importante que supone la recuperación de una PDA. También habrá que valorar el interés que tienen actualmente los Estados en situación de recortes presupuestarios, en disponer de una organización, que no acepta ayudas públicas, y que se ocupa de la labor terapéutica sobre una dependencia que tiene un impacto de alto riesgo para la sociedad.

Esta situación asistencial que, como hemos mencionado, ya es de gran utilidad en los países desarrollados,¹⁷⁶ es de la mayor importancia en ciertos países donde este tratamiento no existe o bien la sanidad pública cubre únicamente la primera parte del proceso curativo a través del estamento biomédico (Menéndez, 1996:192-193), mientras que la continuidad que suponen los GT no forman parte de la asistencia sanitaria pública, pero alternativamente AA realiza dicha función de continuidad de la terapia biomédica. La propia OMS en Latinoamérica apoya la continuidad de los tratamientos deshabitadores en AA (OPS, 2007) y en México AA figura entre las entidades colaboradoras del “Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas” (CONADIC, 2011:70).

ilustrativo citar la trágica y corta vida de A. Modigliani, que en sus últimos años de vida pintaba lienzos sólo a cambio de una botella. Estas reflexiones no pretenden dibujar un panorama sombrío, sino poner de manifiesto que la dependencia del alcohol es un problema transcultural y transversal, que involucra a todos los estratos de la sociedad.

¹⁷⁶ A reserva de preguntarnos si la sanidad pública podría atender a todos los miembros de AA que lo precisaran (hacemos esta distinción que discutiremos en el apartado 2 de este Capítulo)

La especial situación sanitaria en EE.UU.¹⁷⁷ y la circunstancia de que ése sea el país donde se creó la Comunidad hace que junto con México sean los dos países con mayor número de grupos de AA operativos en la actualidad (p. 151).

Esta colaboración innegable en complementar los tratamientos biomédicos, no se ha observado en los grupos AA de Barcelona ni en la dinámica de AA en el conjunto de la Sanidad de la Comunidad Autónoma de Catalunya, al menos durante la confección de esta Tesis. Paradójicamente no es esa la realidad observada en el papel que juega AA en relación a manifestaciones de la Sanidad Nacional. Las colaboraciones en varias regiones españolas son recogidas en publicaciones de AA (O.S.G. 2010:1-2) donde se mencionan colaboraciones en el XXIX Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria, junto con la asistencia a las IV Jornadas Delito y Sociedad y una entrevista, publicada en dicha revista, con la responsable del Área de la Secretaría General de Promociones de la Sanidad del Ministerio del Interior. Estas mismas páginas recogen un comentario del Presidente de O.S.G. AA España, en el sentido de haber sido invitado a México donde observó la fuerte cooperación entre en Ministerio de Sanidad Mexicano y Alcohólicos Anónimos en dicho país.

Esta actitud poco coherente abonaría el comentario de Stanley Brandes, citado en la p. 92, destacando los distintos criterios o formas de proceder de AA dependiendo del país, de las zonas del país o de los grupos en particular de una misma zona. Leyendo las dinámicas y acontecimientos con motivos de las etnografías en los Grupos X, Y y Z, podemos entender esa afirmación, incluso a nivel de la visión micro que representan los grupos de una misma ciudad, hecho corroborado en las entrevistas que

¹⁷⁷ Tendríamos que añadir la atención a los inmigrantes ilegales, especialmente numerosos en ese país, que se encuentran totalmente desprotegidos de cobertura sanitaria. En este campo el tema central de la "Session for AAA 2013 on substance abuse treatment use among transnational labour migrants in the U.S." consistirá en un análisis de la participación de AA en EE.UU. para paliar la escasa asistencia pública hacia esta problemática.

incluimos al final de este apartado.

Lo que sí nos parece destacable en AA es su proclamación explícita como Comunidad y su funcionamiento interno que, como categorización antropológica (Turner, 1993), suscribe la consideración del recorrido de los 12 Pasos como una versión de un rito de paso (Van Gennep, 2008:24-27), en este caso el paso de la dependencia a la liberación personal de la misma. Alcohólicos Anónimos cabría en la categorización de Turner como una “Communitas” Normativa, es decir: constituyendo o estructurando un sistema social, en este caso un sistema de creencias espiritualistas, cuyo objetivo sería la deshabituación de PDA. “Communitas” o Comunidad abierta, por otra parte, en el sentido de que los lazos no se establecen desde la centralidad de la “Communitas” sino desde la periferia, es decir: desde los propios grupos y participantes, pero también desde sus preferencias y su grado voluntario de implicación. Esta evidencia definiría a AA como una comunidad no “retentiva”, en el sentido que da Goffman a las prácticas y rasgos de lo que él llama instituciones totales (Goffman, 1994:17-120).

En dicho contexto y siguiendo a Van Gennep, podríamos introducir las distintas etapas de su visión de los ritos de paso (Van Gennep, 2008:30-44), que tendrían su réplica en AA: a) tabúes (expresiones “prohibidas”), b) umbral de paso (metáfora de la altura de la puerta), c) divinidad del paso (poder superior), d) sacrificios (abstinencia permanente) o e) ritos de salida (oración de la serenidad, “nunca dejes el grupo”). Nuestra posición en relación a dicha interpretación ritual de las reuniones de AA es que la mayoría de usuarios, mientras se encuentran en fase de necesidad imperiosa de acudir al grupo, están ubicados en una fase liminal, que estaría marcada por la inseguridad o ambigüedad en relación a su sobriedad.¹⁷⁸ Una liminalidad con tintes particulares ya que permite entrar

¹⁷⁸ Ver en (Turner, 1988) apoyándose en el concepto de liminalidad, la situación personal de “estar al margen de la sociedad” en Van Gennep (2008:25)

y salir de la misma, o mantenerse permanentemente en ella. La propia estructura de los 12 Pasos es una dinámica sin final, ya que los pasos 10 y 12, especialmente el último, introducen un bucle de se realimenta permanentemente. Sería bajo esa reflexión que, en nuestra visión de un grupo de AA, interpretamos el mismo como un agregado de personas en fase liminal (tanto el núcleo como los habituales) y un franja periférica de personas que mantienen un grado de implicación más distante y que utilizan la “Communitas” AA en momentos de necesidad, en lugar de abrazar acríticamente los postulados de la misma y seguirlos con asiduidad. Liminalidad, en este contexto, significa personas conscientes de su riesgo de recaída. Esta situación personal significaría la necesidad de la inclusión en un grupo por el temor a la recaída, temor que se alimenta por la creencia inducida a través del Primer y Segundo Paso, respectivamente, sobre la incapacidad personal en superar la dependencia y la culpabilización del usuario en caso de no seguir el camino que proponía un poder superior. En definitiva una “Communitas” unida más por el temor a la recaída que por la plenitud de la sobriedad alcanzada, característica que las separa, sensiblemente, de las “Communitas” de Alcohólicos Recuperados,¹⁷⁹ unidas por el abandono consolidado del consumo de alcohol.

En torno a AA México, mediante una entrevista que sostuvimos en mayo de 2010, E. L. Menéndez nos contaba su experiencia y su punto de vista sobre dicha Comunidad:

“Empecé a estudiar AA en 1981-82. Entonces no existían los grupos 24 h.¹⁸⁰ Aparecieron después como una respuesta a las urgencias, pero finalmente se constituyeron en una organización separada de los grupos de AA al utilizar una metodología

¹⁷⁹ La realidad de este tipo de asociaciones en nuestro entorno más inmediato será objeto de reflexión en 3.2 y 4.

¹⁸⁰ Se refería a grupos con la misma estructura que el que habíamos visitado en Galicia. En España, subsisten bajo la misma estructura ambos modelos siendo el 24 h. muy minoritario, mientras que en México, según Menéndez, han terminado en estructuras separadas.

sensiblemente distinta

AA se implantó en México en los años 40 del siglo pasado y se tenían serias dudas sobre su viabilidad al proceder de un contexto protestante que podía chocar con el catolicismo del país. Hasta los años 60 tuvo poca relevancia, pero a partir de aquellos años experimentó un gran crecimiento, en parte por el apoyo que recibió su metodología por parte de la Iglesia Católica. En definitiva se trataba del mismo Dios cristiano.

El grupo aparece como elemento sostén; el que me puede mantener sobrio. En realidad todos se sienten estigmatizados, pero esa sensación desaparece en el grupo. Los rituales crean metas, y se tienen que atravesar la serie de Pasos que se constituyen en metas individuales. AA tiene la premisa de que cada cual tiene que “salvarse” por separado, cada cual está en el Paso que está, pero el ritual es lo que une al grupo. La Comunidad ha recibido críticas de estudiosos liberales en el sentido de que reproduce el principio individualista de la economía capitalista. El apoyo grupal no basta y hace falta la aportación personal.¹⁸¹

AA está muy extendido entre clases medias-bajas o bajas. Las clases burguesas, especialmente en jóvenes menores de 25 años, utilizan las clínicas privadas que, sin embargo, utilizan también a

¹⁸¹ En referencia a este punto pensamos que E.L. Menéndez no aprovecha argumentalmente un tema que está implícito tanto en el ideario de la Comunidad como en ciertas partes del ritual de cada sesión; este sería el caso de la Oración de la Serenidad. Bajo nuestro criterio existe una carga ideológico-política en el camino que lleva a la transformación del neófito en un ser dócil, sin fuerzas propias ya que precisa recibirlas de un poder superior (ver Pasos 2 y 3). En línea con esta “consigna” y a través de la oración mencionada (p. 103) se envía un mensaje implícito que vendría a decir: no participes en iniciativas sociales o grupales, actúa según el criterio que le pides a Dios que estará impregnado de la serenidad que permita dilucidar aquello que **(tú)** puedes lograr, en oposición a lo que está fuera de tu ámbito individual de actuación. Es una llamada al individualismo, como bien afirma Menéndez, pero también a la pasividad en iniciativas sociales que pretendan metas superadoras del ámbito puramente personal de logro. Esta visión abonaría la afirmación del conocido antropólogo sobre las resonancias ultraconservadoras que se encuentran en los métodos AA.

AA como programa de continuidad. Después de un mes de ingreso se deriva al usuario a Grupos de Ayuda Mutua, especialmente a AA, y se realiza un chequeo de nuevo en clínica cada seis meses. En este caso AA actúa como factor estabilizador, pero también lo hace con la Sanidad Pública ya que no hay medios para realizar programas de continuidad. A algunas de las reuniones de la dirección nacional de AA, acude el Secretario de Salud.”

A nuestra pregunta sobre si la asiduidad al grupo no representa pasar de una dependencia al alcohol a otra grupal, responde.

“AA, bajo mi punto de vista, es una respuesta pragmática a las drogodependencias. Se hace lo que se puede y hasta donde se puede. Hay sujetos que no pueden vivir sin una dependencia, y AA se convierte en un elemento de estabilización, que permite recaídas para después, de nuevo, recuperarse. Ciertas tipologías de alcohólicos no estarían controlados si no fuera por este programa.¹⁸² AA tiene una visión escéptica del ser humano y sabe que la sobriedad permanente, en alcohólicos con fuerte dependencia, es difícil de alcanzar. El grupo les ayuda a mantener o recuperar sobriedad. Socialmente se está estigmatizado si se pierde el control y este aspecto pensamos que es demostrativo de que sólo se descalifica socialmente la dependencia de los bebedores de alcohol que muestran cierto descontrol en público. En este sentido incluso logrando una sobriedad incompleta, pero con ingesta controlada, reduces la percepción criminalizadora de la sociedad hacia el alcohólico, que aparentemente no lo es en la medida en que no pierde su autocontrol”.

Comentamos el alto nivel de consumo de alcohol en los países de Europa

¹⁸² El subrayado es nuestro. La mención de controlados no guarda relación con el mismo concepto en Foucault.

del Este. E.L. Menéndez retrotrae la dependencia a la propia revolución de octubre y a los cambios sociales que se produjeron a partir de ella:

“En los países comunistas desapareció el referente de Dios y el nuevo referente fue el alcohol. Una ruptura ideológica y cultural puede conducir a consecuencias negativas.

En la antigua Unión Soviética nunca hubo publicidad de bebidas alcohólicas ni se favorecía su consumo. Después de la burguesía el alcohol era considerado el segundo enemigo de la sociedad. Pero la población, especialmente en zonas campesinas, obtenía alcohol de la fermentación de la patata o de cereales, para su autoconsumo.”

A continuación escucharemos algunos relatos sobre experiencias con AA en la ciudad de Barcelona. En la primera Teach, usuario del CAS H/G., de unos 50 años de edad, nos refiere su impresión en la primera y única sesión de AA a la que acudió:

“ Mi experiencia con AA ... Solamente fui una vez hace doce o trece años. La razón era que yo sabía que tenía un problema con el alcohol. Lo sabía por mi familia y por mi hijo que tenía también ese problema. Fue pues a través de esta intervención familiar que yo lo asumí y debo reconocer que me costó dar ese paso. Cuando fui a AA yo ya sabía que tenía ese problema, aunque antes había pensado que era una exageración de mi familia. Quizá lo que no tenía tan claro es que iba a dejar de beber para siempre, como sí lo tenía cuando acudí por primera vez al CAS, que debió ser en 2001.¹⁸³ Acudí a AA. –después de haberme tratado con un psicólogo y con un psicoanalista–, porque hubo

¹⁸³ A efectos de hacernos una idea de lo largos que suelen ser los procesos de deshabituación, plagados muchas veces de recaídas y abandonos parciales de las terapias, esta entrevista fue grabada en noviembre de 2010, cuando hacía sólo tres meses que se había dado de alta a Teach.

una amiga que había ido allí y me comentó que a ella le había ido muy bien. Busqué en el listín telefónico un grupo que estuviera en mi barrio. La entrada fue inicialmente negativa ya que el local estaba al lado de un centro donde acudía mucha gente y en el que había un bar. Para llegar a la escalera de acceso al local de AA tenía que cruzar el bar y subir a una planta.

Al cruzar el bar me encontré con varios alumnos del centro docente donde yo daba clases y pensé que podían establecer una relación entre mi persona y AA. La escalera, salvo alguna vivienda, sólo tenía un local público que era el de la Comunidad.”

Le pedimos si recordaba la conversación telefónica previa y si le habían mencionado el nombre de alguna persona a quién presentarse. Teach respondió:

“No recuerdo con detalle lo que me dijeron salvo una dirección y una hora, mencionando que allí encontraría un grupo. Lo que sí me viene a la cabeza, ahora que lo preguntas, es que me pidieron que acudiera al grupo sin haber bebido. Recuerdo que entré en una sala donde había seis o siete personas, de ambos géneros. Uno de ellos era con quien yo me había puesto en contacto. Me saludó y me invitó a sentarme. Comentó que las personas se irían presentando y que, luego, si yo quería presentarme lo podría hacer personalmente. Se presentaron narrando de forma breve su historia personal, problemas laborales y alguno comentó el tiempo de asistencia. Llegó mi turno y me presente, también brevemente: me llamó tal y trabajo como Empezaron las narrativas y recuerdo que una mayoría mencionaron la palabra Dios, quien les había insuflado ánimos para alcanzar la sobriedad. Sin su ayuda no hubieran podido, afirmaban. A mí, personalmente, me molestó dicha mención.

Pedí la palabra, y tal vez de forma algo descortés, señalé que me alegraba de que estuvieran sobrios gracias a Dios, a un ser superior, pero que este recurso a mi no serviría ya que era ateo. Intervino el responsable del grupo para decirme que el recurso a Dios era algo que era valorado por quienes así lo quisieran o lo experimentaran, pero que en el grupo habían actitudes no religiosas. A mi me pareció una respuesta para salir del paso ya que me había parecido que el grupo estaba mayoritariamente influido por un espíritu religioso.”

“Les respondí que, en base a lo que yo acababa de decir, me pensaría si volvería a la siguiente reunión. No regresé ni me llamaron a pesar de que les había facilitado mi número de teléfono al darme la cita.”¹⁸⁴

A nuestra pregunta de cómo observó el comportamiento de los asistentes a la sesión y si le pareció que había diferentes tipologías de permanencia en el grupo, nos contestó:

“Tal vez dos o tres llevaban más de tres años, pero es sólo una impresión. Lo que sí puedo decir es que me pareció que estaban un poco fanatizados por esa dimensión divina. Pensé que estaban cortados por el mismo patrón, con rasgos muy homogéneos.

Yo en aquel momento todavía bebía de escondidas y, tal vez esa circunstancia, tampoco facilitaba que tuviera una capacidad de observación y retentiva muy agudizada.”

Las respuestas de Teach a la diferencia que hubiera podido encontrar entre AA y CAS, básicamente en cuanto al concepto y a la utilidad del GT,

¹⁸⁴ Dar el número personal de teléfono no es habitual en una fase en que todavía no se conoce a la persona (ni aún después, salvo en el caso del padrinazgo), pero el hecho de no insistir en una segunda asistencia refuerza la sensación de que AA tiene poco afán proselitista y no desea implicarse de forma personalizada.

lo trasladaremos a 3.1.2.b).

Como doble usuario simultáneo, y reiterativo, también de AA y del CAS, le pedimos a Jazz, de unos 60 años –afectado de sendas patologías respiratoria y hepática, etiológicamente debidas a pasadas dependencias del tabaco y del alcohol–, que nos relatara su experiencia pasada y presente en AA:

“Llevo ocho años compartiendo el CAS y AA. En realidad empecé en el CAS, pero después me di cuenta del escaso tiempo semanal que le dedicábamos al GT y pasé a AA donde podía frecuentar grupos todos los días que quisiera. He tenido varias recaídas desde entonces, pero estuve cinco años seguidos en sobriedad, acudiendo sólo a AA. Después de la última recaída, que fue con motivo de una intervención quirúrgica seria, estoy ahora de nuevo en ambos lugares.

Yo valoro la sinceridad que se da en AA cuando se explican verdaderas situaciones críticas, enfermedades, separaciones sentimentales... Incluso reconocer que una persona mató a otra en un accidente de tráfico. Allí todo el mundo suelta sus demonios particulares y sus desgracias.

Creo que en AA hay una mayor profundización en las miserias de las personas que allí acuden. No me siento incómodo contando allí cosas más íntimas que las que me salen en el CAS. En cuanto a creer en un poder superior ..., a mi nunca me ha interesado la religión y veo que en AA puedo seguir el programa sin que mi falta de fe represente un problema. Creo que los párrocos de iglesias donde se alquila una sala a la Comunidad quedan más tranquilos cuando ven referencias a Dios o a un poder superior.

No necesariamente conocen mi nombre cuando cambio de grupos

y no deseo intervenir, pero este es un detalle sin importancia. Hay personas para las que pasa un año y no han abierto la boca. Ni tan siquiera sabes cómo se llaman. Yo estuve mucho tiempo sin hablar. Al principio sólo escuchando y absorbiendo.

Hay grupos que son más fundamentalistas que otros a la hora de exigir que se sigan los Pasos. En otros casos la gente se limita a soltar sus amarguras, pero el esfuerzo que representan los Pasos tal vez no lo realizan. El grupo que está al lado de donde vivo es muy exigente incluso en la puntualidad.”

A nuestra pregunta sobre si hacía un itinerario por distintos grupos o se centraba en uno sólo, nos contesta:

“Al principio fui haciendo un recorrido por varios grupos, pero al final me he quedado en uno donde en su momento también hice labores de servidor en temas de aprovisionamiento de agua y otros consumibles. Es un grupo más libre; poco exigente. Si no haces los Pasos no tiene trascendencia. En otros grupos te vienen a la memoria los métodos de la iglesia.

En el caso de los padrinos hay algunos casos de peleas entre el apadrinado y su padrino. Alguno llama de madrugada porque tiene una crisis y el padrino no está por atenderle. Pero dicen que el teléfono es muy importante.”

Preguntamos a Jazz sobre su impresión sobre la fidelización principal a un grupo o si considera que hay una dinámica de entradas y salidas sin idea clara de dónde van los que desaparecen del grupo.

“El 90% de las personas que conozco llevan muchos años de permanencia en AA. Los nuevos suelen ser más sensibles a las recaídas. Oyes comentarios de que se ha visto a fulano, que hacía tiempo que no acudía al grupo, y que su aspecto era de estar de

nuevo en activo ... O alguien que había desaparecido del grupo vuelve y comenta que volvió a consumir durante un tiempo. También hay usuarios que mueren sin que el grupo se entere. Se conoce bastante después de que haya ocurrido.

Luego están las jornadas casi de retiro. La última fue en Benidorm,¹⁸⁵ aunque nunca he tenido la necesidad de acudir a esas reuniones largas.”

En la fiesta de Navidad de 2012 coincidimos con el entrevistado en el CAS H/G. Llevaba ya un año de alta y mostraba muy buen aspecto.

Una mujer que también ha compartido el CAS con AA es Ria, 43 años, que acudió también a dicha Comunidad en Flandes, en razón a su residencia temporal en Bélgica por razones sentimentales.

“La primera experiencia grupal, cuando dejé el alcohol, fue con AA. Yo tengo este problema desde hace 20 años. Llamé por teléfono y fueron muy amables. Me convenció el eslogan de ‘sólo por 24 horas’. Me dieron indicación de horarios en un grupo y empecé a ir. Después he seguido intermitentemente y en Bélgica, donde viví siete años, también fui un tiempo a grupos de AA. Lo que ocurre es que es un sistema que nunca me ha calado. Encuentro que es sectario. Lo del poder superior Va bien por la posibilidad de tener una experiencia de terapia de grupo. No tengo una mala experiencia pero a mí no me curó.”

Le pedimos que nos comente las diferencias entre grupos y si tuvo diferentes percepciones de AA cuando estuvo acudiendo a cada uno de ellos.

“Los primeros grupos a los que fui estaban por mi barrio, en torno

¹⁸⁵ Le aclaramos que se trataba de la Convención Nacional de AA, pero sí nos constaban fines de semana en una casa de Tiana (Barcelona), donde se realizan sesiones intensivas periódicas.

a Diagonal con Paseo de Gracia. Cerca de allí hay un grupo muy grande, de unas 30 o 40 personas. Participé también en otro grupo muy pequeño de seis o siete personas en la zona de Sant Gervasi¹⁸⁶ y, por poco tiempo, en otro en la zona alta de Gracia, del que ahora no recuerdo el nombre. También estuve en el grupo que tú me has mencionado bajo el identificativo Y. En total, contando lo de Bélgica, habré asistido a unas 200 sesiones de AA.

Mi primera experiencia con el grupo de Diagonal fue negativa. Encontré alguna persona con la que me identifiqué, pero en el grupo había ‘guerras’, enfrentamientos entre facciones dentro del grupo y rencillas individuales. Después fui al de Sant Gervasi pero era un grupo poco consolidado. Pasé al grupo al que tú llamas Y, que fue el que más me gustó porque encuentro que allí está el ‘pueblo’. Allí está presente el alcohol puro y duro, y la gente no se corta con lo que dice. El ambiente se identificaba mucho con mi carácter.

Me encontraba bien con los compañeros, pero cuando empezaban con los libros, los Pasos, yo me sentía ajena a ello. Pienso que es un secta, pero buena. Si quieres curarte en AA tienes que ‘entrar’ en la secta. Entonces ya estás. Hay gente que dice que es un gran negocio, aunque pienso que debe serlo para la editorial y no por las colectas de los grupos.

Comenté con un par de mujeres este aspecto que constituía una barrera para mí, pero no encontré eco. Me decían que poco a poco iría entrando. Claro: es lo que tienen que decir, ¿no?”

Le preguntamos si le había dado la impresión de que había un núcleo estable que lideraba el grupo.

¹⁸⁶ Parece confirmarse nuestra experiencia en relación a que los grupos AA en la “parte alta” de Barcelona son de dimensiones reducidas.

“En todos los grupos me encontré a personas que influían de forma decisiva en la dinámica y solían ser personas con muchos años de sobriedad. Eran los más sectarios. Otros iban de víctimas, como suele ocurrir en todos los grupos humanos.

Los Pasos no eran seguidos mayoritariamente. Había que entenderlos, en primer lugar, y poca gente los comprendía. El nivel cultural es bastante bajo. Con lo que vi de envidias e historias entre personas, creo que los Doce Pasos no los está siguiendo mucha gente. Yo “flipaba” cuando veía entrar a alguien bebido Es un hecho que hay mucha gente que va y viene, pero están los que antes decía, el grupo que nunca falla, que son los que en realidad llevan la organización, el día a día.

Creo que una parte de los miembros, vienen de experiencias muy duras con el alcohol. Posiblemente está más presente este historial entre los que yo llamo ‘talibanes’. En AA se cuentan casos muy “heavies”. Hay gente, a pesar de estar abstinerente, que se ve muy “cascada” por los años de alcoholismo “rancio” que han llevado y estos casos los ves, especialmente, en AA.”

Preguntada Ria sobre las diferencias entre Bélgica y España, en relación a las dinámicas de los grupos AA, responde:

“En Bélgica son mucho más estrictos en todo. La puntualidad, por ejemplo: si llegas tarde no entras. Las palabras que no se pueden decir también están muy pautadas. No puedes marchar cuando quieres sino cuando termina la sesión.”

A lo largo de las últimas décadas han ido apareciendo varias comunidades derivadas de AA. Tienen en común una organización separada, pero utilizan los 12 Pasos y las 12 Tradiciones, adaptando

ciertas palabras y, por supuesto, la literatura para otras adicciones que constituyen su campo de actuación. El esquema de sesiones y la metodología es la misma que en AA. La lista de dichas comunidades que, hasta la fecha nos constan en nuestro país, incluye los siguientes programas:

- **AL-ANON**¹⁸⁷
- **ALATEEN**¹⁸⁸
- **NEURÓTICOS ANÓNIMOS**
- **NARCÓTICOS ANÓNIMOS**
- **FUMADORES ANÓNIMOS**
- **ADICTOS AL SEXO ANÓNIMOS**
- **COMEDORES COMPULSIVOS ANÓNIMOS**
- **LUDÓPATAS ANÓNIMOS**¹⁸⁹

Si bien –salvo Al-Anon y Alateen– estas derivadas nunca aparecen en las publicaciones periódicas de AA, la constatación de la información telefónica sobre ellas que se facilita desde AA y el hecho de compartir métodos y programas, podría indicar que son extensiones de la Comunidad o franquicias en las cuales dichos programas serían utilizados a cambio de algún tipo de contraprestación.

Dejaremos aquí esta anotación para quien esté interesado en seguir la pista de dichas extensiones, sus relaciones con AA y la financiación de dicha Comunidad sobre la que mantenemos una visión poco clara en relación a su carácter prioritariamente asistencial. Dicha reflexión está basada en lo que hemos ido expresando a través de distintas anotaciones dentro de la primera parte del Capítulo 3 sobre aspectos económicos de la institución, y asimismo recoge la extraña carencia de un seguimiento más o menos serio de los usuarios de AA, sobre todo en los primeros

¹⁸⁷ Atiende a familiares y amigos de alcohólicos.

¹⁸⁸ Idéntico comentario que en el punto anterior pero centrado en adolescentes que conviven con alcohólicos.

¹⁸⁹ En Información AA Barcelona nos facilitaron los teléfonos de contacto de los dos últimos programas.

meses, por otra parte los más críticos, después de haber abandonado el consumo de alcohol.

3.1.2 - ITINERARIO TERAPÉUTICO Y ETNOGRÁFICO EN CAS.

a) Concepto y Modelo Terapéutico en CAS.

A semejanza de los apartados de este Capítulo dedicados a AA, en el que nos ocupa transcribiremos el trabajo de campo realizado en instituciones biomédicas que tratan con usuarios afectados por dependencias del alcohol, aunque no es la única sustancia adictiva que tiene su abanico de tratamientos en dichas instituciones. No obstante, y en el caso del CAS H/G., podemos decir que, dentro del resto de instituciones bajo estas siglas que se pueden encontrar en la ciudad de Barcelona, éste es el que está más especializado en dicha dependencia.

Como en el caso de AA, procuraremos que la mayor parte de consideraciones críticas y juicios de valor, se vean reflejados en el apartado final de este Capítulo, donde realizaremos un ejercicio de comparación entre ambos modelos de tratamiento del alcoholismo.

a) Concepto y Modelo Terapéutico en CAS.

Entre las pp. 69 y 73 hemos realizado una primera exposición del concepto y metodología terapéutica de un CAS, referida al H/G. de la ciudad de Barcelona, en el que se ha realizado buena parte del trabajo de campo de esta Tesis. En paralelo, aunque sólo en un par de ocasiones, también hemos realizado una labor de investigación entre los profesionales del CAS de Reus dentro de sus áreas generales y, en particular, en el ámbito del tratamiento de las dependencias del alcohol. Se observan ciertas diferencias de enfoque, concretamente en los procesos de alta por diferencias en la duración de los tratamientos y por

largas continuidades, tal vez más administrativas que reales, en el caso del segundo CAS mencionado. Quizá la capacidad del mismo, junto con la circunstancia de ser el único que atiende drogodependencias en la ciudad de Reus y su entorno natural, hace necesaria una política que prolongue los tratamientos de deshabituación, manteniendo el dossier de ciertos usuarios en activo durante un tiempo dilatado, al tomar en consideración el riesgo de retorno al consumo. Facilitamos datos cuantitativos comparativos entre ambos CAS en los próximos párrafos.

Durante el trabajo de campo hemos tenido acceso a datos de las memorias de los CAS mencionados, en las que se recogen valoraciones cuantitativas de los años 2009 y 2010 (sólo el primero de dichos años en el caso de Reus). Dichas memorias son de uso interno y, consecuentemente, no están disponibles para consulta aunque figuren en la Bibliografía como material utilizado informativamente, a nivel de examen *in situ*, como así ha sido en nuestro caso particular. Observaremos que no hay datos sobre las altas producidas en el CAS H/G., cuya información no estuvo disponible, pero nos consta la práctica periódica de las altas, incluso personalmente. Dado que trataremos aspectos cuantitativos desiguales preferimos dar datos de cada Centro por separado. Cabe señalar la dificultad que representan las multidependencias concurrentes en ciertos usuarios, en aras a la especificidad de los datos cuantitativos.

<u>CAS H/G.</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>
- Género por inicio del tratamiento (alcohol como primera sustancia)	H. 74,4% M. 26,6%	H. 78,1% M. 21,9%
- Usuarios CAS con alcohol como primera sustancia (al inicio del tratamiento).	35,6% 39,8% en H/G. ¹⁹⁰	34,1% 36.5% en H/G.

¹⁹⁰ Nos referimos a la zona de residencia de los usuarios.

- Ingresos/año (todas las sustancias) (usuarios)	285 186 de H/G.	278 169 de H/G.
- Ingreso por:		
a) Iniciativa propia	17,4%	22,3%
b) Familiares/amigos	12,4%	10,1%
c) Centro de Salud	46,5%	43,9%
d) Sin datos	Resto	Resto
- Situación laboral al inicio del tratamiento:		
a) Parado	30%	30%
b) Casa/Jubilado	13,3%	13,3%
c) Trabaja.	41,8%	42,8%
d) Sin datos	Resto	Resto

La edad media de ingreso se sitúa en los 34 años, aunque la franja modal estaría entre los 30 y los 55 años.

CAS REUS 2009

- Género por inicio del tratamiento (alcohol como primera sustancia)		H. 75,6% M. 24,4%
- Usuarios CAS con alcohol como primera sustancia (al inicio del tratamiento).		31,1%
- Incidencia (nuevos casos de dependencia del alcohol en el año).	1999 - 125 2009 - 235	Debido más a un mayor nivel asistencial que a un Δ de incidencia.

Complementando lo comentado en la página anterior, el CAS de Reus (en adelante CAS R) había atendido 1.567 casos de drogodependencias en general durante el periodo 1999-2009, de los cuales el 95% siguen con el "dossier" abierto y potencialmente en tratamiento. La edad media de los usuarios es de 35 años en el momento del ingreso, pero la franja de edad

entre 30 a 50 años es la que podríamos considerar modal.

En 2009 se dieron 82 altas en dicho CAS, de las cuales el 32% correspondían a PDA.¹⁹¹ De dichas altas el 33% correspondían al género femenino. Pensamos que es interesante conocer los dos criterios de alta que aplica dicho CAS:

- Cuando el estado del **paciente se ha estabilizado** y ya no es necesaria un cuidado especial por el servicio de drogodependencias.
- Cuando el estado del **paciente no se ha estabilizado** pero no se plantean nuevas intervenciones al no observarse capacidad bilateral de mejorar su situación. El paciente tampoco plantea seguir el tratamiento.

Los criterios de alta en el CAS H/G. están señalados en la p. 72 pero, en grandes líneas, están basados en los mismos principios, es decir: se da de alta a las personas que han estabilizado su situación con la recomendación de que regresen al grupo terapéutico de vez en cuando, tanto por interés propio como por el hecho de constituir un referente para los que están en proceso de deshabitación.

Buscando establecer una primera clasificación entre los usuarios de un CAS en el momento del inicio del tratamiento, podemos subdividir a los usuarios, repetimos que a su ingreso, en dos grandes grupos que estarán basados en el tipo de tratamiento que se prescribirá en función del historial y estado de dichos usuarios:

- **Precisan medicación necesariamente para iniciar el tratamiento.**
- **No precisan inicialmente medicación.**

¹⁹¹ El 25% correspondió al tabaco, que sólo representa el 10% de los nuevos ingresos como primera sustancia. Este dato es asimétrico con el del CAS H/G. donde el tabaco ya representa el 42% de dichos ingresos, a pesar de que nominalmente está especializado en alcoholismo.

Esta situación iría unida, en la mayoría de los casos, a la circunstancia de estar ingiriendo alcohol en el momento del ingreso o haber cesado en su consumo en un pasado más o menos reciente, respectivamente. A la pregunta de por qué este segundo grupo acude a un CAS, como fue nuestro caso, podríamos responder que es difícil mantener la sobriedad en los primeros meses de abstinencia sin un apoyo exterior, aunque sea simplemente para acompañamiento del camino emprendido (Fernández y Secades, 2003:419-420). En este caso, si bien no de forma tan marcada como en AA, se está realizando también un rito de paso (Van Gennep, *ibid.*) aunque sea más parecido al ritual de superar un duelo pero sin que intervengan ciertos aspectos simbólicos como ocurre en la otra institución que mencionamos. Un duelo ocasionado por la ausencia de una sustancia que modificaba la percepción de la realidad, mientras que dicha ausencia produce también el afloramiento de “otra realidad”, aún bajo la forma de un *constructo* que puede crear ciertas “obligaciones” a los individuos:

“... reflejan el hecho fundamental de que la realidad subjetiva debe guardar relación con una realidad objetiva socialmente definida.” (Berger y Luckmann, 2006:185)

En cualquier caso los referentes anteriores de la PDA irán cambiando paulatinamente y deberán reorientarse, mediante un proceso personal no fácil, para afrontar los imperativos formales de una sociedad donde una persona que nunca bebe alcohol suele ser considerada como una *rara avis* (Esteve, 2012:13).

En estos casos el acompañamiento de ese “duelo” se produce en primera instancia por un psicólogo o psiquiatra para, a criterio de estos últimos¹⁹²

¹⁹² La experiencia de la participación en los GT hace comprensible este aspecto de “filtro” que ejerce el terapeuta en relación a las personas que puedan acudir al mismo. Ciertas caracterologías hacen que el grupo constituya un corsé para determinadas PDA, en la medida que no quieren decir en público lo que en privado dirían al terapeuta (esta situación se observa en forma de estrés postural o de cierta represión verbal). Adicionalmente ciertas PDA con comportamientos histriónicos, o dadas a monopolizar la palabra, son incómodas para el desarrollo de las reuniones grupales. Con más frecuencia de la

y de forma voluntaria, pase al GT donde, más que un terapeuta y sus palabras, se encontrará con un grupo de personas que, por distintos caminos y duelos, también han llegado a la necesidad de autoayudarse para intentar mantener la sobriedad.

Las PDA cuyo inicio de tratamiento se realiza en situación de consumo, sea cual sea el grado de ingesta y de patrón, o cuya interrupción de consumo es muy reciente, pueden requerir la administración de fármacos –algunos de ellos de forma simultánea según los casos–, que inciden especialmente en cuatro áreas:

- Disuasorios del consumo de alcohol.
- Inhibidores del deseo de beber.
- Ansiolíticos.
- Antidepresivos.

Siendo los dos últimos grupos funcionales, de producción masiva por la industria farmacéutica y cuyos principios activos son muy variables, no citaremos ninguna molécula ya que la lista sería larga y tal vez innecesaria a los efectos de esta Tesis, pero sí que mencionaremos, brevemente, que ambos grupos de fármacos tienen relación con determinadas manifestaciones del SA, y se prescribirá aquel que tenga mayor afinidad con las manifestaciones de la ansiedad o la depresión específica del usuario.

Para el primer grupo funcional, el fármaco más utilizado es el *Disulfiram* que produce efectos muy desagradables en caso de ingerir alcohol encontrándose en tratamiento con el mismo.¹⁹³ Si bien en la fase inicial de ausencia del alcohol suele ser muy efectivo, no está corroborada su

deseada se producen enfrentamientos verbales por la dificultad en poder realizar una argumentación sin ser interrumpido por esta categoría de personas.

¹⁹³ En el Grupo Y de AA hemos registrado un caso de muerte por ingerir una cantidad importante de alcohol estando en tratamiento con dicho fármaco. Este riesgo, conocido desde hace años, fue el que aparentemente motivó que se suspendiera su utilización en México (Menéndez, 1996:162)

utilidad como tratamiento integral de la dependencia (San y Arránz, 2003:439-440) que, por otra parte, representaría prolongar en el tiempo un fármaco etiquetado como disuasorio del consumo de alcohol (tal vez podríamos catalogar de “disuasión crónica” una práctica terapéutica que pretendiera prolongar la administración permanente de dicho fármaco). Adicionalmente a los aspectos de riesgo como el referido y que puede leerse en las informaciones obligatorias del fármaco, se producen varios efectos secundarios, uno de ellos afectando claramente a la libido.¹⁹⁴ La *Coprina* y el *Temposil*, tienen efectos similares aunque menos intensos. No nos consta que se estén utilizando de forma generalizada como sí es el caso del *Disulfiram*.

En el segundo grupo de fármacos, viene utilizándose desde hace años la *Naltrexona*,¹⁹⁵ y más recientemente el *Acamprosato*.¹⁹⁶ Ambos actúan reduciendo los episodios de *craving*. Un test referido (San y Arránz, 2003:445-448) sobre el primero indica un índice de mantenimiento de la abstinencia en un 61% durante doce semanas, para las PDA que simultáneamente seguían terapias de apoyo psicológico o grupal. En caso de faltar esas terapias, el mencionado porcentaje bajaba drásticamente hasta un 28%,¹⁹⁷ prácticamente en línea con individuos tratados con placebo con y sin terapia de apoyo (19 y 21% respectivamente). Los datos con *Acamprosato* no son tan concluyentes, pero un tratamiento-mezcla con *Disulfiram* no mejora los resultados obtenidos para cada uno separadamente (San y Arránz, *ibid.*)

Los usuarios que pueden, por horario y cercanía de domicilio, y sin que

¹⁹⁴ Se comenta entre los participantes en el GT cuando se ha abordado el tema alcohol y sexo..

¹⁹⁵ Actúa como mecanismo antagonista de los opioides.

¹⁹⁶ A semejanza del Sildenafil, salvando el ámbito terapéutico, el Acamprosato precisa del deseo explícito y activo del paciente en dejar de beber, para que su eficacia sea óptima, hecho que no se relaciona con la Naltrexona. Su mecanismo de actuación vendría marcado por la normalización de la excitación glutamatérgica que se produce en los primeros días de falta de ingesta etílica en el caso de una PDA.

¹⁹⁷ La pregunta, casi obligada, es si con estos valores dicho fármaco es necesario en el caso de acompañarse de una terapia grupal.

ello sea obligatorio, acuden diariamente al CAS H/G. para tomar su medicación. Pensamos que es innecesario mencionar que dichos tratamientos farmacológicos no se deberían mantener en el tiempo, como sí se mantienen los de buena parte de tratamientos para enfermedades crónicas. Sirve en la fase inicial de deshabituación, con o sin un ingreso previo de desintoxicación (no realizable en los CAS pero prescrito a través de ellos), aunque su eficacia irá perdiendo interés y utilidad terapéutica para las PDA, de no mediar otros tipos de terapia de continuidad. En resumen diremos que en la mayor parte de los casos no puede pensarse en abordar la deshabituación del alcohol simplemente con el tratamiento farmacológico que hemos mencionado. Con dicho tratamiento estamos tratando la sintomatología pero no la etiología de base de la dependencia. La parte que acompaña a los fármacos, de existir tal tratamiento, será uno de los apartados de mayor importancia del CAS: la atención psicológica/psiquiátrica, ya sea a título individual o el colectivo a través del GT (Fernández y Secades, 2003:430-431).

El GT se reúne una vez por semana durante una hora, en el caso del CAS en el que hemos trabajado. Es conducido por una persona del ámbito de la psicología que, a su vez, ejerce de terapeuta personal de una parte de los usuarios, como ya se mencionó en la p. 71.

Los temas de debate en el GT suelen ser propuestos por las personas que participan en una reunión concreta, y se plantean al principio de la sesión o bien se acuerdan, por consenso, para la sesión siguiente. Caso de no existir un acuerdo entre los participantes, o una iniciativa concreta, la persona que actúa como terapeuta-moderador del grupo inicia una sesión de discusión abierta. Los temas suelen basarse en la relación del alcohol con aspectos personales y cotidianos, p.e.: alcohol y profesión, violencia, etc., además de narrativas espontáneas que, en ciertas

ocasiones, pueden ocupar la mayor parte de la sesión.¹⁹⁸

En relación a las formas de participación, y siempre dependiendo de la persona a cargo de la moderación,¹⁹⁹ se plantean de manera que exista una interacción elevada entre las personas. Mientras alguien está hablando no es raro que otra persona intervenga para hacer alguna observación sobre el comentario que se está realizando. Este *feed-back* está mucho menos presente en las sesiones de AA.

No existen, *stricto sensu*, turnos de palabra, aunque en ciertos casos algunos participantes suelen hacer una discreta señal a la persona que modera, si desean intervenir. En estos casos se da la palabra por turno de petición sin coartar, en general, la espontaneidad en las interacciones de los participantes, pese a que dichas interacciones pueden derivar, en ciertos casos, más hacia una confrontación que hacia un diálogo. Confrontación entendida en el sentido de oponer visiones distintas derivadas de experiencias o actitudes particulares.

Los discursos del moderador, que actúa también en calidad de terapeuta, suelen reelaborar o matizar ciertos aspectos que vayan surgiendo en las narrativas u opiniones personales de los participantes, cuando representen posiciones no estrictamente alineadas con el discurso oficial de la metodología CAS, cual sería: a) prevenir reiteradamente sobre el hecho de que beber algo de alcohol ocasionalmente, significa un elevado riesgo de volver a la dependencia, b) revisar periódicamente el ABC del escalado de consumo personal de alcohol y, más específicamente, los patrones de consumo, c) evitar sucedáneos como la cerveza sin alcohol o

¹⁹⁸ Ya hemos señalado que dichas narrativas personales suelen tener un valor terapéutico elevado, aún cuando no mencionan el alcohol, pero sí las preocupaciones y, en ocasiones, obsesiones de los individuos, las cuales pueden formar un caldo de cultivo etiológico para el consumo de alcohol. En la mayoría de las ocasiones suelen desarrollar los mismos relatos personales que se manifiestan en las sesiones de AA.

¹⁹⁹ Puede ser una persona que permita una interactividad elevada y espontánea o ser más bien dada a encauzar la espontaneidad a base de turnos de palabra. Habitualmente suele darse una mezcla de ambas técnicas de moderación, dependiendo de las personalidades de los participantes.

bebidas que son réplicas, sin sustancia, de las habituales que contienen el tóxico, d) recordar el riesgo latente en ambientes donde el alcohol sea el eje central de su dinámica (bares y discotecas, p.e.). Para este último punto, en cualquier caso, suele insistirse en su importancia, especialmente durante los primeros meses de abstinencia, en tanto en cuanto la persona que ha dejado de consumir todavía está en una posición de una cierta indefinición, podríamos verla también cercana a la liminalidad (Van Genneep, 2008:*ibid.*) tal como hemos comentado en el apartado de AA, en relación a sus expectativas de sobriedad continuada y estable.

Durante las etapas iniciales de abstinencia,²⁰⁰ nos ha parecido que existen determinadas carencias en las prevenciones que señala el terapeuta del GT, así como cierta desorientación dentro de determinadas narrativas de los participantes en el mismo. Nos referimos al hecho de no mencionar lo que nos parece que constituyen riesgos potenciales, tanto o más ciertos que los señalados hasta ahora, como son los relacionados con ciertos factores contextuales que puedan asociarse a momentos de consumo, en el pasado de la PDA en tratamiento, cuando la sustancia era percibida, exclusivamente, como una fuente de placer. A este respecto podríamos citar la asociación del alcohol con determinadas músicas, imágenes, lecturas, lugares, así como con cualquier elemento con el que una PDA pueda establecer un vínculo asociativo placentero, o tal vez de tristeza o frustración, y en el que estaba presente el alcohol. En la fase inicial de abstinencia nos parece que dicha asociación, también llamada a veces “memoria adictiva”, podría desencadenar efectos equivalentes al reflejo condicionado (Pavlov, 1927), si no se trabaja este aspecto para evitar dicho riesgo. Pensamos que la complejidad causal y terapéutica

²⁰⁰ La consolidación de la abstinencia es un tema controvertido en la medida en que cataloguemos el “alcoholismo” como una enfermedad crónica. Si consideramos estrictamente esta catalogación la abstinencia no se consolidaría casi nunca, por el riesgo latente de retorno al consumo, aunque lo que sí es cierto es que el tiempo de abstinencia alcanzado por una PDA incide favorablemente en una disminución paulatina de dicho riesgo.

que va asociada a la dependencia del alcohol se pone una vez más de manifiesto con lo expuesto en este párrafo.

En relación al punto d), citado en la página anterior, y según cual sea el patrón de consumo, suelen existir, entre los participantes, posiciones encontradas alrededor de los Grupos de Apoyo al Consumo (GAC).²⁰¹ Siendo cierto que, en aras a mantener la sobriedad hay que evitar frecuentar zonas de consumo, que para un ex bebedor están en cada bar y en cada restaurante, o en el consumo de complicidad dentro de determinadas relaciones sentimentales, por poner ejemplos frecuentes, también lo es el hecho de que ciertos usuarios tienen su red social habitual, incluso su única red, en entornos grupales (Ramírez, 1984:213-220) o a veces personales, que hacen del bar o de la bebida su principal eje relacional. Ante estos casos que, además, son frecuentes en la génesis de la dependencia, la posición del CAS es tajante: abandonar dichos grupos y replantearse ciertas relaciones sentimentales.

Compartiendo dicha recomendación, no podemos, sin embargo, dejar de preguntarnos si ello es fácil para una persona que ha hecho una segunda o tercera socialización en un ambiente como el descrito y en el que enraizó su vida social o sentimental hasta que decidió dejar de consumir. Dicha recomendación es algo parecido a lo que se pide en cualquier sistema de creencias para un nuevo adepto: una conversión o ruptura con el pasado. La diferencia consiste en que en los casos descritos dicha conversión, el abandono del GAC de hecho, se pide desde una instancia, el CAS, que no puede plantear una alternativa concreta al usuario, salvo en el plano de sugerencias como: “apúntate a un Centro Cívico”, “ ... ve a la Biblioteca del Barrio”, etc. ya que la continuidad del tratamiento se apoyaría en la existencia o creación de ciertos recursos sociales,²⁰² cuya materialización no forma parte de las capacidades ni responsabilidades

²⁰¹ Ver p. 35.

²⁰² Recordamos la existencia de los Grupos de Alcohólicos Rehabilitados, aunque sus estructuras son débiles por falta de asociados.

de un CAS. El nuevo “culto del converso” (Prat, 1997:105-126) constituye, en este caso, un salto al vacío social y un “empezar de nuevo” con apoyos no siempre bien orientados ni fácilmente disponibles. En cualquier caso es una decisión que inevitablemente tendrá que tomar la PDA o bien la propia red social la forzará, ya que, en estos casos, nos encontraremos con la presencia de una doble estigmatización: una por parte de la sociedad por ser o haber sido un sujeto dependiente del alcohol y la otra, por el propio GAC o nuevas relaciones que intentara establecer, que la rechazarían por ser vista como una persona “anormal”.²⁰³

Este un tema de la mayor importancia para la continuidad de la sobriedad y la estabilización de las PDA. Ha sido recientemente más fácil para los fumadores ya que, en cualquier local cerrado no se permite fumar con la legislación implantada en los últimos años. Socializar en un bar, en un restaurante, en cualquier local cerrado de carácter lúdico es, para un fumador en suspenso, una actividad sin riesgo. No podemos decir lo mismo en el caso de una PDA en sobriedad. Esta dificultad, con sus consecuencias y alternativas, será tratada en las Conclusiones.

Una de las atenciones que ofrece el CAS y que suelen quedar en un inmerecido segundo plano, son las correspondientes a la ayuda al usuario desde el área de Trabajo Social. Las PDA que llevan aparejados problemas familiares, económicos, legales o que precisan complementos de ejercicio físico o de formación personal, lo pueden canalizar a través de esta área que les facilita informaciones sobre dónde acudir o resuelve directamente, en la medida de sus posibilidades, las problemáticas particulares, aprovechando ayudas públicas.

Escucharemos algunas partes de la entrevista que en 2010 realizamos a Juana, una Trabajadora Social de un CAP²⁰⁴ de Tarragona, de unos 50 años de edad, quien nos relató sus experiencias en su ámbito de

²⁰³ Ver pp. 215-217.

²⁰⁴ Centro de Asistencia Primaria, en la nomenclatura del Servei Català de la Salut.

actuación profesional, especialmente cuando tiene que tratar con casos de drogodependencias en general y del alcohol en particular:

“Llevo 19 años en el CAP, y en el área social atendemos principalmente –diría que en un 70%– problemáticas de la gente mayor que no pueden valerse por sí misma: discapacitados, problemas mono-parentales y también drogodependencias aunque éstas últimas, no siendo mayoritarias en un CAP, absorben mucho tiempo. También tratamos con infancia en riesgo, aunque solemos derivar estos casos hacia centros más especializados.

Hemos visto una evolución en la sociedad desde que apareció la heroína; se organizó una asociación de madres de afectados por esa drogodependencia. Actualmente seguimos tratando a los que sobreviven, aunque la mayor parte murieron... Ahora lo emergente es la cocaína pero todavía es una problemática retenida. Se hace aún poca demanda en mi área profesional.”

Le pedimos que nos resuma los cambios que haya observado en el caso del alcoholismo, siendo, como es, una dependencia histórica:

“Es un barrio donde trabajo, hay más bares que comercios. Existe una marcada tradición de vida social y buena parte de ella gira alrededor de dichos bares. La gran mayoría de la población procede de Andalucía donde existe un elevado hábito de socialización en torno al alcohol.²⁰⁵ La problemática no obstante

²⁰⁵ Tendríamos tal vez que matizar que beber en los bares y socializar en la calle no es la única vía de consumo de alcohol. En muchos lugares, Catalunya en concreto o para los que tienen raíces generacionales en este territorio, el hábito de beber en casa está muy extendido y ello significa que es un consumo oculto aunque real. Sin datos comparativos, no obstante, no podemos pronunciarnos sobre la importancia relativa entre dichos ámbitos distintos de consumo, pero la dependencia al alcohol se puede generar con consumo doméstico, incluso entre grupos, tanto como en bares u otros espacios ajenos a los domicilios, y que no forman parte de la cadena de establecimientos expendedores de alcohol.

no emerge por parte de la persona afectada sino que suele plantearse, la mayor parte de las veces, a través de la familia. Al principio los familiares más próximos no le dan importancia, pero cuando ya han pasado muchos años de consumo excesivo y reiterado, con secuelas en la convivencia, es el momento en que se plantea el problema. Tratamos más bien dichas dificultades de convivencia por parte de los maridos, esposas o hijos, que muchas veces suelen terminar en una separación. Son casos, además, que difícilmente se pueden derivar al CAS, ya que la propia persona afectada no lo desea.

Ciertas usuarias plantean problemas que inicialmente aparecen de índole económica, de rendimiento escolar, o de disfunciones derivadas del sexo y la edad. Hasta pasados bastantes años no aparece la mención de que su marido –en su mayoría son hombres–, es alcohólico. Al ser una droga social los familiares no reaccionan hasta que se plantean situaciones límite. De diez casos que tengo en la actualidad, sólo en dos ha sido la esposa quien lo ha planteado. En los otros se ha tenido que deducir indirectamente. Después de comentar episodios de maltrato o de mal carácter, tienes que terminar preguntando si beben. La respuesta casi siempre es afirmativa, pero hay una cierta disculpa cuando afirman: pero nunca llega borracho a casa.”

Preguntamos a Juana qué diferencias observa entre las PDA femeninas y masculinas:

“Casi siempre el lugar de la bebida conforma las diferencias entre ambos géneros. El hombre bebe en el bar y la mujer en casa, como tendencia, y a menudo los familiares ocultan esa realidad. Intuitivamente diría que hay dos casos femeninos por cada cinco masculinos, pero no tengo una cuantificación exacta. Los motivos que exhiben marcan también una diferencia. Para el hombre han

sido muchos años de amigos y bar. En el caso femenino refieren más bien el peso de la soledad y la falta de compenetración con la pareja.”

Le pedimos que no explique el itinerario que siguen estos casos en su ámbito profesional que es un CAP:

“Procuro que tomen conciencia del problema, incluso acudo al domicilio acompañada de un ex-alcohólico, para ayudarle a tomar la decisión de tratarse. Cuando así ocurre se deriva el caso a los servicios especializados en drogodependencias, pero ahí entra el problema de las listas de espera que en ocasiones ponen en riesgo el mantenimiento de la voluntad de seguir un tratamiento. A veces he utilizado vías más informales de otros Centros, como pedir que lo acojan en una granja que gestiona el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Este camino me ha funcionado bastante bien. También hay voluntarios en el barrio que intentan formar una asociación de ayuda a las PDA.

Finalmente nos interesamos acerca de su eventual contacto con AA.

No he podido hablar nunca con AA, pero sí que he derivado allí a varios usuarios para evitar la demora de la lista de espera. Yo diría que ninguno ha continuado. El último usuario, que es reciente, me dijo, después de las primeras sesiones, que no se sentía cómodo ni atendido. Tengo curiosidad por saber qué ocurre dentro de AA.”

Esta entrevista la hemos situado en este primer apartado de las terapias CAS ya que se ocupa de un ámbito, el de la asistencia social, en el que nuestra presencia fue mínima en el trabajo de campo. En realidad consistió en una única y corta entrevista personal para nuestro caso particular. El resto de entrevistas con los profesionales del CAS y sus

usuarios las plantearemos en el apartado siguiente en el que desarrollamos el trabajo de campo realizado en dicho ámbito.

b) Experiencia Terapéutica y Etnográfica en CAS.

A finales de octubre de 2009 acudí al CAS H/G. en día y hora convenidos. Me atendió una enfermera, que no volví a ver posiblemente por baja en el centro, y que rellenó mi ficha médica a la que añadió los datos personales y el historial médico que suelo entregar a los médicos que me atienden por primera vez y en el que figuran datos de intervenciones, alergias, medicación y estilo de vida.²⁰⁶ Me programó visitas para Medicina, Psicología y Trabajo Social.

El local es ecléctico y algo oscuro.²⁰⁷ Su lay-out está adaptado a las funciones que realiza. Los servicios WC no permiten cerrar las puertas de los distintos compartimentos y son unisex. En los pasillos hay bastantes trípticos de libre retirada y cuadros informativos sobre las distintas adicciones. Una cesta con preservativos se encuentra al alcance de los usuarios, encima del mostrador de recepción.²⁰⁸

Acudo a la primera visita médica, de la que anoté lo siguiente en el Diario de Campo:

26.10.09 - CAS H/G. - Dra. Melina (11,30-12,15 h.)

Eslava posiblemente, de unos 50 años de edad. Dispone ya de mi historial pasado previamente por la enfermera al que le añado un gráfico con eventos de mi vida particular desde la infancia, más la

²⁰⁶ Hasta entonces no hacía ninguna mención al consumo de alcohol. Una vez más tendremos que apelar a las estrategias de control de la información y del enmascaramiento (Goffman, 2008: 118-133).

²⁰⁷ Imagen C.

²⁰⁸ A partir de 2012 esta disponibilidad ya no existe y se tienen que pedir en enfermería.

última analítica, informándole de la estrategia²⁰⁹ que había utilizado con buen resultado en general para evitar valores elevados en las transaminasas.

Con lo que le explico y el tiempo transcurrido desde en cese (4 semanas) no me prescribe ningún medicamento, salvo unas recomendaciones naturales para evitar los problemas de tránsito intestinal que empezaban entonces a presentarse, junto con la sugerencia de que me ponga un Diazepam debajo de la lengua si tengo que afrontar una situación emocionalmente complicada. Se la ve una persona próxima y sosegada. A mis preguntas menciona que existen tipologías de alcohólicos según dosis, tiempo y características personales psíquico-físicas. Sobre ciertas disfunciones sexuales me asegura que irán mejorando con el tiempo.

Al final de la visita se interesa por las razones de mi abandono del alcohol. Parece que las considera coherentes para justificarlo. Al mencionarle que acudí a AA después de dejarlo cuando en su programa más bien se espera que se deje de beber con motivo de acudir a la Comunidad, comenta con una cierta sorna: “Esa vez no hubo milagro!”.

Me cita para dentro de un mes pidiéndome una analítica que ya tenía prevista para otros especialistas.

Me vacunan contra la Hepatitis B y me hacen la prueba de la tuberculosis al comentarles mi trabajo con inmigrantes.²¹⁰

La Dra. Melina seguirá siendo mi médico de referencia hasta la penúltima visita, ya en 2011. Debido a una reducción de personal por los recortes en el presupuesto del CAS, dejó de prestar servicios en el mismo.

La primera y única visita con la Trabajadora Social está reflejada en la siguiente anotación del Diario:

29.10.09 - CAS H/G.- Francisca, Trabajadora Social (15-15,15 h.)

Tiene los datos de mi ingreso en el CAS. Le entrego también mi currículum. Me pregunta cómo sigo y cómo me encuentro. Hace un diagrama de parentesco empezado por los “siblings”. Me pregunta

²⁰⁹ No consumir en las 72 h. inmediatamente anteriores a la extracción de sangre. Ello provocaba un cierto desasosiego pero era controlable en lapsos de tiempo cortos y con la **expectativa del retorno al consumo asegurada**.

²¹⁰ A través de un voluntariado que realizaba entonces en una ONG.

sobre las relaciones que mantengo con hermana, hijos y amistades y también si he tenido algún control de alcoholemia positivo.

Finalmente me pregunta qué es lo que hago a la hora de cenar. Le contesto que lo mismo de antes pero sin alcohol y sin pica-pica después del postre para no asociarlo al alcohol.

Comenta que para su área mi caso está cerrado, es decir que ya no habrá más visitas con ella.

Persona muy amable.

Entiendo esta función como de gran utilidad para determinados usuarios aunque no haya sido necesaria en mi caso. La precariedad en la que se encuentran muchas PDA y la desorientación sobre qué hacer en temas de ayuda sociales o en trámites burocráticos, hacen imprescindible esta labor de encauzamiento de problemas y dudas.

Mientras empezaba la andadura en el CAS seguía acudiendo, en estas primeras semanas, a los grupos X e Y de AA.

La tercera visita a un profesional del CAS fue dentro del servicio de Psicología. Transcribo el resumen de la primera visita:

CAS H/G. - 2.11.09 - Psico. Emilia (12,45 – 13,30 h.)

Emilia, mujer de aproximadamente unos 35 años. Me recibe con retraso por un malentendido con recepción. Seca y adusta, pero sin que ello impida el diálogo.²¹¹ Me pregunta si el CV y Ficha Médica²¹² los he hecho a propósito para la visita al CAS (parece sorprenderse del detalle). Previa a la visita no había leído mi dossier. Estudiamos la gráfica de progresión y me pregunta acerca de algunos puntos que no entendía. Me pregunta por qué el alcohol y la razón de dejar de consumirlo.

Se interesa por las relaciones con mis hijos y con la familia en general.

²¹¹ Esta impresión fue cambiando con el tiempo. Se estableció un clima de complicidad (Lain, 1983:350-376) a través de los trabajos que me iba encargando y el hecho que fue conociendo mis estudios de Antropología y mi interés en hacer una investigación sobre las actuaciones con PDA. En realidad siempre tuve la sensación de que buena parte de los resúmenes que me encargaba, algunos de los cuales se pueden ver en Anexos XIII a XV, le servían para su Tesis Doctoral que, ya establecido un buen nivel de confianza, me comentó que estaba preparando.

²¹² El primer documento denominado era el mismo presentado a la Trabajadora Social.

Le comento mi dificultad en aceptar el envejecimiento, la fijación en gente más joven, junto con la problemática orgánica que representa la edad, especialmente en el aspecto sexual, al ser uno de los aspectos de mi vida que más me interesan.

Me explica el protocolo para llegar a los grupos terapéuticos y me dice que empezaré a participar en uno el mes siguiente, después de la próxima visita. También me comenta que el grupo tiene una psicóloga como moderadora que también hablará conmigo antes de la primera reunión. Tendré entonces la posibilidad de escoger como psicóloga personal entre la que coordina dicho GT o ella.

Me entrega un ejercicio para presentarle en la siguiente visita que girará en torno a lo que pienso que deben ser los cambios que he de introducir en mi estilo de vida para alcanzar una sobriedad estable.

Al explicarle el esfuerzo que representa no caer en otras adicciones sustitutorias (le pongo el ejemplo de la bulimia), me responde que tengo voluntad y deseo de controlar mi vida, aunque esta auto-imposición no es del todo positiva ya que no se puede controlar todo.

En la segunda visita a la Dra. Melina se confirman unos resultados analíticos normales en cuanto a las transaminasas y, comentando la fórmula leucocitaria algo baja, le resta importancia diciendo que el *split* de las distintas fracciones está dentro de límites normales. Me da nueva visita para tres meses más tarde, ofreciéndome un eventual adelanto en dicha visita si hubiera alguna circunstancia que lo hiciera necesario. Sigo sin ninguna medicación al no mencionarle circunstancias que la hagan necesaria, si bien me prescribe la presencia de remolacha y fibra en mi dieta, junto con automasajes abdominales para mitigar el deficiente tránsito intestinal que ya se manifiesta como una incomodidad diaria.

Visito el servicio de Psicología a principios de diciembre de 2009. Por la mayor trascendencia que tiene esta parte de la terapia, así valorado en mi tratamiento personal, transcribo nuevamente la anotación sobre la misma en el Diario de Campo:

3.12.09 - CAS H/G. - Psico. Emilia (9,45-10,15 h.)

Me pregunta si he tenido algún problema, a lo que respondo que

experimento una sensación de facilidad en mantener la sobriedad pero siento estar al borde del abismo al mismo tiempo. Me hago la reflexión sobre si a mi edad merece la pena intentar vivir más años a base de prescindir del placer del alcohol. Matizo que ello lo digo valorando sólo lo bueno y no lo malo que se deriva de la adicción.

Repasamos el ejercicio que me encargó. Comentamos algunos puntos, especialmente el de las asociaciones. Parece sorprenderse cuando le digo que los momentos felices de mi infancia y mi adolescencia me hacen desear el alcohol. Por contra, me señala, bebías por la noche para olvidar. Le matizo que ahí jugaba mi historia de vida de adulto, a partir de la adolescencia.

Hablamos de los meses inmediatos a mi jubilación, circunstancia que ella considera que es un momento de preguntas sobre el pasado y el futuro. Le cuento mi depresión durante los primeros meses, con la sensación temporal de vacío existencial y de ausencia de objetivos hasta que empecé a ocuparme (Inglés, Voluntariado y Antropología en la Universidad).

Me previene que a partir de los 3-4 meses y hasta los 7-8 meses suelen desencadenarse periodos de nueva apetencia, al haber olvidado los malos momentos del pasado. Desaparece para volver a aparecer, no en todos los casos, hacia los dos años.

Me encarga un nuevo ejercicio sobre lo que me aportó el alcohol a corto y largo plazo en + y -.

Me deriva hacia las reuniones del grupo terapéutico, que empezaré el 15 de diciembre y que continuaré cada martes. Me indica que estaré en el grupo masculino, ya que se optó por separar ambos géneros debido a que las causas y reacciones suelen ser bastante diferentes (Ferré y Solé, 2003).

Esta vez la he notado más próxima a pesar de su fuerte resfriado.

En realidad hubo seis documentos en total, pero sólo tres de ellos están incluidos en los Anexos citados (XIII, XIV y XV). Son los que considero más relevantes a efectos de la comprensión de la terapia, en parte también auto-inducida por lo que representa de introspección la propia confección del relato, tanto en términos de pasado como de presente.

A lo largo de los dos primeros meses de abstinencia no se han presentado episodios importantes de *craving*. Los que en las primeras semanas se manifestaban dos o tres veces al día cedían en menos de cinco minutos. Adopté la técnica de pensar en otra cosa, o empezar una

actividad totalmente distinta a la que realizaba cuando saltaba la señal de “alarma”. Posteriormente fueron espaciándose estos episodios y también el tiempo de duración. A los tres años puede presentarse un episodio semanal y es de una duración muy breve.²¹³ Normalmente va asociado a algún episodio de estrés o, curiosamente, a la vuelta ocasional a algún grupo terapéutico, especialmente a los de AA, donde la proximidad de ciertos usuarios a la etapa activa suele ser frecuente, e incluso es odoríficamente evidente el consumo en ciertas PDA que acuden a las sesiones.

Fue premonitoria, en mi caso, la afirmación de Emilia en el sentido de que a los dos años podía tener una crisis. Se presentó entre setiembre y octubre de 2011, sin que mediara ninguna circunstancia en particular. Inicialmente la asocié a haber ingerido unos higos semi-deshidratados que por estar en contacto con la atmósfera podían contener una cierta cantidad de alcohol por la fermentación de la glucosa presente en los mismos. Fue la única posibilidad, aunque no muy clara ya que el olor típico a etanol era muy tenue. En cualquier caso es cierto que determinadas efemérides que se recuerdan, pueden asociarse a ausencias o costumbres olvidadas y, tal vez en el subconsciente, todavía deseadas. En este caso hablaríamos de otra posible derivada de la memoria adictiva, que se planteó en aquel momento por la coincidencia de un aniversario sentimental bastante lejano.

En la fecha que hemos mencionado en la crónica de la segunda visita a Emilia, me presenté a la primera reunión del GT del CAS. Beatriz, psicóloga que llevaba y sigue llevando los GT, tanto el de hombres²¹⁴

²¹³ Atendiendo a que los episodios de *craving* se pueden presentar en cualquier momento del día. Curiosamente jamás me desperté con deseo de beber, si bien la asociación cama-alcohol no existía en mi caso y ello es, una vez más, una posible constancia de la importancia de las asociaciones tanto en el sentido del deseo como en el de su ausencia.

²¹⁴ Pese a lo comentado en la primera visita con Emilia, al grupo de “hombres” se fueron añadiendo, posteriormente, usuarias femeninas. Cuando me dieron el alta del grupo, acudían al mismo cuatro mujeres que significaban aproximadamente el 25% de los participantes.

como el de mujeres, me saluda brevemente en su despacho, antes de pasar a la sala donde se desarrollan las sesiones y me menciona las normas del grupo que después transcribiré. En aquellos momentos existía un tercer grupo de doble dependencia, “alcohol y cocaína” que también coordinaba Beatriz. Las reuniones duran una hora. En ocasiones dicha psicóloga, previo conocimiento del grupo, acudirá acompañada de becarios del ámbito de la psicología, que se limitarán a tomar notas.²¹⁵ En el caso de esta primera sesión transcribo su referencia en el Diario de Campo. A partir de esta anotación, y salvo en un par de ocasiones adicionales, lo que concierna al GT será tratado en forma de las narrativas escuchadas en determinadas sesiones junto con entrevistas con ciertas PDA, algunas de las cuales ya se encuentran dadas de alta. Retomaremos asimismo ciertas narrativas de los dobles usuarios de AA y CAS cuyos comentarios sobre la primera institución ya se reflejaron en 3.1.1.c). A diferencia de AA, en el presente apartado nombraremos a los participantes, que no a los profesionales de la medicina,²¹⁶ por un apodo que en algunos casos puede resultar jocoso y que alude a ciertos rasgos propios de la PDA:

15.12.09 - CAS H/G. - Reunión grupal (18,20-19,10h.)

9 hombres. Modera Beatriz, psicóloga. Carácter enérgico, pero amable al mismo tiempo. Es exigente con los requerimientos que, en privado, me señala para estar en el grupo: a) acudir regularmente a las reuniones cada martes, b) Respetar las opiniones ajenas, c) tratar confidencialmente lo que se diga en la reunión a título íntimo y d) no acudir bebido a las sesiones.

Disposición de la sala en forma de U con sillas pero sin mesa.

La reunión empieza por una breve presentación de dos nuevos incorporados en los que comentamos el tiempo que llevamos de abstinencia y pocos detalles más por ser el primer encuentro. Hay un hombre, que nos saluda y permanece en el grupo sólo unos 15', el cual lleva siete años sin consumir alcohol –aprovecha para dar las gracias al grupo mientras estuvo en el mismo–. Acude ocasionalmente a las reuniones ya que está prevista dicha

²¹⁵ Ocurre lo mismo con las visitas a Psicología. En ambos casos se pide la conformidad del usuario o usuarios a dicha presencia.

²¹⁶ Éstos se citarán con un nombre ficticio.

posibilidad para los que están dados de alta (se menciona que las altas, según personas, se dan entre los 12 y los 18 meses).

Beatriz llama la atención a Risas, con una cierta tendencia a frivolar la dependencia del alcohol, acerca de su costumbre de estar masticando chicle cuando entra en la reunión. Le recuerda que puede ser una estrategia para paliar el aliento a alcohol. Él lo niega en redondo y se ofende por prohibirle mascar chicle, a lo que ella replica seriamente que la norma es no venir bebido.²¹⁷

Se refieren algunas recaídas. La mayor parte lleva menos de un año sin beber, una pequeña parte dos o más, con recaídas y la excepción serían los siete años mencionados en el caso veterano. Por la composición son deducibles algunos abandonos temporales en el pasado.

Un compañero llevaba un mes sin acudir y ha regresado. Estuvo dos años abstemio y hace un año recayó por una semana. Desde entonces ha seguido sin consumir salvo en esa circunstancia reciente. Debe tener algún problema mental ya que siendo joven (aprox. 40-45 años) vive en una residencia tutelada, abandonando por este hecho la sesión antes de tiempo, con el fin de llegar a la hora de la cena.

Otros van mostrando sus estrategias de cara a las fiestas navideñas (no ir a cenas de grupo antes de un mayor tiempo de sobriedad), estar lo mínimo con la familia y no quedarse en largas sobremesas. Y, en ello insiste Beatriz, declinar explícitamente las incitaciones a beber que suelen venir de parte de las personas insistentes.

No hay ninguna ceremonial de entrada ni de finalización. La charla es distendida salvo alguna respuesta airada a Risas, por parte de Coleta, que parece no soportar las “singularidades” verbales del primero. Es más bien Beatriz quien ha preguntado en esta sesión, a pesar de alguna intervención espontánea.

El tiempo es corto y esto limita la extensión de las intervenciones, pero también evita divagaciones y, si así ocurre, Beatriz reconduce las intervenciones hacia aspectos que interesen al grupo.

Se despide de las sesiones hasta finales de enero por razones familiares, a pesar de que nos veremos el próximo martes en una merienda, que organiza TERAL-Alcohólicos Recuperados,²¹⁸ en celebración de las fiestas navideñas. El periodo de ausencia lo cubrirá Susana, de enfermería.

La escuela psicológica en la que está basado el tratamiento es la

²¹⁷ Risas sólo acudirá a la siguiente sesión y ya no regresará al grupo.

²¹⁸ Tiene su sede en los locales del CAS H/G.

conductista o conductual (Fernández y Secades, 2003:432), analizándose paralelamente, y en privado, los comportamientos y relaciones personales. Acorde con los principios de la escuela terapéutica referida, se tratará de reconducir aquellos rasgos o comportamientos que puedan generar estrés en los usuarios, paso previo, en determinados casos, a recaídas o al propio hábito del consumo compulsivo. Se desbrozan las circunstancias familiares y sentimentales con la misma finalidad. Un punto importante lo constituye la resituación de la PDA, una vez ha dejado la bebida y, en muchas ocasiones, su necesidad de adaptarse a nuevos entornos, a pesar de su “servidumbre” con ciertos anclajes del pasado y del presente: sus ámbitos profesional, familiar o sentimental. Estos dos últimos ámbitos suelen ser objeto de análisis en más de una sesión del GT y las conclusiones abogan por la no necesaria recomendación de su continuidad de mediar situaciones que contribuyan al estrés y a la inestabilidad emocional.²¹⁹ El campo profesional es menos dado a capacidades de gestionarlo ni de planear cambios²²⁰ aún cuando pueda resultar no confortable para determinados usuarios. En el ámbito ya más claramente psiquiátrico no hemos realizado trabajo de campo salvo la mención por parte de una PDA –Ria–, de haber sido tratada dentro de esa especialidad. Encontraremos una entrevista complementaria²²¹ en este mismo apartado.

Tal vez lo más representativo, desde el punto de vista etnográfico lo constituyen las narrativas de los participantes. En este ámbito es donde se observa, con bastante frecuencia, el dualismo que dio título a los prolegómenos de esta investigación y que se plasmó en el TFM del Máster de Antropología Médica de la URV: *Estigma y Disculpa* (Esteve, 2012:15-22).

Los participantes en el GT reiteran las distintas formas de abordar y vivir

²¹⁹ Mencionada exhaustivamente en párrafos anteriores y concretamente en pp. 217-218.

²²⁰ 2009 era el inicio serio en nuestro país de la crisis económica iniciada en EE.UU. el año anterior.

²²¹ La primera parte de dicha entrevista puede verse en pp. 204-206.

la abstinencia, pero de una forma coral y menos rígida que la que hemos descrito en AA. La posibilidad de intervenir en cualquier momento, mediante procesos de discrepancia o complementariedad acerca de lo que afirman otros usuarios, da un tono más vivo, participativo y multifocal a las sesiones. Conviene señalar, a modo de paréntesis, que el grado de participación verbal en un GT es desigual: ciertas personas, salvo que su participación sea reclamada por el moderador de la reunión, acostumbran a estar en una situación de “sólo oyentes”. Suelen ser personas que terminan abandonando el grupo. El caso más claro de esa realidad era el de Gallego.

En el otro extremo de las actitudes de los participantes, y como en cualquier dinámica grupal, encontramos usuarios cuya participación se orienta hacia el monopolio del discurso. Sus narrativas suelen producirse en primera persona, con juicios dogmáticos, e intentando imponer sus criterios al resto de participantes a quienes interrumpen, a menudo, en sus intervenciones. Son figuras escasas, afortunadamente y su control, por parte del moderador, es la única estrategia para que las reuniones resulten realmente participativas.

Destacaría bloques recurrentes en los discursos de los participantes, el principal de los cuales sería el de las **estrategias de disculpa**. Por dicha figura retórica hago referencia a la tendencia, mayoritariamente entre las PDA –y posiblemente entre los consumidores de otras sustancias que también generen dependencias y **estigmatizaciones**–, a situar el origen de su consumo en la influencia de terceras personas o en contextos ajenos.

En cualquier caso la evidencia etnográfica nos indica que, frecuentemente, se manifiestan determinadas circunstancias en el inicio del consumo o dependencia que la PDA planteará como ajenas a su voluntad, aunque después pueda reconducirlas: *“Hasta que no me hice consciente, cada vez que tenía una bronca con mi suegra, que debía realizar un ejercicio de tolerancia hacia sus actitudes y palabras, no conseguí detener mi afición al*

consumo de whisky en cantidades considerables, antes de irme a dormir” refería Pound, un economista, ya en sobriedad desde hacía más de tres años, durante la entrevista que sostuve con él y que más adelante se trasladará al texto.

En las Conclusiones ampliaremos este apartado, al constituir uno de los objetivos planteados en las hipótesis secundarias.

Las **referencias a la familia o a la pareja**, constituyen un segundo y recurrente bloque en las narrativas y en las propuestas temáticas del GT. No hay un discurso común y mayoritario, observándose unas tipologías muy variadas que van desde usuarios que han encontrado en la familia un apoyo constante e incluso el consejo, a veces conminatorio, para que acudieran a una institución terapéutica, hasta quienes se han quedado solos por rupturas de lazos familiares o sentimentales, a consecuencia de reiterados y problemáticos episodios derivados del consumo abusivo de alcohol. La determinación de dejar el hábito ha reconducido alguna situación familiar o sentimental, mientras que nuevas relaciones se iniciaron, precisamente, con motivo de dichas rupturas. No obstante suele observarse un temor a la reincidencia, ya que situaciones de relativa estabilidad personal y sentimental acostumbran a descansar sobre la sobriedad como condición necesaria: *“Aquí tengo una carta que me entregó mi actual compañera, en la que me avisa que me dejará si reincido en el consumo de alcohol”* comentó Bigotes²²² en una sesión del GT, mostrando un papel doblado que extrajo de un bolsillo trasero del pantalón. Dijo que siempre la llevaba encima para no olvidar el aviso. Dicho compañero, no obstante, desapareció del grupo antes de cumplir los dos meses de permanencia y nunca regresó.

En estos casos, y a pesar del ejemplo descrito, suele producirse un avance en la voluntad de mantener la sobriedad, que vendrá marcado por

²²² Ver la transcripción del Diario de dicha sesión en las pp. 259-261.

el temor a perder referentes sociales o sentimentales recientemente retomados o iniciados. Sin embargo, y desde la dinámica del CAS, se realiza un esfuerzo, no siempre bien entendido ni asumido en su importancia por los participantes del GT, que concierne al papel antagónico que juegan las redes sociales adictivas (GAC) por oposición a las disuasorias constituidas temporalmente por los estamentos terapéuticos, pero que a largo plazo lo formarán aquellas instituciones o grupos donde el alcohol no constituye un eje relacional. Todo ello redunda en una evidente tensión dentro de cada individuo y ello se observa formando parte del proceso de asumir paulatinamente una nueva forma de estar en sociedad: un nuevo estilo de vida sin ciertos condicionantes ajenos a la propia voluntad.

El tercer bloque, entre las temáticas más frecuentes en el GT, vendría derivado de las **dificultades en compatibilizar la dependencia con la profesión habitual.** En este aspecto, podríamos incluso hacer una subcategorización de los problemas con los que se enfrenta una PDA en su ámbito habitual de trabajo.²²³

- Concentración y rendimiento profesional.
- Incompatibilidad entre visibilidad social de la profesión y el conocimiento público de la dependencia.²²⁴ Ello sería contradictorio con ciertas experiencias que hemos documentado y comentado (Fainzang, *op. cit.*)
- Riesgo de accidentes de trabajo.
- Enfrentamientos violentos con *peers*, subordinados o con superiores profesionales.

Se ha tenido ocasión de conocer más de un caso de sanciones laborales por disputas violentas y, en dos casuísticas concretas, relatos de

²²³ Nos referiremos especialmente a patrones de consumo que representan una ingesta alcohólica continuada durante el día, a veces con abandono del puesto de trabajo en horarios laborales.

²²⁴ En este punto podemos reconocer la necesidad de las estrategias de enmascaramiento (Goffman, 2008:130-133) en las que nos reconocemos tanto Teach, como Chica y el autor de este trabajo.

accidentes en el propio lugar de trabajo, uno de los cuales era potencialmente mortal ya que consistió en la caída de un albañil desde una altura de cuatro pisos.

Los comentarios, no obstante, y puede ser también otra estrategia de “disculpa”, refieren un consumo “normal”²²⁵ de alcohol durante la jornada laboral. Dicho consumo suele producirse grupalmente y entre los propios *peers*, en cantidades que pueden ser de riesgo, pero “sin conciencia” de adicción por flotar en la burbuja protectora y justificadora de un GAC. Ello introduce otro elemento de discusión, como tema de debate frecuente en el GT, cual es el hecho de preguntarse: ¿conviene informar de mi calidad de alcohólico en deshabitación y a quién decirlo?²²⁶

Las actitudes concretas, para el tema mencionado, suelen ser heterogéneas y, en cualquier caso, la persona que modera el GT interviene eclécticamente en este campo, ya que se trata de decisiones personales cuyo impacto tiene mayores repercusiones en la esfera relacional que en la terapéutica. Hay un primer grupo de personas, con profesiones sensibles, que no suelen ni deben, según sus propias palabras, ponerlo en conocimiento en el ámbito laboral y que va unido al segundo punto del listado de la página anterior. En estos casos la comunicación suele circunscribirse a la familia, espacio frecuente de oficialización del problema, cuando no sea ya conocido desde un pasado variable, considerado mayoritariamente como el colectivo mínimo –la familia más cercana– que debe estar informado de la situación. Aún así, se plantea un interrogante en estos casos, que suele debatirse en el GT, y que se refiere a la visión particular de cada interesado en definir hasta dónde considera que llega ese ámbito familiar cercano que debe entrar en dicho conocimiento, especialmente si el patrón de consumo ha sido del

²²⁵ El concepto de consumo normal de alcohol, por parte de una PDA en activo, en ocasiones puede ser equívoco en razón a su eventual relativismo.

²²⁶ En ocasiones dicha “confesión” pública puede representar una disminución de la presión grupal de los consumidores-colegas a quienes el individuo ha explicitado su situación terapéutica.

tipo “oculto”.²²⁷

Alguien podría pensar que la sobriedad ya se pone en evidencia, dentro del ámbito familiar o de convivencia, por el cambio de hábitos observado en dicho espacio, pero no hay que olvidar situaciones de personas divorciadas, con hijos emancipados –personas de ambos géneros que viven solas–, en cuyo caso puede no hacerse visible un cambio brusco de costumbres, ya que el consumo puede haberse desarrollado en ámbitos no accesibles a la familia ni a otras personas con vínculos de intimidad (Menéndez, 1993b:63-64). Por las razones citadas la mayoría de PDA suelen preguntarse qué miembros de la estructura familiar deberían ser objeto de dicha comunicación.

Aunque en un primer examen pueda parecer que dicha comunicación, si se plantea fuera del ámbito de la intimidad familiar, podría considerarse tal vez innecesaria, no cabe duda de que siendo el alcohol una sustancia de consumo socialmente mayoritario, puede ser sorprendente, para terceras personas, observar la cesación del consumo en una persona hasta entonces bebedora, más aún cuando hay un sinfín de ocasiones y eventos donde es casi “obligado” dicho consumo, aunque sea de una mínima cantidad de alcohol. Huyendo, incluso, de las inevitables comidas o cenas entre grupos familiares, profesionales y en fiestas locales y tradicionales, hay otros hitos que, “necesaria” y socialmente, son celebrados con alcohol. En este caso citaríamos hechos tan dispares como una victoria deportiva, ganar un premio de lotería o la costumbre social de compartir unas copas con motivo de un nacimiento o por cualquier otro evento personal o profesional.

En el GT se suele debatir las incongruencias evidentes en relación al gasto público y el coste social y personal que representa la dependencia del alcohol y a las ingentes sumas que el erario público ingresa por los

²²⁷ Reitero la propia experiencia en este punto, ya que es el caso del autor.

impuestos derivados de todo el circuito económico de dicha sustancia. Huelgan, además, ejemplos en el ámbito político de prestigiar su consumo durante ceremonias protocolarias al más alto nivel del Estado.²²⁸ Estas últimas referencias ya están desaconsejadas en el caso de la prevención del tabaquismo, para poner un ejemplo de una dependencia que, según el Anexo III, y apelando a una visión preventiva, involucra a un tóxico sensiblemente menos dañino que el alcohol.

Para finalizar el punto sobre "¿a quién comunicar ...?", es relevante citar que las **preocupaciones relacionales y sociales** son las que dan pie a que muchas PDA, en proceso de deshabitación, prefieran que las personas cercanas a ellos y con las que coincidirán en alguno de los eventos antes señalados, sean conocedores de las razones por las que dicha persona no consumirá alcohol, evitando, de esta manera, preguntas públicas que pueden ser difíciles de responder o reiteradas insinuaciones de incitación al consumo, que a veces se les planteen de forma impertinente para la sensibilidad de una PDA. No obstante, y como ya se ha mencionado en páginas anteriores, tanto en la atención personalizada como en los comentarios dentro del GT, se recomienda abstenerse de acudir a ciertos actos en los que puedan plantearse situaciones de consumo casi "obligado", especialmente durante los primeros meses de abstinencia. Se trata, simplemente, de una recomendación temporal pero que considero de alto valor pragmático.

Es a partir de estas consideraciones que debería plantearse si sólo la estrategia o el servicio de un CAS es suficiente para apoyar la **adaptación social del antiguo PDA, una vez producida el alta del tratamiento, a un entorno donde el alcohol es un elemento importante de socialización**. A diferencia del tabaco y del resto de sustancias, todavía no se observan iniciativas serias para abordar, desde el ámbito político de la salud pública, los riesgos del alcohol, ni en los medios de

²²⁸ Reiteramos el Anexo I.

comunicación ni en campañas informativas masivas, como ha sido, y es el caso de lo que podríamos denominar “la demonización del resto de sustancias tóxicas”²²⁹ (¿cabría pensar, al día de hoy, en un etiquetado en las bebidas alcohólicas similar al del tabaco?). En el contexto social y familiar en que se desenvuelve la vida corriente de personas que han sido dependientes del alcohol, la citada sustancia se hallará presente de forma continuada y habitual. Dicha realidad hace necesario que cualquier PDA aprenda a manejarse en los ambientes sociales más diversos, algunos de ellos proclives al consumo habitual de bebidas alcohólicas, y no a rehuirlos. Siendo cierto que al principio de la deshabituación es recomendable no frecuentar ambientes o lugares “de riesgo”, dicha prevención debe ir perdiendo actualidad y pasar a constituir una conducta preventiva sólo recomendable en casos de grandes “juergas” étlicas, en las que, por otra parte, una PDA en suspenso suele encontrarse formalmente desubicada.

Tal vez el contenido de ciertas entrevistas con PDA, algunas con sobriedad consolidada y otras en pleno proceso de recuperación, nos puedan servir de ilustración sobre su percepción del proceso terapéutico en el CAS, especialmente en la fase del GT, como continuidad del eventual, aunque no siempre presente, tratamiento farmacológico inicial. Jazz nos relata su experiencia en el CAS, aunque también vuelve a referirse a AA al principio de su exposición:

“No se pueden fácilmente comparar los grupos de AA con los del CAS, pero no podría decirte cuales son más efectivos ya que yo mismo he recaído siguiendo ambos métodos y debo reconocer

²²⁹ Ver p. 54. No entramos en los entresijos, por su obviedad, de los aspectos socio-económicos, con claros intereses económicos en torno al mundo de las bebidas alcohólicas, y que serían uno de los elementos clave para frenar este tipo de campañas ejerciendo una presión de tipo *lobby* frente a los poderes públicos. No olvidemos, sin embargo, que el entramado económico es enorme y va desde el viticultor hasta el bar, el restaurante y el supermercado (económicamente diríamos que existe una diversificación e integración vertical de las actividades asociados al mundo de las bebidas alcohólicas que afectan a multitud de empresas y, por consiguiente, de puestos de trabajo).

que las recaídas han sido más, y no debidas a que uno de los métodos no ha funcionado, ya que se ha producido dentro de una u otra terapia.

Cuando te olvidas del riesgo que representa beber, te relajas. Por ejemplo: después de que te dan de alta en el CAS. Puede ocurrir que vas a una fiesta, a una boda Entonces bajas la guardia. A mi me ocurrió en un viaje por un país del Sahel, donde también hay consumo entre los habitantes locales a pesar de la prohibición del islam hacia el alcohol. Pero puede ocurrir en cualquier lugar cuando te relajas ... Y entonces bebes mucho más que antes, incluso. Quieres recuperar lo que has dejado de beber durante la abstinencia. Por eso llevo tanto tiempo acudiendo a los grupos, sea en el CAS, donde he reingresado después de la recaída, o a los de AA.

En la anterior recaída también acudí, simultáneamente, a las dos terapias, voluntariamente. En cuanto a la dinámica del CAS la aprovecho aunque sea una vez por semana, junto con el tratamiento con medicamentos y la atención de mi psicóloga. Piensa que ahora sólo llevo tres meses sin beber. Pero estoy muy tocado en mi estado de salud. La ansiedad de mi intervención torácica motivó que volviera a consumir, pero tuve que dejarlo de nuevo por la complicación hepática que ya tenía y que se agravó con dicho motivo. Y a pesar de ello he tenido una recaída hace tres meses. Tengo un primo que bebía y le realizaron un trasplante hepático debido a la cirrosis que padecía. No obstante siguió bebiendo hasta que murió, a pesar del nuevo hígado. Tal vez a mi me pasaría lo mismo porque a veces pienso que la tentación de volver a fumar o a beber, siempre está presente.”

Chica me contó su fijación con la cerveza, junto con la problemática convivencia con su familia de origen y su pareja que también consumía

en exceso, pero sin deseo de dejarlo. Ella ingresó en el CAS un mes después de mi entrada:

“Te relataré mi experiencia de quince años consumiendo alcohol. Tuve una infancia que se puede decir normal, hasta los 10 años en que nos mudamos de casa por problemáticas familiares. Mi madre bebía y mi tío, hermano de mi madre, también. Por ese motivo la adolescencia sí que fue problemática, y en la que también tuvo influencia la relación difícil con mis hermanas. Sobre los 18 años decidí marchar de casa y fui a residir a Francia, donde estuve dos años trabajando y viviendo con unos familiares. En esa etapa no bebía ni ése era un aspecto que estuviera presente en mi vida ya que los familiares con quienes convivía tampoco bebían.

Regresé posteriormente a mi casa de Barcelona donde el ambiente continuaba siendo el mismo. Me empleé en la hostelería, trabajando inicialmente en turnos de noche.²³⁰ Suelen ser horarios incómodos y una parte de los empleados acostumbra a consumir ciertas drogas durante el horario de trabajo, especialmente alcohol, al ser un horario donde no hay una presencia clara ni de clientes ni de responsables. Yo me apunté al consumo de cervezas durante el turno y continué bebiendo cuando, en días libres, salía de discoteca por las noches.

A los 25 años tuve por primera vez una relación de convivencia con una pareja. Hasta entonces había ido incrementando mi consumo de alcohol y ya no consideraba la diversión sin la presencia de la bebida. A pesar de ello no era consciente del problema que representaba el alcohol en mi vida. Empecé a

²³⁰ Aunque no se profundizó este aspecto, los trabajos que realizaba y siguió realizando Chica estaban relacionados con el acondicionamiento de las habitaciones. En el momento de la entrevista tenía la responsabilidad de uno de los equipos que realizaban dicha tarea en un hotel de la zona más turística de Barcelona.

frecuentar sola los bares, en horarios de día, con motivo de dificultades de relación con mi pareja. Recuerdo que entonces ya tomaba entre cinco y seis cervezas cada día. A partir de entonces fui consciente de que se estaban produciendo cambios en mi personalidad y me empecé a asustar ya que también observé que, en ocasiones, tenía una conducta agresiva y se presentaban lagunas en mi memoria.

Creo que fue entonces, sobre los 30 años, cuando toqué fondo, después de cinco o seis años de beber cantidades diarias realmente altas. Veía en mi futuro que terminaría convertida en una mendiga. Peregrinando por bares todo el día. Perdí mi identidad ya que al mirarme al espejo no me reconocía. Fue entonces cuando acudí al CAS. Ahora ya llevo nueve meses sin beber. En este momento es cuando me doy cuenta de que puedo afrontar los problemas de siempre, mientras que cuando bebía pensaba que los problemas se derivaban de la bebida; me refiero a las mismas situaciones problemáticas que ahora siguen presentándose en el curso habitual de mi vida. Creo que he recuperado capacidad para afrontar los vaivenes de lo cotidiano, desde una situación de mayor serenidad y tranquilidad.

Mi familia, después de unos años difíciles por parte de mi madre, me ha apoyado ya que han observado un gran cambio en relación a mi actitud ausente cuando estaba con ellos. Yo también observo que estoy más activa y que he recuperado la capacidad de recordar buena parte de un pasado que había olvidado, aunque fuera un pasado reciente.”

A mi pregunta pidiéndole algún detalle adicional sobre su relación familiar en la infancia, responde:

“Ya casi adolescente llegaba a casa, al salir de la escuela, junto

con mis hermanas. Solíamos ver, según el aspecto de la cara de mi madre, si había bebido en exceso y lo notábamos por la forma en la que se dirigía a nosotras: gritos, portazos, amenazas, ... mis hermanas lloraban y me tocaba a mi tranquilizarlas, ya que era la mayor. Después mi madre se iba a dormir y nos dejaba solas. Mi padre trabajaba muchas horas y llegaba muy tarde a casa, cuando ya estábamos acostadas.”

A la pregunta de si había intentado dejar de beber anteriormente a su ingreso en el CAS, contesta que ya hubo un primer intento:

“Intuí que debía dejar de beber y lo intenté también en el CAS. La psicóloga me dijo que debería tomar unas pastillas que me crearían repulsión hacia el alcohol. Yo no quería pastillas; quería dejar la bebida pero a mi manera. Así que dejaba de beber unos pocos días para, después, empezar de nuevo con alguna caña pensando que podría seguir con pequeñas cantidades, pero pasaba enseguida al nivel de consumo anterior. Tampoco me ayudaba mi pareja de entonces que también bebía. Dejé de acudir al Centro, pero después de cinco años he vuelto y lo he tomado más en serio, por lo que antes contaba. Estuve a punto de perder el trabajo ya que a veces se notaba que estaba bajo los efectos del alcohol. Fue tal vez esta y otras circunstancias las que me llevaron de nuevo a la terapia.”

Las entradas y salidas en los CAS no suelen ser raras. Incluso después de muchos años, como se deduce de la entrevista con Jazz, pueden presentarse retornos al consumo por causas varias, aunque hay una tipología de PDA que suele dejarlo en su primer intento y ya no vuelve al consumo. Se puede asociar esta característica a múltiples factores: niveles de ingesta, tiempo de consumo, contexto y personalidad; grado de dependencia, en definitiva Como se ha comentado, el universo de las PDA suele ser transversal, afectando a clases sociales diversas y a

distintos estadios culturales y profesionales.²³¹

Entre las PDA que, ya dadas de alta, acuden de vez en cuando a las reuniones del GT se encuentra Pound, el economista citado anteriormente. Su edad ronda los 55 años. Es interesante escuchar su historia de vida, tal como él me la refirió en una entrevista, así como la construcción de su dependencia del alcohol y el largo camino por el que alcanzó su sobriedad actual:

“Mi ingesta de riesgo debió empezar hace unos ocho años, dentro de los que incluyo los dos años últimos en los que ya no consumo, después de un largo proceso –tan largo como el que menciono de consumo excesivo– de tratamiento de deshabitación en el CAS.

Ya que me has señalado en el guión que sería interesante comentar algo de mi vida antes de consumir, puedo decir que mi infancia la calificaría de feliz. Estaban mis padres y un hermano, pero sin que hubiera ninguna situación desagradable entre nosotros. No me constan antecedentes de adicciones en mi familia, aunque ya sabes que la adicción se nota cuando uno pierde, visiblemente, el control del consumo.²³² Las relaciones, como he manifestado, fueron siempre afectuosas tanto en la familia nuclear como en la extensa.

¿Cómo y cuándo empecé a beber? Sobre los 20 años empecé a beber moderadamente, sin una periodicidad estricta. Posiblemente bebía porque lo hacía todo el mundo. Era un uso social. Pasé muchos años en esta situación incluso con épocas de consumo inexistente. Lo que me hizo pasar a un consumo de

²³¹ Este hecho se corrobora también en AA.

²³² Este matiz sobre la adicción, que ya ha sido insinuado en otras intervenciones o citas, creo que es relevante. El consumo público es, en ocasiones, la punta del iceberg que presupone otros niveles “ocultos” de ingesta en personas aparentemente abstemias. Esta realidad es tanto o más severa, desde el doble punto de vista de su impacto físico y social, que la que se manifiesta públicamente.

riesgo y ya adictivo fue la presencia de problemas de relación con mi familia política, mis suegros en definitiva. No sabía cómo resolver los problemas de relación y huía de ellos a través del alcohol. Actuaba como calmante o como adormidera. Así me olvidaba de la situación desagradable en la que se desarrollaba dicha relación familiar.

Mi forma de beber no obedecía a formas usuales, por ejemplo: no bebía a diario ni socialmente.”

Sobre su consumo inicial me intereso sobre el patrón del mismo y le pregunto si bebía con motivo de estar en un ambiente en el que el alcohol era un complemento en contextos de socialización:

“En mi primera etapa de consumo bebía acompañado. De alguna forma y como ya he dicho antes, porque tocaba. Cuando pasé a consumo de riesgo, derivado de la situación familiar que he descrito, se invirtió el patrón y pasé a beber en solitario, es decir, socialmente era abstemio, pero no ocurría así en privado. No era, sin embargo, un consumo diario ni continuo durante la jornada. Se centraba sobre todo en la tarde-noche y no ocurría todos los días, tal vez pasaba por una etapa de tres días consecutivos de consumo fuerte dentro dicho horario, para después pasar muchos días sin consumir. Pero cuando bebía no podía dejar de ingerir alcohol hasta que me iba a la cama, aunque no recuerdo haber perdido nunca el conocimiento ni las formas de comportamiento con la familia. Fue esta sensación de no poder parar lo que me hizo ver que había entrado en una adicción al alcohol.

A veces no damos importancia a la libertad que se pierde a través de una dependencia como la que acompaña al alcohol cuando no controlas su ingesta. En aquel periodo, además, creo que vivía en una especie de depresión que me hacía ver el mundo de forma

pesimista. Experimentaba, al mismo tiempo, una sensación de ansiedad, aunque no sé si ambas cosas suelen ir juntas en estos casos. Yo tenía bastante claro que aquellos estados de ánimo iban asociados al alcohol, ya que cuando dejaba de beber desaparecían los síntomas.”

Le pregunto si la familia, o sus allegados, eran conscientes de su adicción y cómo la enjuiciaban:

“La interpretaban como un vicio. Era mi responsabilidad exclusiva y si no lo dejaba era porque no quería, ya que la causa estaba exclusivamente en mi persona. Creo que es así, lamentablemente, como suele percibirse externamente en la mayoría de los casos no sé!

Mi imagen de adicto no traspasaba los límites de mi casa, ya que mis amigos nunca me vieron bebido. Es decir, bebía en casa y puedo decir que era un bebedor modélico ya que, por poner un ejemplo, nunca se me ocurrió conducir en estado de embriaguez.”

Sobre su contacto con el CAS, pone de manifiesto la influencia de su esposa:

“En realidad quien averiguó la existencia del CAS y me acompañó en mi primer contacto fue mi mujer. A pesar de lo que he comentado de la familia, ella se había informado de que ciertas dependencias necesitaban un apoyo externo, fuera médico o de otro tipo, para poder salir de ellas, y tengo que decir que fue el inicio de la solución de mi problema ya que me encontré con buenos profesionales a la par que excelentes personas. Aquí entendí que si eras consciente del problema y te aplicabas en dejar el consumo lo podías conseguir y, además, era posible pasar página.

A una de tus preguntas debo responder que no he tenido contacto con otras formas de abordar el alcoholismo. He oído de sitios donde parece ser que son más teatreros. Estos estilos no encajan con mi personalidad. Prefiero el tratamiento médico y psicológico, que, en mi caso ha dado buen resultado, a pesar de las recaídas que se produjeron durante los seis años que ha durado. Sólo puedo tener palabras de agradecimiento para el CAS. Siempre me ha parecido que era la doble interacción de la ayuda externa, a través de los profesionales y especialmente del GT, junto con mi decisión de dejar el alcohol lo que determinó el éxito. Sólo con fármacos posiblemente no llegas muy lejos. También puedo decir que tengo una lectura positiva de esta historia ya que he salido fortalecido de la terapia. Sólo me queda la sensación, algo desagradable, de haber perdido el tiempo mientras estaba en activo.

Queda posiblemente por decir qué estrategia he terminado adoptando para afrontar los desencuentros con mi familia política. Creo que he actuado de forma pragmática: ya que la situación no va a cambiar, en cuanto a formas dispares de ver el mundo y la familia extensa. Quien realmente ha debido cambiar, en su forma de vivirlo, he sido yo. Ello me ha dado mayor sosiego, así al menos lo creo, y ha contribuido decisivamente a rebajar mi nivel de ansiedad y poder liberarme del consumo compulsivo de alcohol.

Desde hace dos años me encuentro como si estuviera en una carretera que no tiene obstáculos. No he tenido episodios de deseo de consumo, mientras que en el pasado, podía pasar algunas semanas sin consumir, hasta que me encontraba un "obstáculo" que no podía salvar y volvía a mi patrón de consumo. Desde hace dos años esta forma de encarar mi vida ha cambiado

radicalmente. Creo poder afirmar que ya no temo una recaída.”

Pound ha seguido acudiendo ocasionalmente al CAS y participando en alguna sesión del GT a semejanza de lo que yo mismo también realizo. Un año después de esta entrevista, coincidiendo con su asistencia a la fiesta de Navidad, nos comunicó que hacía dos meses que se le había realizado un trasplante de hígado que tuvo que abordarse urgentemente al detectarse un carcinoma hepático durante un chequeo rutinario. Su aspecto era normal y dijo encontrarse muy bien. Un año después de dicha fiesta volví a verle. Continuaba en muy buen estado e incluso había ganado algo de peso. Me comentó que le estaban reduciendo los fármacos anti-rechazo debido a su buena evolución.

Mi relación con Emilia ha ido entrando en un camino de entendimiento mutuo, aunque tal vez deba decir de aceptación por mi parte de su forma de enfocar la terapia. Así continuará durante el tratamiento del que transcribo una de las sesiones realizadas durante la etapa de mi trabajo de campo en el GT:

26.4.2010 - CAS H/G. - Psico. Emilia (18,30-19 h.)

Me pregunta cómo estoy y asimismo como voy asumiendo mi sobriedad. Le comento un cierto Δ de la libido y el hecho de irme acostumbrando a la sobriedad como algo que forma parte ya de mi vida igual que la ausencia de tabaco, y de ello ya hace unos 25 años.

Le paso el estudio de Alcohol y Personalidad,²³³ cuyos apartados repasamos.

Me comenta, en una primera impresión, que mis frustraciones pueden venir de una espiral de objetivos al alza consecuencia de no haber alcanzado los anteriores, pero a continuación menciona el elevado nivel de sinceridad y “desnudez” que presenta el informe ya que ahí transluce una persona “mala”. Cree que tal vez he sido demasiado duro conmigo mismo.

Me comenta que le gustaría que relacionáramos directamente el alcohol con algunos de los hitos, a lo que le pregunto si lo que procede es hacer un análisis funcional (en el sentido

²³³ Era un ejercicio que me había propuesto en la sesión anterior (Anexo XIII).

antropológico), observación que ella corrobora.²³⁴ Quedamos para una próxima visita dentro de 2 meses.

En las sesiones terapéuticas con Emilia hemos comentado ciertos episodios de estado de ánimo decaído, posiblemente por circunstancias sentimentales adversas que habían concurrido en aquel periodo, aunque siempre había manifestado mi oposición a volver a los antidepresivos por el impacto negativo sobre la libido. La doctora Melina, no obstante, ha sido partidaria de administrarlos, incluso contra mi parecer. Posiblemente esa ha sido la razón de que no haya funcionado, a través de un probable efecto “nocebo”, el tratamiento con Agomelatina, un nuevo antidepresivo que según las informaciones sobre sus efectos secundarios no tiene influencia sobre el campo mencionado. Finalmente abandoné por mi cuenta el tratamiento, retirando gradualmente el fármaco, al observar en mi comportamiento ciertos episodios de inquietud acompañada de agresividad verbal.²³⁵ En cualquier caso, este tratamiento y sus eventuales secuelas no tenía relación con episodios de *craving* los cuales iban paulatinamente en decrecimiento y ya no representaban la preocupación frecuente que representaron durante el primer trimestre de abstinencia.

En los GT y en la biomedicina en general, es un argumento clásico, por reiterativo durante los procesos terapéuticos, que el consumo de alcohol, una vez alcanzada la fase de dependencia, se convierte, al igual que el tabaco, en una adicción crónica, al haberse producido, como hemos planteado ya anteriormente, una serie de modificaciones en ciertos receptores cerebrales neuronales,²³⁶ que se reactivan aún con pequeñas

²³⁴ Ver Anexo XV.

²³⁵ También decantó dicha decisión el hecho de que el fármaco estaba indicado para “depresiones mayores”, que no era mi caso en absoluto. Confirmé dichos efectos secundarios en una segunda fase.

²³⁶ Para mayor información sobre este tema, consultar los contenidos del curso sobre “Psicobiología de la Drogadicción” impartido por la UNED en 2010-2011, en su departamento de Psicología, y del cual anotamos el link: http://serviweb.uned.es/conversorpdf/index.asp?url=http://apliweb.uned.es/guia-cursos-eduper/guia_curso_pdf.asp%3Fid%3D86147%26curso%3D2011.

ingestas de la sustancia tóxica, reproduciendo rápidamente el consumo a los niveles anteriores a la abstinencia (ver pp. 49-51) Esta realidad hace que las personas en proceso de rehabilitación –los participantes en un GT, p.e.– desarrollen una fuerte prevención, reiterando lo afirmado en páginas anteriores, a frecuentar ciertos ambientes de riesgo. Tal vez es pertinente incluir una narrativa de Sabio, en una de las sesiones del GT: *“He conocido a una chica que me gusta mucho ... Es cubana y muy dada a salir a discotecas y a bares. Yo, de momento, he ido diciendo que no suelo beber alcohol, pero no me atrevo a manifestar abiertamente que no voy a probarlo ... Ella no para de insistir para llevarme a un local de ambiente caribeño y tomar unos “mojitos”... Ya no sé qué decirle, aunque de momento voy dando largas a dicho evento”*. En las palabras de Sabio se observaba la angustia por la situación y su impotencia para comunicar a su amiga, que era una PDA en suspenso. Al cabo de pocas semanas relató que había roto dicha relación.

Pienso que este tipo de situaciones deben ser temporales y su resolución debería formar parte de un trabajo explícito en el GT que vaya encauzando dichos “miedos”, en aras a una paulatina “normalización” de la vida social del usuario. En ella será posible y necesario convivir con situaciones de consumo a pesar de mantener la abstinencia personal; incluso iré algo más allá, planteando un inciso crítico a propósito de la frecuente duda, entre los usuarios del CAS y que se manifiesta en muchas narrativas en el GT, sobre qué responder ante preguntas de terceros acerca del porqué se es abstinentes, especialmente en momentos muy concretos –pe. las uvas de fin de año–, circunstancia socialmente habitual en personas que no pueden beber alcohol bajo riesgo severo de reincidencia.²³⁷ Los moderadores de los GT encuentran dificultades en proponer respuestas pragmáticas a tales interrogantes. La respuesta vendrá dada por una estrategia personal, construida según contextos

²³⁷ Una de las primeras preguntas que Chica planteó al incorporarse al GT fue si al cabo de un tiempo prolongado de abstinencia podría volver a beber.

particulares de cada ex-consumidor, y que podríamos encontrar reflejadas en las ya citadas “técnicas de control de la información”, muy bien descritas en la obra de Goffman.²³⁸ Para orientar a los usuarios ante esta problemática concreta, faltarían ciertas construcciones simbólicas que permitieran argumentar el porqué de una abstinencia, sin generar malestar en el antiguo consumidor, pero que sean, al mismo tiempo, socialmente asumibles aunque sea a través de figuras elípticas y sin necesidad de excesivas explicaciones por parte de una PDA en suspenso. En realidad es el propio GT, a través de sus participantes, quien irá sugiriendo, a partir de experiencias diversas, las respuestas convenientes en estos casos y que no se agotan en las que aquí indicamos, a título de posibilidades: a) “soy alérgico al alcohol”, b) “estoy medicándome y el alcohol no es recomendable, ni en pequeñas dosis”, c) “nunca me ha gustado el alcohol”, etc. Estos aspectos suelen angustiar a la PDA en suspenso durante los primeros meses, y a veces durante años, pero mi experiencia, y la de las personas con las que he compartido vivencias similares, concluye con una paulatina indiferencia hacia dichas situaciones, que terminan afrontándose a través de respuestas aplomadas y distantes.

Brune es tal vez un caso particular, aunque no único, en los grupos del CAS. De unos 55 años, participó exclusivamente en el grupo femenino, como terapia de continuidad, ya que su cese en el consumo se produjo obligadamente durante una grave dolencia, que derivó en varias intervenciones quirúrgicas. Durante su estancia en las instituciones hospitalarias dejó de beber. De ello hacía ya tres años en el momento de entrevistarla. La grave situación de salud que tuvo que afrontar en sus ingresos hospitalarios, motivó que la cesación en el consumo de alcohol transcurriera sin SA. Pienso que su narrativa es altamente indicativa de los antecedentes personales que, en ciertos casos y no necesariamente en éste, están en la base etiológica de una dependencia de sustancias

²³⁸ Goffman, 2008:118-130.

como mecanismo compensatorio de situaciones personalmente insoportables que, sin mediar el grave problema médico felizmente superado, podía haber resultado un caso con colofón funesto.

“Nací y pasé la primera parte de mi vida en Barcelona. Mi padre era ingeniero y recuerdo que trabajaba mucho, incluso los fines de semana. Mi madre procedía de Tarragona y era hija de un militar, mi abuelo, con quien convivíamos toda la familia en una casa con amplios jardines. Tuve una infancia privilegiada en medio de estos lujos de la naturaleza. Somos cinco hermanos y yo soy la más joven.

Hay una circunstancia particular en mi infancia y es que solía pasar mucho tiempo con la señora que hacía las funciones de asistente de la casa y también me gustaba estar con una persona que venía esporádicamente a coser. Recuerdo que me encantaban los trajes andaluces, con sus volantes y colorido. Era el mundo del Sur que emergía en torno a mí. El hecho de esta relación hacía que pasaba una parte de mi tiempo, aún dentro de la misma casa, en un mundo distinto al del resto de la familia. Mi inclinación hacia lo “flamenco” no era bien vista por mi madre que era más bien de carácter serio. Me hubiera gustado poder profundizar en el mundo del baile y de la música andaluza, pero mi madre no lo consideraba presentable en su entorno social. Ello hizo que, a pesar de lo dicho, una parte de mis deseos infantiles no pudieran colmarse, muy a mi pesar.

Ello tal vez motivó ciertos complejos de desatención. No sé si fue consecuencia de ello pero la enuresis nocturna se prolongó hasta los once años. No recuerdo episodios de ternura por parte de mi madre, cosa que no ocurría con mi padre que solía estar muy próximo a sus hijos.

Todos los hermanos cursamos estudios en la Escuela Alemana por iniciativa de mi padre que era una persona culta y sensible. En casa siempre estuvo presente el alcohol. Vino en todas las comidas. Licores en la sobremesa. Básicamente era mi padre quien más consumía. Mi madre también, pero en menor cuantía. A pesar de que los niños no bebíamos, había meriendas donde se comía pan con vino y azúcar y cuando estábamos resfriados era frecuente que nos dieran leche caliente con brandy.”²³⁹

Le propongo que relate el periodo de su vida, al final de la adolescencia y comienzo de su primera juventud, una vez sus hermanos se fueron marchando de la casa paterna en razón a sus matrimonios respectivos:

“Me puse a trabajar tan pronto como pude y me matriculé, al mismo tiempo, de Filología Germánica. Con mis ingresos pude alquilar una vivienda e independizarme básicamente del control que experimentaba por parte de mi madre. Para mis padres mi marcha fue un disgusto, por el qué dirán especialmente. Empecé a salir de noche y a beber, aunque no con consumos excesivos, pero con el alcohol siempre presente.

Fui a trabajar a Menorca sin haber terminado la carrera. Entonces me independicé definitivamente. Me sentía libre y contenta. Allí se formó un grupo, en Ciutadella, con personas de varias nacionalidades. Estaban presentes muchas sustancias que en aquellos años eran emergentes: cocaína, ácido, heroína, cannabis; alcohol por supuesto, aunque parecía que era lo más normal. Lo probé casi todo aunque tuve claro que no tenía que engancharme. Una buena parte de las personas de aquel grupo murieron en los años siguientes a consecuencia de dicho estilo de

²³⁹ Estas costumbres que relata Brune las puedo suscribir enteramente en mi caso y, por lo observado en mi infancia, a mediados del siglo pasado tales consumos eran habituales entre los niños y niñas, sin distinción de género y sin ningún tipo de sensación de riesgo por parte de los progenitores, si bien dentro de consumos moderados.

vida: VIH, diversas patologías graves, cárcel, Allí conocí a Luis que después fue mi marido; era bastante mayor que yo. Nunca acudió a la escuela, pero tenía una inteligencia y habilidad innatas. Egocéntrico e independiente, estaba enganchado al cannabis. Había sido torero, tocaba la guitarra, cantaba flamenco y era poeta. Su sensibilidad era evidente.

Regresé con él a Barcelona para terminar la carrera de Filología alemana. Nos casamos y marchamos a Andalucía, su zona de origen, donde quería construir una casa. Allí nos establecimos mientras él empezó a construir la casa, donde nos fuimos después a vivir en condiciones precarias, sin luz ni agua. No recuerdo entonces un consumo excesivo de alcohol.

Tempranamente se manifestaron unos celos enfermizos por su parte y empezó un cierto maltrato. A todo eso ya había nacido mi primer hijo al que seguiría el segundo: una niña que nació, más tarde, en Barcelona.

Me di cuenta que me había equivocado con mi pareja, pero tenía una dependencia hacia él que me hacía pensar en que se podría reconducir, a pesar de que mi autoestima iba paulatinamente en descenso, empujada por su comportamiento despectivo hacia mi. Entonces empecé a beber de forma importante. Compraba grandes garrafas de vino para consumir en casa.

Regresamos a Barcelona para rehacernos económicamente, a partir de un trabajo que pude encontrar en Seat, pero al poco tiempo regresamos al pueblo por la inadaptación de Luis. Durante ese periodo en Barcelona se habían incrementado los episodios de celos, empujados por la circunstancia de que yo trabajaba entre hombres. Al retornar al pueblo pude trabajar algo con traducciones que me pasaba mi hermana. Los malos tratos

continuaban y yo seguía bebiendo en cantidad ya de riesgo. Era consciente de ello y estaba desesperada. Planteé una separación o, más bien, un distanciamiento de la pareja.

Volví sola a Barcelona y al cabo de poco tiempo encontré un trabajo en Mallorca. Pasado unos meses pude reunir a mis hijos conmigo. Entonces bajé el consumo del alcohol. Pero se volvió a incrementar con la llegada de Luis y la reiteración de los celos con motivo del entorno en el que yo trabajaba. Finalmente regresó al campo. Llamaba a escondidos a nuestro hijo, mentalizándolo de que fuera a vivir con él junto con su hermana. Regresé de nuevo con ellos al pueblo, aunque viviendo en casas separadas, para reencontrarme con mis hijos, pero con motivo de una fuerte paliza²⁴⁰ decidí abandonarle definitivamente y regresar a Palma de Mallorca. Mi hijo dijo que se quedaba con su padre. Inicé los trámites de separación y marché con mi hija. Había conseguido reducir la ingesta de alcohol y me centré en la educación de mi hija.

Tuve una relación con un extranjero que también bebía. Era un asiduo a los bares del barrio donde yo vivía. Ello resultó en un repunte del consumo que se reforzó al cambiar de trabajo y encontrarme trabajando en la tienda de un matrimonio que bebían de forma constante. Cada tarde se abría una botella en plena tienda. Finalmente el matrimonio se separó y él regresó a Alemania para iniciar un proceso de desintoxicación.

Entré en una depresión mayor que motivó manifestaciones somáticas y el alcohol ya se presentó como un problema realmente grave. Básicamente bebía vino, sin excluir otros licores, pero en menor cantidad. Mi hija, que ya tenía 15 años, me lo

²⁴⁰ Brune me comenta que nunca presentó denuncias por malos tratos.

indicaba e incluso acudió al Institut de la Dona. Me llamaron para tener una entrevista conmigo. Mi hijo también estaba al corriente y me llamaba para pedirme que dejara de beber y mis familiares de Barcelona, directa o indirectamente, seguían el caso pero sin intervenir claramente.

En el ID me indicaron seriamente que acudiera al CAS de Palma, pero no fui porque no quería dejar de beber. Nunca bebía por las mañanas y ello me permitió trabajar sin problemas laborales, aunque me quedé sin trabajo por cierre del negocio. Tuve episodios de temblor de manos y una caída con fuerte golpe en la cara, por efectos del alcohol. Ese fue el momento en que decidí regresar a Barcelona llamada por mi hermana, ya que mi hija había ido a pasar una temporada con su padre, una vez terminada la Selectividad, tal vez cansada de estar viviendo conmigo. Una prima me facilitó un trabajo parcial que me permitió unos pequeños ingresos junto con lo que obtenía por el subsidio de paro.

Al cabo de un año mi estado de salud se complicó, aunque seguía bebiendo. Después de varios falsos diagnósticos, finalmente afloró una pancreatitis crónica, en fase aguda en aquellos momentos. Entonces dejé de beber, en primavera de 2009, porque el estado de salud ya no me pedía alcohol. No tuve SA, tal vez porque interpreté lo que me pasaba como una oportunidad de deshabituarme.

Tuve que dejar el Hospital de Sant Pau por la falta de respuesta a los tratamientos y la prepotencia del médico que me llevaba. Después de dos ingresos en dicho centro acudí al Hospital Clínic, donde me salvé "in extremis", con presencia de una peritonitis y con cinco intervenciones alrededor de la zona abdominal, siendo el páncreas el centro problemático. El ingreso en el Clínic

representó un ingreso de dos meses. Recibía visitas diarias de toda mi familia, como si quisieran compensar un cierto alejamiento en el pasado.

Una vez de alta mi médico de familia me recomendó que acudiera al CAS, para redondear el tratamiento.”

Como ya he mencionado anteriormente, el CAS tenía en activo dos grupos dedicados a la deshabituación alcohólica. Uno de ellos formado exclusivamente por mujeres, en el cual se incluyó a Brune y al que también acudía Ria. Existe una especie de endogamia en un grupo de género que, bajo mi punto de vista, puede favorecer una visión parcial, si bien más cercana a las usuarias, sobre el problema del alcoholismo. En mi grupo mixto –cuando fui dado de alta la distribución entre géneros bordeaba el 75/25–, nunca consideré que se omitieran narrativas por razones de pudor. Con este motivo, y también como contrapunto a lo que nos había relatado acerca de su experiencia en AA, transcribimos a continuación lo que Ria nos refirió sobre su experiencia en el CAS:

“Como consecuencia de una fuerte recaída, me puse en contacto con TERAL, que me puso al corriente de que existía la figura del CAS. Me facilitó la entrada en dicho Centro, presentándome a algunos terapeutas e indicándome que con mi reciente recaída sería útil que acudiera a algunas de las reuniones que dicha Asociación celebra cada jueves.

Me atendieron desde varios ángulos: el psiquiátrico, el psicológico y la trabajadora social. También me vio el Dr. Serrano, pero básicamente la atención fue psicológica.

Empecé con un tratamiento farmacológico con Disulfiram,²⁴¹ que todavía sigo tomando, aunque algunas veces, en el año que llevo en tratamiento en el CAS, he dejado voluntariamente de tomar el fármaco. Cuando empecé con este tratamiento tomaba Fluoxetina, como antidepresivo, que me había sido prescrito por los terapeutas privados que me habían tratado hasta entonces. Sigo con este tratamiento al que la psiquiatra añadió Bromazepam, después de las comida del mediodía, debido a mi tendencia al insomnio, que impedía incluso que conciliara el sueño en la siesta que me aconsejaron que hiciera cada día. En algún momento se planteó tomar Diazepam pero finalmente no se llegó a prescribir. Hay pacientes a los que se les prescribe Naltrexona que es un medicamento que si bebes no pasa nada, a diferencia del Disulfiram, pero contribuye a deshabituarse al no sentir la necesidad de beber alcohol. No puedo dar más indicaciones sobre este último fármaco ya que no lo he experimentado.

Al cabo de dos semanas ya me derivaron al Grupo Terapéutico que funciona en el CAS por las mañanas. Creo que debe ser el único en Barcelona formado exclusivamente por mujeres.”

Le pregunto cómo ve un grupo sólo de mujeres en comparación con los grupos mixtos que, en su caso, había conocido en AA:

“En mi caso tiene más valor que, tal vez, en otros casos. Me he sentido muy identificada con las narrativas de las compañeras: la soledad, el maltrato, la maternidad con alcohol; todo ello es algo que sale en un grupo de género y que difícilmente aflora cuando también hay hombres como participantes, porque suelen ser mayoritarios en número y derivan las narrativas hacia un modelo de alcoholismo más “masculino”. Ciertas mujeres sienten

²⁴¹ La informante se refería a dichos fármacos bajo alguno de sus denominaciones comerciales. Al trasladar a la Tesis su narrativa hemos creído oportuno utilizar los nombres de los principios activos.

vergüenza de hablar públicamente de temas demasiado íntimos aunque sean más dramáticos como puede ser la pérdida de la custodia o del afecto de los hijos por el hecho de ser una madre con adicción al alcohol. Mi opinión es que esta parte de la terapia, el grupo, es la pieza angular del tratamiento. Ello, en mi caso, tiene un punto de comparación con el tratamiento en el Hospital Clínico, donde la parte farmacológica era similar a la que he recibido en el CAS, pero no existía el grupo femenino que, bajo mi punto de vista, es lo más esencial para que surja una terapia provechosa para las participantes.

No obstante hay un problema generacional en el grupo. Las mujeres mayores o menores de 50 años, por poner un punto de referencia que tal vez no es tan estricto, han vivido realidades sociales distintas. Las mujeres mayores han experimentado más bien un patrón de consumo que representa beber en casa. Su principal inquietud, antes de dejar el alcohol, era que su adicción no fuera socialmente visible. Las generaciones más jóvenes han conocido otras realidades como el salir de noche las mujeres solas, discotecas, sexo libre, las drogas, ... Todo ello hace que el alcoholismo que han vivido estas personas más jóvenes, sea muy distinto al de la generación pasada, porque es más social y más visible, en definitiva.

Ahora se ha tomado la decisión de partir el grupo en dos, precisamente para reposicionar a cada participante en el colectivo donde se sienta más identificada. Incluso sin tener en cuenta la edad, a pesar de lo que decía antes.”

A mi petición de que me informara sobre los grupos terapéuticos en el Hospital Clínic,²⁴² Ria responde:

“Funciona igual que el de existe aquí por las tardes: mixto. Nunca participé en él porque se consideró que no reunía las condiciones para entrar en el mismo, debido a mis frecuentes recaídas.

Recaigo, curiosamente, con motivo de un hecho tan banal como es ir a un restaurante, que también va asociado a salir con chicos. Desde hace un año que no voy porque no concibo una buena comida o cena sin un buen vino o un cava. Esta prevención me ha permitido tener un mínimo de recaídas.”

Pedimos a Ria que haga una valoración global del CAS, y que manifieste si considera que existen puntos a mejorar:

“Mi ingesta problemática del alcohol se presentó gradualmente, pero se manifestó abiertamente hará unos quince años. Bebía cervezas para dormirme. A los 33 años ya experimenté un primer ingreso de desintoxicación y ahora tengo 43. Considero que el CAS da la libertad de curarse, pero debería haber más exigencia en todo lo relativo a la regularidad de asistencia tanto al grupo como a las visitas personalizadas. Hay personas con recaídas reiteradas a las que deberían decirles: o ingresas para una desintoxicación a fondo o te marchas ... No me hagas mucho caso, porque tal vez soy un poco “facha”.

Atendiendo a su carácter público, creo que los distintos terapeutas están bien coordinados y te atienden personalmente bien. Pero sigo diciendo que deberían dar “más caña”, ser más exigentes con ciertos pacientes. A pesar de lo que acabo de decir, creo que el

²⁴² En Barcelona, una mayoría de los grandes hospitales tienen un servicio de deshabituación alcohólica, cuyo método terapéutico es muy próximo al modelo CAS, con el valor añadido de que la unidad de desintoxicación con ingreso suele estar integrada en la propia instalación hospitalaria.

CAS funciona muy bien, realmente.

Comparado con AA diría que sólo hablar ya es un paso, y esto es una coincidencia entre ambos lugares. Pero no entiendo que AA no tengo especialistas ni terapeutas profesionales. Lo considero poco serio. La interacción y el “feed-back” que se produce en el grupo del CAS te abre una visión muy amplia del mundo del alcoholismo femenino en este caso. El monólogo de AA no tiene ese valor.”

Las tipologías y casuísticas de los componentes del GT, ilustrando los temas que suelen preocupar a los usuarios y que han sido categorizados en páginas anteriores, se ponen claramente de manifiesto en las sesiones semanales. Transcribo mi anotación en el Diario de una sesión del GT, que considero ilustrativa de lo comentado al principio de este párrafo:

23.2.10 - CAS H/G - Reunión grupal (18-19 h.)

12 personas. Se incorpora Country aprox. 55 años. Modera Beatriz y asiste un becario de psicología en prácticas, igual que hace 3 semanas.

Se observa nuevamente un protagonismo desmesurado de Gigante, de unos 45 a., que no ha asistido a las dos últimas sesiones ya que sufrió una recaída después de dos años sin beber.²⁴³ Dice que ha preferido no venir durante este último periodo, a pesar de que la recaída sólo consistió en los siguientes hechos: una noche entró a comprar tabaco en un bar (había dejado de fumar hacía poco pero decidió súbitamente volver a consumir por la inquietud que experimentaba) e, impulsivamente, pidió un chupito en la barra y continuó consumiendo toda la noche hasta ingerir una botella entera de whisky.²⁴⁴

La sesión entera ha girado en torno a este caso y ha sido un ejercicio de ensalzamiento del “Yo” y de actitud defensiva por parte de Gigante. Tal vez pueda ser útil para ciertas personas del grupo, pero dudo de que esta actitud autoexculpatoria pueda

²⁴³ Beatriz había estado al corriente de dicha circunstancia y le pidió que no asistiera hasta que no estuviera algo más estabilizado anímicamente, después de la angustia que supuso dicha recaída para el usuario.

²⁴⁴ Se trata de usuarios que ya están fuera del tratamiento farmacológico y no tienen el freno que representa el Disulfiram.

resultar de provecho para el usuario mencionado y para el resto. Busca argumentos que expliquen la recaída. Sus carencias: falta de relación e incapacidad de empatizar con otras personas. Vive solo y su última relación de pareja terminó en 2001. Estrés emocional por un acto de conciliación laboral que deberá tener lugar dentro de unos días.

Beatriz, después de apuntar que no es muy adecuado dejar de fumar sin pedir apoyos estando en recuperación del consumo de alcohol y en las circunstancias descritas, pide al grupo que le sugieran ideas para que no se repita. Vinater apunta a buscar apoyos donde sea si se ve venir (Gigante no lo afirma, pero insinúa que experimentaba una situación de ansiedad que veía que se iba haciendo más grande, si bien afirma que no quiere tomar fármacos ansiolíticos, aunque sea puntualmente, a pesar de que Beatriz le insiste en que si son administrados ocasionalmente no crean dependencia). Greñas dice que debe analizar porqué ha recaído; qué es lo que puede haber desencadenado el tema. Beatriz comenta que la capacidad de anticipación la tenemos todos y que no debemos desoír los avisos dentro de nosotros mismos. Yo apunto a que no se puede estar siempre con la trampa del pasado buscando en aquel tiempo las circunstancias que nos llevan a estar inquietos en el presente. Le sugiero ser menos rencoroso, refiriéndome a pasadas intervenciones en las que solía culpabilizar a sus familiares inmediatos en la gestación de consumo de sustancias durante su infancia.

Gigante va cerrándose en banda a todas las aportaciones, argumentando que no le entendemos. Sus contradicciones son constantes, mostrando un grado elevado de desorientación o, simplemente, de actitud negativa a asumir que necesita mucha más ayuda de la que puede proporcionarle el grupo. Su dificultad grupal, posiblemente la principal, es que habla sin parar, dejando participar poco a los demás miembros y, cuando éstos intervienen, no los escucha o rechaza desconsideradamente sus aportaciones. Creo que, en una primera aproximación, se podría hablar de un caso de ensimismamiento acompañado de histrionismo. En una aportación posterior menciona su frustración por no haber estudiado. El becario de Beatriz sugiere que se apunte a cursos y, específicamente, a uno de relaciones humanas. Recela y dice que si es algo oficial que ni hablar (entiendo que para evitar obligaciones de asistencia y/o pruebas de evaluación).

Beatriz sugiere que llevemos escrito un plan de emergencias. Prioridades: a quién llamar, alternativas, acudir al CAS de urgencia, etc. Bigotes menciona, y la muestra, que lleva siempre encima una carta de su pareja actual que le prometió que se uniría a él una vez hubiera dejado establemente la bebida. Dice releerla cuando tiene tentaciones. Chica le dice a Gigante que debe valorarse más a sí mismo ya que los dos años que ha estado en

abstinencia son su logro, pero él sigue mencionando sus problemas como desencadenante y añade un punto más: su falta de interés en la terapia, que es lo que siente en este momento ya que considera que la sobriedad no le ha aportado todo lo que él esperaba (mejora en relaciones, básicamente). Coca le dice que hay que olvidar ese paso atrás y seguir adelante con la abstinencia.

Terminamos sin que yo tenga la sensación de que Gigante haya entendido o contextualizado los mensajes.

Salimos del CAS con Chica y Coca. Vamos mencionando las adicciones. Ambos fuman. Coca dice que le enviaron al CAS para dejar de fumar por una afección pulmonar, pero que se ve incapaz y se apuntó al grupo de alcoholismo, dependencia que también observa en su forma de beber.

Chica también fuma. La dejo en la Ronda del Mig. Parece una persona razonable con una historia ilustrativa del mundo del alcoholismo. Sería una candidata a entrevista.²⁴⁵ Previamente a la reunión hemos comentado sus primeras tres semanas de abstinencia, muy duras, ya que dejó de beber sin consultar a nadie y pasó un SA desagradable y arriesgado. Después tardó dos meses en ser atendida en el CAS por las listas de espera, pero ahora está bien, ha cortado con antiguos grupos de bebedores y sólo se relaciona con unas amigas que no beben.

A pesar de que daré los datos al final de este apartado, se observa un cierto vaivén de personas en el GT, y cuando alguna de ellas desaparece no suele regresar a diferencia del caso de Gigante. En la nota a pie de la p. 268 se expondrá la reserva del CAS en facilitar datos sobre las personas que dejaban el grupo. Calvo avisó dos semanas antes de desaparecer, acerca de que se encontraba en una situación crítica. No le volvimos a ver más. Gallego, participante siempre silencioso, no regresó después de haber mencionado que estaría tres meses ausente de Barcelona. Nunca me pareció que se implicara en su propia problemática. Risas, después de un par de encontronazos en el GT con Beatriz, entre ellos el ya referido por mascar chicle, tampoco regresó al grupo.

En una entrevista posterior a la reflejada en las pp. 250-255, Brune sintetiza qué le ha parecido el GT, en su caso el femenino:

²⁴⁵ Ver pp. 239-242.

“Inicialmente acudí a la terapia psicológica pero en seguida fui derivada hacia el grupo. A mí el CAS me ha dado muy buenos resultados; el hecho de escuchar las experiencias de otras personas del mismo género y con la misma dependencia del alcohol, me fue muy útil. Pero recientemente observo que el grupo puede dar pie a ciertos problemas relacionados con la elevada frecuencia con la que ciertas usuarias acuden a las sesiones del GT. Me refiero a que algunas personas, independientemente del alta que suele producirse al año y medio, se sienten inseguras sin acudir al grupo y siguen viniendo durante muy largos periodos de tiempo. Por otra parte hay algunas situaciones de falta de asistencia regular o de acudir en medio de una situación de recaída y ello crea una distorsión en el seno de la sesión.

Hay otra circunstancia molesta y es que algunos participantes hacen reproches en público a las personas que recaen. Entiendo que el grupo es efectivo cuando notas que tienes alrededor personas que entienden y comparten tu problema.

Cuando asistí a una sesión de AA observé una mescolanza sectaria entre el alcohol y la religión. La vi poco efectiva en el sentido de que hay personas con largos periodos de asistencia, que repiten aparentemente el mismo discurso, ya que se están refiriendo a pasados lejanos. Otras acuden aún encontrándose en situación activa. No vi que se tratara la enfermedad como tal sino que más bien consideraban el alcoholismo como algo parecido a un pecado.”

Finalmente le pido que valore, si ello le es posible, la impresión que relatan sus compañeras acerca del propio GT y de su utilidad dentro de la globalidad terapéutica:

Si he de referirme a mis compañeras de grupo hasta que me

dieron de alta, personas que estaban realizando todo el proceso terapéutico del CAS y que también valoraban la atención psicológica personalizada, creo que el trabajo en el grupo representaba, para una mayoría, el 80% del valor terapéutico global. Es donde una se puede extender o donde se escuchan otras narrativas. La sensación es que te vas con un colchón protector, pero esta valoración positiva puede ser malograda cuando terminamos apegadas al grupo en lugar de saber tomar distancia de él una vez producida el alta.

La forma en que yo hago la continuidad es, a través de TERAL. Acudo a alguna reunión del GT, pero de manera esporádica.”

Después de seis meses de sufrir las dificultades de tránsito intestinal, he transferido el problema a mi médico de familia quien, a su vez, me deriva a digestología. Me prescriben *Lactulosa* y, paulatinamente, iré recuperando la normalidad en esta función fisiológica que siempre he pensado que fue mi manifestación personal del SA. Suele ser una dolencia que se me presentaba habitualmente, ya antes de dejar el alcohol, en momentos de estrés, viajes y, en general, en cualquier circunstancia donde hay un cambio sustancial en mi estilo de vida,²⁴⁶ pero que, en estos casos menores, cede al cabo de pocos días. La duración de más de un año en el caso que describo es lo que me hace pensar en su significado como SA.

Empecé a tener pequeñas entrevistas con el Dr.Serrano, en su calidad de terapeuta y como Director del CAS. En una primera etapa lo hice con el fin de documentarme para el TFM y posteriormente para recabar información más exhaustiva a través de sus experiencias en el ámbito de las drogodependencias y especialmente en el caso de la adicción al

²⁴⁶ Había ocurrido algo parecido, 25 años atrás, con motivo de dejar de fumar, aunque en menor grado.

alcohol. Tuve acceso a los datos de las Memorias 2009 y 2010. Algunos de ellos están transcritos en las pp. 205-206. A modo de resumen de lo tratado en los encuentros anteriores, transcribo lo comentado durante una entrevista que fue previa al inicio de redacción de esta Tesis:

“Si consigues vincular al Centro a las personas que acuden a tratarse de una drogodependencia, cualquiera que esta sea, tienes más posibilidades de éxito. En términos generales no podemos hablar de ello antes de unos cinco años de tratamiento continuado, salvo los que experimentan una evolución favorable ya desde el ingreso. Pero lo habitual es que se vayan produciendo episodios de regreso al consumo y, consecuentemente, de retorno a las terapias de comienzo.

Con la “adhesión” al Centro lo que se consigue, como mínimo, es una reducción de consumo aunque nosotros visemos a máximos, es decir a la sobriedad, en el caso del alcohol. Las terapias son “ad hoc”: combinamos farmacología, con terapia grupal o psicológica individualizada según la persona y el momento.”

Le comenté mi impresión de que había un elevado número de abandonos, y curiosamente en personas que nunca expresaban que estuvieran pasando una crisis. Le menciono el verano como un momento de marchar de vacaciones, tal vez pensando en el caso de Gallego, y ya no regresar al CAS:

“Es un momento proclive a las recaídas, igual que en Navidad. En nuestra sociedad todo se celebra con alcohol. Hay una presión social muy elevada y en las vacaciones ocurre lo mismo: te vas al pueblo: ¡no me hagas el feo de no aceptar la invitación!

Nuestro sistema informático hace que a los seis meses de no acudir al CAS el paciente queda dado de baja. Previamente, no

obstante, hacemos llamadas y te puedes encontrar con alguna sorpresa y te dicen que están perfectamente. Claro que sólo te lo dicen!”

Aludo a la reconducción del consumo, aunque con episodios esporádicos de alta ingesta, como un estado intermedio entre la dependencia mayor y la sobriedad. Esta concepción, le comento, está especialmente presente en el campo de la Antropología Médica, pero no sólo en ella (Jiménez et al., 2003:263)

“A veces hay consumidores que no han llegado a alcanzar lo que clínicamente entendemos por dependencia y en estos casos sí que podría pensarse en un proceso de marcha atrás. Pero si existe dependencia, ésta ha creado una adaptación química a un estimulante en ciertos receptores del cerebro y si éstos se vuelven a estimular, aunque sea por una pequeña ingesta, regresa el consumo alto. Sólo en el caso de consumos no dependientes este puede resituarse en niveles bajos; siempre a condición de no haber cruzado el umbral adictivo.

No obstante, incluso dentro de la biomedicina, encontraremos partidarios de terapias que busquen la reducción del consumo como mal menor y otros que sólo aceptan el éxito si se alcanza la sobriedad a largo plazo. Entran también una serie de factores socio-culturales y de patrones de consumo que complican la categorización del grado de alcoholismo de una persona y de su situación cuando llegamos al límite de sus posibilidades de reconducción de la dependencia.”

Le relato el caso de “Mr. Jekyll y Dr. Hyde”, recogido en el apartado sobre AA, manifestándole mis dudas sobre si tal patrón sería propiamente una dependencia, me responde que él no lo consideraría así, sino que más bien se trataría de trastornos de conducta esporádicos, difíciles de

catalogar. Alude a ciertos casos parecidos en los que, en realidad, se trata de consumos “de ritual”, aunque sea individual, con consecuencias tanto o más peligrosas socialmente que la adición *sensu stricto*.

“Basado en los criterios clínicos DSM-IV, por ejemplo, este caso que me has referido no cumpliría los mínimos, pero terminamos etiquetando como dependientes a personalidades atípicas, aunque sea discutible esa clasificación.

En otro sentido es útil el estudio de cohorte que ha realizado el Dr. Gual, a lo largo de 10 años donde se contemplan casos de consumo reconducido y tasas de abandono (Costa et al., 2004:364-369). Este dato no lo facilitamos en el CAS. En definitiva lo que ocurre es que no lo tenemos ya que no se nos reclama desde el área municipal de Salud. Piden datos de inicios, pero no de abstinencia consolidada ni de cesación voluntaria de terapia. También te pasaré el estudio sobre alcoholismo en mujeres que realizamos aquí, en el CAS H/G. (Serrano et al., 2009:7).

En realidad la Agència de Salut Pública Municipal considera ya un éxito un periodo de retención de 180 días. O, al menos, que se repita una visita al CAS cada tres meses. Ese sería el dato objetivo que solicitan en las memorias, aunque no pasa de ser un elemento comparativo entre años.

Hay otros estudios realizados en Garbí, en La Sagrera, que también gestiona INPROSS. Ese grupo fue pionero, en los años 80 del siglo pasado, como Centro Municipal de tratamiento de drogodependencias. Después se irían formando los CAS.”

Al comentarle mis dificultades iniciales en ponerme en contacto con la Federación Catalana de AA.RR. (FCAR), aprovechamos para hacer un breve análisis de la situación de las asociaciones de alcohólicos

recuperados que integran dicha Federación, como es el caso de TERAL que tiene su sede en el CAS H/G., como ya hemos referido anteriormente:

“El asociacionismo en este país fue muy activo en los años 80, especialmente en lo que respecta a colectivos afectados por cuestiones comunes de índole social y el alcoholismo lo es en el sentido de constituir un elemento de estigmatización según la visibilidad del mismo. Aquellas, concretamente, eran asociaciones de refuerzo y de autoayuda, pero actualmente el porcentaje de adhesión es mínimo.²⁴⁷ Los grupos de AA.RR. deberían ser mucho más activos socialmente. No se han renovado suficientemente y la mayor parte de miembros de dichas asociaciones son de edad elevada, ya que proceden de los inicios de las mismas.”

Es difícil establecer un índice cuantitativo de permanencia o de abandono de los GT en particular y del tratamiento en general. El hecho de que el CAS no posea datos empíricos de estas variables se explica por la dificultad en establecer criterios temporales y la labor administrativa y de actualización que acompañaría un tratamiento objetivo y sistemático de estos datos. La experiencia, durante la parte central del trabajo de campo y siempre a través de los datos obtenidos de la asistencia al GT, indicaría una cifra de abandonos superior al 50%,²⁴⁸ si bien matizaríamos que, en ciertos casos, se trata de personas que siguen manteniendo los tratamientos individualizados, aunque en otros, aparentemente los mayoritarios, son el resultado de la decisión de dejar el tratamiento en su

²⁴⁷ Lo entiendo básicamente en la extensión del concepto de visibilidad. Pertenecer a una asociación de alcohólicos es fácil para personas jubiladas o que no tienen una representatividad pública o profesional, pero dicha pertenencia sería prácticamente inasumible por razones obvias si no se da alguno de estos supuestos.

²⁴⁸ Siempre referidos a los participantes en el GT (ver, más abajo, los datos comentados por los profesionales de psicología en relación a las reticencias de muchos usuarios en estar presentes en dichos grupos).

globalidad y ello podría indicar una vuelta al consumo.²⁴⁹ En cualquier caso el dato referido anteriormente corresponde a un periodo determinado y al CAS H/G. en concreto, siendo problemática su consideración cuantitativa en la comparación entre modelos terapéuticos.

Me parecieron ilustrativas, aunque a medio camino entre lo cualitativo y lo cuantitativo, ciertas informaciones sobre la incidencia del GT en los procesos terapéuticos. Aunque lo contextualizaré en el apartado 3.2, a continuación se citan los puntos relevantes obtenidos de las informaciones obtenidas y de las entrevistas realizadas a los profesionales de las áreas psicológicas del CAS H/G.:

- ✓ Alrededor del 60% de los usuarios que están en proceso de deshabituación (medicina+psicología) no suelen aceptar la oferta de participación en el GT (dicho porcentaje, aunque no cuantificado, es menos elevado en el caso del género femenino).
- ✓ De entre los casos que se pueden considerar “recuperados”, es decir: dados de alta del GT y confirmada su deshabituación a los 2 o 3 años del inicio del tratamiento, alrededor del 80% proceden del grupo que ha simultaneado el tratamiento biomédico con la asistencia al GT.
- ✓ Del total de personas que inician terapia en el CAS (incluyendo participantes y no participantes en el GT), alrededor del 60% abandonan el tratamiento en el transcurso del primer año, siendo pareja la distribución relativa de dicho abandono entre ambos géneros.

Cada seis meses suele procederse a dar altas en el GT, altas que ya he

²⁴⁹ Por razones deontológicas no se puede acceder a los datos personales, además de que la conductora del grupo tiende a no hacer comentarios, en casos de bajas del mismo, para que no se pueda producir un cierto “efecto llamada”. Lo que mencionamos obedece, sobre todo, a los comentarios que se producen por parte de ciertos participantes que van avisando, con una cierta antelación, de una posible “recaída”. Ciertas informaciones sobre este aspecto también han sido obtenidas de otros miembros del GT, y que conocen a quien deja de asistir.

comentado que han de considerarse de carácter parcial, ya que siguen los tratamientos médico-psicológicos hasta que el equipo del CAS considera las altas definitivas. El momento de dichas altas, en relación al tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento, será siempre muy variable como variables son las formas individuales en que se habrá construido y deconstruido la dependencia del alcohol. Como último detalle del Diario de Campo referido al CAS H/G., transcribo la sesión de dicho Grupo con motivo de un proceso de altas que tuvo lugar a comienzos del verano de 2010:

29.6.2010 - Sesión/Fiesta del GT en CAS H/G. con motivo Altas - (18-19,30 h.)

8 personas (pocas debido posiblemente al partido de España en el Mundial)

Moderada Beatriz junto con Ángel, becario desde hace ya algunas sesiones. También asisten a la merienda algunos facultativos del CAS. Los productos han sido aportados por los que se dan de alta y la bebida, en forma de refrescos, la ha puesto el CAS. Coleta regala al CAS una placa de agradecimiento por la labor que han realizado con él.

Se realiza una sesión, después de la merienda, enfocada a resaltar la aportación al grupo por parte de cada uno de los “datos de alta” y al mismo tiempo proporcionarles la oportunidad de que ellos mismos manifiesten cómo se han sentido en el grupo, ya que el alta de los tratamientos médicos se dará más tarde, cuando el tándem médico-psicólogo lo considera oportuno. Asiste como invitada una paciente de Beatriz que no está por la labor de acudir al grupo, pero ella intenta ganar su adhesión al estar físicamente presente en una reunión aunque fuera mixta.

Las altas son para Teach, Coleta y Sabio.²⁵⁰ Me sorprende la de este último, ya que en los últimos meses se ha mostrado adusto, poco comunicativo, con narrativas confusas y con asistencia irregular.

Teach menciona su trayectoria de más de dos años sin consumir, aunque en el pasado lo había intentado en dos ocasiones, pero sin éxito. Menciona la muerte accidental de su hijo hace un año y medio y destaca la particularidad de que, con motivo del fallecimiento y durante el duelo inicial, le desaparecieron por completo las pequeñas demandas que su organismo le había ido

²⁵⁰ El último citado es un empleado en un Centro de Salud Pública, circunstancia que nos comentó junto con lo aportado en su narrativa de la p. 248.

planteando desde su decisión de dejar el alcohol. Según él, hay un antes y un después, con motivo de la muerte de su hijo, en relación a la necesidad ocasional del alcohol y percibe que la sustancia ya no forma parte de sus preocupaciones, aunque sea en circunstancias como ágapes profesionales, familiares. etc. (Al salir de la reunión comento con él una posible entrevista, que haríamos a partir de setiembre.²⁵¹ Me termina de contar la situación traumática que vivió la familia con motivo de la muerte del hijo. Su otro hijo, el mayor, retrasó seis meses los trabajos de Tesis Doctoral en Economía y reconoce que si bien él ha recuperado un cierto impulso vital, su mujer no consigue salir del luto.)

En su turno de palabra comenta que el grupo ha sido lo más positivo del tratamiento ya que es donde se pueden cotejar similitudes y discrepancias entre formas de vivir la adicción o su rehabilitación.

En algún momento, uno de los tres, dirá que el 80% del tratamiento es la participación en el grupo, no extraño por otra parte, dada la dedicación temporal entre los distintos elementos de la terapia, aunque el comentario es procedente ya que incide sobre la utilidad terapéutica grupal.

Teach piensa seguir viniendo con bastante asiduidad, según afirma. Ello insinuaría que el refuerzo grupal, considerando su doble problema, lo valora como de gran utilidad.

Coleta, recordándonos el trauma de la muerte temprana de su mujer, considera que el grupo le ha aportado la posibilidad de no considerarse un marginado, a pesar de que sus hijos habían sufrido las consecuencias tanto de la pérdida de la madre como de la adicción creciente del padre. Coleta nos recuerda lo ya afirmado en otras ocasiones sobre su decisión de dejar de beber por respeto al dolor de sus hijos y a la consideración de no condenarlos a sumar a la muerte temprana de su madre el alcoholismo creciente del padre. También es de la opinión de seguir acudiendo con asiduidad a las reuniones. Ha estado en el grupo 16 meses.

Sabio, menos expresivo, comenta que al principio era muy escéptico sobre lo que podía representarle el grupo, pero después consideró importantes sus aportaciones. Beatriz menciona que con los dos años largos de permanencia le ha ido viendo más centrado sobre los objetivos del grupo y sobre su vida en particular que ella achaca a la ausencia del alcohol. No se refiere directamente a volver con asiduidad, pero tiene una nota de humor dirigiéndose a Gigante a quien dice que ha aprendido mucho de su historia personal, a pesar de la paliza que representa su monopolización de las sesiones.

²⁵¹ Ver pp. 198-201.

Cierra Beatriz comentando que el CAS está abierto todo el verano, pero advierte que en agosto las reuniones suelen desarrollarse en “petit comité”.

A semejanza de los grupos de AA, traslado unas informaciones cuantitativas sobre ingresos, abandonos y altas terapéuticas. Los datos se refieren al periodo diciembre 2009-setiembre 2010. Ambas fechas cruzan periodos proclives a dejar los tratamientos, tal como mencionaba el Dr.Serrano en las pp. 264-267. La presión y el mimetismo social, con cambios de residencia incluidos, que giran en torno al verano y la Navidad, estarían en el origen de este fenómeno.

➤ Personas que entraron	12
➤ Personas que salieron ²⁵²	13
➤ Altas del GT ²⁵³	3

Tanto a Coleta como a Teach les seguiré viendo, en asistencias de una cierta asiduidad, hasta la primavera de 2011. En la fiesta de Navidad de 2012 no asistieron, mientras que sí lo habían hecho el año anterior. En este sentido creo que para determinadas PDA, especialmente en los casos en que la sobriedad ha sido arduamente adquirida, el recuerdo de aquel periodo de su vida puede representarles un experiencia poco grata, como lo es, y aquí expreso muy sinceramente mi vivencia particular durante el trabajo de estructuración de esta Tesis, releer y proceder a la labor de análisis y síntesis de lo que fue aquel periodo de mi existencia. Es con este significado que debo entender dichas ausencias. Podrían ser consideradas como una actitud de “pasar-página”, actitud vivencial que también consideraré en lo que queda de análisis de ambos modelos

²⁵² Sin que ello represente necesariamente una vuelta al consumo. En ciertos casos, no mencionados por lo señalado al pie de la p. 268, se deja de acudir al GT por razones personales, manteniéndose la terapia individualizada. En ningún caso la falta de asistencia ha sido consecuencia de una recomendación pública y explícita de la terapeuta del grupo.

²⁵³ Ninguna de las PDA que están detrás de estas tres altas figuran en la cifra de “personas que entraron”.

terapéuticos y en las conclusiones de este trabajo.

Quedaría incompleto este punto si no añadiera lo que he ido oyendo, por parte de los usuarios del GT, en relación a la metodología CAS. Aún con las críticas que han surgido, debatidas en privado o en el propio grupo, una mayoría de los participantes, los que compartían GT y aquellos ya dados de alta pero que acudían al grupo esporádicamente, comparten lo que sintetizo, como interpretación personal del tratamiento, a través de las siguientes palabras: **tratamiento *ad hoc*, integral y holístico, que se desarrolla a través de un equipo multidisciplinar y autoorganizado, con finalidades terapéuticas y dentro de un ámbito especializado. Su dinámica, en términos generales, es percibida como de trato personalizado a la par que grupal por quienes acuden también al GT, entendiéndolo por ello no sólo por la discreción que rodea su tratamiento, sino también por la colaboración mutua que se establece entre pacientes y terapeutas** (Laín, 1983:419-427).

A diferencia de 3.1.1.c), aquí no se procederá a un comentario concreto sobre las dinámicas observadas en el CAS ya que al haber trabajado sólo en un grupo, los comentarios específicos son también los generales y no procede una síntesis sobre la institución, que ya se ha ido manifestando a través de las informaciones que conforman el presente apartado. En el Capítulo de Conclusiones, en todo caso, volveremos sobre el CAS para matizar algunos aspectos del modelo biomédico, al margen de los aspectos comparativos entre ambos modelos que trasladamos a continuación en el apartado siguiente.

3.2 - Análisis comparativo entre ambos modelos

Hemos examinado dos formas o modelos de abordar la deshabitación del alcohol que, pese a semejanzas aparentes en ciertos aspectos, son radicalmente distintos. Las diferencias no están tanto en las técnicas utilizadas sino en la consideración misma de la dependencia, la forma

institucional de interactuar con las PDA y, especialmente, en el concepto del papel del individuo y de su entorno en la construcción de su adicción y en el papel que desempeñan ambos elementos en el proceso de deshabituación.

Convendría retomar a Menéndez cuando nos sugiere que en determinados países –él toma referentes especialmente en Latinoamérica y más concretamente en México– la “terapia” AA es la única que está al alcance de las capas de la población socialmente más precarias, que es tanto como decir de la mayor parte de la población, al existir una cobertura mínima, e incluso inexistente, por parte de la sanidad pública, que considere el alcoholismo como una prioridad aún dentro de la precariedad de medios en los que se desenvuelven las administraciones de los distintos países de la zona (Menéndez, 2006:192-193).

AA proporciona, a ningún coste económico público,²⁵⁴ un modo de abordar la deshabituación del alcohol que, adicionalmente, no interfiere con los poderes públicos ni planteará (ver en p. 98 las palabras del ritual inicial en las sesiones grupales), formalmente, ninguna crítica²⁵⁵ a la sanidad pública, biomédica o complementaria. Las consideraciones que abordaremos en este apartado, y sobre todo en las Conclusiones, son los otros costes, los personales, que puedan estar presentes en las dos terapias consideradas, así como los resultados de la labor de deshabituación.

Los comentarios anteriores implican igualmente al modelo biomédico que en esta Tesis hemos limitado a la versión CAS, y que se podrían extender también a instituciones médicas privadas las cuales, aunque no consta

²⁵⁴ La aportación en las sesiones es voluntaria y, cuando el usuario no dispone de medios, ello significa que no aporta nada a cambio incluso de ciertos consumibles como pueden ser café, infusiones, caramelos o galletas.

²⁵⁵ En el caso del grupo X, y en parte en el Y, se observó que ello no era así, pero ese hecho no trasciende al exterior e incluso hay múltiples ejemplos de colaboración con otras organizaciones sanitarias en campañas informativas, tanto en España como en varios países en los que AA está presente (ver p. 193).

oficialmente en su información de tratamiento, siguiendo en una primera etapa la terapéutica del CAS, recomiendan una continuidad en AA una vez finalizada la terapia en el centro médico.²⁵⁶ Ello apela a ese aparente nexo de unión entre ambas terapias, cual sería la de los GT o sesiones grupales si utilizamos la terminología de las comunidades espiritualistas.

Trasladamos a continuación aquellos aspectos comparativos que, desde un punto de vista **etic**, son destacables cuando se convive y se participa, durante periodos prolongados, dentro de ambas instituciones. Dicha percepción no sólo es observable desde el exterior sino que buena parte de ella se hace notoria, también internamente, para cada una de las instituciones, aunque tal vez sin una elaboración claramente objetiva:

ASPECTOS	AA	CAS ²⁵⁷
¿Se realiza algún tipo de historial personal al ingresar?	No ²⁵⁸	Sí
¿Se adquieren ciertas obligaciones que le serán necesarias al usuario para seguir el tratamiento? ²⁵⁹	No	Sí (Ver citas en p. 72)
¿Es necesario haber dejado de beber para iniciar el tratamiento?	No	No
¿Es necesario haber dejado de beber para acudir al GT?	No	Sí
Una vez abandonado voluntariamente el tratamiento ¿puede reiniciarse espontáneamente?	Sí	Sí (Pero deberá realizarse un cierto protocolo de ingreso, aunque no tan estricto como el inicial)

²⁵⁶ Referido por E.L. Menéndez en la entrevista que sostuvimos con él (ver p. 195).

²⁵⁷ En general lo referiremos al CAS H/G. Cualquier comentario particular del CAS Reus será indicado expresamente.

²⁵⁸ La charla previa a mi ingreso en el grupo X (ver pp. 94-96), debe entenderse como un formalismo de Bernardo más que como una práctica habitual en los distintos grupos de la Comunidad.

²⁵⁹ Recordemos que en la terminología AA en lugar de tratamiento se hablaría de programa o de asistencia a las sesiones de grupo.

¿Hay un seguimiento en caso de ausencia prolongada en el tratamiento?	No (Al ser anónimos los participantes, no todos ellos dejan datos personales para poder ser localizados ni se les solicitan. El seguimiento podría establecerse sólo si internamente dicho PDA ha creado una red de personas afines o tiene un padrino)	Sí (Ver entrevista con Dr. Serrano en pp. 264-267)
El tratamiento ¿tiene algún coste económico para el usuario?	No (Sin embargo en la pausa de cada sesión se pide una aportación no obligatoria y según las posibilidades de cada usuario, destinada al sostén del grupo) ²⁶⁰	No (Son Centros de la Sanidad Pública. Se deberá pagar un porcentaje del precio de la medicación, en la farmacia, en función de la situación personal del usuario).
¿Realiza la institución un seguimiento cuantitativo y/o cualitativo de los resultados de los tratamientos?	No	Sí (Ver Memorias CAS H/G, 2010 y 2011 y CAS Reus, 2010)
Grado de asistencia a las reuniones por parte de los usuarios?	Variable	Variable (Suele comentarse con la PDA si hay ausencias no avisadas con antelación)
¿Es habitual aceptar críticas, por parte de la institución, hacia sus prácticas?	Nunca se plantean (En realidad este autor planteó una aparente incongruencia durante una sesión del Grupo X. El desarrollo de este episodio está descrito en las pp. 111 y 117-119)	Se plantean y se debaten.
¿Existe un proceso de altas una vez se considera consolidada la deshabitación?	No existe el concepto de alta. Se insiste en que el tratamiento debe ser continuado y permanente.	Sí (En el CAS Reus el alta no está tan protocolizada como en el H/G. como se indicó en p. 208)

²⁶⁰ Ver lo comentado sobre las aportaciones a AA en las etnografías de los tres grupos X, Y y Z, así como un comentario, en pp. 203-204, relacionado con las eventuales “franquicias” de los 12 Pasos.

¿Es frecuente la presencia continuada o el retorno al GT por parte de ciertos usuarios?	Muy frecuente y por largos periodos de tiempo, aún cuando se haya alcanzado la sobriedad en un pasado lejano. En definitiva esa práctica forma parte del ideario de AA que establece que dicha participación debe ser frecuente y permanente.	Las PDA que han sido dadas de alta suelen acudir decrecientemente a algunas sesiones durante el primer año. El retorno con participación continuada sólo se realiza en casos de recaída. No es mayoritaria, al menos en el GT.
---	---	--

Nos parece que el cuadro que acabamos de ilustrar, junto con los comentarios que se concretan en 3.1.1.c) y en la parte final del 3.1.2.b), son indicativos de las diferencias metodológicas e incluso las ideológicas que subyacen detrás de ambos modelos terapéuticos. Si bien los dos comparten un objetivo común cual es la deshabitación de los alcohólicos, a su vez difieren sensiblemente en la consideración de la dolencia, su origen, forma de abordar al “paciente” y las motivaciones de este último al tomar la decisión de dejar la bebida. La eventual continuidad de una PDA, una vez se puede considerar que, razonablemente, ha dejado el hábito es otro de los aspectos sobre los que se observa la carga ideológica de los componentes espiritualistas dentro de la terapia en AA (AAWS, 2008a:173-174).

De existir datos en dicha Comunidad, aunque fueran parciales como se observan en el CAS (posiblemente en el campo de la recuperación de las dependencias no pueden ser de otro modo), podríamos establecer, mal que bien, una cierta valoración cuantitativa; un primer paso para comparar modelos y su efectividad o lo opuesto a ello: su inoperatividad. De los datos cuantitativos mostrados, dejaremos sin considerar el correspondiente al grupo Y de AA que, como ya se mencionó al final de su etnografía, constituye un grupo numéricamente muy grande y con unas características que aconsejan clasificarlo como de “paso”. Tampoco

consideraremos estrictamente al Z por ser su opuesto, atendiendo a su pequeño tamaño. En ambos casos, y por dichas razones, no utilizaremos comparativamente los datos cuantitativos que se han mencionado para los mismos. Con dichas salvedades, nos centraremos en dos grupos, uno por cada modelo terapéutico, que consideramos representativos y comparativos por tamaño, y entre los que podemos establecer una cierta relación cualitativa, que a su vez es indicativa de la relación existente entre las salidas del grupo y las entradas al mismo.

En dicha valoración cualitativa los resultados son tan similares que lo único que se puede afirmar es que en ambos grupos se ha dado un resultado “terapéutico” muy parecido. En este sentido, y para el limitado espacio de tiempo que consideramos en la etnografía, podríamos considerar una retención parecida en ambos grupos y, a través de un ejercicio inductivo, en ambos modelos. Pero retención no significa deshabitación progresiva y ni tan siquiera deshabitación en el caso de AA, aunque a efectos del CAS,²⁶¹ y de conseguirse un cierto nivel de continuidad en el centro, ello sería interpretado como un primer paso en la dirección de una terapéutica con posibilidades de éxito.

Del comentario recogido en pp. 196-198, en palabras de E.L. Menéndez y también a través de nuestra constatación dentro de las variadas tipologías observados durante el trabajo de campo en ambas instituciones, propondríamos dos grandes grupos entre las PDA:

- ❖ ***Crónicos de síndrome temporal.***
- ❖ ***Crónicos de síndrome permanente.***

Aunque en dicha categorización pueda parecer que se incurre en una paradoja cuando aludimos a que un crónico puede serlo sólo durante un

²⁶¹ Ver comentario del Dr. Serrano, en su entrevista en p. 264, bajo el sustantivo de “adhesión”.

determinado lapso de tiempo.²⁶² Detrás de esta aparente contradicción, además de lo mencionado a pie de página en la nota anterior, encontraríamos asociada la categorización de dependientes leves y dependientes fuertes, respectivamente, que ya hemos citado en p. 37 (Escohotado, 2008: 772 y 969).

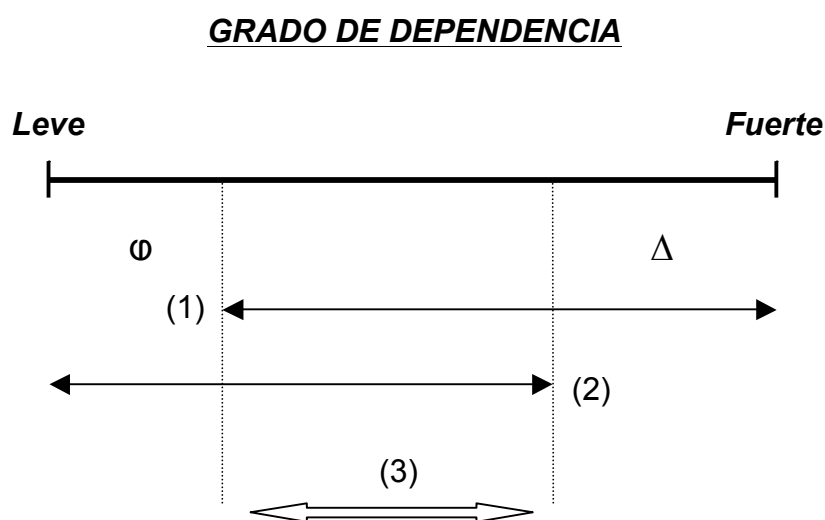
En la primera categoría, y a riesgo de que esta afirmación pueda de nuevo parecer una obviedad, es de esperar una mayor índice de “éxito” en la deshabitación, pero al mismo tiempo un mayor distanciamiento con el “problema alcohólico” una vez han consolidado la sobriedad. Sería en este grupo donde aplicaríamos la reflexión de “pasar página” mencionada en pp. 160 y 239, ya que podríamos considerar que el colectivo afectado mantiene un riesgo de recaída que iría de débil a moderado.²⁶³ A este grupo podría corresponder el tramo \emptyset de tipos de dependencia formulado en la página siguiente. El segundo grupo es el adictivo profundo, identificado como Δ en dicho esquema, habitualmente bajo riesgo permanente de recaída en los casos en que se alcanza la sobriedad. Suelen ser sobrios temporales, cuya recaída, de producirse en un contexto de atención o autoatención (Menéndez, 1996:89-90), como dicho autor define la labor en AA, pueden ser de nuevo reconducibles hacia un nuevo periodo de sobriedad, aunque sea limitado en el tiempo.

Pensamos que resultando difícil establecer gradaciones de cualquier dependencia, ya que en las mismas concurren, de forma habitual, causas

²⁶² También podemos preguntarnos si la posibilidad de pasar del consumo al no consumo no supone una recatalogación de la dependencia del alcohol, como podría también decirse de una artrosis de rodilla cuyo soporte físico –la articulación– se sustituye por una prótesis. A pesar de la mención “chronic disease” (ver p. 12) **la cronicidad debe ser reversible en esta dolencia ya que, de otra manera, no podríamos considerar la sobriedad como una salida posible de las terapias sobre el alcoholismo.**

²⁶³ Tendremos que apelar de nuevo a la falta de datos tanto institucionales como sociales sobre la incidencia del alcoholismo en una sociedad concreta. Los catalogados como leves y cuyo índice de recaída debería ser bajo incluyen, en mayor medida que la otra categorización, a la mayor parte de PDA que nunca acuden a un servicio de recuperación ni suelen ser plenamente conscientes de que su ingesta alcohólica es de riesgo, aunque la misma sea temporal según el patrón de consumo. Este dato siempre se nos escapará, aunque alcoholismo leve no quiere decir ausencia de riesgo de enfermedades letales derivadas de ese consumo si se mantiene constante a lo largo de décadas.

multifactoriales y de las que el Paradigma de Zinberg (Anexo II) es sólo un enunciado general. De forma básicamente cualitativa intentaremos establecer una forma de categorizar la banda de posible variación en las dependencias en general y en el alcoholismo en particular. Considerando el grado de Dependencia en un escalado que vaya de Leve y Fuerte, con un punto de inflexión entre ambas que podría situarse algo por encima del punto medio, proponemos considerar que las áreas donde la metodología AA o CAS pueden ser más eficaces serían las que plasmamos en el siguiente esquema:



Donde:

- (1) Ámbito de Influencia de AA.
- (2) Ámbito de Influencia del CAS.
- (3) Ámbitos compartidos.

Bajo esta visión la cronicidad permanente que proponíamos en las páginas anteriores, vendría dada por la propia intensidad de la adicción en las personas que acuden a los grupos y especialmente en el tramo Δ donde, en el caso de ciertas tipologías de usuarios, mayormente

presentes en AA,²⁶⁴ se viviría la trayectoria “terapéutica” en forma de “Grupo crónico” (Prat, 1997:194-196), es decir que es el propio colectivo quien asume su cronicidad por ser duradero y sin final previsible en el tiempo, para garantizar una cierta continuidad en la sobriedad dentro de lo que Menéndez define como tipologías de Dependencia del alcohol que precisan una autoatención grupal continuada (ver mención en la entrevista transcrita en pp. 195-198 y comentarios de la página anterior).

La tendencia a encontrar tipologías de dependencia severa en AA forma parte de las opiniones recogidas en las entrevistas de Ria y Jazz, comparativamente con el CAS (se podrían tomar como ilustrativos los extremos \emptyset y Δ). Nuestra investigación, como observadores participantes también abona esta visión de una presencia de casos más graves en la primera de dichas instituciones y, precisamente por esta razón, sería en esta categoría de PDA donde los usuarios precisarían experimentar la sensación de estar arropados permanentemente, así como la necesidad, a veces cotidiana, de realizar una “catarsis” sobre los tropiezos temperamentales que, también muy frecuentemente, encuentran su forma de expresión dentro del grupo terapéutico. En esta dinámica encontraríamos quizá la fenomenología de un tranquilizante antes de ir a dormir, en unos usuarios que descargan en el grupo –o mejor dicho que se descargan personalmente– un pesado fardo que, de otra manera, correría el riesgo de ser compensado por otras vías. La adicción al grupo (Prat, 1997: *ibid.*) es la contrapartida; el precio a pagar para liberarse de la adicción a la sustancia. Una adicción que, además, no será interrumpida, aunque se produzcan recaídas, de no mediar el abandono del grupo a pesar de encontrarse, paradójicamente, en la franja derecha del grado de dependencia (ver p. 274) donde los retornos al consumo suelen ser más frecuentes. En este sentido, y sintetizando lo mencionado en este y en el

²⁶⁴ El tramo \emptyset estaría formado por las PDA de consumo poco adictivo y no identificadas por no acudir a ninguna terapia, o a aquellas que pasan brevemente por CAS y suelen no regresar una vez producida una deshabitación que es conscientemente buscada, formando parte de un concepto de autoatención responsable. Las personas que están en dicho tramo difícilmente se avienen al concepto ritualista de AA y, de acudir a alguna sesión, suelen discontinuar su asistencia al cabo de poco tiempo.

anterior párrafo, la cronicidad y la adicción serían rasgos patológicos que una PDA, asidua a AA, trasladaría al grupo, o grupos si frecuenta más de uno.²⁶⁵ Entonces podríamos hablar nuevamente de una “burbuja protectora” o de un proceso de “encapsulación” (Goffman, 2008:117), al precio de crear esa dependencia del grupo que se generaría en el usuario y a la que aludía la cita anterior de J. Prat.

La importante carga simbólica en las sesiones en AA, que ya hemos descrito a través de los ceremoniales que rodean las mismas,²⁶⁶ nos inclina a proponer que los logros, en cuanto a sobriedad más o menos duradera, por parte de un miembro de AA con alto grado de integración grupal, constituiría la evidencia de la “eficacia simbólica” (Lévi-Strauss, 1949) de la *Communitas* (Turner, *ibid.*). Para dichos casos, especialmente presentes en AA, la *liminalidad* (Van Gennep, *ibid.*) que observamos en ciertos comportamientos personales, se reproduce en el tiempo en forma de un estado precario de sobriedad que se mantiene en AA, a pesar de dicha precariedad, por el poder superior²⁶⁷ que, subliminalmente, representa al grupo junto, con la posibilidad, ciertamente balsámica en determinadas PDA, de oír y ser oído aún cuando sea por pocas personas.

La metodología del CAS descansa en los supuestos biomédicos, como portal de entrada en los casos que lo requieran, pero también en la autoatención (Menéndez, *ibid.*) que supone la terapia grupal. En este sentido la zona 3 del esquema propuesto en la p. 279 sería un ámbito formalmente común con AA, si bien la dinámica de las reuniones, los estilos de conducción del grupo y las tipologías de los participantes, como hemos descrito anteriormente, conducen a una realidad que supera dicha similitud formal, especialmente por el factor ideológico-espiritualista que constituye el *back-ground* o ideario de la Comunidad AA. Esa disparidad se manifiesta en el análisis comparativo desarrollado en las pp. 274-276,

²⁶⁵ Dicha frecuentación multigrupal era el caso de más de un 60% de las personas que acudían al grupo Y.

²⁶⁶ Ver pp. 101-103.

²⁶⁷ Anexo X (Paso 2).

donde se observan las disonancias conceptuales entre ambos modelos terapéuticos.

Pese a esas sensibles diferencias, existen ciertos puntos de convergencia que, desde un punto de vista *emic*,²⁶⁸ deben ponerse de manifiesto, cuales son las vivencias dentro de los GT, como nexo de unión entre ambos modelos terapéuticos. Dichos aspectos, que juzgamos positivos, desde el punto de vista de las técnicas de deshabitación, se sintetizan a continuación. Consideramos, además, que son comunes a ambas aproximaciones terapéuticas, con las matizaciones que en algún caso señalaremos:

- **Poder manifestar malestares personales, relacionados o no con la dependencia del alcohol.**²⁶⁹
- **Tener la oportunidad de escuchar las narrativas de otros participantes en las sesiones.**
- **A partir de las propias vivencias, poder relativizar los propios puntos de vista a la luz de las aportaciones de otras personas.**
- **Reconocerse en dichas aportaciones y ser consciente de otras formas de vivir la dependencia y de su proceso de abandono.**
- **Experimentar el valor terapéutico de las palabras (Laín, 2005:146-152)²⁷⁰ de aquellas personas cuya dilatada experiencia en el ámbito de la dependencia del alcohol, sea por vivencia personal o por tratarse de profesionales, hace**

²⁶⁸ Visión siempre sospechosa de un cierta carga subjetiva (Geertz, 1989) aunque de carácter singular en una autoetnografía como es el caso de esta Tesis.

²⁶⁹ A reserva, en AA, de no entrar en cuestionamientos del modelo “terapéutico” de la Comunidad.

²⁷⁰ Esta cita la podríamos extender a la mayoría de los puntos anteriores de esta exposición. La terapia grupal puede ser considerada, en términos estrictos, como una terapia a través de la palabra, sea la del terapeuta o la de los “pacientes”.

que sean referentes válidos para las PDA en proceso de deshabitación.

Estas semejanzas serán las que discutiremos en las Conclusiones en relación a la eventual validación de las hipótesis planteadas en 2.2. Por lo que a nuestra investigación hace referencia, dichos puntos comunes, junto a las coincidencias o divergencias en diversos aspectos centrales y que reiteramos su plasmación en las pp. 274-276, son los aspectos básicos que dan nombre al subtítulo de la Tesis formulado en el encabezamiento de la misma como **“una comparación crítica sobre los tratamientos de dicha dependencia desde modelos biomédicos y espiritualistas”**. En dichas Conclusiones cobrará sentido lo expresado dentro de dicho entrecomillado, no sólo con lo expuesto en el presente apartado, sino también a través de las consideraciones críticas, que realizaremos, desde una óptica tanto *emic* como *etic*, sobre los aspectos desarrollados en el conjunto del Capítulo 3.

Pensamos que, como final de este estudio comparativo, será coherente exponer lo que, a nuestro criterio, constituyen los **núcleos fundamentales de ambos procesos terapéuticos**,²⁷¹ y asimismo los resultados obtenidos en la investigación junto con los referidos por las propias instituciones sobre ciertas informaciones sensibles:

- **BIOMÉDICO (CAS)**²⁷²

El modelo tiene su base terapéutica en el encuentro entre la institución y la PDA, de quien se solicita colaboración e

²⁷¹ Olvidaremos, ya definitivamente y a partir de este punto, los entrecomillados que introducíamos al hablar de “terapia” cuando tratábamos AA.

²⁷² Referimos la especificidad de CAS H/G. Matizaremos que la tendencia a ir aceptando paulatinamente unas prácticas más enfocadas a “reducción de riesgos y daños”, tal como se practica en el CAS Reus, en el H/G. lo observamos en los avatares de la terapéutica del grupo femenino, según hemos ido recogiendo de nuestros informantes. La tendencia terapéutica que hemos observado en el GT mixto más bien se enfoca a la obtención de una sobriedad estable y de larga duración.

implicación en su proceso curativo, lo cual quiere decir voluntad y determinación para alcanzar la sobriedad y mantenerla en el tiempo.

Se realiza una labor informativa de los daños que representa, tanto para la sociedad como para el individuo, la ingesta excesiva y compulsiva de alcohol. Esta labor, con alto valor motivacional, se observa tanto a nivel de paneles informativos en las dependencias del CAS, como durante las terapias individualizadas y, especialmente, en el GT. En ningún caso hemos tenido la sensación de que se culpabiliza a las PDA de su adicción y de sus eventuales recaídas.

*Desde el punto de vista estrictamente biomédico y en el que incluimos la parte psico, **se pueden observar dos partes bien delimitadas**, tal como hemos comentado en el apartado 3.1.2.a): **1) los protocolos de visita individualizada a las distintas áreas terapéuticas o de apoyo, con o sin tratamiento farmacológico y 2) el GT, al que, no obstante, no acuden necesariamente todos los usuarios que se encuentran en tratamiento.** No insistiremos de nuevo, ya que el testimonio de los informantes es suficientemente explícito, en remarcar la importancia de éste último elemento terapéutico en la valoración y eficacia global del tratamiento de deshabitación del alcohol en un CAS, a pesar de que el mismo no es obligatorio ni a veces conveniente para determinadas PDA.*

El proceso de altas, junto con la posibilidad de participar ocasionalmente en el GT, mantiene una puerta abierta en caso de presentarse alguna situación angustiosa o preocupante para las PDA en sobriedad. En el grupo femenino no se da esta circunstancia de forma tan pautada como en el mixto y nos consta alguna situación problemática derivada, especialmente, de la participación

habitual en dicho GT de miembros con sobriedad estable desde hace décadas.²⁷³

- **ESPIRITUALISTA (AA)**

También en este modelo tenemos que distinguir dos partes metodológicas: 1) las sesiones de Grupo y 2) el mensaje ideológico-espiritualista que se traslada a los usuarios a través de la palabra y de los rituales que conforman una parte de las sesiones, así como a través de la literatura que se halla a disposición de los participantes. En este caso ambas partes van unidas, siendo la segunda la que tiene una mayor posibilidad de ser seguida, aceptada o entendida, de forma diversa, atendiendo a la tipología de las PDA.

En el programa terapéutico AA subyacen, a su vez, dos principios participativos: a) la plena disposición del usuario en aceptar la vía de los 12 Pasos y lo que ello representa de transferencia de protagonismo curativo, y b) la posibilidad de manifestar los malestares o inquietudes personales de forma frecuente y sin que, en principio, haya una réplica crítica hacia los mismos.²⁷⁴

El punto a) significa que el usuario acepta que será un poder superior, una instancia inefable en definitiva, la que actuará para alcanzar su sobriedad y mantenerla. Para ello se le pide que admita su incapacidad para solucionar su dependencia y acepte que la misma es consecuencia de una serie de rasgos caracterológicos que tendrá que ir corrigiendo en base a las lecturas y las aportaciones de los participantes en las sesiones. La figura del padrino también constituye una fuente de propuestas de corrección de actitudes y formas de estar-en-el-mundo. Es, a

²⁷³ Ver entrevistas con Ria y Brune en 3.1.2.b)

²⁷⁴ Ello no es así cuando el comentario está relacionado con aspectos nucleares de la ideología AA. En tales casos suele producirse una respuesta contundente por parte del responsable u otros miembros del grupo.

*nuestro criterio, un modelo culpabilizador y, simultáneamente, simplificador en exceso, ya que olvida la voluntad personal en el proceso de deshabitación y cualquier aspecto contextual en la construcción y mantenimiento de la dependencia.*²⁷⁵

Las sesiones, que hemos mencionado como apartado a), constituyen el ámbito de manifestación de los participantes y también una forma de transferir al grupo,²⁷⁶ en un proceso parecido a una cierta liberación, los malestares y angustias pasadas o cotidianas que, de no ser manifestadas, podrían buscar una compensación alcohólica.

El modelo espiritualista de AA, es, a nuestro criterio, una derivada de la interpretación luterana de la culpa y de la salvación por la fe. En este caso la fe en un poder superior es la clave para superar la dependencia. Fe que se tiene que ir reafirmando a través de la participación continuada en los grupos,²⁷⁷ en una especie de rito de paso y liminalidad inacabables,²⁷⁸ ya que se transmite a los usuarios que el riesgo de recaída va asociado a la propia naturaleza humana y a una personalidad radicalmente errónea según el programa de la Comunidad.²⁷⁹

En relación a informaciones cuantitativas de deshabitación contrastadas sólo tenemos disponibles los datos del CAS, como ya indicamos en pp.

²⁷⁵ Del Paradigma de Zinberg (Anexo II) prácticamente sólo se contempla la "persona".

²⁷⁶ Esta circunstancia, que también podría darse en el GT del CAS, pensamos que es específica de AA, ya que la falta de interacción hace que el mensaje sea, generalmente, unidireccional: del usuario al grupo.

²⁷⁷ Es evidente que este aspecto no pasa de ser un *desiderátum*, ya que no habría espacio suficiente en los lugares de reunión para acoger a todos los miembros que han pasado temporalmente por los mismos si la mayoría de ellos decidieran seguir esta pauta estricta de continuidad. Ello indica un elevado grado de utopía en las propuestas AA sobre este aspecto del programa, que es matizada por la realidad de las permanencias temporales de las PDA que pasan por AA durante un cierto periodo de sus vidas.

²⁷⁸ Obviamos citar de nuevo a Van Genneep, Turner y Prat, reiteradamente señalados como fuente conceptual exhaustiva.

²⁷⁹ Ver en p. 197 lo comentado por E.L. Menéndez, durante la entrevista que realizamos con él, acerca de la visión escéptica del hombre que hay detrás de la ideología de AA.

209-210 y 268. Las prácticas en AA no contemplan el registro de estos ni de otros parámetros cuantitativos. A través de las informaciones que hemos obtenido de los profesionales del CAS, en lo referente a la dualidad que representa el tratamiento individualizado y su eventual complementariedad en el GT, resumimos de nuevo los siguientes datos que siempre debemos considerar aproximados;

- El 60% de los pacientes no aceptan pasar al GT.²⁸⁰ Este dato relativo es menos acusado en el género femenino, aunque dicha tendencia no está cuantificada.
- De entre los que se pueden considerar recuperados, es decir, dados de alta después de un periodo de hasta tres años, el 80% proceden de las personas que han participado asiduamente en el GT.
- Las observaciones realizadas²⁸¹ indicarían una cifra de abandonos global en torno al 60%, considerando a todas las personas que empezaron el tratamiento, haya acudido o no al GT. Dicho dato es más elevado en las PDA que no participaron en el grupo, aunque no tenemos una cuantificación diferencial.

Las informaciones que acabamos de mencionar no están recogidas en las Memorias anuales de los CAS, toda vez que no son solicitadas por la Agència de Salut Pública. En relación a eventuales datos comparativos sobre el “éxito” terapéutico en ambas instituciones **sólo podemos afirmar que se dan cifras parecidas entre el CAS y el grupo X (en cualquier caso el más representativo y comparativo entre AA y CAS.)**

²⁸⁰ No deben olvidarse aquellas PDA que no lo hacen en razón a “estrategias de enmascaramiento” (Goffman, 2008:130-133) por razones de índole sensible: profesión, notoriedad social personal y familiar, etc.

²⁸¹ Sobre personas que han iniciado tratamiento. En las bajas en el CAS, como venimos repitiendo, siempre existe la duda de si una persona que deja de acudir lo hace por recaída o mantiene la sobriedad y/o el tratamiento en otras instancias.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES

Plantaremos estas Conclusiones como una aportación teórica fruto, en su mayor parte, del trabajo etnográfico realizado, pero no olvidaremos, en la N.B. que incluimos al final de las mismas, plantear asimismo nuestra visión y aportación personal que incluye propuestas de actuación.

A través del recorrido de esta investigación, recorrido que también ha incluido las experiencias adquiridas por el autor en su propia vivencia adictiva, pensamos que resulta evidente que la dependencia del alcohol, sea cualquiera el grado que consideremos en la misma,²⁸² se halla presente, en menor o mayor intensidad, en todas aquellas sociedades donde no existe un tabú cultural-religioso hacia dicha sustancia e incluso esta salvedad la planteamos con ciertas reservas. El consumo habitual de alcohol significa aceptar que una parte de los consumidores terminarán generando un variable grado de dependencia hacia dicha sustancia.²⁸³ Esta milenaria “pandemia” que representa el uso exagerado y tóxico de bebidas alcohólicas, junto con las consecuencias personales y sociales que de ello se derivan (Anexo 3), ha sido objeto de un tratamiento exhaustivo en la primera parte de esta Tesis (Capítulos 1 y 2).

En este sentido tanto en sociedades rurales, sean o no áreas económicamente deprimidas (Priti Arun, 2010), como en contextos

²⁸² Recordamos el esquema de la p. 279, donde caben PDA cuya catalogación tiene que ver con el sentido estricto de la palabra dependencia (ver pp. 30-31), aún cuando su nivel de ingesta no sea socialmente “detestable”.

²⁸³ No intentamos olvidar los aspectos socio-culturales de las dependencias de sustancias, en particular del alcohol, pero con esta afirmación pretendemos plasmar la evidencia histórica de que la sola presencia del alcohol significa aceptar dicha realidad inevitable al hallarse presente una sustancia adictiva.

sociales estándar dentro de los países desarrollados (Grønkjær, 2013), el consumo habitual de alcohol en la actualidad, con o sin abuso del mismo, suele ser un universal que tiene manifestaciones dispares: la legitimación social al máximo nivel –es ilustrativo en este aspecto el Anexo I– o las manifestaciones de violencia asociadas a la agresividad que puede ocasionar su consumo excesivo (Nexøe, 2013). No cabe duda de que la mencionada legitimación social hace más difícil abordar la deshabituación de la dependencia del alcohol al existir una percepción casi “virtuosa” en torno a lo que, según el Anexo III, puede considerarse como la sustancia psicoactiva cuya eventual adicción tiene un coste más alto para la sociedad, dentro de una consideración amplia del término coste. Esta legitimación social es planteada de forma muy esquemática, aunque contundente, en las conclusiones de una de las investigaciones citadas al principio de este párrafo, en este caso referida al posicionamiento de la sociedad danesa en relación a las bebidas alcohólicas:

“The social drinking context is pivotal in people’s perception of the legitimacy of their alcohol use, leaving the alcohol amount less important. This calls for the need to focus on and incorporate the drinking context within public health initiatives aimed at reducing high risk drinking, just as the focus on the actual amount of alcohol people consume or their frequency of use.” (Grønkjær, 2013)

Podrá ser discutible si es antropológicamente pertinente un trabajo de investigación, como el presente, cuyo ámbito de trabajo pivota alrededor de las terapias sobre la dependencia del alcohol, y cuyo objeto principal consiste en dar respuesta a ciertos interrogantes sobre la efectividad de las mismas, valorando asimismo determinados aspectos colaterales de dicha dependencia. Un reciente trabajo de doctorado en la URV (Reverol, 2011) habla de los padecimientos que produce el alcohol en sus consumidores excesivos y el impacto que dicho consumo excesivo ejerce sobre el conjunto social. En dicho trabajo se utiliza la mención pcpa (personas con problemas con el alcohol) para describir a quienes en la

presente Tesis hemos definido como PDA. Nos parece oportuno dicha conceptualización, alusiva a la problematicidad y al padecimiento, para categorizar las consecuencias de dicho consumo en las personas que han generado una dependencia a dicha sustancia. También es cierto que, siendo aplicables ambos sustantivos a las PDA, no lo es menos que la presencia del consumo excesivo de alcohol es una realidad tanto histórica como reiterada (ver 2.1.2) que, asimismo, es fuente de **problemas y padecimientos sociales** de la mayor envergadura (reiteramos los datos de los Anexos III y IX), más importantes, cuantitativamente, que aquellos que se puedan asociar, exclusivamente, a la salud y calidad de vida de las personas dependientes.

Tratar de las eventuales medidas para evitar, aunque sea de forma parcial y limitada, dichos padecimientos personales y sociales, entendemos que es una labor que también corresponde a las Ciencias Sociales a través de una visión holística de la situación adictiva de los individuos que definimos como PDA. Dicho enfoque debería redundar en la evitación de una conceptualización reduccionista de la dependencia del alcohol que no sólo contemple los aspectos personales –cual entendemos que es el enfoque básico en AA– en la construcción de la adicción y, en correlación con dicha visión amplia del problema, también sería socialmente muy útil poder definirse sobre las eventuales posibilidades de reconducirlo de forma más efectiva que hasta la fecha.

El campo de las terapias dentro de las dependencias de sustancias, constituye un tema que ha sido tratado minoritariamente en la Antropología Médica. Basta constatar, salvando la anterior mención al trabajo de doctorado en la URV (Reverol, 2011), que en una obra que resume los trabajos antropológicos realizados en el periodo 1930-1979, específicamente sobre la dependencia del alcohol en un país como México donde tales trabajos han sido punta de lanza en las áreas mencionadas de la investigación antropológica, ninguno de los mismos

está dedicado concretamente a las terapias sobre dicha dependencia (Menéndez, 1991:15-17).

Tampoco hemos querido, matizando lo enunciado anteriormente, entrar en el barroquismo analítico que supondría la sobrevaloración de la multicausalidad de dicha dependencia, que podría conducir a la práctica anulación del papel de la agencia, tanto en el origen como, especialmente, en la eventual finalización de su dependencia. Reivindicamos, pues, las formas y el esfuerzo personal, aunque también institucional, que suponen las estrategias y voluntades de sanación encaminadas a recuperar, para una vida no dependiente del alcohol, a aquellas PDA que puedan y quieran entrar en este cambio en su manera de estar-en-sociedad. Reiteramos que este razonamiento únicamente involucra a las personas que ello deseen y a las formas de entender su presencia en el mundo que posiblemente parten de valorar la importancia de su socialización como individuos y no de su aislamiento social, aún cuando este aislamiento signifique, paradójicamente, la pertenencia a ciertas redes sociales de consumo de sustancias.

En línea con lo mencionado, y aún asumiendo que son formas diversas de entender el problema del alcoholismo y de la alcoholización, pensamos que se ha ejercido una crítica sobreponderada hacia la poca eficacia de la prevención (Romaní, 2004:178-180)²⁸⁴ –en esta obra en relación a las drogodependencias en general–, junto con excesivas dudas conceptuales sobre la categorización de dicha dependencia como enfermedad (Menéndez, 2006:247-269)²⁸⁵ –si le queremos llamar sólo “problema” ello es, en el presente contexto, una cuestión estrictamente semántica, y no

²⁸⁴ Es doblemente discutible su utilidad si la misma se realiza en unas condiciones sociales favorables al consumo de la sustancia, como es el caso del alcohol.

²⁸⁵ El autor, previamente y tal vez de forma premonitoria, había hecho mención al riesgo de una interpretación demasiado estricta de lo que desarrollaría a continuación en la misma obra:

“De nuestro análisis no debe concluirse que estamos proponiendo que el alcoholismo no es una enfermedad.; lo que estamos concluyendo es que en el saber y la práctica médicos, y en la representación profunda de estos, el alcoholismo no aparece como enfermedad, aún cuando el discurso médico en su nivel manifiesto lo exprese como tal.” (Menéndez, 1996:218)

elude considerarlo como “problema constituyente de una situación social y personalmente preocupante y muchas veces dramática”-.²⁸⁶ Estas consideraciones críticas junto con ciertas visiones escépticas sobre las medidas que en otros tipos de dependencias han mostrado recientemente su efectividad –sin criminalización ni prohibicionismo ingenuos– como son los aspectos fiscales, la regulación de su distribución y la normativa de comunicación del fabricante sobre los productos (etiquetado y publicidad), entraña el riesgo de poner dicho problema en una situación equivalente a un “*cul-de-sac*”. Es decir, sabemos mucho de la dependencia del alcohol, pero nos quedamos con un conocimiento que no genera aplicaciones prácticas eficaces, sean preventivas o curativas.

Precisamente en lo que refiere al aspecto de comunicación comercial, coincide con la finalización de la redacción de esta Tesis la confirmación periodística²⁸⁷ de una comunicación a la UE (Anderson *et al.*, 2012), por parte de un grupo de expertos de 33 universidades europeas, acerca de las deseables políticas de etiquetado y publicidad, de información al consumidor en definitiva, en las bebidas alcohólicas. Todo ello dentro del proyecto Amphora del que se pueden consultar sus objetivos y propuestas a través del link mencionado en la cita correspondiente de la Bibliografía.

Abundaremos aún más en la “terapia de una enfermedad”, que tal vez no existe –aunque sí que se propone su conceptualización como síntoma (Romaní, 2011:94-95)–, y para la que incluso le podemos cambiar su categorización por la de “solución de un problema social y personal grave”. Esta reformulación semántica tampoco va a representar ninguna dificultad a efectos de la conceptualización de esta Tesis y de lo que proponemos como conclusiones y eventual validación de objetivos o hipótesis. Lo que no deseamos, en definitiva, es pasar por encima de dicho problema a través de una visión exhaustivamente documentada

²⁸⁶ Sin llegar a ser una “disease” se percibe socialmente como “sickness”.

²⁸⁷ La Vanguardia 21-5-2013, p. 24 “Cercos al alcohol”.

sobre sus eventuales causas, aspectos poliédricos de las mismas, ineficiencias públicas e intereses socio-económicos asociados, sin plantearnos que, si bien la alcoholización de la sociedad produce lo que produce y mientras ello sea así la solución de la dependencia del alcohol siempre será difícil y con escasos resultados, lo que no sería antropológicamente procedente sería olvidarnos del “mientras tanto”, es decir, del esfuerzo social y personalmente positivo que representan las voluntades individuales y las actuaciones socio-terapéuticas, aún considerando sólo el corto plazo.²⁸⁸

El propio Menéndez incide en aspectos de este posible riesgo cuando escribe, refiriéndose al alcoholismo en México:

“El enfoque dominante en antropología es culturalista y cognitivo, lo cual parece asociado con la secundarización o ignorancia de la dimensión económico-política, así como del nivel biológico. Según Madsen,(....), la producción antropológica mayoritaria ignora la bibliografía biomédica sobre el alcoholismo; recuerda que, según lo planteaba Kroeber, la particularidad de la antropología como disciplina reside en que su enfoque debiera relacionar lo biológico y lo histórico-cultural, pero, citando a Goldsmidt (1968), encontramos que la mayoría de los etnógrafos ha ignorado esta perspectiva pues consideran al ser humano como una entidad plástica que la cultura puede modelar en múltiples formas; de hecho, los antropólogos tienden a desconocer los factores genéticos y bioquímicos en el problema del alcoholismo (Madsen, 1976 y 1984)” (Menéndez, 1996:57-58).

Un concepto planteado frecuentemente a través de las narrativas de los participantes (ver pp. 231-232 para el CAS, que hacemos extensivo a los participantes en los tres grupos de AA estudiados) –aunque no aparezca casi nunca el término, pero sí el impacto del concepto–, corresponde al

²⁸⁸ Ello no sería sinónimo de actuar superficialmente, sin ahondar en las causas últimas de este problema, que deberá propiciar soluciones a largo plazo. Las actuaciones en el ámbito del tabaco que, recientemente, han sido puestas en práctica a nivel de los países desarrollados, han contribuido a la disminución sensible del tabaquismo y de sus patologías asociadas. Aún cuando siempre cueste establecer paralelismos, el tabaco y el alcohol son primos hermanos en la mayor parte de sus declinaciones, excepto en los preocupantes campos de la accidentalidad y de la violencia personal y social.

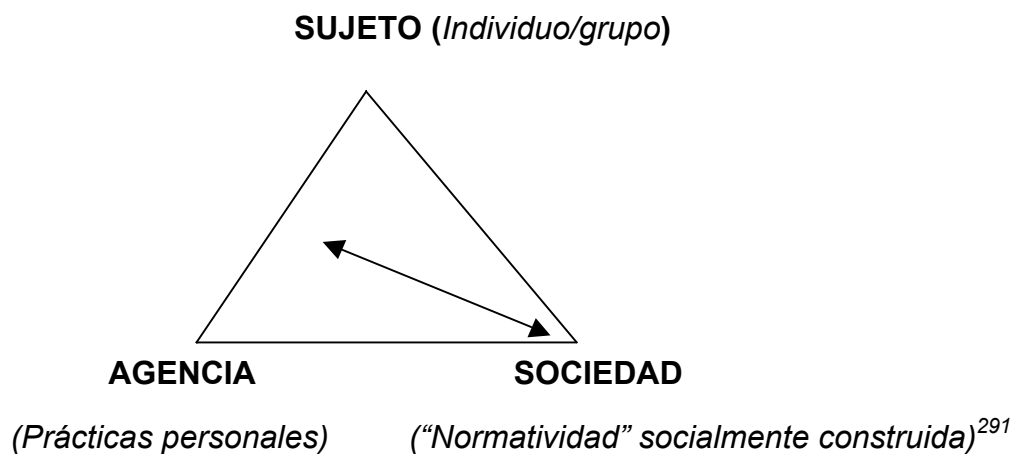
de “**estigma**” que constituye un rasgo asociado frecuentemente a la figura de las PDA. Las derivadas de dicho estigma son complejas y están relacionadas con la primera de las hipótesis secundarias de esta Tesis (ver p. 74). Los datos de campo vienen a manifestar que la estigmatización social (Goffman, 2008:16) en el caso del alcoholismo, termina siendo asumida por la propia persona estigmatizada, generándole, a su vez, un sentimiento de culpabilidad. Es decir: a través de la propia estigmatización, una PDA en proceso de deshabitación, percibe que las personas adictas a determinadas sustancias, entre las cuales ella misma, pueden tener parte de responsabilidad en su dependencia, y la estrategia que utilizan para escapar de dicha “autoinculpción” es referir su problema a la influencia pasada de otras personas o a la presencia de un contexto adverso, involucrando a familiares, pandillas juveniles, problemas sentimentales,²⁸⁹ influencias del entorno profesional, etc.²⁹⁰

Creemos que es obligada, ya llegado el momento de las Conclusiones, una mayor profundización en el concepto de **estigma**, precisamente en lo que se pueda considerar del mismo como **construcción personal de dicho concepto cuyo origen social es notorio**. Cabría posiblemente pensar que las relaciones entre las individualidades y la sociedad de la que forman parte se podrían describir, esquemáticamente, mediante la figura que presentamos más abajo, la cual expresaría la tensión que pensamos que existe entre la estructura “micro” (sujeto-agencia) y una sociedad entendida y actuante como estructura “macro”, que condiciona y define los roles y juicios de valor que, formando parte del paradigma socio-cultural en contextos o sociedades concretas, establece las reglas sociales imperantes.

²⁸⁹ El recurso a la bebida en casos de muertes de allegados y rupturas o imposibles sentimentales es recurrente en la temática literaria, las obras musicales cantadas y, en general, en todas las artes. Valga decir que se presupone básicamente del género masculino, mucho más que del femenino, el recurso a la bebida como paliativo a sus “desengaños” o situaciones de estrés emocional.

²⁹⁰ Es la metáfora que hay detrás de la denominada “trampa del subjuntivo” en AA (ver nota a pie de la p. 124).

Plasmamos, pues, este razonamiento en un esquema que, recordando el paradigma de Zinberg, ilustra los vértices de dicha relación y el mencionado vector de tensión:



Donde la línea \longleftrightarrow representaría dicho vector de tensión entre la dualidad sujeto-agencia y su eventual enfrentamiento con la sociedad. Los casos “extremos”, producto de dicha tensión, podrían considerarse socialmente como desviados o estigmatizados.

Refiriéndonos a determinados ejemplos que categorizarían las “desviaciones sociales” más familiares, se pueden citar entre ellos a los delincuentes, enfermos mentales, drogodependientes,²⁹² pederastas, prostitución en general, maltratadores de género, etc. (Goffman, 2008: *ibid.*), autor del que conviene resaltar que, en los primeros años 60 del pasado siglo, también incluyó a la homosexualidad en dicha categoría de desviaciones sociales, lo que viene a manifestar la relatividad temporal observable en la mayor parte de juicios morales sobre “patrones de vida” dentro de los cambios socio-culturales.

²⁹¹ Berger y Luckmann (2006).

²⁹² Incluimos a las PDA en esta categoría, por supuesto.

A través de las argumentación o narrativas que se van presentando en los GT,²⁹³ puede inferirse que el proceso de autoconstrucción del estigma está influenciado por los cambios de contexto durante el tránsito de la adicción a la sobriedad, casi, y de nuevo, como un rito de paso (Van Genep, 2008:*ibid.*) y muy claramente en los modelos espiritualistas (AA en el caso de esta Tesis) como ya hemos descrito en la p. 188.

La experiencia señalada podría manifestarse en un cambio brusco de percepción por parte de una PDA –que también se puede extrapolar a otras adicciones–, la cual, al pasar de una situación contextual en la que dicha persona no considera ni la desviación ni su estigma –en realidad se está inmerso en una “burbuja de consumo protectora” o “encapsulación”– (Goffman, 2008:117), a otra situación representada por la sobriedad, experimentaría el afloramiento de la anterior “anormalidad” personal dentro del nuevo contexto, percibida *ex-novo* como tal por el “sobrio incipiente”. La PDA en cuestión reelaboraría subjetivamente esta nueva situación, asumiendo como una estigmatización su situación pasada, presente y, tal vez, futura.

La **disculpa**, o autodisculpa, implícita o explícitamente presente en las argumentaciones de los participantes en los GT, enlazaría con lo explicitado en párrafos anteriores y con ciertas narrativas que abogarían por la existencia de cierta relación causal,²⁹⁴ entre construir el propio estigma y no siempre querer asumir la participación personal en el proceso de construcción de la dependencia. Buena parte de las narrativas registradas en AA y en el CAS, y que hacen referencia a circunstancias familiares, profesionales o sentimentales, podrían entenderse en esta línea de autoargumentación que plantea situaciones de estrés personal, entre otras, como una justificación implícita de la necesidad de encontrar salidas a la ansiedad generada por tales situaciones.

²⁹³ En este apartado de conclusiones incluimos, bajo esta denominación, también a los grupos de AA.

²⁹⁴ Esta co-construcción del estigma no siempre es visible ni explícita.

Por otro lado la desubicación del sujeto de la adicción en relación a su intervención en la construcción de la misma, podría constituir, en última instancia, un riesgo potencial de reincidencia en el consumo, ya que siempre existiría un “pasado causal externo al sujeto” que se actualizaría para “legitimar” el retorno al consumo. La pervivencia de esta “responsabilidad transferida” puede ocasionar una predisposición personal que, en momentos de especial sensibilidad emocional o en situaciones de estrés en general, podría “utilizar” ese anclaje en la propia biografía, y en clave de coartada frente a si mismo, pudiendo “autojustificar” la reintroducción del consumo.

Para determinados usuarios del CAS dicho mecanismo psicológico se aborda dentro de las prácticas de atención psiquiátrico/psicológicas cuando la situación personal de la PDA lo requiera. Suele plantearse también en las narrativas de los GT, en cualquiera de los dos modelos analizados, pero especialmente se ha puesto de manifiesto durante la mayor parte de las entrevistas. El trabajo de campo, en definitiva, denota un frecuente argumentario de autodisculpa.²⁹⁵ Tal vez uno de los ejemplos más representativos sería el frecuente discurso de Gigante que, en su reiterativa narrativa en el GT del CAS H/G., afirmaba dramáticamente y con un valor altamente representativo de dicha autodisculpa:

“Mis hermanos mayores me empujaron a consumir sustancias de las que finalmente ya sólo quedó el alcohol. Yo era casi un niño y no tenía criterio. Ellos lo dejaron al inicio de la edad adulta, pero yo fui quien se llevó la peor parte sin que nunca me echaran una mano. Nuestra relación quedó deteriorada para siempre. Fueron los inductores y posteriormente me abandonaron a mi suerte ...”
(Esteve, 2012:24).

²⁹⁵ Referido también en el trabajo de campo complementario realizado en el CAS Reus, cuando nos comentaron las narrativas de las personas que acuden al Centro de día “La illeta”, dependiente de dicho CAS, y no sólo en el ámbito de la dependencia del alcohol.

Tampoco hay un tratamiento concreto de este punto en AA, salvo la prevención metafórica que representa la alusión a la reiterada “trampa del subjuntivo” y cuya utilidad terapéutico-simbólica es notoria. En ambos modelos de atención existe el riesgo de que las PDA interpreten dichos comportamientos desde un cierto afán de victimización que trataría de enjuagar la responsabilidad personal en el consumo, intentando justificar, en ciertos casos, su fase de inicio. A pesar de ello sería de esperar, con las correspondientes reservas dependiendo de la tipología, que la concienciación del papel personal en la génesis de una dependencia, debería redundar en un mayor blindaje del usuario ante posibles riesgos de reincidencia en el consumo.²⁹⁶

Lo manifestado en los párrafos anteriores, que tiene su base empírico-observacional en la investigación llevada a cabo durante el trabajo de campo, **nos inclina a validar el primero de los objetivos u hipótesis secundarias**, que fue formulada en la p. 74 mediante la siguiente pregunta:

¿Existe una tendencia generalizada, por parte de las PDA, a la transferencia de responsabilidad de su dependencia hacia terceras personas o hacia contextos concretos, mediante la construcción de una autodisculpa?

Las referencias narrativas de los informantes, también escuchadas en las reuniones de los grupos, en ambos modelos terapéuticos, nos inclinan a considerar la presencia de elementos asociativos en el deseo de beber –los episodios de *craving* a los que hemos dado cabida frecuentemente a lo largo de la Tesis– y que representan una situación de riesgo, “programado” o impulsivo, para una PDA en suspenso.

²⁹⁶ Detrás de ello se haría de nuevo necesaria una labor terapéutico-grupal de acompañamiento de dicha concienciación.

El episodio referido en pp. 260-261 sobre la recaída de Gigante con motivo de entrar en un bar para comprar tabaco, puede interpretarse que forma parte de una estrategia subconsciente de colmar un deseo que se materializaría en el hecho de “adentrarse en una zona de riesgo”.²⁹⁷ Con esa suposición admitimos dos posibles estrategias en las PDA:

- Conscientemente se conocen los referentes asociativos personales y se tratan de evitar.
- Existen puntos de asociación que tal vez son de índole subconsciente o inconsciente y que se activan con motivo de un *craving* persistente, descargando a la PDA de la sensación de voluntariedad.

La evidencia etnográfica de que las PDA en sobriedad, que viven solas, no suelen tener bebidas alcohólicas en sus domicilios²⁹⁸ vendría a indicar una estrategia personal alineada con el primer punto citado. Asumido que los episodios de llamada al consumo, o *cravings*, suelen ser frecuentes en los primeros meses de una abstinencia por reorientación del estilo de vida, es preferible, por simple pragmatismo, que los mismos no se den en ámbitos donde se esté próximo a una bebida alcohólica o en espacios donde tampoco estén presentes dichas bebidas por constituir puntos de venta o de consumo.

El trabajo de campo nos ha proporcionado variados ejemplos de entornos o situaciones consideradas “de riesgo”. Brune nos comentaba, en un aparte de nuestra entrevista, su incomodidad cuando acudía a restaurantes donde una comida iba unida, en sus hábitos durante su periodo activo, con el acompañamiento de vino. Ria nos da un argumento similar en su entrevista (ver p. 258). La presencia de una PDA en ambientes festivos o, simplemente, la frecuentación de antiguos GAC,

²⁹⁷ Tendencialmente nos referiremos, en este argumentario sobre asociaciones, a situaciones que se plantean sobre todo en PDA de sobriedad reciente y, en general, en curso de deshabitación.

²⁹⁸ Hecho referido ampliamente en las sesiones grupales y refrendado personalmente por el autor.

donde la presión del contexto es favorable a ingerir la sustancia, iría acompañada de una “necesidad” subjetiva procedente de una asociación entre el ambiente, el alcohol y sus manifestaciones fenomenológicas. La narrativa de Jazz (ver p. 238), donde uno de sus episodios de recaída es referido a través de situaciones festivas en entornos exóticos, también pone de manifiesto la existencia de situaciones personales en las que la abstinencia se viviría como una forma “incompleta” de vida.

Nuestra experiencia directa también hace referencia a la reserva de una cantidad significativa de PDA en frecuentar restaurantes o, más ampliamente, zonas de consumo donde la incomodidad, entendida como la experimentación de una cierta “presión ambiental”,²⁹⁹ sería mayor durante el consumo o en comidas en un establecimiento de restauración realizadas en solitario, si son comparadas con las que se desarrollan en compañía de otras personas cuando éstas no ejercen una presión hacia el consumo, bien por ser personas informadas o quizá indiferentes al hecho de la abstinencia en el consumo de bebidas alcohólicas por parte de un acompañante de mesa. Ello enlazaría con lo mencionado anteriormente en las narrativas de Ria y Brune. Una asociación comida-bebida, aunque en un ámbito concreto: el restaurante.

Por otra parte y desde el ámbito de la investigación de base se cita (Ambrosio, 2003:102-103):

“ ... otros investigadores comprobaron que la administración de alcohol a animales, siempre en un mismo entorno, produce liberación de dopamina en el núcleo accumbens³⁰⁰ de esos animales cuando se ponen en ese entorno, aún cuando no se les administre alcohol (Weiss et al.,1992)..... estos resultados sugieren que, en las personas abstinentes, diversos estímulos asociados al consumo de alcohol, como el olor, ciertos signos visuales, etc., pueden producir estados similares a los que se

²⁹⁹ Nos referimos, obviamente, a la presión que representa observar elementos mayoritarios de consumo, entre los cuales las bebidas alcohólicas, de forma generalizada.

³⁰⁰ Zona cerebral también llamada “núcleo que yace sobre el septo” y que tiene un influencia de primer orden en los mecanismos neuronales de recompensa, adicción y placer.

sienten al beber alcohol, lo cual provocaría liberación de dopamina en el núcleo accumbens, que actuaría como un factor cebador (“priming”), que facilitaría el reinicio del consumo.”³⁰¹

Pese a los argumentos vertidos en los párrafos anteriores –especialmente el referido a la cita anterior validada *in vivo* aunque no en humanos– no ha aparecido de una forma evidente la asociación con referentes del pasado, siendo este aspecto uno de los que se han priorizado en la investigación. Se observa más bien que los elementos que generan una tendencia relacional hacia hechos, contextos o elementos que guardan vínculos con el alcohol, tienen una actualidad relativamente reciente, en la mayoría de los casos, concretándose en aspectos bastante habituales en la vida corriente, y sobre los que una PDA ha ido construyendo, tal vez de forma inevitable por su coincidencia en el consumo, una relación asociativa con la mencionada sustancia.³⁰²

Sería bajo estas evidencias etnográficas que **no podríamos enteramente validar el segundo de los objetivos o hipótesis secundarias**, formulada bajo el siguiente enunciado en la p. 74:

¿Es el concepto de “*memoria adictiva*” un factor detectado y que puede resultar un riesgo para el retorno al consumo, siendo un factor poco tratado en la investigación terapéutica?

Esta reserva de validación haría sólo referencia a ciertos episodios de un pasado antiguo, correlacionado con la sustancia y cuya formulación habíamos enunciado en la p. 217: “... *asociación del alcohol con determinadas músicas, imágenes, lecturas, lugares, así como con cualquier elemento con el que una PDA pueda establecer un vínculo asociativo placentero, o tal vez de tristeza o frustración, en el que el alcohol estaba presente.*”

³⁰¹ En esta afirmación no queda clara si los mecanismos de asociación están relacionados con elementos de recuerdo a corto, medio o largo plazo.

³⁰² Ver mención al reflejo condicionado de Pavlov en pp. 216-217.

Concluimos que lo que *sensu stricto* no podemos confirmar es la “llamada de un pasado antiguo”, que hemos venido a definir, *in extenso*, como “memoria adictiva”. Ello considerado, en lo que haría referencia a su causalidad en episodios de *craving*, parece cierto que ese efecto sí que se produce con elementos o situaciones vinculantes claramente asociadas a un pasado reciente, colindantes con el momento de la cesación del consumo, y más bien en el ámbito de las costumbres o hábitos de socialización habituales de una PDA.

Dicho antiguo vínculo, no obstante, sí que estaría presente en lo que hemos ido elaborando como elementos para la validación de la primera de las hipótesis secundarias. Ese pasado, poblado de personas, contextos y emociones, tal como hemos glosado en las pp. 295-299, parece ciertamente evidente que suele utilizarse como anclaje o justificación, a través de terceros o de entornos ajenos a la PDA, del inicio del consumo o de la dependencia del alcohol, reforzando la autodisculpa que hemos validado como primera hipótesis secundaria en la p. 299.

A lo largo de 3.2, pero con mayor significación durante las etnografías respectivas de los modelos espiritualista y biomédico (3.1.1.b y 3.1.2.b), hemos ido observando que, junto con los aspectos diferenciadores de dichos modelos –la mayor parte de los cuales tendríamos que encuadrarlos dentro de una visión radical de su sustrato conceptual–, ha ido emergiendo una técnica terapéutica basada en la palabra: nos referimos a los Grupos Terapéuticos o Sesiones de Grupo, que constituyen la coincidencia formal entre ambas maneras o modelos estudiados de abordar la deshabitación de la dependencia del alcohol.

En las pp. 282-283 hemos enumerado las bases de dicha técnica o método terapéutico, las cuales pensamos que introducen un elemento que debe ser remarcado: la posibilidad para toda PDA que se encuadre en algunos de estos grupos de cobrar un protagonismo que la sociedad le ha negado a través de la estigmatización de su dependencia y, por

consiguiente, anulando directa o indirectamente su dignidad personal. En ambos modelos el grupo está compuesto de PDA con diferentes trayectorias personales y con patrones de consumo y grados de dependencia muy desiguales. Pero aún con la presencia de esas diferencias y sus distintas aproximaciones personales, en dichos foros grupales existe un elemento central, recogido en la literatura AA, y que se expresa didácticamente en las palabras que Bob plasma claramente en su historia de vida, cuando hace referencia a su encuentro con Bill:

“Sumamente más importante fue el hecho de que fuera él el primer ser humano con quien yo hablaba que supiera por experiencia personal de lo que estaba hablando cuando se refería al alcoholismo. En otras palabras, hablaba mi propio idioma.”
(AAWS, 2008a:165)³⁰³

Este elemento es utilizado a veces en AA de forma inadecuada, a nuestro entender, al focalizar en exclusiva en las PDA, de forma reduccionista, la capacidad y legitimidad terapéutica.³⁰⁴ Más allá de esta posible simplificación de los términos de Bob, no deja de ser cierto que la dinámica que se establece entre un grupo terapéutico de PDA que están intentando entrar en una sobriedad estabilizada, posiblemente es mucho más eficaz que la relación *one to one* que se establece entre un usuario y su terapeuta durante las visitas individuales que se desarrollan en el modelo biomédico y donde el diálogo entre ambos no sobrepasa el ámbito de la privacidad de dicha visita.

La afirmación del párrafo anterior no desmerece dicho tipo de tratamientos individualizados, pero pone de manifiesto que la relación multipersonal que se produce en el seno de un GT añade posiblemente elementos de complicidad terapéutica entre las distintas PDA que participan en el mismo, tanto en las narrativas que tienen que ver con sus

³⁰³ Es casi el único texto escrito por dicho cofundador de AA y que describe buena parte del desarrollo y salida de su dependencia del alcohol. Dicha narrativa está plasmada en las pp. 157-166 de la obra citada.

³⁰⁴ Ver p. 187.

periodos activos como en las problemáticas individuales y sociales que la sobriedad ha puesto de manifiesto en sus personas y en sus contextos sociales concretos. Abundando en el aspecto de la mencionada relación multipersonal o grupal, transcribimos un párrafo ilustrativo del significado terapéutico de la misma:

“... debe reconocerse que el “alcoholismo” es el problema a través del cual la institución médica tuvo que comenzar a admitir y a asumir que los propios “enfermos”³⁰⁵ organizados pueden desarrollar prácticas eficaces. Alcohólicos Anónimos constituye una realidad, inicialmente marginada por el saber y la práctica médicos, y luego crecientemente integrada al proceso salud/enfermedad.”³⁰⁶ (Menéndez, 2003:218)

No cabe duda que la aceptación de la terapia grupal,³⁰⁷ o de sesiones grupales como es denominación habitual en AA, es aceptada por sus miembros como un elemento que contribuye de forma destacada a su deshabitación. Ello es una pura evidencia lógica ya que, siendo voluntaria, en dicha Comunidad, la asistencia a las sesiones, se debe entender que quien allí acude lo hace porque encuentra elementos positivos en las mismas, al margen de considerar que una parte de los participantes pueda experimentar algún grado de incomodidad con determinados aspectos de la doctrina AA, cual sería su carga espiritualista que puede disuadir, en muchos casos, la continuidad en la institución, en ocasiones desde el primer contacto.³⁰⁸ Aún así para la mayoría de los miembros que mantienen su fidelidad presencial en la Comunidad, no se produce este elemento de rechazo sino todo lo

³⁰⁵ Entrecorillados del autor de la cita.

³⁰⁶ La referencia a AA hay que contextualizarla con el escenario particular en el que se desenvuelve dicho autor.

³⁰⁷ En definitivo nos estamos refiriendo a GAM (Canals, 2002) dentro de una acepción globalizante.

³⁰⁸ Ver comentarios de Teach (pp. 198-201) y Ria (pp. 203-206).

contrario, pese a citar de nuevo los riesgos de dependencia grupal que ya hemos mencionado en otro punto de esta Tesis.³⁰⁹

No obstante lo mencionado en pp. 285-287, que lo predicábamos de AA pero que podemos extenderlo a las terapias grupales en general, el elemento positivo de dichas sesiones apela a la “experiencia balsámica” que puede representar el hecho de oír y poder ser oído. Ahora podemos también añadir la posibilidad “curativa” de reconocerse en el “otro”, como lo acabamos de plasmar en la narración de Bob en la página anterior.

Siendo difícil, dada su obviedad presencial y continuada, pedir a los miembros de AA que expresen su punto de vista sobre la eficacia y “necesidad” del grupo, como hemos expresado anteriormente, pensamos que la asistencia a un CAS puede ir acompañada de una cierta sensación, presente en determinados casos, de una forma de obligatoriedad (sea familiar, social o legal). Esa realidad hace más necesaria la componente informativa, a través de los participantes en dicha terapéutica, a efectos de conocer las opiniones “reales” de los usuarios, en la percepción del método terapéutico del CAS. Ello se ha realizado mediante las narrativas públicas, pero especialmente a través de entrevistas privadas en las que fluye una mayor espontaneidad que la que cierta prudencia puede aconsejar a los usuarios del GT, cuando interactúan dentro de las reuniones del mismo.

No repetiremos las narrativas concretas que pueden consultarse en las páginas que citaremos, pero sí que deberán valorarse las opiniones obtenidas en las entrevistas citadas, concretamente a Pound (242-246), Brune (250-257), Jazz (201-203, 238-239) y Ria (203-206, 255-259), entre otros, glosando además, en el caso de los tres últimos informantes citados, las diferencias percibidas dentro de los grupos de ambas instituciones. A título de muestra representativa de la valoración de los

³⁰⁹ Ver pp. 197-198.

grupos terapéuticos del CAS por parte de sus usuarios, tal vez las palabras mencionadas públicamente por Coleta, con motivo de su alta del GT, son ilustrativas y glosan una opinión mayoritaria, que nos consta etnográficamente, dentro de dichos usuarios:

“Realmente no comprendí el sufrimiento ajeno, que pensaba que era sólo mío, hasta que oí las historias de otros miembros del Grupo. Esta parte del tratamiento es la que para mí ha tenido un mayor valor en el proceso de recuperación, tanto por lo que ha ayudado a explicar mi realidad pasada y presente, como por las vivencias, en algunos casos muy dramáticas, que me habéis hecho compartir.”

Los datos empírico-cualitativos plasmados en la pp. 287 no deberían dejarse en el olvido al enjuiciar la utilidad terapéutica de un GT que, a través de una obra eminentemente biomédica y especializada,³¹⁰ es también descrito como un elemento indispensable para una terapia que pretenda la deshabituación del alcohol con un cierto grado de “éxito” (Fernández y Secades, 2003:415-433).

Pensamos que los elementos aportados en el conjunto de la Tesis, y que hemos resumido en las últimas cuatro páginas nos permiten, con un grado elevado de evidencia empírica, **afirmar la validez de la Hipótesis u Objetivo Principal**, que fue enunciado también en la p. 74 con estas palabras:

**¿ES LA TERAPIA GRUPAL EL FACTOR DECISIVO EN LA
SOBRIEDAD PERMANENTE, INDEPENDIENTEMENTE DEL
MODELO U ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA?**

³¹⁰ Y aún con esta restricción, el artículo que citamos contempla también a las comunidades de AA como terapias de continuidad.

Remarcamos explícitamente las últimas palabras de dicho Objetivo Principal cuales son “..independientemente del modelo u orientación terapéutica”, ya que entendemos que procede una clarificación final sobre los usuarios de AA, en especial acerca de su terapéutica exclusiva formalmente considerada. Habríamos definido de forma inadecuada el modelo AA si la percepción que hubiera podido darse de sus usuarios fuera la de unas PDA que únicamente siguen el modelo de dicha Comunidad. Una buena parte de ellos, hecho puesto de manifiesto a través de las narrativas o en las entrevistas de Jazz y Ria, o también en lo escuchado en los GT (CAS y AA), referirían tratamientos combinados, simultánea o diferidamente, con los biomédicos, aunque varias veces estos últimos fueron experimentados por otros usuarios de AA como una metodología que en sus experiencias concretas no había dado resultado o, en el mejor de los casos, precisaba la terapia de continuidad que representa dicha Comunidad con su modelo particular de sesiones de grupo. El caso de Jazz sería el que más eclécticamente haría referencia a la complementariedad positiva de ambos sistemas para determinados usuarios, experimentada por ellos de forma simultánea –como también lo fue nuestro caso personal–, según la caracterología o las historias particulares tanto en las fases de consumo preadictivas como ya claramente dentro de los entresijos vivenciales y fenomenológicos derivados de una clara dependencia del alcohol.³¹¹

Lo mencionado en el anterior párrafo, no obstante, refuerza la plena validación realizada de la hipótesis principal ya que tanto en uno como otro modelo comparten la **terapia grupal** y, en el caso de la visión biomédica, aún siendo sólo una parcela de los tratamientos utilizados, la misma es valorada como el **aspecto más importante del tratamiento de deshabitación**, valoración que comparten tanto los terapeutas como los usuarios.

³¹¹ Ver pp. 279-280 sobre grado de dependencia y terapias adaptables.

De dicha valoración se deduciría que un tratamiento deshabitador sin terapia grupal tiene un sensible menor grado de eficacia terapéutica que cuando éste es complementado con dicha técnica, modelo terapéutico que en el mundo anglosajón es conocido también con las siglas CRA (Community Reinforcement Approach) o Aproximación de Reforzamiento Comunitario en nuestro idioma (Fernández y Secades, 2003:422). Apoyando la conclusión principal de esta Tesis nos permitimos insistir en el hecho de que con la Terapia Grupal, con eventual reforzamiento biomédico cuando sea necesario, y en muchas ocasiones sólo mediante dicha técnica, se crea la posibilidad de emprender un proyecto de abstinencia que, en cualquier caso, estará siempre mediatizado por el grado de dependencia de la PDA al inicio del tratamiento y por el contexto sociocultural en el que se desarrolle su vida y su camino terapéutico.

NB. Aún cuando las argumentaciones relacionadas con los objetivos de la Tesis han sido trasladadas a estas Conclusiones en la medida que hemos considerado probatoriamente necesarias, no quisiéramos terminar este estudio sin hacer una mención, que tal vez desborda el ámbito del mismo, y que tiene que ver con la consolidación a largo plazo de la sobriedad alcanzada por determinadas PDA, especialmente en aquellos casos donde se venía observando un grado de dependencia medio o elevado (ver p. 279).

En el comentario de las limitaciones de la metodología CAS, o modelo biomédico, hacíamos referencia a la carencia de espacios o estrategias sociales y públicas, donde una PDA en suspenso pudiera sentirse cómoda al estar en ámbitos libres de alcohol a pesar de ser espacios de frecuentación pública (Esteve, 2013). AA cubre este aspecto en base al reiterado mensaje de acudir, de por vida, a sus reuniones grupales que, en cualquier caso, son ámbitos cerrados que socializan dentro de un

paradigma espiritualista que no es representativo de la sociedad en la que desenvuelven sus actividades la mayoría de personas que allí acuden.

Dichos espacios ideales, que llamaremos “ajenos al consumo”, jugarían un papel equivalente a la prohibición de fumar en espacios públicos que se ha implantado de forma generalizada en la mayoría de países occidentales. No cabe duda que una estrategia de este tipo contribuiría a consolidar el abandono del consumo de bebidas alcohólicas, al no existir la vecina observación de terceras personas en fase de ingesta, como ahora se produce en todos los bares, cafeterías y restaurantes,³¹² incluso en aquellos implantados en lugares de titularidad pública (bibliotecas, centros cívicos, centros para gente mayor, etc., cuando estos disponen de servicio de cafetería).³¹³ Entendemos que quizá es utópico en la actualidad plantear algo de parecida envergadura en el ámbito del alcohol, dadas las presiones políticas que plantearía el “complejo productivo-comercializador”, como ya señalamos en p. 54, y que también se ha citado en el caso de otros países (Menéndez, 1991:29), como “complejo alcohólico”. Remarcamos que dicho tipo de espacios no deberían considerarse como de uso exclusivo para PDA en sobriedad, a riesgo de hacer socialmente visibles a los individuos “estigmatizados”, resultando entonces inoperantes para la mayor parte de personas laboralmente activas por razones obvias de notoriedad pública. En este sentido proponemos simplemente la existencia de lugares accesibles a cualquier público y en los que el usuario sabe, “a priori”, que no se sirven bebidas alcohólicas (el ejemplo de la política de no servir alcohol en ciertas cadenas líderes de “fast-food” en EE.UU. es representativa de lo que aquí queremos poner de manifiesto).

No obstante dicha dificultad, no prevemos que el consumo exagerado se pueda reconducir de forma más significativa que en la actualidad si no se

³¹² Suele haber alguna excepción en los vegetarianos o veganos.

³¹³ El “bar de la esquina” de tales espacios siempre sería la alternativa para quienes, en ejercicio de su libre elección, quisieran consumir alcohol durante una pausa en su estancia en dichos ámbitos sociales.

arbitran normativas públicas en este campo, encaminadas a que los ámbitos mencionados puedan ser lugares de frecuentación “sin riesgo” por antiguas PDA, contribuyendo con ello al mantenimiento de sobriedades en los casos de las dependencias señaladas en el primer párrafo de esta nota. La implantación de iniciativas en este sentido constituiría una forma de afrontar y compensar socialmente el poder real que ciertos lobbies industriales y comerciales ejercen sobre los hábitos de consumo y las políticas de la sanidad pública.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

TEXTOS TEMÁTICOS

AAWS³¹⁴ (1939) 2008a: *Alcohólicos Anónimos*³¹⁵, Avilés, Oficina del Servicio General de Alcohólicos Anónimos – España.

- (2008b): *Reflexiones Diarias*, Avilés, id.
- (2008c): *Viviendo Sobrio*, Avilés, id.
- (2010): *Como lo ve Bill*, Avilés, id.
- (2012): *Doce Pasos y Doce Tradiciones*, Avilés, id.

Agència de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. (2009): *Plà d'acció sobre drogues a Barcelona 2009-2012*, Barcelona, Agència de Salut Pública.

Álvarez, F., Del Río, C., (2003): *Farmacología del alcohol*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, “Tratado SET de Alcoholismo”. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Allué, M. (1996): *Perder la piel*, Barcelona, Seix Barral.

Ambrosio, E. (2003): *Neurobiología del alcohol*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, “Tratado SET de Alcoholismo”. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Anderson, P., Braddick, F., Reynolds, J. & Gual, A. (eds.) (2012): *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. e-book en www.Amphoraproject.net (coord. por FP7 - UE y Hospital Clínic de Barcelona).

American Psychiatric Association, (1994): *DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, Washington, DC.

³¹⁴ Siglas de Alcoholics Anonymous World Services, Inc., cabecera institucional mundial de AA.

³¹⁵ 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)

- Árboles González, J.**, (1995): *Sociología y causas del alcoholismo*. Barcelona, Bellaterra.
- Becoña, E.**, (2003): *Evaluación conductual de la dependencia alcohólica*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Benítez, M^a M., León, J.L.**, (2003): *Aspectos sociales de la evaluación diagnóstica del alcoholismo*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Berger, P.L., Luckmann, Th.** (1967) 2006: *La construcción social de la realidad*, Madrid/Buenos Aires, Amorrortu.
- Brandes, S.** (2002): *Staying Sober in Mexico City*, Austin, University of Texas Press.
- Brouard, I.**, (1993): *Los ritos de beber en un pueblo obrero de Bretaña*, en **O. Romaní (coord.)**: "Alcohol, sociedad y cultura", JANO, Vol. XLIV, nº 1034.
- Campos Marín, R.** (1997): *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, Madrid, CSIC.
- Canals, J.** (2002): *El regreso de la reciprocidad*. Tarragona. Tesis Doctoral en Antropología Social y Cultural, URV.
- CAS Horta-Guinardó (Barcelona)** (2010 y 2011): *Memòries 2009 y 2010* (de uso interno por la Agència de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona).
- CAS Reus (Tarragona)** (2010): *Memoria 2009*.
- Castel, R.** (1995) 1997: *La metamorfosis de la cuestión social*, Buenos Aires, Paidós.
- Castilla del Pino, C.** (2000): *Teoría de los sentimientos*, Barcelona, Tusquets.
- Cea D'Ancona, M.A.**, (1998) 2001: *Metodología Cuantitativa. Estrategias y Técnicas en Investigación Social*. Madrid. Síntesis.

- Cervera, G. et al.**, (2003): *Personalidad y dependencia alcohólica*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- CONADIC**, (2011): *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*, México D.F., Secretaría de Salud.
- Costa, S. et al.**, (2004): *Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo*, en *Revista Medicina Clínica* Vol. 123, núm. 10, pp. 364-369.
- Curtis, E. et al.** (1985) 2000: *Biología*, Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**, (2010): Barcelona, Web del Departament.
- Di Pardo, R. B.**, (1993): *Los patrones socioculturales de alcoholización en México*, en **O. Romaní (coord.)**: "Alcohol, sociedad y cultura", JANO, Vol. XLIV, nº 1034.
- Dirección General de Tráfico**, (2011): *Memoria 2010*, Madrid. Publicaciones del Ministerio del Interior.
- Echeburúa, E. y Amor, P.J.** (2003): *Beber controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento de abuso del alcohol*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Escohotado, A.**, (1998) 2008: *Historia General de las Drogas y Fenomenología de las Drogas*, Madrid, Espasa.
- Esteve, J.**, (2012): *Estigma y Disculpa*, Tarragona, URV (repositorio de TFM del Master en Antropología Médica y Salud Internacional)
- (2013): *Espais lliures d'alcohol* en Butlletí FCAR, Barcelona.
- Fainzang, S.**, (1994): *When Alcoholics are not Anonymous* en *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, Vol. 8, No. 3, September 1994, pp. 336-345, Willey on behalf of AAA.
- Federació Catalana d'Alcohòlics Rehabilitats: Butlletins Informatius 2009-2013**. Barcelona, FCAR.
- Fernández, J. y Secades, R.**, (2003): *Tratamientos psicológicos y combinados empíricamente apoyados*, en **G^a Usieto, E. et al.**

- (**coord.**), "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Ferré, C. y Solé, J.M.**, (2003): *Alcohol y Mujer: unas relaciones cambiantes*, en **O. Romani (coord.)**: "Alcohol, sociedad y cultura", JANO, Vol. XLIV, nº 1034.
- Fornons, D.**, (2009): *Prisión y Drogas: Doble Condena*, Alcarràs (Lleida), deParís.
- Foucault, M.** (1975) 2012: *Vigilar y Castigar*, Madrid, Siglo XXI.
- García Usieto, E. et al. (coord.)**, (2003): *Tratado SET de Alcoholismo*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Geertz, C.**, (1988) 1989: *El antropólogo como autor*, Barcelona, Paidós.
- (1973) 1995: *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- Goffman, E.**, (1963) 2008: *Estigma*, Madrid/Buenos Aires, Amorrortu.
- (1961) 1994: *Internados*, Madrid/Buenos Aires, Amorrortu.
- Grønkjær, M. et al.**, (2013): *Drinking Contexts and the Legitimacy of Alcohol Use: Findings from a Focus Group Study On Alcohol Use In Denmark*, en Journal of Public Health, January 24, 2013, 1403494812472266, Aarhus University Hospital, Denmark
- Hammersley, M. y Atkinson, P.**, (1993) 1984: *Etnografía. Métodos de Investigación*, Barcelona, Paidós.
- Illsley, C. y Larson, J.**, (2012): *Mezcal, tequila, bacanora, pulque y sotol*, en suplemento "La Jornada del campo". México D.F, *La Jornada*, sábado 18 de febrero del 2012, nº. 53, pág 5. (revista electrónica)
- Iraurgi, J., Corcuera, N.**, (2008): *Craving: concepto, medición y terapéutica*, Revista Norte de Salud Mental nº 32, pp. 9-22. Erandio (revista electrónica).
- James, W.** (1902) 2002: *Las variedades de la experiencia religiosa: estudio de la naturaleza humana*, Barcelona, Península.
- Jiménez, M. et al.**, (2003): *Evaluación neuropsicológica en el diagnóstico del alcoholismo*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.

- Kuper, A.**, (2001): *Cultura. La versión de los antropólogos*, Barcelona, Paidós.
- Kurtz, E.** (1979) 1991: *Not-God, A History of Alcoholics Anonymous*, Center City (Minnesota), Hazelden Educational Material.
- Láin Entralgo, P.** (1958) 2005: *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Barcelona, Anthropos.
- (1964) 1983: *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza.
- Leriche, M. y Méndez M.**, (2001) en "Salud Mental" vol. 24, núm 5: *El Alcoholismo: papel del receptor opioide U en los procesos neurales de reforzamiento*. México D.F. UAEM.
- Lévi-Strauss, C.**, (1949): *L'Efficacité Symbolique*, en *Revue de l'Histoire des Religions*, tomo 135, nº 1, págs, 5-27, París, Collège de France
- López Piñero, J. M.** (1990) 2005: *Historia de la Medicina*, Madrid, Alba Libros.
- Martínez López, J.F. et al.** (2011): *Síndrome de Abstinencia*, Málaga, Hospital Regional Carlos Haya (Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias).
- Menéndez, E. L. (edit.)** (1991): *Antropología del alcoholismo en México*, México D.F., Ediciones de la Casa Chata (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social).
- (1993: a y b): a) *Alcoholismo. Aportaciones y carencias del Paradigma Antropológico*, b) *Regla y Transgresión: el Alcoholismo como integrador ideológico*, en **O. Romani (coord.)**: "Alcohol, sociedad y cultura", JANO, Vol. XLIV, nº 1034.
- (1996): *Morir de alcohol*, México D.F., Alianza.
- (2008): *La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita*, en **Di Pardo, R. (coord.)** Revista "Salud colectiva" (enero-abril'08), México D.F.
- (2011): *Metodología cualitativa*, Index de Enfermería/vol. 21, pp. 62-68, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México D.F.

- Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales e Igualdad**, (2010), Web del Ministerio, Madrid.
- Monasor, R. et al.**, (2003): *Reducción de daño*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, “Tratado SET de Alcoholismo”. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Nexøe, J. et al.**, (2013): *Violence and Alcohol Related Acute Healthcare Visits in Greenland*, en *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol 41, nº 2.
- Nörstrom, Th. et al.**, (2012): *Harzardous Drinking among Restaurant Workers*, en *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 40, nº 7.
- Nutt, D. et al.**, (2010): *Drug Harms in the UK: A Multicriteria Decision Analysis*, en “The Lancet”, Volumen 376, número 9752, Londres-Amsterdam, Elsevier Publishers.
- OMS** (1950): *Informe de la Primera Reunión del Subcomité de Alcoholismo*, Washington D.C., Oficina Sanitaria Panamericana.
- (2011): *Nota Descriptiva nº 349*. Ginebra. Centro de Prensa.
 - (2012): *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*. Ginebra. WHO.
- OMS-GISAH**, (2011): *Recorded Adult Per Capita Consumption, From 1961, Total*, <http://apps.who.int/gho/data/#> (consulta electronica).
- OPS - Oficina Panamericana de la Salud** (2007): *Alcohol y Salud Pública en las Américas*, Washington, WHO.
- OIT** (1996): *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*, Ginebra, OIT.
- OSG**, (2010): *Compartiendo* (boletín bimestral), Año XXXII, Nº 145, marzo-abril 2010, Avilés, O.S.G. AA España.
- Pavlov, I. P.** (1927): *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*, Oxford, Oxford University Press.
- Pascual, C.** (2003): *Evolución de las intervenciones y estrategias sobre drogas*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, “Tratado SET de Alcoholismo”. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Pinker, S.**, (2002) 2003: *La tabla rasa*, Barcelona, Paidós.

- Polanyi, K.**, (1944) 2007: *La gran transformación*, Buenos Aires, FCE.
- Ponce, G. et al.** (2003): *Aspectos médicos de la evaluación de la dependencia alcohólica. Indicadores clínicos y medidas fisiológicas*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Prat, J.**, (1997): *El estigma del extraño*, Barcelona, Ariel.
- Priti Arun et al.**, (2010): *Attitudes Towards Alcoholism and Drug Taking: A Survey of Rural and Slum Areas of Chandigarh, India*, en International Journal of Culture and Mental Health, Vol. 3, Issue 2, pp. 126-136, UK, Taylor & Francis Group on line.
- Ramírez Goicoechea, E.**, (1984): *Cuadrillas en el País Vasco: identidad local y revitalización étnica*, en Revista Española de Investigaciones Sociológicas, No. 25, enero-marzo 1984. pp. 213-220, Madrid, CIS.
- Reverol, C.**, (2011): *Padecimientos y Tratamientos en torno al alcohol: Representaciones y Prácticas*. Tarragona. Tesis Doctoral en Antropología Social y Cultural. URV.
- Romaní, O., (coord.)** (1993): *Alcohol, sociedad y cultura*, en JANO, Vol. XLIV, nº 1034.
- (1999) 2004: *Las drogas. Sueños y razones*, Barcelona, Ariel.
 - **(coord.)** (2010): *Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles?*, Barcelona, Ediciones Bellaterra (Serie General Universitaria 107).
 - (2011) *La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos sujetos y sustancias* en **Haro, J.A.** (ed.), El Planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances, Buenos Aires, Editorial Lugar-El Colegio de Sonora.
- San, L., Arránz, B.**, (2003): *Tratamiento de la dependencia de alcohol. Técnicas farmacológicamente apoyadas*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.

- Sánchez, L. et al.**, (2003): *Epidemiología del alcoholismo: prevalencia y patrones de consumo*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Sistema Nacional de Salud**, (2012): *Informe anual del SNS 2011*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Secades, R. y Fernández, J.R.** (2003): *Modelos de adicción*, en **G^a Usieto, E. et al. (coord.)**, "Tratado SET de Alcoholismo". Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Serrano, J. et al.**, (2009): *Alcohol y género. Adaptación del tratamiento de alcoholismo para mujeres*, Salamanca, XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol.
- Steinglass, P.**, (1987) 1989: *La familia alcohólica*, Barcelona, Gedisa.
- Turner, V.**, (1969) 1988: *El Proceso Ritual*, Madrid, Taurus.
- (1993): *Pasos, márgenes y pobreza: símbolos religiosos de la "communitas"*, en (**Bohannon, P. y Glazer, M.**) Antropología. Lecturas, Madrid, Editorial McGraw-Hill.
- Van Gennep, A.**, (1909) 2008: *Los ritos de paso*, Madrid, Alianza.
- Velasco, H. y Díaz de Rada, Á.**, (1997): *La Lógica de la Investigación Etnográfica*, Madrid, Trotta.
- Wallace, J.**, (1990): *El alcoholismo como enfermedad*, México D.F., Editorial Trillas.

OTRAS FUENTES DOCUMENTALES RELACIONADAS

Obras y reseñas literarias

- Barral, C.**, (1975): *Años de penitencia*, (1978): *Los años sin excusa*, (1988): *Cuando las horas veloces* (Tríptico que conforma las memorias del autor), Barcelona, Península.
- Bukovski, Ch.**, (1999): *Shakespeare nunca lo hizo*, Anagrama, Barcelona.

- Burroughs, A.**, (2003) 2008: *En el dique seco*, Barcelona, Anagrama.
- Dalevèze, J.**, (1971): *Modigliani. Figures*, Lausanne, International Art Book.
- Halpert, S.**, (1995): *Raymond Carver, an Oral Biography*, Iowa, University of Iowa Press.
- Houellebecq, M., Lévy, Bernard-H.**, (2008) 2010: *Enemigos Públicos*, Barcelona, Anagrama.
- Lowry, M.**, (1981): *Bajo el volcán*, Barcelona, Bruguera.
- Marías, J.**, (2013): *Villanía Léxica*, en El País Semanal, nº 1.900, p. 74.

Filmografía

- Chavarri, J.**, (1976): *El Desencanto*.
- Edwards, B.**, (1962): *Días de vino y rosas*.
- Figgis, M.**, (1995): *Leaving Las Vegas*.
- Franco, R.**, (1994): *Después de tantos años*.
- Harrison, J. K.** (2010): *Cuando el amor no es suficiente*³¹⁶
- Payne, A.**, (2004): *Entre copas*.
- Zinnemann, F.**, (1957): *Un sombrero lleno de lluvia*.

Músicas

(para mayor rapidez en la escucha se recomiendo sintonizar directamente "youtube" y pegar en su buscador las cifras/letras que se escriben detrás del signo =)

- **Arrieta, E.**, (1855-1871): www.youtube.com/watch?v=yg_ukOUHf5g
Marina (brindis en la voz de Alfredo Kraus)
- **Verdi, G.**, (1853-1880): www.youtube.com/watch?v=XRkA8e50asg
La Traviata (brindis en la voz de Josep Carreras)

³¹⁶ Visión "emic" de la constitución de Al-Anon por parte de la esposa de Bill Wilson, cofundador de AA.

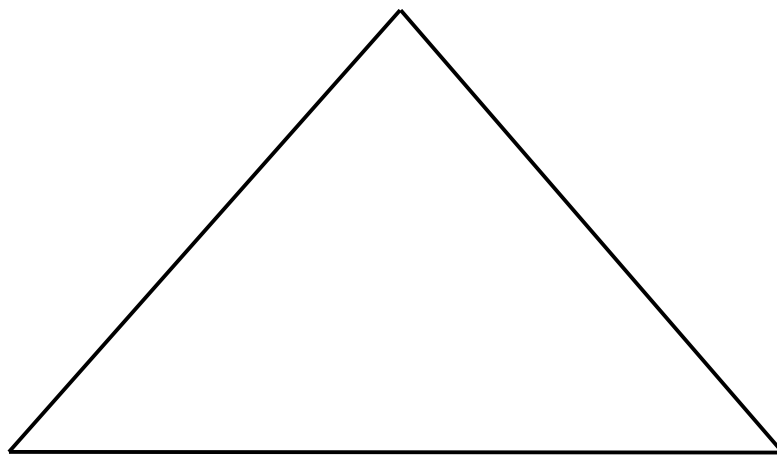
- **Strauss, J.**, (1869): *Vino, mujeres y canto* (vals) www.youtube.com/watch?v=v4RP-jKko2U
- **Olléndez, T.** (1975); *Cucurrucucú Paloma* (voz: Lola Beltrán) www.youtube.com/watch?v=Pc9y7jIN8Cc
- **Carusso, J.** (1927): *La última copa* (letra y voz: Carlos Gardel) www.youtube.com/watch?v=PcjE7vfzh7g

ANEXOS



ESQUEMA DEL PARADIGMA DE ZINBERG

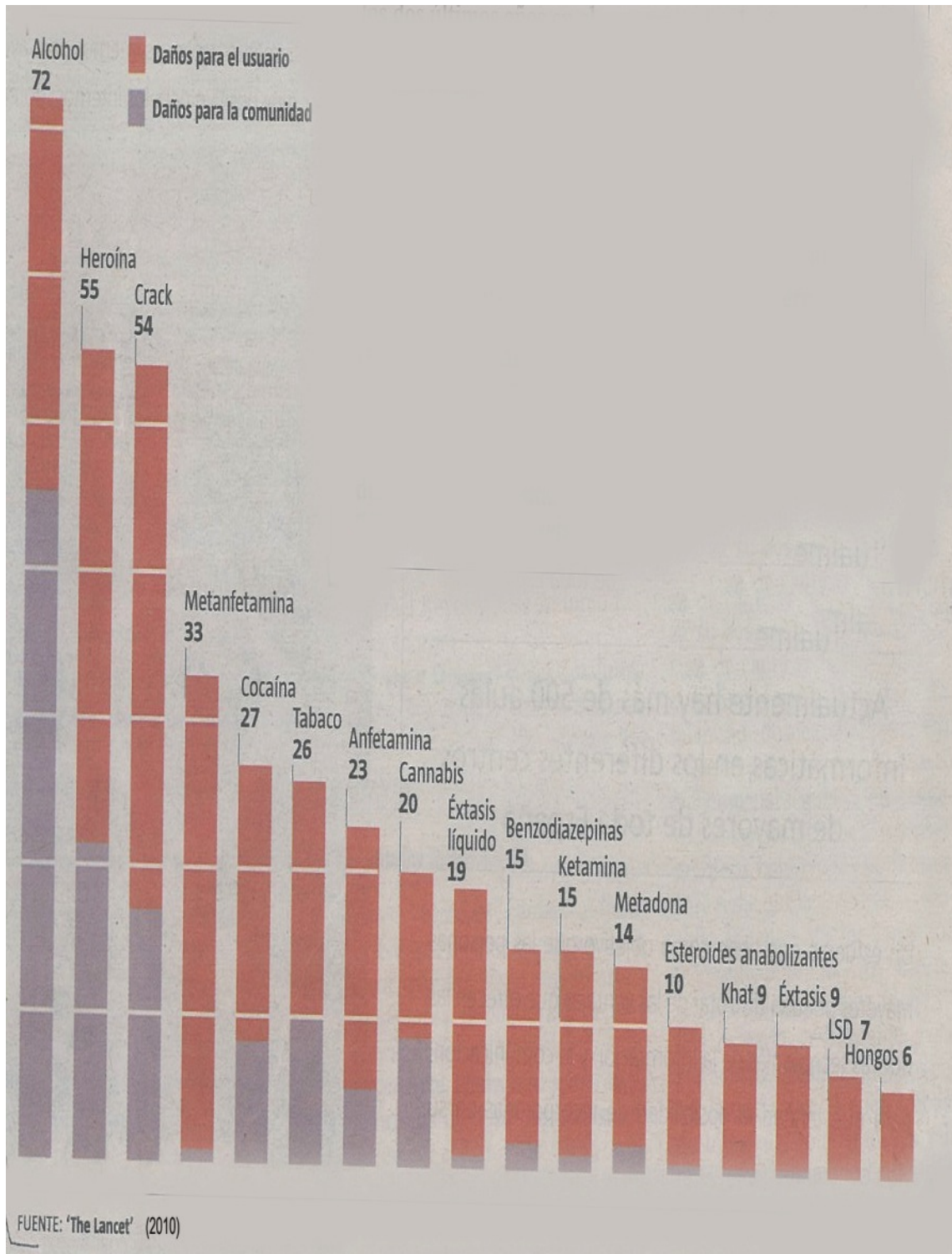
SUJETO



SUSTANCIA

CONTEXTO

III



Centro de prensa OMS

[Centro de prensa](#)

[Noticias](#)

[Eventos](#)

[Notas descriptivas](#)

[Multimedia](#)

[Contactos](#)

Alcohol

Nota descriptiva N°349

Febrero de 2011

Datos y cifras

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año.

Unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario.

El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa.

El consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral.

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Para empezar, causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros de trabajo, familiares, amigos e incluso extraños. En otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad.

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia, así como otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. El consumo nocivo también está relacionado con varias enfermedades infecciosas como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, lo que se debe por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro lado a que la embriaguez trastorna la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovíricos.

Una proporción considerable de la fracción de la carga de morbilidad atribuible a la ingestión nociva de bebidas alcohólicas está ligada a los traumatismos involuntarios e intencionales, en particular los causados por los accidentes de tránsito, los actos de violencia y los suicidios. Los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a producirse en los grupos etarios relativamente más jóvenes.

¿Quiénes están en riesgo de consumo nocivo de alcohol?

La edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor determinan los distintos grados de riesgo. También entran en juego el grado de exposición a las bebidas alcohólicas y las circunstancias y el contexto en que se produce la ingestión. Así, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y discapacidad; en el Pacífico Occidental y las Américas ocupa el primer lugar, y en Europa, el segundo. Además, unos 320 000 jóvenes entre los 15 y los 29 años de edad mueren de causas relacionadas con el alcohol, lo que representan un 9% de la mortalidad en este grupo etario. En las embarazadas, el consumo de alcohol puede provocar un síndrome alcohólico fetal y complicaciones relacionadas con el parto prematuro, que perjudican a la salud y el desarrollo de los neonatos.

V

CIRROSIS HEPATICA, MUERTES TOTALES (en miles) Y TASA POR 100,000 HABITANTES, 2008

RANK	PAIS	POBL. Hab.	0-14 años	15-59 años	60+ años	TOTAL	TASA 100 M
1	Republic of Moldova	4,324,450	0.000	1.719	1.802	3.521	81.41
2	Ukraine	45,994,287	0.018	17.460	6.245	23.723	51.58
3	Hungary	10,020,481	0.002	2.672	2.196	4.870	48.60
4	Romania	22,060,808	0.000	4.570	5.656	10.226	46.35
5	Kyrgyzstan	5,356,869	0.005	1.550	0.829	2.384	44.51
6	Armenia	2,968,586	0.000	0.328	0.829	1.158	39.01
7	Thailand	65,531,043	0.038	14.048	11.435	25.522	38.95
8	Lithuania	3,565,205	0.000	0.968	0.411	1.379	38.67
9	Egypt	77,266,685	0.087	11.208	15.354	26.649	34.49
10	Turkmenistan	4,829,332	0.014	1.041	0.535	1.591	32.94
11	Kazakhstan	15,340,533	0.018	3.568	1.461	5.048	32.90
12	Slovenia	2,007,711	0.000	0.285	0.344	0.629	31.35
13	Russian Federation	140,702,094	0.032	28.022	15.301	43.355	30.81
14	Bolivia	9,601,257	0.017	0.991	1.794	2.801	29.17
15	Estonia	1,307,605	0.000	0.235	0.138	0.373	28.53
16	Georgia	4,630,841	0.000	0.504	0.806	1.311	28.30
17	Slovakia	5,455,407	0.003	0.977	0.533	1.513	27.73
18	Belarus	9,685,768	0.001	1.539	0.986	2.526	26.08
19	Mexico	109,955,400	0.023	14.441	13.860	28.324	25.76
20	Guyana	758,059	0.000	0.130	0.061	0.191	25.24
24	Cuba	4,491,543	0.001	0.465	0.604	1.070	23.83
35	Chile	16,454,143	0.002	1.409	1.646	3.058	18.58
37	Nicaragua	5,475,502	0.000	0.639	0.338	0.977	17.85
38	Guatemala	13,002,206	0.018	1.075	0.845	1.937	14.90
52	Honduras	7,675,849	0.006	0.565	0.520	1.092	14.22
63	Ecuador	14,354,469	0.011	0.687	1.051	1.749	12.18
65	El Salvador	6,006,449	0.001	0.302	0.407	0.710	11.83
67	Brazil	196,342,587	0.037	15.089	7.605	22.731	11.58
80	United States of America	304,374,846	0.009	16.001	14.017	30.027	9.87

Fuentes:

World Health Organization, Department of Measurement and Health Information, April 2011.

WHO, Causes of death 2008: data sources and methods

U.S. Census Bureau, Population Division, International Data Base, 2008

VI (i)

CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ADULTOS DE 15 O MÁS AÑOS

(X = litros de alcohol puro por persona y año). Datos referidos a 2008.

	<u>X</u>		<u>X</u>		<u>X</u>
Afganistán	<0,1	Costa Rica	5,8	Iraq	0,5
Albania	7,3	Côte d'Ivoire	6,5	Irlanda	14,9
Alemania	12,1	Croacia	15,0	Islandia	7,4
Andorra	10,2	Cuba	5,1	Islas Cook	3,2
Angola	5,6	Dinamarca	12,0	Islas Marshall	--
Antigua y B.	8,2	Djibouti	1,9	Islas Salomón	1,4
Arabia Saudita	0,3	Dominica	8,7	Israel	2,5
Argelia	0,7	Ecuador	9,4	Italia	9,7
Argentina	9,4	Egipto	0,3	Jamaica	5,2
Armenia	13,7	El Salvador	4,0	Japón	7,8
Australia	10,2	Emiratos A.U.	0,5	Jordania	0,7
Austria	12,4	Eritrea	1,6	Kazajstán	11,1
Azerbaiyán	13,3	Eslovaquia	13,3	Kenya	3,9
Bahamas	8,7	Eslovenia	14,9	Kirguistán	4,7
Bahrein	4,2	España	11,8	Kuwait	0,1
Bangladesh	0,2	E.U.A.	9,7	Lesotho	5,6
Barbados	6,4	Estonia	17,2	Letonia	13,5
Bélgica	10,4	Etiopía	4,1	Libano	2,3
Belice	5,9	Ex. R. Macedonia	8,9	Liberia	5,1
Benín	2,1	Federación Rusa	16,2	Libia	0,1
Bielorusia	18,9	Fiji	2,8	Lituania	16,3
Bhután	0,5	Filipinas	6,1	Luxemburgo	12,8
Bolivia	5,8	Finlandia	13,1	Madagascar	1,3
Bosnia-Herzeg.	9,6	Francia	12,5	Malasia	0,9
Botswana	7,0	Gabón	9,5	Malawi	1,4
Brasil	10,1	Gambia	3,6	Maldivas	--
Brunei	1,9	Georgia	6,7	Mali	1,0
Bulgaria	11,4	Ghana	3,1	Malta	4,1
Burkina Faso	7,3	Granada	10,7	Marruecos	1,2
Burundi	9,7	Grecia	11,0	Mauricio	3,5
Cabo Verde	5,0	Guatemala	7,1	Mauritania	0,1
Camboya	4,7	Guinea	0,8	México	8,6
Camerún	7,9	Guinea-Bissau	3,9	Micronesia	5,3
Canadá	10,2	Guinea Ecuatorial	6,1	Mónaco	--
Chad	4,4	Guyana	8,7	Mongolia	3,4
Chile	8,8	Haití	5,9	Montenegro	--
China	5,6	Honduras	4,4	Mozambique	2,3
Chipre	8,8	Hungría	16,1	Namibia	11,5
Colombia	6,6	India	2,7	Nauru	4,8
Comoras	0,3	Indonesia	0,6	Nepal	2,4
Congo	4,5	Irán	1,0	Nicaragua	5,2

VI (ii)

Níger	0,3	Rep. dominicana	6,3	Suriname	6,6
Nigeria	12,7	R.P.D. de Corea	4,3	Swazilandia	5,1
Noruega	8,4	R.U. de Tanzania	7,9	Tailandia	7,1
Nueva Zelanda	10,0	Rumanía	16,2	Tayikistán	3,4
Omán	0,9	Rwanda	10,0	Timor	0,7
Países Bajos	9,8	Saint Kitts y Novis	10,6	Togo	1,9
Pakistán	<0,1	Samoa	4,5	Tonga	3,9
Panamá	7,3	San Marino	--	Trinidad y Tobago	6,2
Papúa N.Guinea	3,6	Santa Lucía	12,1	Túnez	1,1
Paraguay	7,9	Santo Tomé y Pr.	8,5	Turkmenistán	5,0
Perú	6,5	S. Vicente y las G.	5,0	Turquía	3,0
Polonia	14,4	Senegal	0,5	Tuvalu	2,1
Portugal	13,9	Serbia	12,2	Ucrania	17,5
Qatar	1,3	Seychelles	12,1	Uganda	16,4
Reino Unido	13,2	Sierra Leona	0,5	Uruguay	9,0
R.Árabe Siria	1,5	Singapur	1,5	Uzbequistán	3,6
Rep.Centroafricana	3,2	Somalia	0,5	Vanuatu	1,0
Rep. Checa	16,5	Sri Lanka	0,8	Venezuela	7,6
Rep. de Corea	14,8	Sudáfrica	10,2	Viet Nam	3,9
R.D. del Congo	3,4	Sudán	2,6	Yemen	0,2
R.D.P. Laos	7,0	Suecia	10,0	Zambia	3,6
Rep. de Moldova	23,0	Suiza	11,4	Zimbabwe	5,0

Fuente: OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012: págs.111, 113, 115 y 117.

VII (i)

Els trets de personalitat d'un xiquet de 12 anys permeten predir la predisposició a un consum abusiu d'alcohol en anys posteriors segons demostren els estudis desenvolupats per investigadors del Grup de Personalitat i Psicopatologia de la Universitat Jaume I. Es tracta d'un avanç que permetrà desenvolupar programes i campanyes de prevenció més efectius en poder tenir en compte les característiques psicològiques de les persones més vulnerables. Les persones més extravertides, buscadores de sensacions, impulsives i amb una baixa responsabilitat (personalitat desinhibida) es troben més exposades a un consum abusiu d'alcohol, sempre depenent d'altres variables com la combinació amb altres trets de la personalitat o el context social.

El catedràtic de Psicologia de la Personalitat, Generós Ortet destaca que "aquests trets de personalitat en si no són bons o roïns, tot depèn de les combinacions, però conèixer aquestes variables ens permet preveure molts àmbits diferents". "Si podem detectar els patrons de la forma de ser abans que aparega el problema, el consum, podem fer campanyes de prevenció dirigides a aquestes persones en situacions de major risc", ressalta. Per a arribar a conèixer aquests patrons, el grup d'investigació que coordina ha desenvolupat diversos estudis finançats per Bancaixa, el Ministeri de Ciència i Innovació i el Pla Nacional sobre Drogues.

En 2003 els investigadors de l'UJI van posar en marxa un estudi longitudinal prospectiu amb una mostra d'al voltant de 500 adolescents de 1r de la ESO. "Atés que els trets de personalitat estan presents des de la infància, allò que fem és estudiar aquestes característiques als 12 anys, quan ja es té suficient capacitat per a contestar els qüestionaris de personalitat i el consum d'alcohol és encara molt minoritari". Els diferents informes realitzats a Espanya situen l'inici del consum d'alcohol entre els 13 i 14 anys, sent el factor principal desencadenant la influència dels amics. El grup va mantenir l'estudi sobre les variables psicològiques i socials i d'aquests mateixos adolescents durant quatre anys, detectant que "a partir de la personalitat i altres variables psicològiques i socials als 12 anys podem predir de manera significativa el consum d'alcohol als 16".

Aquests resultats han sigut corroborats per un altre estudi transversal, realitzat amb universitaris, i dos projectes transculturals amb Escòcia i Canadà. La línia d'investigació més innovadora s'obri amb l'estudi de les variables genètiques, explica Ortet, en la qual els investigadors de l'UJI col·laboren amb biòlegs de la

VII (ii)

Universitat de Barcelona. En l'esmentat estudi transversal amb uns 500 universitaris es van incloure variables tant de personalitat i altres variables psicològiques i socials, com biològiques. "Sabem que la personalitat té una component hereditari, la influència genètica sobre la nostra forma de ser és d'al voltant del 50%", assenyala Ortet. De les investigacions desenvolupades es desprèn que hi ha gens que es troben relacionats tant amb l'alcoholisme com amb les característiques de personalitat que van associades al consum d'alcohol, per exemple, gens lligats a la transmissió de dopamina que s'associen a una major probabilitat de ser buscador de sensacions (personalitat desinhibida) i també a patir certs tipus de trastorns per l'alcohol". Així, el nexa entre la personalitat i el consum d'alcohol té també un fonament biològic, no sols a través de variables ambientals i d'aprenentatge.

En aquest camp, el grup d'investigació està treballant en estudis d'interacció entre els marcadors genètics i l'ambient, seguint les últimes tendències d'investigació a nivell internacional. Els investigadors Manuel Ignacio Ibáñez i Jorge Moya expliquen que les persones amb marcadors genètics associats al consum d'alcohol tendeixen, en condicions normals, a consumir un poc més que les que no ho tenen. No obstant això, en l'adolescència l'ambient, el consum dels amics, és més important que la genètica. Però si s'uneixen ambdues, genètica i consum d'iguals, el consum propi es dispara exponencialment, segons els estudis realitzats a l'UJI.

Tendència al model de consum anglosaxó

El Grup de Personalitat i Psicopatologia de l'UJI ha complementat aquests estudis amb dos projectes transculturals. En el primer d'ells va comparar el consum i la personalitat d'adolescents escocesos i espanyols. "Les característiques de personalitat com la baixa

responsabilitat, la recerca de sensacions i la impulsivitat (desinhibició) es relacionen en ambdós casos amb el consum d'alcohol, però sempre molt lligades al consum d'amics. No obstant això, es tracta de trets que solen portar a tenir un grup d'amics amb expectatives semblants d'animació i recerca de sensacions i açò en el nostre context cultural apareix lligat a alcohol", explica Ortet. Quant a nivells de consum, els adolescents escocesos bevien quasi el doble.

VII (iii)

Per la seua banda, Laura Mezquita va realitzar el passat estiu una estada a Canadà per a dur a terme una comparativa entre una mostra de més d'1.000 universitaris espanyols i 600 canadencs. La investigació va evidenciar que el consum a Espanya està canviant. "Ja no estem en el patró mediterrani associat al consum moderat durant la setmana sinó que el patró sembla que s'aproximemés a l'anglosaxó de beure amb menys freqüència però en quantitats molt elevades, es tendeix a la 'fartada' en cap de setmana". L'estudi va revelar que els espanyols beuen en menor freqüència però més quantitat que els canadencs. Quant als trets de personalitat, analitzats en el cas dels universitaris espanyols, es va evidenciar que es mantenen els mateixos trets associats al consum d'alcohol.

Els estudis longitudinals sobre personalitat i consum d'alcohol desenvolupats a l'UJI són dels pocs realitzats sobre aquesta matèria a Espanya i les anàlisis d'interacció entre genètica i ambient són estudis punters al seu camp. Des del grup d'investigació destaquen la importància de tenir en compte aquestes variable per a poder desenvolupar campanyes de prevenció realment efectives. Aquestes campanyes han de dissenyar-se per a desanimar als joves a realitzar un consum excessiu d'alcohol, però cercant alternatives sanes, encara que estimulants, de passar-se'l bé amb els amics els caps de setmana. En definitiva, opcions atractives per a les persones precisament més buscadores de sensacions (desinhibides) i, per tant, més vulnerables al consum d'alcohol i altres drogues.

Fuente: UJI

VIII

ESQUEMA ENTREVISTA PERSONAL

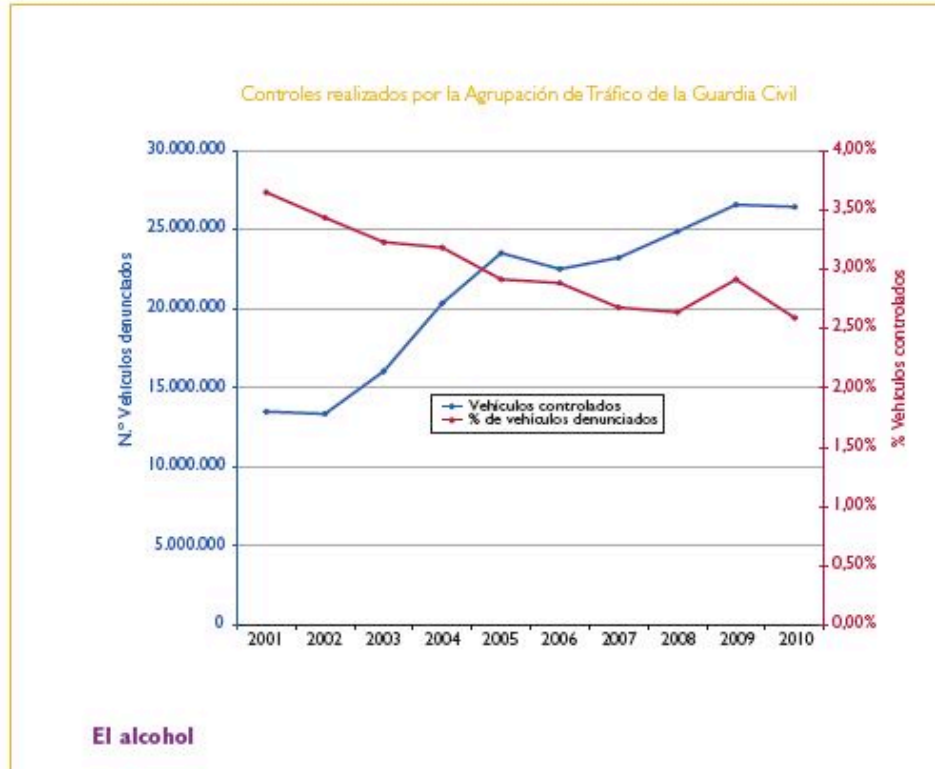
I - PARTE ABIERTA (Inicio)

Datos personales e historia de vida, con especial énfasis en el primer contacto con la bebida, su consumo progresivo y posterior deshabitación hasta el momento actual. Pueden intercalarse aspectos de la vida privada, especialmente si guardan relación con el alcohol.

II - PREGUNTAS ADICIONALES (Si no han aparecido las respuestas en I)

- ¿Cómo fue tu niñez?
- Antecedentes familiares sobre adicciones.
- Relación con la familia (infancia, adolescencia, edad adulta).
- ¿Cómo y cuándo empezaste a beber?
- ¿Pq te parece que bebías?
- ¿Cuándo y pq pasaste a un consumo progresivo?
- ¿Cuáles eran las características de tu forma de adicción?
- ¿Cuándo te haces consciente del problema y pq?
- ¿Qué influencia notaste sobre tu personalidad?
- Tiempo de consumo de riesgo hasta iniciar la recuperación.
- ¿Conoció tu familia/pareja más cercana el problema que tenías?
- ¿Cómo lo juzgaron?
- ¿Influyó el alcohol en tus relaciones sentimentales?
- ¿Dónde encuentras apoyos?
- ¿Dónde encuentras críticas?
- ¿Qué otros problemas te ha traído el alcohol? (de cualquier tipo).
- A consecuencia de la abstinencia: ¿has experimentado cambios de carácter/personalidad?
- ¿En tu estado de forma física general?
- ¿Cómo te encuentras y qué opinas del tratamiento en el CAS/AA? (aspectos positivos y/o negativos).
- Antes o después del CAS/AA, ¿has entrado en contacto con otras instituciones que tratan las adicciones y cuáles fueron/son? En caso afirmativo ¿qué opinión te merecen?

IX (i)



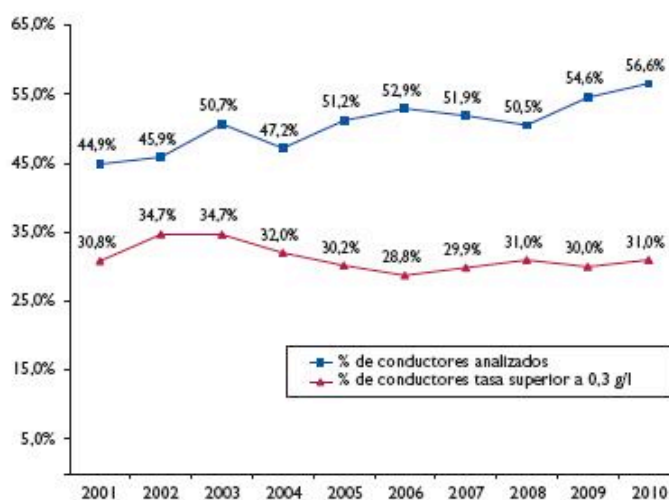
El alcohol

En el año 2010, se realizaron análisis toxicológicos a 855 conductores fallecidos en accidente de circulación, presentando 265 una tasa superior a 0,3 g/l, es decir el 31,0%. De entre los 265 conductores fallecidos con resultado positivo a alcohol, 60 resultaron positivos a drogas y/o medicamentos. Con respecto al resto de análisis toxicológicos podemos señalar que, según fuentes del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, en el 18,47% de los conductores analizados el resultado del test toxicológico fue positivo a drogas.

En el periodo 2001-2010 el porcentaje de conductores analizados sobre el total de fallecidos ha pasado del 44,9% en 2001 al 56,6% en 2010. El porcentaje de conductores cuya tasa de alcohol era superior a 0,3 g/l ha sufrido variaciones entre 2001 y 2010 que pueden observarse en los datos del siguiente gráfico, donde se muestra un incremento entre 2001 y 2003, seguido de un descenso entre 2003 y 2006; un repunte de un punto porcentual en 2009 (30%), siendo el porcentaje de conductores fallecidos en 2010 del 31%.

IX (ii)

Conductores fallecidos a los que se les ha realizado análisis toxicológico



Entre 2001 y 2010, se han realizado cerca de tres millones más de pruebas preventivas de alcoholemia, reduciéndose a la mitad la tasa de positivos. En el año 2001, la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil realizó 1.602.648 pruebas preventivas resultando positivas el 5%; en 2010 el número de pruebas preventivas realizadas ha sido de 4.550.000, resultando positivas el 1,8%. En cuanto a las pruebas de alcoholemia realizadas en 2010 a causa de un accidente, fueron positivas el 5,5% y el porcentaje de positivas por comisión de alguna infracción ha sido del 1,1%.

Controles realizados por la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil

N.B.: "... considerando víctima mortal aquella que fallece dentro de los 30 días siguientes al accidente".

Fuente: *Las principales cifras de siniestralidad vial*. España 2010. Madrid. DGT-Ministerio del Interior.

X

AA - LOS DOCE PASOS

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 Superior 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 otros.
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 practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Fuente: O.S.G. AA España

XI

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.

Fuente: O.S.G. AA España

XII

PROF. DR. C. G. JUNG

KÜSNACHT-ZÜRICH
SEESTRASSE 22B

January 30, 1961

Mr. William G. Wilson
Alcoholics Anonymous
Box 459 Grand Central Station
New York 17, N.Y.
=====

Dear Mr. Wilson,

your letter has been very welcome indeed.

I had no news from Roland H. anymore and often wondered what has been his fate. Our conversation which he has adequately reported to you had an aspect of which he did not know. The reason ~~was~~, that I could not tell him everything, ~~was that~~ those days I had to be exceedingly careful of what I said. I had found out that I was misunderstood in every possible way. Thus I was very careful when I talked to Roland H. But what I really thought about, was the result of many experiences with men of his kind.

His craving for alcohol was the equivalent on a low level of the spiritual thirst of our being for wholeness, expressed in mediaeval language: the union with God.¹⁾

How could one formulate such an insight in a language that is not misunderstood in our days?

The only right and legitimate way to such an experience is, that it happens to you in reality and it can only happen to you when you walk on a path, which leads you to higher understanding. You might be led to that goal by an act of grace or through a personal and honest contact with friends, or through a higher education of the mind beyond the confines of mere rationalism. I see from your letter that Roland H. has chosen the second way, which was, under the circumstances, obviously the best one.

I am strongly convinced that the evil principle prevailing in this world, leads the unrecognized spiritual need into perdition, if it is not counteracted either by a real religious insight or by the protective wall of human community. An ordinary man, not protected by an action from above and isolated in society cannot resist the power of evil, which is called very aptly the Devil. But the use of such words arouse so many mistakes that one can only keep aloof from them as much as possible.

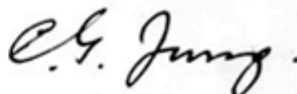
These are the reasons why I could not give a full and sufficient explanation to Roland H. but I am risking it with you, because I conclude from your very decent and honest letter, that you have acquired a point of view above the misleading platitudes, one usually hears about alcoholism.

You see, Alcohol in Latin is "spiritus" and you use the same word for the highest religious experience as well as for the most depraving poison. The helpful formula therefore is: spiritus contra spiritum.

Thanking you again for your kind letter

I remain

yours sincerely



¹⁾ "As the hart panteth after the water brooks, so panteth my soul after thee, O God." (Psalm 42,1)

XIII

ALCOHOL I PERSONALITAT

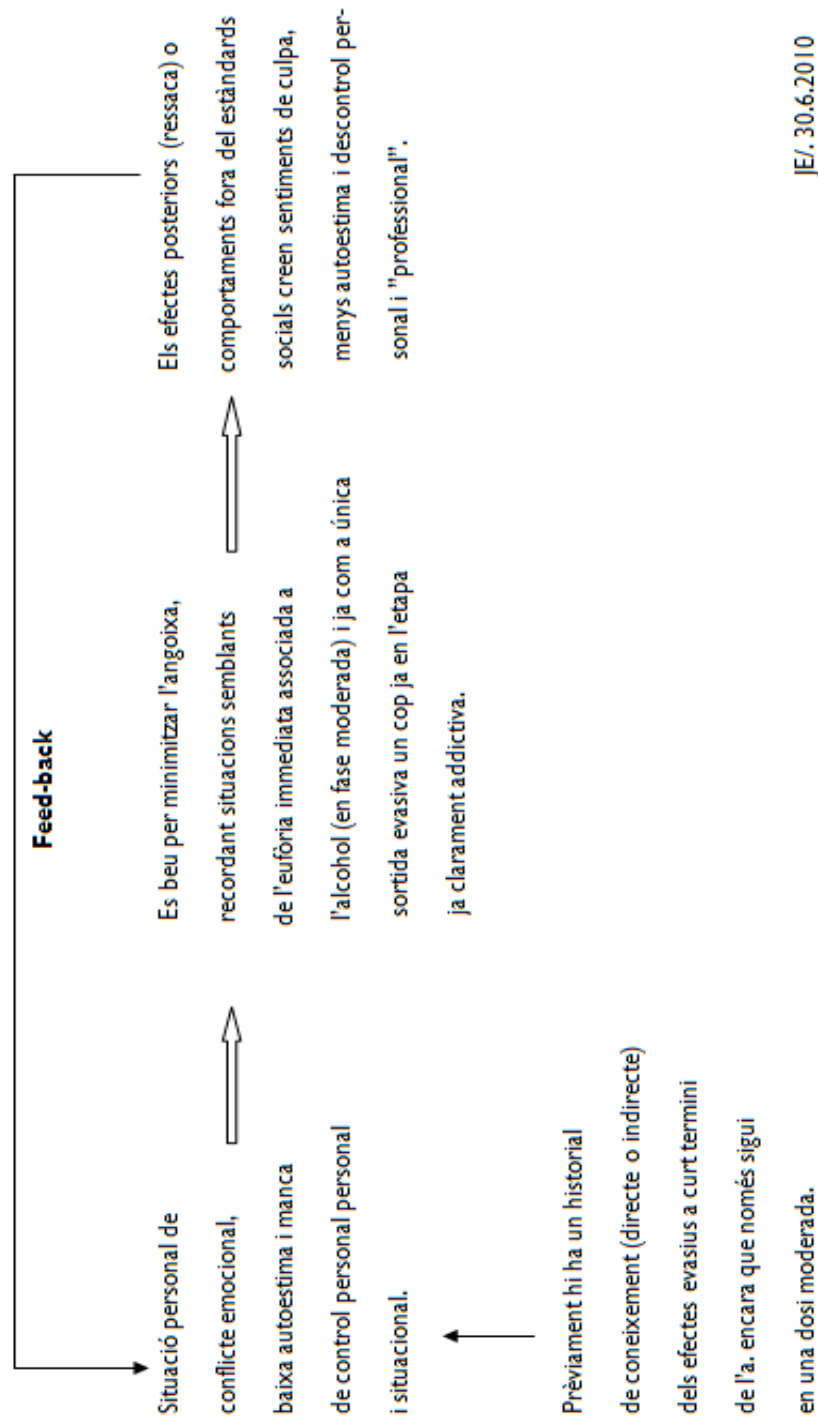
<p>Període pre-alcohòlic</p>	<p>Descric els trets de la meva personalitat, fins els 30-35 anys:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Tímid però ...✓ Arrogant.✓ Només era cert el que ho era per a mi (dogmàtic)✓ Intolerant amb els que pensaven diferent de mi.✓ Sensació de que la vida estava plena d'obstacles que no hi haurien d'estar, ja que✓ No acceptava no poder aconseguir el que volia✓ Frustracions generals i també✓ sexuals, per no haver tingut les experiències de jove que em constaven dels meus amics.✓ Discussions domèstiques.✓ Individualisme (poques consideracions ètiques).✓ Sentit malaltís de l'ordre o organització (cada cosa al seu lloc i un lloc per a cada cosa), tant en l'apartat material com immaterial.✓ Sensació de trobar-me sol amb les coses que m'interessaven (no tenia cap amiatat amb qui compartir aspectes intel·lectuals, etc.)
<p>Període actiu</p>	<p>S'agreugen bona part dels trets de l'apartat anterior:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Males relacions laborals (tant horitzontals com verticals).✓ Discussions domèstiques més freqüents.✓ Sensació d'haver errat en les meves tries en aspectes vitals (feina, matrimoni, ...)✓ Tendència creixent a culpabilitzar els altres de les pròpies errades.✓ Actitud crispada en general.✓ Sensació de paràlisi vital. (Em desfogava pensant: "ha de passar alguna cosa que em tregui d'aquesta basarda ...")✓ Rebel amb les persones que estaven per sobre meu: incapacitat per assumir que estàs sota un determinat "control" o "responsabilitat" (feina, família, societat ...)✓ El control el volia exercit jo mateix.✓ Explosió sexual✓ ... no acceptació de la "vulgaritat" de la meva dona.
<p>Període de rehabilitació</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Serenitat creixent.✓ Mirada més tolerant cap els altres.✓ Disminució de la crispació i de les discussions.✓ Acceptació paulatina de les pròpies limitacions✓ ... físiques, intel·lectuals, ... i del pas del temps.✓ És manté el sentit de l'ordre i la necessitat de tenir la vida controlada, altrament ...✓ ... la meva tendència natural seria deixar-me anar (potser més que ordre o control m'obliga a fer el que s'ha de fer i no deixar-me anar pel ... "ja ho farem en un altre moment", sobretot per les coses que costen, p.e. la constància de nedar 3 cops per setmana).

XIV

QUÈ HE APRÈS (Nov. 2009 – Feb. 2011)

- **EL VALOR DEL COMPROMÍS AMB D'ALTRES PERSONES.**
- **LA INFLUÈNCIA DEL PROPI TARANNÀ EN LES ADDICCIONS**
(p.e.: la compulsivitat)
- **EL VALOR DE LA VOLUNTAT PRÒPIA.**
- **LA NECESSITAT D'UN CANVI DE CERTS PATRONS DE VIDA.**
- **LES PRECAUCIONS INICIALS** (absència de begudes a casa, evitar anar a festes on es beurà abundantment, evitar restaurants, bars, llocs d'esbarjo, ...)
- **EVITAR O LIMITAR CERTES RELACIONS PERSONALS I SORTIR DE LES XARXES ADDICTIVES.**
- **VENINT D'HAYER ABANDONAT ALTRES ADDICCIONS, REFERIR ELS MOMENTS DE FEBLESA AL JA CONEGUT EN AQUESTS ALTRES CASOS.**
- **PENSAR QUE L'INICI ÉS EL PERIODE MÉS PROBLEMÀTIC I QUE DESPRÉS D'UN DESIG MOMENTANI ARRIBA SEMPRE L'OBLIT D'AQUEST DESIG** (només cal deixar passar uns instants sense pensar-hi)
- **CANVIAR EL CARÀCTER, PQ LA MANCA DE SUBSTÀNCIA TAMBÉ EL CANVIA.**
- **LA FORTA INTERACCIÓ PERSONA-CONTEXT. AMBDÓS S'HAN DE MODIFICAR I ALHORA L'ABSTINÈNCIA TAMBÉ ELS MODIFICA >>> ASSOCIACIONS!!!**

ESQUEMA FUNCIONAL DE LES CAUSES INTERNES DE L'ADDICCIÓ



JE/. 30.6.2010

IMÁGENES

A

SESIÓN AA

(En la pared las fotografías regladas de Bob y Bill, de izq. a dcha.)



B

Entrada Local AA



Foto del autor

C

Entrada Local CAS



Foto del autor

D

BAR EN VIENA



Foto del autor

E

RESTAURANTE/BAR EN BARCELONA



Foto del autor

Agradecimientos

Suelen desaconsejarse las menciones personales en el apartado de Agradecimientos. Parece obvio ya que siempre hay olvidos, a veces no menores, y de ello pueden derivarse infelicidades comparativas, suponiendo la lectura de esta última página de la Tesis.

No puedo ni debo proceder así con el Director de esta Tesis Dr. Oriol Romaní, quien ha representado un inestimable punto de apoyo crítico para el desarrollo de esta investigación y una visión pragmática y orientadora a la par que exigente, atendiendo a lo que significaba la particularidad etnográfica de la misma. Mi más profundo agradecimiento.

Serán varios colectivos a los que mostraré mi agradecimiento, que haré extensivo a los responsables de las Instituciones. Empezaré por el CAS Horta-Guinardó que me ha descubierto un magnífico conjunto de profesionales y colegas de los que he recibido todo el apoyo de su experiencia y de sus vivencias, a veces muy dramáticas. Corresponde este mismo agradecimiento al CAS Reus y a los profesionales del mismo que han facilitado mi corta labor investigadora en dicho Centro.

Los anónimos participantes en los grupos de AA han dado voz a su anonimato y a sus vivencias, en ocasiones arduamente dramáticas. El contrapunto que ha formado dicha experiencia con la descrita en el párrafo anterior, ha permitido poner en valor ambos modelos de abordar la dependencia del alcohol y las formas de combatirla.

Durante tres años he seguido en la URV el Máster de Antropología Médica y el programa de Doctorado en Antropología Social. Debo agradecer muy vivamente la ayuda y la colaboración que he recibido de sus docentes, tanto en el ámbito de la adquisición de conocimientos como durante el desarrollo de mi investigación y también de mis colegas.

La asociación TERAL propició mi encuentro con el CAS H/G. en circunstancias para mí difíciles. Mi reconocimiento por ello es permanente.

Finalmente debo estar muy reconocido a aquellas personas, familiar y sentimentalmente allegadas, así como a las amistades que tengo el privilegio de merecer, por su paciencia a lo largo de tantos meses de escucha activa y estoica de una crónica casi monocorde.