

Tesis de Especialización. Universitat Rovira i Virgili. EASA, AAA, International Conference. Tarragona (Spain), Tarragona, España.

ESTIGMA Y DISCULPA: Caminos complementarios en la Dependencia del Alcohol.

Esteve Blanch, J.

Cita:

Esteve Blanch, J. (2012). *ESTIGMA Y DISCULPA: Caminos complementarios en la Dependencia del Alcohol* (Tesis de Especialización). Universitat Rovira i Virgili. EASA, AAA, International Conference. Tarragona (Spain), Tarragona, España.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jaume.esteve.blanch/2>

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



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>.

ESTIGMA Y DISCULPA (STIGMA AND EXCUSE). Caminos complementarios en la Dependencia del Alcohol.

Autor: JAUME ESTEVE BLANCH, Ph.D. Antropólogo.

Abstract: STIGMA AND EXCUSE. Complementary paths in alcoholic dependency.

Historically, alcoholic dependency has been a complex problem rooted in social, personal and cultural issues. Alcohol-dependent people are also stigmatized from a social point of view, a process that each one of them can come to terms with subjectively. The answer to that situation is linked to a risk of suffering anxiety and marginalisation and could engender self-excuse strategies; those strategies could prevent overcoming such dependency. Fieldwork is based on active observation in Therapy Groups in two biomedical public centres in Catalonia (Spain), along with interviews with alcohol-dependent people, both in prolonged abstinence scenarios and going through a recovery process, and with professionals working in those centres, in order to have a deeper understanding of the therapeutical practices with users undergoing treatment.

Key words: alcohol, dependency, self-excuse, stigma, therapeutic groups.

Resumen: ESTIGMA Y DISCULPA. Caminos complementarios en la dependencia del alcohol.

La dependencia del alcohol ha constituido, históricamente, un problema complejo en cuyo origen se hallan presentes factores sociales, personales y culturales. Las personas que experimentan dicha dependencia, son objeto, asimismo, de un estigma social que puede llegar a asumirse, subjetivamente, a título personal. La respuesta a dicha situación, asociada a riesgos de angustia y marginación, puede originar estrategias de auto-disculpa, con el **riesgo** de que éstas puedan impedir la superación de dicha dependencia. Trabajo de campo basado en observación participante dentro de Grupos Terapéuticos en dos Centros públicos biomédicos situados en Catalunya (España), apoyado con entrevistas a personas dependientes del alcohol, tanto en casos de abstinencia prolongada como en las que encuentran en proceso de recuperación y, asimismo, con profesionales de dichos Centros, profundizando en las prácticas terapéuticas con usuarios en tratamiento.

Palabras clave: alcohol, auto-disculpa, dependencia, estigma, grupos terapéuticos.

INTRODUCCIÓN

El **objetivo del presente trabajo** es verificar si las personas dependientes del alcohol, una vez toman la decisión de suspender su consumo, **a) asumen personalmente el estigma de su drogodependencia, y b) desarrollan estrategias de “desculpabilización”**. El propio título del trabajo ya anticipa lo anteriormente mencionado, **siendo el punto b) el que da sentido y significado** a lo que serán las conclusiones del mismo. A dicho fin hemos realizado un profundo trabajo de campo en el CAS Horta-Guinardó de la ciudad de Barcelona, ubicado en una zona de clase social media-baja.

Más allá del vocablo que proponemos –CDA (Consumidores Dependientes del Alcohol)– avanzamos una definición biomédica del llamado alcoholismo:

“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)¹

Sobre la problematicidad de esta definición, nos gustaría incidir en la mención “... **may be continuous or periodic**”. Los estudios de riesgo² 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 una zona de riesgo para la salud (en el caso femenino este valor se situaría en 40 g), olvidando habitualmente las eventuales influencias del vector tiempo. Este olvido ocasiona una colisión conceptual con una serie de tipologías y patrones de consumo personales, que harán difícil catalogar el “alcoholismo” si se olvidan dichos datos complementarios. En este sentido se dan casos de dependencia sin que, necesariamente, se alcancen niveles de consumo de los considerados de riesgo.

Los patrones identificados durante la investigación, podrían resumirse en: **1)** CDA con consumo regular a altas dosis durante todo el día, **2)** personas que no beben a diario las mismas cantidades³, pero entran en zonas de riesgo personal y social (p.e.: consumo elevado conduciendo vehículos) **3)** consumidores por franjas horarias, que concentran una gran cantidad de sustancia en un corto lapso temporal, **4)** consumidores de fin de semana

¹ En las distintas modalidades de definición en DSM-V, OMS, Asociaciones Psiquiátricas, Manuales específicos, etc. encontramos básicamente los mismos elementos que conforman dicha definición.

² Plasmados en la documentación divulgativa que se halla a disposición de los usuarios en los Centros de Tratamiento, asociaciones tipo Alcohólicos Rehabilitados, etc.

³ Pero que en más de una ocasión incurrir en altos consumos puntuales.

como patrón fijo y **5)** consumidores secuenciales (sin patrón temporal fijo), pero cuya ingesta puede estar por encima de los umbrales mencionados.

Los patrones enunciados están en el origen de las distintas tipologías de los CDA's, algunas de las cuales caben dentro del apartado del consumo social de alcohol y pueden ser prácticas ni regular ni estrictamente dependientes: bebedores grupales, familiares (como hábito frecuente o en fiestas familiares), en celebraciones o eventos sociales.⁴ Con estas reflexiones pretendemos poner de manifiesto la dificultad en categorizar a un CDA en cuanto a sus patrones, cuando dicha categorización se realiza desde una visión externa y descontextualizada. Serán posiblemente los exámenes clínicos y psicológicos, la propia sensibilidad y sintomatología o la del entorno relacional más inmediato a un CDA, que aportarán criterios válidos sobre si existe o no una dependencia, sustantivo que pasamos a matizar.

Por **dependencia**, en este caso referida a sustancias tóxicas, entendemos la necesidad de consumirlas asiduamente según un patrón temporal determinado. Para ello, la posesión de dichas sustancias y, por tanto, su disponibilidad en el momento en que se presenta el deseo de consumo, se convierte en el eje central de las preocupaciones personales. En este punto, y durante los últimos años, se vienen manteniendo posiciones discrepantes entre dos enfoques conceptuales: 1) El consumo dependiente de dicha sustancia significa la modificación de una serie de receptores cerebrales del placer⁵ que siguen latentes en la sobriedad y que se activarían con mínimas ingestas de etanol, reiniciando el consumo compulsivo para situarlo, en un lapso corto de tiempo, en los niveles anteriores a la sobriedad. En esta versión un CDA es un enfermo crónico, entendiendo aquí la cronicidad como el riesgo de cambiar una pauta de sobriedad por otra que impulse de nuevo al consumo.⁶ Las causas de dicho cambio comportamental podrían ser diversas, tanto en el apartado personal como en el contextual. 2) La adicción o dependencia sería reconducible, pudiéndose pasar de una ingesta de riesgo, a otra moderada que no entrañaría riesgo para la salud.⁷

En un estudio longitudinal prospectivo realizado en Catalunya⁸ sobre un colectivo inicial de 850 CDA's en fase abstinente, se observa, al cabo de diez años, la presencia de un 7% de bebedores controlados (se entienden por bebedores controlados los que observan un ingesta de no-riesgo, si bien se carece de verificación analítico-clínica de dichos resultados). Esta realidad no ha sido observada en un ámbito terapéutico alternativo⁹ al CAS mencionado, donde hemos realizado trabajo de campo adicional en dos ocasiones. Los trabajadores de campo del mismo, refieren más bien

⁴ Entramos aquí en el concepto de "**alcoholización de la sociedad**". Ver Menéndez, E.L. 1996.

⁸ Leriche, M. y Méndez M., 2001.

⁶ Sociedad Española de Toxicomanías, 1996

⁷ Añadiremos, para dar un mayor rigor comparativo a esta categoría, que dicho nuevo patrón de consumo reconducido debería poder mantenerse en el largo plazo. Sobre este punto reiteramos lo dicho en la pág. 2 y en Menéndez, E.L., 1996:10.

⁸ Costa et al., 2004.

⁹ CAS(-Reus, situado en las comarcas del sur de Catalunya, anexo a un hospital comarcal.

situaciones que ellos califican de “montaña rusa” –periodos de consumo moderado seguidos de otros con altos consumos– por motivos varios, entre los cuales encontraríamos aspectos económicos o emocionales, tanto euforizantes como depresores. La calificación del alcoholismo como enfermedad crónica absoluta, quedaría en entredicho por estos datos, especialmente por la presencia de sobriedad a largo plazo, que indicaría una cronicidad no necesaria en el tiempo.

La primera acepción es la que comparten la práctica totalidad de profesionales dentro del modelo biomédico así como los modelos “espiritualistas” de tratamiento de la adicción al alcohol (AA¹⁰, Evangelistas, etc.). La segunda, siendo todavía minoritaria en su aceptación, ya que tiene aparentemente un potencial más débil para generar una sobriedad permanente, sí que puede ser una alternativa pragmática dentro de un contexto de “reducción de riesgos y daños”¹¹, modelo terapéutico en el que se acepta que la sobriedad no es fácilmente alcanzable para ciertos CDA’s, y el operativo terapéutico actúa para lograr que no se alcancen niveles de gran riesgo para dichos usuarios, evitando asimismo daños colaterales graves para la sociedad.

En un artículo de finales de 2010¹², *The Lancet* publicó un estudio sobre drogodependencias, en el que se manifestaba que la primera posición global de las diferentes sustancias generadoras de dependencia, especialmente en el apartado de peligrosidad o riesgo social, estaba ocupada por el alcohol, con clara diferencia sobre el resto de sustancias tóxicas. Ello se deduce de los datos epidemiológicos sobre mortalidad como por los riesgos y efectos indirectos que suelen acompañar a los CDA’s en los apartados de accidentes de tráfico, violencia doméstica y accidentes laborales, entre otros.

MATERIALES Y MÉTODO

Para el presente estudio hemos utilizado, como metodología de trabajo, el trabajo de campo en el CAS Horta-Guinardó, ya mencionado en la Introducción. La duración de esta fase fue de 18 meses, con una posterior presencia intermitente con el fin de obtener datos complementarios. Los ámbitos trabajados, dentro de dicho entorno, han sido: participación continuada en el Grupo Terapéutico¹³ (en adelante GT), entrevistas personales con seis CDA’s en terapia, pertenecientes al grupo, así como entrevistas con ex pacientes con sobriedad consolidada con un mínimo de tres años. Asimismo se ha entrevistado informalmente, en su calidad de profesionales especializados, a terapeutas del ámbito de la Psicología, médicos especializados (uno de ellos ejerce simultáneamente como director del Centro) y trabajadores del área de social. La profesional de Psicología, que dirige habitualmente el GT, ha sido objeto de micro entrevistas sobre temas concretos.

¹⁰ Brandes, S., 2002

¹¹ Romaní, O., 2004

¹² Nutt, D., King, L., 2010

¹³ Ver definición en pág. siguiente.

Precisiones terminológicas

Terminológicamente utilizaremos el genérico **drogodependientes** y el específico **CDA** ya comentado. Los **GT** podrán entenderse también como Grupos de Ayuda Mutua¹⁴, que es la dinámica que suelen tomar los mismos si tienen continuidad después del periodo estrictamente terapéutico¹⁵. Por **adicción o dependencia** siempre entenderemos la necesidad periódica de consumir una sustancia que, en la mayoría de los casos, será **compulsiva**. La **sobriedad** se define como un periodo abierto de “no consumo”, sea como estado idealmente definitivo, y así asumido por un CDA en proceso de deshabitación, o con una duración temporal dilatada.

En el concepto de **Estigma**, nos basamos en la obra de E. Goffmann¹⁶ que define como portadora de un estigma a *la persona que es dueña de un atributo que la vuelve diferente de las demás*. Esta definición, a la que añadiríamos 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 otro”, con fuerte carga peyorativa. La **Desculpabilización**, término interpretamos como una actitud reivindicativa de una autojustificación, la aplicaremos a aquellas posiciones en ciertos CDA’s que responsabilizan del inicio o consolidación del consumo a terceras personas o a situaciones contextuales no controlables por dichos consumidores. En ciertas ocasiones, dicho proceso – el de la desculpabilización– restaría importancia al impacto de la contribución personal del CDA, en un contexto dado, y tendría como función la de anular o paliar la carga de angustia por el estigma asociado a su situación.

Ámbito del trabajo de campo. Contextualización del mismo.

Los CAS (Centros de Atención y Seguimiento)¹⁷, son centros asistenciales de día, de titularidad pública¹⁸. No nos extendemos en su función ya que los lectores la conocen sobradamente por lo que respecta al ámbito de la Sanidad Pública en Catalunya. Baste un comentario a propósito de su realidad operativa de la que debemos, en justicia, afirmar que corresponde a un **tratamiento *ad hoc*, integral y holístico, que se desarrolla a través de un equipo multidisciplinar y auto-organizado, con finalidades terapéuticas y dentro de un ámbito especializado. Su dinámica es percibida por el usuario como un trato personalizado, entendiéndolo por ello no sólo la discreción que rodea a su tratamiento, sino también por la colaboración mutua que se establece entre pacientes y terapeutas.**

La dinámica del tratamiento consistirá en una terapia múltiple y personalizada, que terminará cuando los profesionales mencionados la consideren finalizada en sus ámbitos respectivos. Cuando se considere se produce un “alta general”, acordada entre el grupo terapéutico que ha

¹⁴ Canals, J., 2002

¹⁵ Los formados p.e. en las “Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados” que están constituidas formal y legalmente a lo largo de toda la geografía peninsular.

¹⁶ Goffman, E., 2008:14

¹⁷ Existían 11 Centros en la ciudad de Barcelona en el periodo de realización del trabajo de campo.

¹⁸ A través de la Agència de Salut Pública del Consorci Sanitari de Barcelona.

seguido al CDA, aunque casi siempre condicionada a un seguimiento durante un lapso de tiempo variable, según historial. En casos de no recaída 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 del alta procede del ámbito psicológico. Este trámite es posible realizarlo colegiadamente, no obstante, ya que todos los profesionales 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 Grupo Terapéutico considere necesario informar sobre cada CDA.

RESULTADOS

El grupo sobre el que se ha trabajado estaba formado por un máximo de 15 personas, 20% de las cuales, aproximadamente, pertenecían al género femenino, aunque estos datos experimentaron ciertas variaciones debido a las altas y nuevas incorporaciones durante el periodo considerado. Existe permanentemente otro grupo exclusivamente femenino, por decisión de las propias integrantes y también dedicado a CDA's.

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 para la sesión siguiente. En caso contrario la persona que actúa como terapeuta-moderador del grupo iniciará una discusión abierta. Los temas están basados en la relación del alcohol con aspectos personales o cotidianos: p.e. alcohol y profesión, violencia, pareja, etc. En relación a las formas de participación, y siempre dependiendo de la persona a cargo de la moderación, se plantean de forma que exista una interacción elevada entre las personas. No existen, *stricto sensu*, turnos de palabra, y no suele coartarse la espontaneidad de los participantes, pese a que dicha espontaneidad puede resultar, en ciertos casos, más en una confrontación que en un diálogo. Los discursos del moderador, que actúa también en calidad de terapeuta, suelen reelaborar o matizar ciertos aspectos, no alineados con la metodología CAS, que van surgiendo en las narrativas: 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 de las categorías y pautas de consumo, c) reiterar el riesgo del consumo de sucedáneos sin la sustancia, como la cerveza sin alcohol, etc. 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 la medida que la persona que ha dejado de consumir todavía está en una posición de indefinición, podríamos incluso verla cercana a la liminalidad¹⁹, sobre su sobriedad continuada y estable.

¹⁹ Turner, V., 2005

Durante las etapas iniciales de abstinencia²⁰, nos ha parecido que existen ciertas carencias en las prevenciones que señala el terapeuta del GT, así como en las narrativas de los participantes en el mismo, como sería el hecho de no mencionar lo que pueden considerarse ciertos riesgos potenciales. Éstos serían factores contextuales que puedan asociarse a momentos de consumo, en el pasado del CDA, cuando la sustancia era percibida, exclusivamente, como una forma de placer. Dicha asociación, denominada a veces “memoria adictiva” o “euforizante”, puede desencadenar efectos equivalentes al reflejo condicionado de Pavlov.²¹ Debería trabajarse en profundidad este aspecto para evitar dicho riesgo, al menos en la fase inicial.

En relación al punto d), citado en la página anterior, y según su patrón de consumo, suelen plantearse posiciones encontradas alrededor de lo que proponemos denominar “Grupos de Apoyo al Consumo” o GAC. Siendo cierto que, en aras a mantener la sobriedad hay que evitar frecuentar zonas de consumo, también lo es el hecho de que ciertos usuarios tienen su red social habitual, y a veces la única, en entornos grupales que hacen del bar y la bebida su eje social. Ante estos casos que, además, son frecuentes en la génesis de la dependencia, la posición del CAS es tajante: abandonar dichos grupos. 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. Dicha recomendación es algo parecido a lo que se pide en cualquier religión para un nuevo creyente: una conversión que representa la ruptura con el pasado. La diferencia es que aquí la conversión, el abandono del GAC de hecho, se pide desde una instancia, el CAS, que no propone una alternativa concreta al usuario, salvo en el plano de sugerencias como: “apúntate a un Centro Cívico”, “... a la Biblioteca del Barrio”, etc. El nuevo “culto del converso”²² es, en este caso, un salto al vacío social y un “empezar de nuevo” con apoyos no siempre bien orientados ni disponibles fácilmente. En estos casos nos encontraremos con la presencia de una doble estigmatización: una de índole social por ser o haber sido un CDA y la otra por el propio GAC o nuevas relaciones que intentara establecer, y que lo rechazarían por ser un “anormal”.²³ El dilema angustiante de quienes se encuentran en estas circunstancias se pone de manifiesto a través de ciertas narrativas dentro del GT, como la enunciada por un usuario que no se atrevía a decirle a su pareja reciente que no podía beber, e iba retrasando el momento de acudir a zonas de “ambiente”. En sus palabras en las reuniones del GT se observaba la angustia por la situación y su impotencia para comunicar su condición.

Narrativas de los participantes. En este ámbito es donde se observa el dualismo que da nombre a este artículo: **Estigma y Disculpa**. Ciertos CDA's, salvo que su participación sea reclamada por la persona que modera

²⁰ Si consideramos estrictamente la cronicidad de la dependencia, entonces la abstinencia no se consolidaría casi nunca, por la posibilidad latente de una recaída, aunque es cierto que el tiempo de abstinencia de un CDA ayuda a una disminución paulatina del riesgo de reanudación del consumo.

²¹ Pavlov, I. P., 1927

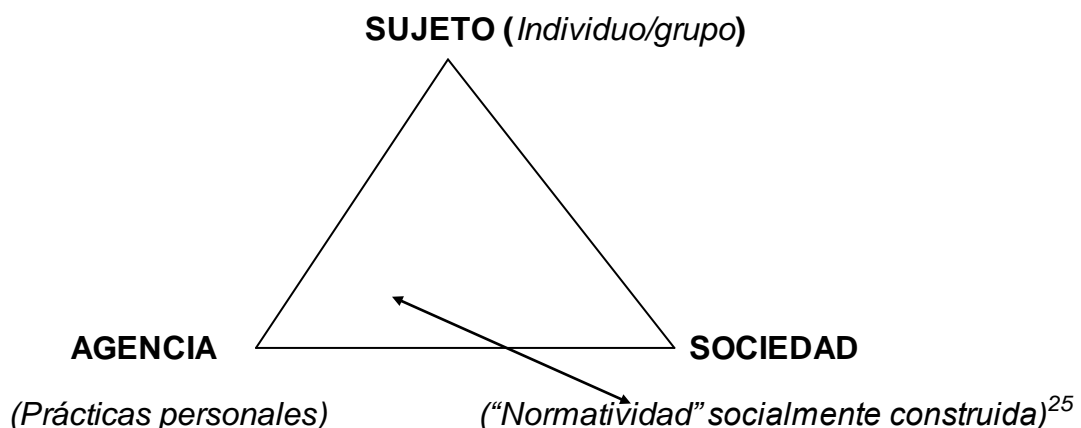
²² Prat, J., 1997-Cap. V.

²³ La sobriedad total, en ciertos estamentos de nuestras sociedades, no estrictamente dependientes, es sinónimo de conducta “anormal”.

la reunión, suelen estar en una situación de “sólo oyentes” en los GT. Suelen ser personas que terminan abandonando el grupo. En el otro extremo encontramos usuarios cuya participación se orienta hacia el monopolio del discurso. Sus narrativas suelen producirse en primera persona, intentando imponer criterios al resto de participantes e interrumpiéndoles a menudo. Estas figuras suelen ser escasas y su control, por parte del moderador, es la única estrategia para que las reuniones resulten realmente participativas.

Hemos de destacar discursos recurrentes, siendo el principal el de las **estrategias de disculpa**. Por dicha figura retórica entendemos la tendencia, mayoritaria entre los CDA, a situar el origen del consumo en terceras personas o en contextos ajenos. Pensamos que este fenómeno puede demostrar que la estigmatización social termina siendo asumida por la propia persona estigmatizada, generándole, a su vez, un sentimiento de culpabilidad. Es decir: a través de la propia estigmatización, un CDA en deshabitación percibe que los adictos a determinadas sustancias pueden tener parte de responsabilidad en su dependencia y la estrategia que utiliza, para escapar de dicha autoinculpación, es referir su problema a la influencia pasada de otras personas o a la presencia de un contexto adverso que puede involucrar a familiares, pandillas juveniles, problemas sentimentales²⁴, entorno profesional, etc. En cualquier caso serán circunstancias que planteará como ajenas a su voluntad.

Quisiéramos profundizar en el apartado **estigma**, precisamente en la construcción personal de ese concepto, cuyo origen suele ser social. Pensamos que las relaciones entre las individualidades y la sociedad de la que forman parte, se podrían describir con la figura que presentamos más abajo, la cual expresaría la tensión existente entre la estructura “micro” (sujeto-agencia) y una sociedad entendida como estructura “macro”, que condiciona y define los roles y juicios de valor que forman parte del paradigma socio-cultural en contextos concretos y establece las reglas sociales imperantes:



²⁴ 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.

²⁵ Berger, P.L. y Luckmann, Th., 2006

donde la línea \longleftrightarrow representaría un elemento de tensión entre la dualidad sujeto-agencia frente a la sociedad..

Pensamos que el proceso de autoconstrucción del estigma está influenciado por el cambio de contexto durante el tránsito de la adicción a la sobriedad, casi un rito de paso²⁶ en ciertos modelos no biomédicos. Este paso provocaría un cambio brusco de percepción por parte de un CDA, el cual, al pasar de una situación contextual en la que no considera ni la desviación ni su estigma (en realidad se está inmerso en una “burbuja de consumo protectora” o “encapsulación”)²⁷, a otra representada por la sobriedad, haría aflorar la anterior “anormalidad” personal que se percibiría *ex-novo* como tal en el nuevo contexto de sobriedad. El CDA reelaboraría subjetivamente esta nueva situación, asumiendo como una estigmatización su realidad vital²⁸.

La **disculpa**, implícita o explícitamente presente en las argumentaciones de los participantes en los GT, enlazaría con lo escuchado en muchas narrativas. **Parece, pues, que existe una cierta relación causal**²⁹, **entre construir el propio estigma y obviar la participación personal en el proceso de construcción de la dependencia**. Por otro lado la desubicación del sujeto de la adicción, en relación a su intervención en la construcción de la misma, podría constituir un riesgo potencial de reincidencia en el consumo, ya que siempre existiría un “pasado causal externo al sujeto” que se actualizaría para “legitimar” la recaída. La pervivencia de esta “responsabilidad transferida” puede ocasionar una predisposición personal que, en momentos de especial sensibilidad emocional, o en situaciones de estrés, “utilizaría” ese anclaje en la propia biografía, y en clave de coartada frente a sí mismo, “autojustificando” la reintroducción del consumo. Dicho mecanismo psicológico suele plantearse implícitamente en las narrativas en los GT y, especialmente, lo hemos anotado durante ciertas entrevistas. El trabajo de campo, en definitiva, denota un frecuente argumentario de autodisculpa³⁰. Podríamos interpretar dichos comportamientos desde un cierto afán de victimización que trataría de enjuagar la responsabilidad personal en el consumo, intentando justificar su fase de inicio. Opinamos que la concienciación del propio papel en la asunción de una dependencia, debería redundar en un mayor blindaje del usuario ante posibles riesgos de reincidencia en el consumo.

Las **referencias a la familia o a la pareja**, constituyen un segundo y recurrente bloque en las narrativas del GT. No hay un discurso común y mayoritario, observándose unas tipologías muy variadas que van desde usuarios que han encontrado gran apoyo en la familia, hasta quienes se han quedado solos, por rupturas de lazos familiares o sentimentales, a consecuencia de problemáticos episodios derivados del consumo de alcohol. La cesación en el consumo ha reconducido alguna situación familiar o

²⁶ Van Gennep, A., 2008

²⁷ Prat, J., 1997

²⁸ En las Conclusiones veremos el aspecto de la visión a futuro de un CDA, tanto en su etapa inicial de sobriedad como en las posteriores de paulatina consolidación de la misma.

²⁹ La co-construcción del estigma no siempre es visible o explícita.

³⁰ Referido también en el trabajo de campo complementaria realizado en el CAS(Y), cuando me comentaron las narrativas de las personas que acuden al Centro de Día dependiente de dicho CAS.

sentimental. Suele observarse, no obstante, el temor a la reincidencia, ya que las estabilidades sentimentales suelen descansar en la sobriedad como condición necesaria como era el caso de un usuario que solía mostrar una carta de su pareja en que le advertía de tal condicionamiento.

En estos casos suele producirse un avance en la voluntad de mantener la sobriedad, que vendría marcado por el temor a perder referentes sociales o sentimentales, recientemente retomados o iniciados. Sin embargo, y desde la dinámica del CAS, creemos que no se enfatiza suficientemente este aspecto, que se podría contextualizar identificando el papel antagónico que juegan las redes sociales adictivas (GAC) frente a las disuasorias, en el proceso de asumir paulatinamente una nueva forma de estar en sociedad: un nuevo estilo de vida sin condicionantes ajenos a la propia voluntad.

Es difícil establecer un índice cuantitativo de permanencia o de abandono de los GT. Es un dato que el CAS no posee oficialmente ya que no les es demandado por las instancias sanitarias. 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%, si bien matizaríamos que, en ciertos casos, se trata de personas que siguen manteniendo los tratamientos individualizados, mientras que otros casos, aparentemente los mayoritarios, son el resultado de la decisión de dejar el tratamiento en su globalidad. Ello podría indicar una vuelta al consumo³¹.

El tercer bloque, entre las temáticas más frecuentes en los GT, vendría derivado de las dificultades en compatibilizar la dependencia con la profesión habitual. Podríamos incluso hacer una subcategorización de los problemas con los que se enfrenta un CDA en su ámbito habitual de trabajo³²: a) Concentración y rendimiento profesional, b) Riesgo de accidentes de trabajo y c) Enfrentamientos violentos con *peers*, subordinados o con superiores profesionales. Hemos oído relatos de sanciones laborales por disputas violentas y, en dos casos concretos, menciones a accidentes de trabajo, uno de los cuales era potencialmente mortal: una caída desde una altura de cuatro pisos. Otros comentarios, no obstante, y puede ser también otra estrategia de “disculpa”, refieren un consumo “normal” 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 justificadora de un GAC. Ello introduce otro elemento de interrogación, como tema de debate frecuente en el GT: ¿conviene informar de mi calidad de alcohólico en deshabituación y a quién debo decirlo?³³

En este caso las actitudes concretas suelen ser heterogéneas. La persona que modera el GT interviene eclécticamente, al tratarse de temas personales que tienen más repercusiones en la esfera relacional que en la terapéutica.

³¹ Por razones deontológicas no se puede acceder a los datos personales. La conductora del grupo no realiza comentarios, en casos de bajas del mismo, para evitar un cierto “efecto llamada”.

³² Nos referiremos especialmente a patrones de consumo que representan una ingesta alcohólica continuada durante el día, a veces con abandonos del puesto de trabajo en horarios laborales.

³³ En ocasiones dicha “confesión” pública puede representar una disminución de la presión grupal de otros consumidores a quienes ha explicitado su situación 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 laboral³⁴. En estos casos la comunicación suele circunscribirse a la familia, considerado como el colectivo mínimo –la familia más cercana– que debe estar informado. Aún así, se plantea un interrogante personal al intentar definir hasta dónde se considera que llega el ámbito familiar cercano.

Alguien podría pensar que la sobriedad ya se pone en evidencia, dentro del ámbito familiar o de convivencia, por el cambio de hábitos observado, pero no hay que olvidar la creciente realidad de personas que viven solas y que pueden no hacer visible un cambio brusco de hábitos, ya que el consumo puede desarrollarse en ámbitos no accesibles a la familia ni a otras personas con vínculos abiertos de intimidad. Por las razones citadas la mayoría de CDA's suelen preguntarse qué miembros de su ámbito relacional más próximo deberían ser objeto de dicha comunicación. Y aunque pueda parecer que dicha comunicación, sería tal vez innecesaria fuera del ámbito familiar, no cabe duda de que siendo el alcohol una sustancia de consumo mayoritario, sorprende la cesación del consumo cuando es observado por personas conocidas. Especialmente cuando hay hitos que socialmente son celebrados con alcohol. Nos referimos a 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. Huelgan ejemplos en el ámbito político durante ceremonias protocolarias al más alto nivel institucional. Estas últimas referencias ya están desaconsejadas en el caso de la prevención del tabaquismo, para poner un ejemplo de una dependencia que, según el artículo mencionado en *The Lancet*, es mucho menos problemática.

Para finalizar el punto sobre "¿a quién comunicar ..?", anotaremos que son las Preocupaciones Relacionales y Sociales las que dan pie a que muchos CDA's, en sobriedad reciente, prefieran que las personas cercanas a ellos y con quienes coincidirían en eventos antes señalados, sean conocedores de su cambio, evitando preguntas o insinuaciones de difícil respuesta. No obstante, tanto en la atención personalizada como en los comentarios en el GT, se recomienda no acudir a actos que representen un consumo casi "obligado", especialmente en los primeros meses de abstinencia.

Es a partir de estas consideraciones que nos planteamos si sólo la estrategia de un CAS es suficiente para apoyar la **adaptación social del antiguo CDA, una vez producida el alta del tratamiento, a un entorno donde el alcohol está omnipresente y representa un elemento importante de socialización**. A diferencia del tabaco y del resto de sustancias, todavía no se observan iniciativas de la misma contundencia frente a los riesgos del alcohol (¿cabría pensar en un etiquetado en las bebidas alcohólicas similar al del tabaco?)³⁵. Alrededor de quienes han sido CDA's, el alcohol estará presente con frecuencia. Dicha realidad hace necesario un aprendizaje para manejarse en los ambientes sociales más

³⁴ Había un caso concreto de un profesor de un IES que consumía al finalizar su jornada docente.

³⁵ Obviamos aquí los aspectos socio-económicos, entre los que destaca y sorprende la débil fiscalidad del alcohol comparada con el tabaco.

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 este tipo de ambientes, 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, un ex-CDA no suele encontrarse cómodo.

En los GT y en la biomedicina en general, es un argumento clásico, 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 una serie de modificaciones en ciertos receptores cerebrales neuronales³⁶. Esta realidad hace que las personas en proceso de rehabilitación desarrollen la citada prevención a frecuentar ciertos ambientes de riesgo, si no hay un trabajo explícito en el GT que vaya encauzando dichos “miedos”, en aras a una paulatina “normalización” de la vida social del ex-CDA, en la que será posible y necesario convivir con situaciones de consumo a pesar de mantener la abstinencia. A propósito de la frecuente duda en los usuarios del CAS sobre qué responder frente a preguntas sobre por qué se es abstinentes especialmente en momentos muy concretos –pe. las uvas de fin de año–, los moderadores de los GT no terminan de proponer respuestas pragmáticas. La respuesta vendrá dada por estrategias personales, construidas según contextos particulares en cada ex-CDA, y que podríamos encontrar reflejadas en ciertas “técnicas de disimulo” en la obra de Goffman³⁷. Para orientar a los usuarios ante esta problemática, faltarían ciertas construcciones simbólicas que permitieran argumentar el por qué de una abstinencia, y que sean, al mismo tiempo, socialmente asumibles aunque fuese a través de figuras elípticas y sin necesidad de excesivas explicaciones por parte de un ex-CDA. En realidad es el propio GT quien va sugiriendo, a partir de experiencias, las respuestas convenientes en estos casos y que no se agotan en las que hemos recolectado: 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.

DISCUSIÓN

La dinámica interna de un GT permite encauzar una buena parte de las preocupaciones que se le presentan a una persona en período de abandono de su dependencia del alcohol. Es evidente que parte del antiguo modelo culpabilizador todavía se filtra en ciertas intervenciones de la persona que modera el GT, pero la tríada persona-sustancia-entorno (contexto)³⁸ figura ya en el discurso habitual de un CAS, aunque entendemos que la realidad del contexto presente y sobre todo en la sobriedad futura³⁹ no se aborda. Una evidencia del mantenimiento de ciertos *tícs* de dicho modelo

³⁶ Para mayor información sobre este tema, consultar los contenidos del curso sobre “Psicobiología de la Drogadicción” impartido por la UNED en 2010-2011 por su Departamento de Psicología.

³⁷ Goffman, E.. 2008

³⁸ Romaní, O., 1999 (tríada también conocida como “Paradigma de Zinberg”).

³⁹ Nos referimos al interrogante personal sobre cómo encauzar, desde la sobriedad, las relaciones sociales dentro un contexto de “alcoholización” o consumo social y legitimado de alcohol en nuestra sociedad.

culpabilizador, que suscribe la sociedad dentro de lo que podríamos denominar “doble moral alcohólica”, es el afán de los participantes en desculpabilizarse, tanto frente a sí mismos como frente a terceros, e incluso ante los terapeutas, a través de sus narrativas. Ello indicaría que la parte contextual que haya influido en la adicción, y la respuesta personal a la misma, no han sido suficientemente planteadas durante la terapia, ni realmente asumidas por los usuarios. Simbólica y literariamente podríamos afirmar que **la sombra del estigma es alargada**.

Siendo dichas categorías analíticas –**estigma y desculpabilización**– los ejes principales del presente trabajo, no queremos dejar de señalar en estas conclusiones el riesgo que entraña no interiorizar conscientemente la propia y parcial responsabilidad, aún a pesar del lastre de los aspectos contextuales que diacrónicamente pueden sesgar la visión subjetiva de una historia particular de dependencia. Dicha “olvido” constituye un elemento de debilidad en el mantenimiento de la sobriedad ya que sería el reconocimiento de la propia responsabilidad, entre otros elementos coadyuvantes, lo que puede construir un tejido protector frente a avatares futuros que podrían interpretarse con la metáfora del retrovisor que refleja un pasado no siempre bien asumido. En este sentido Pancho, nombre ficticio de uno de los participantes en el GT, describía reiterada e incansablemente su contexto de dependencia: *“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 ...”*

Bajo nuestro criterio, también constituye una carencia el hecho de olvidar, tal como hemos mencionado anteriormente, el vínculo asociativo del alcohol⁴⁰, con determinadas situaciones y contextos del pasado, la mencionada “memoria adictiva”. Evitar motivos que puedan establecer tal vínculo asociativo, debería figurar entre los temas de habitual discusión en los GT.

En la sesión de alta del GT suele pedirse un comentario a la persona que obtiene el alta, invitándoles a formular alguna reflexión personal sobre el propio proceso terapéutico. *“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 me ha ayudado a explicar mi realidad pasada y presente, como por las vivencias, en algunos casos muy dramáticas, que me habéis hecho compartir”* afirmaba Ernesto, conserje de una entidad pública de Barcelona, cuando en junio de 2010 fue dado de alta en el GT. Dicho usuario había empezado a beber progresivamente después de la muerte, en edad temprana, de su esposa. Ernesto sigue asistiendo hasta la fecha, con una pauta bimestral o trimestral, a las reuniones del GT.

⁴⁰ El tabaco es otro ejemplo claro de asociación, tanto en situaciones profesionales como en la propia vida privada y especialmente en situaciones lúdicas.

REFERENCIAS

- Agència de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona.** (2009) *Pla d'acció sobre drogues a Barcelona 2009-2012*. Barcelona: Agència de Salut Pública.
- Berger, P.L., Kuckmann, Th.** (2006). *La construcción social de la realidad*. Madrid/Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Brandes, S.** (2002). *Staying sober in Mexico City*. Austin: University of Texas Press.
- Canals, J.** (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de Ayuda Mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. Tesis doctoral defendida en la URV (Depósito legal T932-2003)
- CAS Horta/Guinardó.** (2009 y 2010) *Memorias anuales de dicho CAS*. Barcelona.
- Costa, S. et al.,** (2004) Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. *Revista Medicina Clínica*, vol. 123, nº. 10, págs. 364-369.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.** (2010). Barcelona: Web del Departament.
- Federació Catalana d'Alcohòlics Rehabilitats.** (2009-2010): *Boletines Informativos*. Barcelona: FCAR.
- Goffman, E.** (2008): *Estigma*. Madrid/Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Leriche, M. y Méndez M.** (2001). El Alcoholismo: papel del receptor opioide U en los procesos neurales de reforzamiento. *Revista Salud Mental*, vol. 24, nº 5, págs. 1-2.
- Menéndez, E. L.** (1996): *Morir de alcohol*. México D.F.: Alianza Editorial Mexicana.
- Ministerio de Sanidad y Acción Social.** (2010). Madrid: Web del Ministerio.
- Nutt, D., King, L.** (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, *Revista The Lancet*, vol. 376, nº 9752, págs. 1558-1565.
- Pavlov, I. P.** (1927): *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological activity of the Cerebral Cortex*. Oxford: Oxford University Press.
- Prat, J.** (1997): *El estigma del extraño*. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O.,** (1999): *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O.** (2010): *Jóvenes y riesgos ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona Ediciones Bellaterra, Serie General Universitaria 107.
- Sociedad Española de Toxicomanías** (1996): *Manual SET de Alcoholismo*. Madrid Editorial Médica Panamericana.
- Turner, V.** (2005): *La selva de los símbolos*. Madrid Siglo XXI.

Van Gennep, A. (2008): *Los ritos de paso*. Madrid Alianza Editorial.