



**PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL:
REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS**
Carmen Laura Paz Reverol

Dipòsit Legal: T. 1708-2011

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Tesis Doctoral

Carmen Laura Paz Reverol

**PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS
EN TORNO AL ALCOHOL:
REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS.**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Departamento
de Antropología, Filosofía y Trabajo social

Carmen Laura Paz Reverol

**PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS
EN TORNO AL ALCOHOL:
REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS.**

TESIS DOCTORAL

dirigida por el Dr. Oriol Romaní i Alfonso

Departamento
de Antropología, Filosofía y Trabajo social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona
2011

¡GRACIAS A LA VIDA!

El dar las gracias para mí es una actitud ante la vida, es valorar lo bueno que la vida te ofrece: experiencias, motivaciones, relaciones y situaciones gratificantes y nada mejor que plasmarlo en la oralidad o en la escritura. El título de este apartado se debe al título de la canción “*Gracias a la vida*” cantada por Mercedes Sosa, en memoria de la artista.

Mi motivación por estudiar las representaciones y prácticas de las personas con problemas de alcohol tiene su origen en anteriores experiencias de investigación obtenidas en el campo de la Antropología de la Medicina, en la cual la constante fue encontrarme indirectamente con problemas del alcohol en grupos indígenas, a pesar de ello nunca los había estudiado, sólo abordé las formas de curación y el modelo curativo de dichos pueblos.

La determinación para iniciar una nueva investigación fue la oportunidad de venirme a hacer el doctorado en la URV, “sin tema” y dispuesta a empezar uno nuevo. La realización de esta tesis doctoral y todo lo que ella ha representado para mí en términos profesionales, académicos y personales, no hubiese sido posible sin la colaboración de numerosas personas e instituciones. Aunque resulte muy difícil enumerarlas a todas ellas, quiero expresarles mi más sincero agradecimiento, cada una sabe todo lo que hizo por mi persona. Algunos antropólogos de manera directa e indirecta me incentivaron hacia el estudio de otras culturas, menciono a Manuel Gutiérrez Estévez, a quien conocí en durante el invierno del 2003 en la Universidad Complutense de Madrid y me recomendó explorar el estudio de “otros” diferentes a mi cultura para consolidarme en la antropología.

Una de las figuras claves en el cambio hacia la cultura de los “otros” fue mi Director de Tesis el Dr. Oriol Romaní quien me encaminó a realizar un proyecto nuevo en el campo de las drogodependencias, es por ello que, quiero agradecer su paciencia y sabios consejos que me permitieron encaminar todo el recorrido de la tesis desde la idea inicial apoyada por él hasta su finalización, siendo un interlocutor clave para madurar, corregir y organizar este trabajo. Su impronta en mi persona ha dejado huellas importantes que me permitirán avanzar hacia nuevos derroteros y experiencias en el campo de las drogodependencias, y tengo la certeza de que a futuro me servirá para comparar con otras realidades más próximas.

Otra de las figuras claves en este proyecto profesional, fue Eduardo L. Menéndez, un *sabio maestro* a quien seguí meticulosamente para el dominio de este campo de investigación en los estudios de Antropología Médica relacionados con el alcoholismo. Agradezco sus

valiosos comentarios, recomendaciones, asesorías y sugerencias en cada una de sus venidas a Tarragona, de igual manera aprovechando al máximo sus clases y conocimientos una y otra vez.

Quiero dar especialmente las gracias a mi Casa de Estudios, la Universidad del Zulia (LUZ), la cual me proporcionó la beca de formación académica por tres años para venir a realizar mis estudios de doctorado y formarme en el área de la Antropología en la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona. Agradezco a las autoridades de LUZ, la extensión de la beca por un año más para culminar con éxito mi tesis doctoral, especialmente quiero mencionar el apoyo del Decano de mi facultad, Dr. Merlin Rosales, quien me transmitió su optimismo y ánimo para culminar con éxito este proyecto profesional.

Estaré eternamente agradecida, por su acompañamiento en la distancia, a mis amigos y compañeros de trabajo de la Unidad de Antropología, Departamento de Ciencias Humanas de la Facultad Experimental de Ciencias (LUZ) y del Laboratorio de Antropología Social y Cultural (LUZ): Morelva Leal, Johnny Alarcón, Carlos Valbuena, Nelly García Gavidia, Dilia Flores, Jorge Hínestroza, Rosalinda Romero, Soraya Brunstein, María Gracia Romero ... por su apoyo incondicional tanto en la parte administrativa como académica, y especialmente de afecto y apoyo moral durante mi estancia en el exterior. Con Carlos Adán estaré en deuda por siempre por la revisión del estilo del texto las veces que fueron necesarias para darle forma a este proyecto de tesis. Y también agradezco las revisiones de algunos capítulos a la Dra. Nelly García Gavidia y a la Mg. Dilia Flores quienes de manera muy gentil se ofrecieron a ayudarme.

¡Moltes Graciès! A los terapeutas que trabajan en un Centro de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias (CAS) quienes me dieron “calor y café” y me brindaron todas las condiciones para estar bien acogida. Los profesionales y terapeutas me hicieron sentir como parte de ese maravilloso “equipo interdisciplinario” como orgullosamente suelen llamarse. Ellos me facilitaron la ayuda necesaria y compartieron conmigo sus experiencias, inexperiencias. Sus narrativas están recogidas en la presente investigación.

Mi estancia en Cataluña ha sido muy gratificante en todos los sentidos. He tenido la suerte de contar con amigos que, directa o indirectamente, han colaborado con el desarrollo de esta tesis, el “antropogrupo” y todos los amigos conocidos en los cursos 2007 al 2010: Marine B., Anna G., María Isabel O., Mónica S., Ana L., Natalia C., Laia V., Patricia V.,

Carlos P., Rosa S., Rosa L., Carmen B., Marcela G., María Antonia, Urko A., Antoniu LL,... Mi gratitud también a la siguiente persona que formó parte de mi pasado: Maydé.

Al profesor Josep M. Comelles, quiero agradecer su incentivo con cada uno de sus aportes y sus reflexiones en la devolución de mis evaluaciones y sus comentarios cargados de optimismo para seguir adelante. También agradezco la trascendencia de profesoras que causaron impacto en mi vida, quienes más allá de la transmisión de sus conocimientos dejaron huellas profundas en mi persona: Mari Luz Esteban, Susana Ramírez, Marta Allué.

Con todos mis informantes o «mentores» estaré siempre en deuda; guardo una especial gratitud a toda esta maravillosa gente por toda la paciencia y generosidad mostradas al contarme sus experiencias y problemas con su padecimiento relacionado con el alcohol, brindándome su tiempo y su amistad en muchos casos. Con ellos compartí momentos en los cuales me permitieron conocer una parcela de sus vidas, de sus tristezas, alegrías y también de sus sueños y proyectos futuros. Ojala sus proyectos a corto, mediano y largo se cristalicen como esperan y puedan vivir dignamente.

El apoyo del personal de la Biblioteca de la Universidad Rovira i Virgili fue vital, especialmente a Ivonne, por su sonrisa y amabilidad al facilitarme las salas de estudio de la biblioteca, que permitió aislarme unas horas cada día para escribir este hermoso proyecto.

La familia Larreal Aponte: Mayren, Oswaldo, los niños Oswaldo David, María Celeste e Ileana constituyeron para nosotros una familia, pues compartimos todas las fechas importantes en unidad y armonía, estoy feliz de que al regresar siempre habrá oportunidad de seguir cultivando nuestra amistad y hermandad.

¡Muito obrigada! a mi amiga baiana María da Purificação A., quien vino para darme todo su ánimo, compañía y empuje en la redacción de la tesis. De las largas horas de biblioteca, vecindad, festividades compartidas surge una gran amistad que estoy segura perdurará en el tiempo. Incluyo aquí a su hija Malu por su grata compañía.

A Inês, André, Elisabete, David, Teresa, Jorge, Sofia, Biggy... nuestros amigos portugueses quienes nos llenaron de afecto, compartimos a su lado momentos memorables y nos apoyaron cuando más lo necesitamos.

¡Merci beaucoup! Al profesor Stéphane Pessina de la Universidad de Rouen (Francia) por su invitación al Campus Internacional d'été sur les Peuples Autochtones en el verano de 2010, una estancia de reflexión, renovación de energías y la oportunidad de conocer nuevos amigos y compartir con gente maravillosa. Quiero incluir en el agradecimiento al grupo de nuevos amigos que conocí en el campus a quienes agradezco las vivencias compartidas y de

gran fuerza espiritual, especialmente a: Isabel, Zoia, María G., Christel, Anne-Laure, Jairo, Eduardo, Alberto, Noritta, Alexandra, Julie, Dana, Andrea, Thierry, Jean-Krist, Anthony, Leandro, Tania, Clotilde y todos los demás. Hago extensivo el agradecimiento a los profesores: Alexander Mansutti, Nalua Silva Monterrey y Catherine Alès, por su confianza, cariño y amistad.

¡Grazie! a Hilda y Gian Paolo, al norte de Italia quienes en momentos de alegría pero también de incertidumbre siempre nos animaron a seguir adelante.

¡Dziękuję! a Iwona, nuestra maravillosa amiga polaca, por su capacidad de respuesta y apoyo; compartiendo alegrías y momentos inolvidables en Poznan y en Tarragona.

¡Gracias a la vida que me ha dado mi familia, amigos y seres queridos! Especialmente Hernán, Abraham Francisco... ellos han sido mi soporte emocional y mi gran compañía durante este tiempo. Sólo ellos comprenden con paciencia las largas horas dedicadas a esta investigación. A Arturo Namid, su presencia me dio la celeridad para terminar la tesis antes de su nacimiento.

Del otro lado del Atlántico, en la Península de la Guajira, Maracaibo, Caracas toda nuestra familia: mis padres: Héctor y Lilia; mis hermanos: Cayaurima, Catyliana y Samuel; mis sobrinos: Delimar, Héctor Luis, Sara, Gabriela, Diana, Alejandro, Dorita, Victor; mis tías: Adelfa, Diluz, Yajaira, Luz Marina; mi suegra: Inés; mis cuñadas y cuñados: Adriana y David, Reinier y Shirley, Lytz y Nelson... y toda nuestra extensiva familia, quienes han sido una antorcha de luz siempre prendida llenándonos de energía y entusiasmo, aún en la distancia siempre han estado muy cercanos en los momentos buenos y no tan buenos. Gracias a mis amigos: Arlene U., Diana B. Yenny R., Gloria J., Emelindro F., Derlisireth R., Edison N... finalmente y no menos importantes, menciono a mis amigos y “padrinos” Norma y Reinier (King) por su constante flujo de optimismo y buena energía, a éste último le digo: ¡Bedankt! por su colaboración en las traducciones de resúmenes y materiales al inglés.

A todas y todos muchas gracias, en wayuunaiki o en la lengua del pueblo wayuu les digo:

¡Anayawatsü taya jatuma!

Tarragona, agosto de 2011.

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
¡Gracias a la vida!	5
Tabla de Contenidos	9
Detrás de las Montañas	13
1. Introducción	15
2. Perspectivas teóricas: el andamiaje para el estudio de las personas con problemas de alcohol	31
2.1. Aportaciones y críticas sobre el alcohol desde diferentes enfoques en salud y ciencias sociales	36
a) Perspectiva médica, genética y epidemiológica	37
b) Perspectiva psiquiátrica	39
c) La perspectiva psicológica	42
d) Perspectiva socio-antropológica	44
- Sociohistórica	44
- Género y feminismo:	48
- Antropología de la Medicina	50
2.2. Sujetos, sustancia, contexto	60
2.3. Interacción hombre/mujer/alcohol	68
2.4. Entonces, ¿de qué hablamos cuando decimos alcoholismo?	71
2.5. Personas con problemas de alcohol: entre la abstinencia y la reducción de daños	77
2.6. Modelos Médicos de atención a la salud	83
2.7. Marginación social de la persona con problemas de alcohol.	86
3. Perspectiva metodológica: nuevos caminos y diseños a partir de un camino andado	95
3.1. Método etnográfico	97
3.2. Observación, Observación Participante y entrevistas en profundidad	115
3.3. Los informantes	119
a) Las personas con problemas de alcohol (PCPA)	119
- Hombres	125
- Mujeres	128
b) Profesionales del Servicio de Drogodependencias	130
Según profesión	131
- Grupo I	131
- Grupo II	131
Descripción de los profesionales	132
- Grupo I	132
- Grupo II	133
4. Políticas de drogas en España, panorama epidemiológico y estructura de funcionamiento de un CAS de una ciudad media de Cataluña	135
4.1. Legislación sobre drogas en España	139
4.1.1. Las políticas de drogas locales y la estructura de la Red de Atención a las Drogodependencias (RAD) de Cataluña	144
4.2. Perfiles Epidemiológicos en hombres y mujeres con problemas de alcohol en Cataluña	147

4.3. De “cutre” a respetable: evolución y perspectivas del Servicio de Drogodependencias	152
4.3.1. Características del CAS: de ayer a hoy	161
4.3.2. Apreciación cualitativa del CAS: fortalezas y debilidades	168
4.3.3. Los pacientes y sus ideas... según los profesionales	183
4.3.4. Recursos de atención en el CAS de Reus, Terapeutas y otros servicios	185
5. ¿Quién escucha a los terapeutas? Narrativas y experiencias de los profesionales	189
5.1. Especialistas del traje a la medida: Los terapeutas sistémico-relacionales	192
5.2. El arte de hacer trajes a la medida: definiciones de los terapeutas sobre la enfermedad relacionada con el alcohol y otras drogas, síntomas, tipos de personas y causas	197
5.3. Tipos de personas con problemas de alcohol	209
5.4. Breve perfil de los tratamientos de las pcpa	218
5.5. La relación terapeuta-usuario ¿cercanas o distantes?	220
5.6. El traje a la medida: la confección de tratamientos y terapéuticas desde los profesionales sistémicos	225
5.6.1. Corte y confección: desintoxicación y deshabituación	232
5.6.2. Prueba y ajuste: Del tratamiento ambulatorio al retiro a las Comunidades Terapéuticas	234
5.6.3. Costura y ¿diseño final?: Reducción de daños en alcohol: ¿entre el control y la abstinencia?	235
5.7. Descoser y remendar el traje: recaídas y/o consumos puntuales	241
5.8. El acabado final del traje: las altas médicas y las curaciones	244
5.9. La pérdida del traje: el Abandono de tratamiento	245
5.10. La derrota del sastre/terapeuta: Los usuarios “barracudas”	249
5.11. La ampliación del taller del sastre: La mediación intercultural sanitaria como un reto para los terapeutas del CAS	251
5.12. Los sastres para los tratamientos de las drogodependencias: la impregnación de los procesos de marginación	254
6. Narrativas sobre el padecimiento y tratamientos desde la perspectiva de las pcpa	259
6.1. La idea de la pcpa sobre su enfermedad	261
6.2. La ubicación de la enfermedad en el cuerpo	268
6.3. Origen y causa de la enfermedad	273
6.4. Signos y síntomas de la enfermedad	275
6.4.1. La resaca	281
6.4.2. El momentos límite de la pcpa	283
6.5. Tratamientos e itinerarios asistencias de las pcpa	287
6.6. Abandono del tratamiento	296
6.7. Sentido del tratamiento: entre la reducción de daños y la abstinencia	298
7. Marcos institucionales e itinerarios asistenciales de las pcpa	307
7.1. La Carrera Curativa y los Itinerarios Asistenciales de la persona con problemas de alcohol dentro del Sistema Biomédico: recursos y dispositivos institucionales	309
7.1.1. Terapia Grupal de alcohol en el CAS	311
7.1.2. Comunidades Terapéuticas	313
7.1.3. Centro de Actividades o Centro de Día	318
7.1.4. Proyecto Heura	323
7.1.5. Residencias	324
7.1.6. Otros recursos de la Red de Salud Pública	324

7.2. La carrera curativa enmarcada en Modelo Médico Alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención	327
7.2.1. Visión sobre Alcohólicos Anónimos (AA) por pcpa y profesionales	328
7.2.2. Religiones	334
7.2.3. Terapias Alternativas	336
7.3. Apreciación sobre el terapeuta y profesionales del CAS	338
7.4. Apreciación sobre el CAS	345
7.5. ¿Qué se puede mejorar en el CAS? Voces de los pacientes	348
8. La vida de las personas con problemas de alcohol ¿autonomía o apego al dispositivo?	353
8.1. Sobre la vida de las personas con problemas de alcohol: Entre la marginación y la innovación	355
8.1.1. Afrodita: ¡soy catalana!	358
8.1.2. Elena: bajar a la realidad	358
8.1.3. Fenicia: el trabajo esperado, la vida continúa	359
8.1.4. Libertad: «Con las alas al viento»	360
8.1.5. Magdalena: buscarme la vida de otra manera	362
8.1.6. Pepa: mi vida es un desastre	362
8.1.7. Renacer: de un trozo de vida a una vida completa	363
8.1.8. Shüli'wala: una estrella en el firmamento	365
8.1.9. As: la vida es una cosa muy complicada	366
8.1.10. Azúcar: ¡he estado metido en una hucha!	367
8.1.11. Cupido: hago lo que puedo, estoy bastante mal	367
8.1.12. Daniel M.: la persona es como la abeja, va de flor en flor	368
8.1.13. Erasmo: sé que hay algo, pero no sé lo que es	369
8.1.14. Hans: regresarme a Alemania o vivir en Andalucía	370
8.1.15. Joao: la vida es muy dura, pero para otros es como una paloma, sin faena, es más fácil... a mí me gusta trabajar	370
8.1.16. Jocker: seguir con mi vida... y si puedo morir con dignidad mejor	371
8.1.17. Joselo: como el ying y el yang	372
8.1.18. Lucas: mi vida echa una sardina escabeche	372
8.1.19. Noé: estoy ciego y todo es negativo	373
8.1.20. Pancracio: recuperar una ilusión	374
8.1.21. Pepe: Vida atrofiada	375
8.1.22. Rod: Salvar una vida perdida	375
8.2. Pcpa: apoyo de familiares y cuidadores	378
8.3. Redefinición e innovación de la vida de las personas con problemas de alcohol: entre la derrota, la resistencia y la emancipación	386
8.3.1. Vidas de las pcpa en el corto plazo	386
8.3.2. Vidas de las pcpa a mediano plazo	389
8.3.3. Vidas de las pcpa a largo plazo	390
9. Conclusión	395
10. Bibliografía	409

INDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

1. Individuo-sustancia-contexto	61
2. Individuo-sustancia	61
3. Procedencia de las pcpa	121
4. Edad de las pcpa	121

5. Género de las pcpa	122
6. Vivienda de las pcpa	123
7. Ocupación laboral de las pcpa.	124
8. Tiempo de tratamiento de las pcpa (Años)	124
9. Prevalencias de consumo de alcohol en los años 1995-2007/08 en la población de 15-64 años según sexo (%). España	149
10. Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol en la población española de 15 a 64 años (%)	150
11. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1997-2007/08 (%)	151
12. Instituciones dentro de la RAD	310
13. Individuo-sustancia-contexto-tiempo	357

INDICE DE CUADROS

1. Molestias en el cuerpo de las pcpa por causa del alcohol	271
2. Problemas físicos de las pcpa por el consumo de alcohol	277
3. Problemas con los demás por el consumo de alcohol	278
4. Prácticas realizadas por las pcpa para trabajar con el problema de alcohol	291
5. Propuestas de reducción o abstinencia de las pcpa	305

Detrás de las montañas

Quiero ir donde terminan los caminos.
Quiero ir a la cima de las montañas.
Me gustaría muchísimo ir allí.
Quiero observar estas montañas azules.

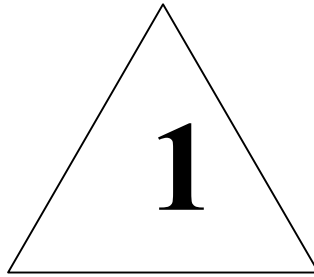
No tengo tranquilidad,
Y no tengo paz.
Yo encontraré esto detrás de las montañas.
No existe un sitio donde yo pueda vivir,
Sino detrás de las montañas azules.

Un pájaro canta y una abeja zumba.
Huele una rosa
Detrás de las montañas.
El aire que yo respiro es limpio, puro y libre
Arriba, detrás de las montañas.

Crece la hierba buena,
Que es más dulce que un sueño.
El agua corre por el riachuelo
Detrás de las montañas.
El sonido de un manantial
Escuchó en mis sueños
De azules, azules montañas.

Quiero ir,
Quiero ir sin prisa,
Porque detrás de las montañas no existe el tiempo.
En el riachuelo canta y los pájaros silban.
Me esperan detrás de las montañas azules.

Poema de [Fenicia] publicado en la Revista Liberarsu de 23 de abril de 2007,
Nro. 4. Estas palabras constituyen su esperanza y protagonismo para afrontar
su padecimiento.



INTRODUCCIÓN

Toda escritura es como un camino que recorreremos en la medida que las palabras se van materializando, ocupan un espacio y recogen un significado que una vez leído se convierte en un hecho independiente de su autor y toma cuerpo en el ejercicio compartido que el lector construirá una vez más palabra por palabra. Al iniciar la escritura de esta investigación, me parece necesario dar cuenta de mi itinerario antropológico; de las motivaciones y circunstancias que acompañaron mi trabajo de campo en una sociedad distinta a la de origen. Mi recorrido comenzó un 07 noviembre de 2007, durante el viaje surgieron contratiempos con algunas autoridades, al llegar a Madrid fue necesario verificar “mi identidad”, luego en Barcelona la excesiva revisión me arrinconó a la tenue frontera entre el menosprecio y el orgullo profundo de ser quien soy; no obstante, sobreviví a dichos controles aéreos. Finalmente, llegué a Tarragona y me instalé en el Hotel Lauria desde donde se puede vislumbrar el balcón mediterráneo en todo su esplendor. Jamás me imaginé que dicho hotel iba a ser mi casa por cuatro años, a quienes les comentaba que vivía en un hotel consideraban que era un privilegio, un lujo muy costoso. En muchas oportunidades me recomendaron cambiar de lugar pues pensaban que me iba a salir más económico. Mis cuentas indicaban con infalibilidad matemática que lo que debía pagar por un depósito de alquiler, más el monto de los servicios (que ya el Lauria los incluía) era mi mejor opción, y como dicen acá me “salía a cuenta” estar en lo que consideraba un verdadero palacio.

Un palacio por su antigüedad, con una entrada de doble puerta de vidrio, un largo pasillo con placas de mármol desvencijadas por el paso del tiempo, una escalera de mármol, una gran puerta de madera y para completar su belleza en las paredes una exposición permanente de pinturas que iba renovándose en la medida que el taller de arte que funcionaba al lado vendía las obras que alegraban con talento artístico mis días. Sólo faltaba una alfombra roja que en mi imaginación se desplegaba cada vez que yo entraba o salía. Un espacio en constante movimiento, que recreaba mi imaginación al tiempo que me hacía soñar.

La sensación de vivir en el palacio también me reafirmaba constantemente que mi paso por este lugar era provisional, mucha gente entraba y salía con sus maletas, siempre veía caras distintas..., al ver tantas maletas me recreaba una y otra vez pensando en mi retorno definitivo a mi tierra en las costas del azul caribe. Pensaba entonces, que debía aprovechar al máximo mi estancia en el palacio para la escritura y la reflexión. Mi estancia transitoria me estimulaba en todo momento para aprovechar cada una de las oportunidades de

aprendizaje y afincarme cada día en lo que estaba haciendo, con pasión y con perseverancia. No puedo negar que este espacio se me hizo entrañable pues en él que viví momentos de alegría pero también de tristeza, de ánimo y desánimo, de buenos y malos momentos. Hoy puedo decir que ha sido mi “hogar”.

En el campo de la antropología, Mallart (1996) apunta la máxima popular de que «todos los caminos llevan a Roma», en su caso, lo que sucedió con la antropología es que le ayudó a alejarse de la ciudad santa. En mi caso, puedo afirmar que me acerqué a la ciudad santa, o mejor dicho a una de las ciudades de la antigua Roma, la Tarraco imperial. En Roma vemos que “...la celebración de Baco/Sabacio¹ (...se conserva la doble naturaleza del dios como deidad del vino y de la cerveza) era popular porque evocaba sin ambigüedad asociaciones felices, en oposición al temor que producían las actividades de los dioses temperamentales, y estaba indisolublemente ligado a la iniciación en los placeres sexuales y al acto sagrado de la intoxicación” (Walton, 2003:70). En Roma se encuentra una de las cunas del consumo de drogas de masas peculiar de la Metrópoli, basada en el uso del alcohol, estando “los cultivos concentrado alrededor de Tarragona y el bajo Guadalquivir para facilitar su transporte”. (Coordinadora ONGs..., 1998:10).

Desde la actual Tarragona o antigua Tarraco, me propongo narrar algunos momentos claves de mi itinerario, que plasman las incidencias que dieron lugar al inicio del trabajo de investigación etnográfica en un contexto diferente a mi pueblo de origen. Mis trabajos de investigación anteriores tienen lugar en el mundo wayuu, un pueblo indígena de Venezuela, que he abordado desde los puntos de vista tanto histórico como antropológico. Vale decir, que una de mis identidades es mi adscripción al pueblo wayuu; pueblo de filiación lingüística arawak, cuya organización es matrilineal (grupo formado por uno o más linajes trazado por sus ascendientes y descendientes femeninos, esta forma de parentesco permite mantener la fuerza de unión del grupo, y le da cohesión social). Es un pueblo con la mayor población indígena a nivel nacional y ha sufrido muchos cambios tanto en el pasado como en el presente.

Mi adscripción étnica fue una de las razones por la cual decidí apartarme un poco de la endoetnografía en la cual muchas cosas se iban mezclando entre la perspectiva emic y etic.

¹ Nombre romano del griego Dionisio, dios del vino y de la alegría, del bienestar físico. En el transcurso del tiempo, por influencias asiáticas, y particularmente frigias, “el culto báquico asumió rasgos orgiásticos. En Roma se celebraban en honor a Baco las Bacanales, fiestas nocturnas entre desorden ruidoso y desenfreno, y las fiestas Brumalia, al principio del invierno” (Sechi Mestica, 1993:56-57). Es el más importante dios terrestre de los antiguos griegos, hijo de Zeus y de Semele, mortal hija del rey de Tebas. En la adolescencia, “descubrió las propiedades de la vid y concibió el modo de obtener el vino; desde entonces anduvo por Grecia enseñando a los hombres viticultura”. (Sechi Mestica, 1993:76)

Para hacer distancia trabajé en un proyecto de investigación en equipo en el que estudiamos a familias con personas que padecían la enfermedad de Alzheimer. Después de dicha investigación surgió la necesidad de seguir confrontando realidades distintas a la propia. Pienso que estando en mi país me seguía absorbiendo mi cultura de pertenencia, necesitaba un espacio más distante en el que se diluyeran los orígenes étnicos tan particulares.

El alcohol ha estado presente en mi vida pues, en el caso de las mujeres wayuu, es muy cuestionado que una mujer tenga problemas con el alcohol, sin embargo, la mayoría de las curadoras son mujeres y utilizan el alcohol en sus terapias. De hecho, una de mis abuelas era curadora y tenía problemas en su consumo de alcohol, y varios miembros de la familia no la cuestionaban, pero otros sí. La mayoría de los hombres de mi pueblo beben alcohol y siempre ha sido bien visto e incentivado. Más reciente se van añadiendo otras drogas que van complejizando el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes wayuu.

En mi caso, como todos los niños de mi sociedad, cuando era pequeña en algún momento pasé por las manos de alguna curadora wayuu u oütsü; la curadora wayuu en sus terapias utiliza una bebida alcohólica llamada chirrinchi² y pasta de tabaco. El alcohol es usado en muchas de las terapias de autoatención, en mi caso, cuando dolía una pierna, cuando dolía la cabeza, cuando tenía miedo, alguna de las mujeres de la familia tomaba un sorbo de alcohol y lo asperjaba por mi cuerpo. En el libro *Sistema explicativo del proceso salud-enfermedad en niños wayuu. Propuestas para la promoción de salud desde la interculturalidad* (2007) relato una experiencia acontecida en mi niñez sobre la curación recibida en el sistema curativo wayuu de una enfermedad llamada apülainwaa³ en la que fui contaminada por un animal, el “báquiro”⁴, en este sentido, las contaminaciones por animales se tratan comiendo del animal o sus productos⁵, además del alcohol y la pasta de tabaco utilizado en las terapias realizadas por el curador.

² Bebida alcohólica fermentada producida a partir de la caña de azúcar.

³ En el caso wayuu, según la causa, existen cuatro tipos de enfermedad: a) las enfermedades puestas (brujería) que son atendidas por el curador wayuu b) enfermedades wanülüü o las producidas por ataques de entidades pülasü (Pulowi, Wanülüü, Keerali, Akalakui, Yoluja, que en muchos casos no tiene curación, excepto las de tipo Yoluja las cuales son atendidas por el oütshi o curador wayuu, c) las enfermedades apülainwaa las cuales son atendidas por el oütshii y por el agente contaminante, d) las enfermedades ayulee o comunes que son atendidas a nivel doméstico con plantas medicinales, por el médico o curador wayuu. (Paz Reverol, 2007)

⁴ Col. y Ven. Saino. Mamífero paquidermo, cuyo aspecto es el de un jabato de seis meses, sin cola, con cerdas largas y fuertes, colmillos pequeños y una glándula en lo alto del lomo, de forma de ombligo, que segrega una sustancia fétida. Vive en los montes de la América Meridional y su carne es apreciada. (Diccionario de la Real Academia Española, 1992)

⁵ Mary Douglas (1973), afirma que existen varios tipos de contaminación, cuando el agente es un ser humano, esta puede ser voluntaria e involuntaria. Así como también, cuando el agente es un animal, la

Este suceso ha quedado en mi memoria porque lo escuché muchas veces de boca de mi madre y mi abuela. Según el testimonio de mi madre, no podía caminar, sólo gateaba, no comía, no hablaba y tenía mis manos apretadas; ella había acudido en primera instancia al modelo biomédico. No obstante, mi madre no descartaba que fuese la enfermedad apülainwaa, si era cierta su suposición, esta enfermedad no la podrían curar los médicos, sino los curadores de nuestra cultura. Por ello fui sacada del hospital sin el consentimiento de los médicos. Al llegar mi abuela me recibió, me sopló, reaccioné, la señal era que si reaccionaba [estremeciéndose mi cuerpo] con el soplo con chirrinchi iba a obtener la curación (Paz Reverol, 2007)

El estremecimiento de mi cuerpo en cuanto fui asperjada con alcohol por la curadora y descrito por mi madre era una señal de que la curación iba a ser posible. El soplo efectuado por la curadora era una señal de salvación; significa la protección del cuerpo por los aseyuu o espíritus auxiliares. En el rito de curación contemplaba los rituales de soplos con alcohol en el cuerpo, masajes, cantos, y el movimiento constante de la maraca para que la curadora hiciera su viaje chamánico y le transmitieran los espíritus auxiliares el diagnóstico y la prospección de la enfermedad.

El alcohol está presente en muchos ritos de los wayuu: cuando un individuo muere, el organismo se prepara vaciándole en su organismo alcohol. Los wayuu no permiten autopsias ni preparaciones del cadáver, a menos que muera en un hospital. En los ritos de segundo velorio, que consiste en una segunda exhumación de los restos del difunto transcurridos algunos años después de su muerte, quien hace la exhumación lava con alcohol las osamentas y luego lava sus manos y cuerpo con alcohol y agua. Luego la persona se somete a ritos de purificación.

Supongo que no ha habido ninguna restricción con el alcohol, pues siempre supe donde estaba la botella y era accesible la misma. En cambio, el tabaco nunca estaba a la vista, era algo reservado para los adultos, excepto cuando tenías resfriado que pedías a un adulto para hacer tu propia terapia con tabaco. Consistía en tomar el tabaco, diluías un poco de las hojas en agua y empezabas a gotear por los orificios nasales el líquido, lo que te hacía estornudar y siempre se pensaba que había una mejoría.

Me pareció importante incluir este recuento sucinto ya que a partir de la interacción con los sujetos he podido realizar estas elaboraciones de lo que considero mi itinerario antropológico. A partir de haber compartido las alegrías y penas de las personas que

contaminación es involuntaria. Pero los resultados son independientes del agente contaminante, sea de carácter voluntario e involuntario.

participaron en la presente investigación, de haber estado en algunos sepelios, cuando lloran, cuando ríen, cuando están deprimidos... dichas situaciones han marcado mi mundo en este espacio catalán. Cuando pienso las personas que participaron en el estudio me transmiten el coraje y la valentía para afrontar los múltiples problemas, contradicciones y retos de vivir, trabajar y estudiar en una sociedad que no es la mía.

El alcohol en la cultura de los “otros”

Dentro del occidente latino, el alcohol es la sustancia que ha tenido más valoración con respecto a otras drogas, conserva su antigua historia y su ritual en cuanto a su producción y consumo; se ha arraigado y fructificado en las sociedades occidentales preservando su vigencia en cuanto a la legalidad y promoción publicitaria para su consumo y comercialización. Es así como Walton (2003:21) afirma que el alcohol “ha ido acumulando a lo largo de milenios un dilatado y variadísimo conjunto de contextos simbólicos en los que puede ser ingerido, ya sean de carácter festivo, consolador, medicinal, académico, sacramental o gastronómico”. Paralelo a esto, en el tiempo y en los diferentes espacios se ha presentado la preocupación por entender el fenómeno y contener sus efectos, desde un punto de vista religioso, ritual, terapéutico o legal, en aras de regular su consumo problemático y sus consecuencias negativas.

En este sentido, la complejidad del uso de alcohol se puede ver desde el uso socialmente adaptativo, integrador, al uso problemático, y el problema individual de dependencia. Estos matices permiten ver diferencias que conducen a interrogarse sobre cómo poner límites entre lo normal y lo patológico. En el marco de esta investigación no pretendemos resolver la pregunta pero sí aportar los aspectos que se suelen encontrar en las representaciones colectivas (Durkheim, 2003) y en las prácticas (Bourdieu, 2008) en una sociedad dada. Por ejemplo, hay tres categorías diferenciadas socialmente: beber, emborracharse y ser alcohólico, que ya más adelante veremos en los discursos, tanto del pasado como del presente, en cuanto a la diversidad que ha tenido y que tiene el uso del alcohol. De alguna manera esto está ligado a otros criterios que tienen que ver con el control/dependencia de la sustancia aunado a otros criterios ligados con la frecuencia, factores socioculturales y juicios de valor que permiten ver la manera cómo se explica la dependencia del alcohol o llamado también “alcoholismo” en determinados contextos.

En su carácter más ceremonial o sagrado, el vino estaba presente en el mundo antiguo, de hecho, es en la esencia del culto a Perséfone⁶ (vinculado a los cereales) y Dioniso, (ligado al vino) “que se funden como banquete de pan y vino ya en los cultos de Attis⁷ y Mitra⁸, bastante antes de predicarse el cristianismo”. (Escohotado, 2005:36).

La Grecia clásica se planteó una ambigüedad en la función que cumplía el alcohol en dicha sociedad, planteaba "el dilema que representaban la doble cara de la bebida", por un lado era un sacramento para los adoradores de Dioniso y por el otro lado la estigmatización a los que se embriagan” (Walton, 2003:62). Emerge en este contexto la concepción de que "el vino es un regalo del dios para tranquilizar los corazones de una humanidad atormentada para hacer más llevadera la travesía de los mares enfurecidos que el destino le depara en esta vida" (Walton, 2003:66). Incluso Zeus, el padre de los dioses griegos, con toda su altanería, no desea negar el alcohol a la humanidad que sufre.

En las culturas heleno cristianas, el vino es considerado como el espíritu de Dyonisos, la sangre de Cristo, un arte milenario de vida, pero no como una droga. El sacerdote que consagra el vino no es visto como un “alcohólico” ni como un “drogado”. Tradicionalmente, los psicotropos juegan el doble rol de “facilitadores del vínculo social” (ilustrado en los cristianos por el milagro de la transformación del agua en vino en las bodas de Canaán) y de “vehículos hacia lo sagrado” (ilustrado por la transformación del vino en sangre de Cristo). Los consumos ritualizados no se consideran problemas. Su uso no se define como abuso y el abuso eventual es considerado como un accidente (Grup Igia y colaboradores, 2008: 43).

El antiguo testamento de la Biblia “celebra los poderes del vino para consolar al hombre infeliz, y andando el tiempo estos caminos de resignación acabarán considerándose lo único racional”. (Escohotado, 2005:70). El Antiguo Testamento considera también las bebidas alcohólicas como analgésico, de un modo bastante más realista, así lo expresan las palabras del rey Lemuel, la profecía con que le enseñó su madre:

Dad la sidra al desfallecido,
Y el vino a los de amargado ánimo.

⁶ Hija de Zeus y Démeter, señora del Averno. Fue raptada por Hades. Las fiestas que se celebraban en su honor se llamaban Coreas (Sechi Mestica, 1993:215).

⁷ Pastorcillo de Frigia, quien “amó a Cibeles y por ella hizo voto de castidad” pero incumplió su promesa por lo que “arrepentido, Atis se castró y murió” (Sechi Mestica, 1993:38).

⁸ Dios del cielo, de origen persa; personificación del sol, fuente de luz y calor. Se introdujo en Grecia y luego en Roma. “En sus representaciones más comunes el dios aparece en forma de un joven en el momento de matar a un toro”. En la época clásica, “se representa como un jovencito con capa y gorro frigio junto a dos jóvenes, Cautes y Cautópates, símbolos del sol naciente y del sol poniente” (Sechi Mestica, 1993:183).

Beban, y olvidense de su necesidad,
Y de su miseria no se acuerden más.
(La Santa Biblia, 1960, Proverbios, 31: 6-7).

El vino es celebrado en el hermoso Salmo 104, que canta casi dionisiacamente los esplendores del mundo, en un imploración dirigida al Creador “Haz que crezca hierba para el ganado, y plantas para que el hombre cultive, que pueda producir los alimentos de la tierra y *el vino para alegrar el corazón del hombre*”⁹ (La Santa Biblia, 1960, Salmo, 104: 14-15). Es así como la deidad dio el vino para inspirar una alegría que el espíritu judío considera deseable y hasta educada, signo de sabiduría.

El carácter más medicinal tuvo su complejidad, pues primero fue considerado “como un veneno, más tarde como un medicamento y, ya en el siglo XVI, casi como una panacea universal” (Rey González, 1990:21). Se puede decir que el vino es una de las medicinas más antiguas, pues “se empleaba con fines terapéuticos en todas las sociedades que conocieron la viticultura”. Los médicos griegos y romanos “lo recomendaban como desinfectante de heridas, antitérmico, diurético y bebida reconstituyente” (Courtwright, 2002:113-114).

En el aspecto médico, podemos decir que “la principal institución terapéutica de la Grecia arcaica son los templos de Asclepios, dios de la medicina, atendidos por médicos sacerdotes. En el más antiguo “hospital griego” del que se tenga testimonio –el santuario de Asclepios en Epidauro¹⁰- la primera medida al ingresar el paciente era recluirlo en una celda y provocarle la incubatio o «sueño templario», que requería ayuno completo durante un día y abstinencia de vino durante los tres previos. Sin embargo, en Epidauro sólo está atestiguada la farmacopea para afecciones de la vista y cirugía (los griegos empleaban casi siempre opio)” y se presume que otras sustancias que sugieren varias conjeturas para explicar ese «ensueño curador» (Escohotado, 2005:141).

En el cristianismo el vino se convierte en el “símbolo del sacrificio de Cristo, la bebida preferida de la aristocracia europea (los plebeyos bebían sobre todo cerveza y ale) y una alternativa segura y antiséptica al agua contaminada, que constituía posiblemente la mayor amenaza para la salud de la humanidad desde el origen de la civilización. No es casual que el Buen Samaritano curase con vino, en lugar de agua, las heridas del caminante”. (Courtwright, 2002:28)

⁹ Cursiva de la autora.

¹⁰ Ciudad denominada así, ubicada en la Argólida, donde se levantó un grandioso templo en su honor (Asclepio), meta de curación para enfermos que invocaban su curación. (Sechi Mestica, 1993: 89)

Esta aura religiosa que favorecía un consumo no problemático en la ingesta de alcoholes en el mundo antiguo no se puede circunscribir sólo a este contexto ni a unas sustancias determinadas como los vinos y cervezas... “aunque el término se aplique casi exclusivamente al alcohol y sus efectos, lo cierto es que incluso hoy estos ceremoniales se realizan con una variedad de fármacos”. (Escohotado, 2005:47-48). O mejor dicho, se utilizaban combinados o en diluciones específicas.

La Iglesia cristiana (siglo IV), si bien no alentó a sus fieles a renegar del alcohol, les dijo bien claro que había vocaciones espirituales más elevadas que la “intoxicación ritual” (Walton, 2003). Vemos entonces que cuando el vino se transformó en la sangre redentora de Jesucristo en la eucaristía, su poder santificador sólo podía ingerirse en dosis minúsculas. La propuesta estaba basada en la fe en una nueva vida de gloria, “la propuesta de otro mundo que era mucho más apasionante que éste”, en vez de una “mera prolongación ininterrumpida de sus mejores momentos”. Por otra parte, el cristianismo dispuso estratégicamente muchas fiestas en el calendario (especialmente la Navidad) para que “coincidieran con las antiguas celebraciones paganas” (Walton, 2003:73). Walton asegura que “el debut de Jesucristo como hacedor de milagros, la transformación de varias jarras enormes de agua purificada en vino suficiente para proveer a una boda como la que se celebró en Canaán, que solía durar unos dos meses, sugiere que la Iglesia que se fundó no despreciaba del todo la intoxicación” (2003:75).

Durante el periodo de inestabilidad política y social posterior a las guerras púnicas, y “la consiguiente formación de grandes poblaciones itinerantes que llevaron consigo las prácticas dionisiacas a la ciudad-estado romana”, el culto báquico “desencadenó algunas agitaciones particulares y experimentó ciertos cambios.” De esta manera, las bacanales, “que era un festejo esencialmente estacional, ligado a la vendimia, se convirtieron en una fiesta mucho más móvil y frecuente”. Finalmente, “a raíz de un escándalo público manipulado por el estado en el 186 a.C., las bacanales fueron prohibidas oficialmente en Roma”. (Walton, 2003:71). En el 92, Domiciano mandaría arrancar las cepas y prohibiría plantarlas en la mitad de las provincias del imperio. (Fouquet y De Borde citado por García Prado, 2001:14).

Sin embargo, proliferaron “sectas fanáticas abstemias, como los encráticos, los tacionos, los marcionistas y los acuarianos, para los cuales beber constituía pecado mortal; de acuerdo a sus tradiciones, cuando Lucifer cayó de los cielos se unió a la tierra y produjo la vid”. Eso justificará la destrucción de ritos místéricos en el área mediterránea y Europa, la

persecución infatigable de hechiceros hasta el siglo XIX, la cruzada misional contra las «idolatrías» descubiertas en América y otros continentes. Justificará, finalmente, aquello que distingue al cristianismo de todas las grandes religiones conocidas: “ser la única fe que no vaciló en imponerse por el terror, la única donde el asentimiento interno contó menos que el externo”. (Escohotado, 2005: 232-233).

Al término del siglo XVIII es “cuando comienza a crecer el interés médico por los efectos perniciosos de la bebida”. Las causas reales de ésta preocupación médica por los problemas del alcohol, más bien parecen tener relación con otro tipo de factores. En primer lugar, el interés de la ilustración por la salud pública, en parte como reacción contra las medidas terapéuticas del siglo XVIII, incluyendo el uso de bebidas alcohólicas. En segundo lugar, los avances realizados en el campo de la fisiología, dado que el alcohol tenía efecto evidente sobre el sistema nervioso. (Rey González, 1990:22-23).

Es en el siglo XIX, y sobre todo en la segunda mitad, cuando el problema adquiere verdadera importancia social (Rey González, 1990:21). La obra más importante sobre alcoholismo y que tendrá grandes repercusiones a partir de entonces fue el tratado de alcoholismo crónico de Magnus Huss (1852). En el siglo XIX se les atribuían a los usos del alcohol como paliativo y también como analgésico junto con los opiáceos, éstos llegaron a adquirir gran popularidad, y no tanto porque curaran, “cuestión acerca de la cual la población siempre tendrá (hasta la mitad del siglo XX) un gran escepticismo, sino que ayudaban a vivir y a morir de la mejor manera posible” (Romaní, 1999:43).

Courtwright, (2002) coloca en el tapete la complejidad del problema que me planteo en la presente investigación. “Tapar las lagunas no será fácil, sobre todo en las sociedades de consumo. El placer es al consumismo lo que la victoria a los deportes: un imperativo perseguido por todos los medios, excepto el engaño con ciertos productos químicos”. La verdadera esencia de la cultura contemporánea, como ha señalado Daniel Bell, “es la de los individuos soberanos que «saquean el almacén mundial», dejando de lado las restricciones tradicionales, en beneficio de su propia satisfacción”. ¿Por qué a mi si y a otros no les pasa nada cuando beben alcohol? Es la pregunta realizada por los sujetos en el presente estudio. Bell dice al respecto «Sé feliz y comparte, excepto la fruta prohibida» ha sido siempre un mensaje difícil de asumir. “El Génesis nos dice que Adán y Eva no pudieron cumplirlo en el Edén. Es difícil imaginar que nuestras probabilidades sean mayores en el nuevo Edén actual” pues el regalo de Dionisos, Zeus, Baco, Dios está vigente, legalizado y a la mano en el día a día. (Courtwright, 2002: 300).

La investigación

Mi interacción con las personas con problemas de alcohol (pcpa) fue un aprendizaje tanto para comprender mis representaciones y prácticas sobre el alcohol como para comprender las representaciones y prácticas de las personas con las cuales trabajé, y también implicó el aprendizaje de la manera de realizar el trabajo de campo en drogodependencias. Cuando hablo de personas con problemas de alcohol¹¹, nos referimos a hombre y mujer que tiene una dependencia de la sustancia, en este caso del alcohol. Pero no puede excluirse el contexto de la persona en el que se generan conflictos por el consumo de la sustancia y las consecuencias del padecimiento relacionado con el alcohol que repercuten en dicho contexto.

Se considera que la persona con problemas de alcohol tiene una enfermedad cuya sustancia desencadenante es el alcohol y en la misma intervienen varios factores no sólo personales sino también del ambiente familiar, educativo, laboral, relacional y sociocultural. La investigación estuvo centrada en los procesos de marginación/innovación de las personas en un Servicio de Drogodependencias de una ciudad media de Catalunya y el principal objetivo fue analizar las representaciones y prácticas de atención a la salud de las personas con problemas de alcohol. De este manera, el trabajo de investigación realizado desde el año 2008 permitió el estudio con personas sometidas a tratamiento por el abuso del alcohol con edades comprendidas entre la población de 27 a 64 años.

El presente trabajo de investigación se inscribe disciplinariamente en la Antropología de la Medicina. Es necesario a partir de aquí hacer un recorrido por esta disciplina para ver los aportes en cuanto al padecimiento de las personas con problemas de alcohol (pcpa) en el marco del proceso de alcoholización. Es necesario analizar las perspectivas y los distintos enfoques que se le ha dado al problema, que permita revisar los espacios epistémicos para atender la problemática relacionada con el alcohol que transita entre los ejes de sujeto y estructura.

Entre la numerosa bibliografía se ha seleccionado a Menéndez (1991, 1996), Cunillera (1996), Kim Berg, Insoo y Scott D. Miller (1996), Korman (1996), Comas (1988), Romani (1999), Campos Marín (2002), Courtwright (2002), Walton Stuart (2003), Megías (2001,

¹¹ Se aborda la propuesta de Cunillera i Forns (2006), concepto con el que se manejan los profesionales del CAS desde un enfoque sistémico-relacional; definición, según la autora, que no estigmatiza a los sujetos que consumen una determinada sustancia, en este caso, el alcohol.

2005) entre otros. Muchos de los autores señalados son pioneros en el área de la Antropología Médica y las ciencias sociales en el campo de las drogodependencias.

En cuanto a la metodología está formulada colocándole el peso al análisis cualitativo, en la que se recogen las narrativas y experiencias desde el punto de vista de los actores sociales, en este caso las personas que padecen la problemática relacionada con la sustancia y los terapeutas de referencia. Las técnicas de recogida de la información fueron la observación, observación participante y la entrevista en profundidad; esto permitió verificar la diferenciación de los pcpa del resto de los drogodependientes, los mecanismos de interacción entre los usuarios y usuarios-terapeutas, así como también las creencias sobre el padecimiento y mecanismos de ocultación del problema. Se privilegia la construcción de itinerarios asistenciales de las personas con problemas de alcohol, intentando desentrañar los significados que los mismos otorgaban a su padecimiento, tratamiento y los diferentes recursos a los que acuden. El análisis de la información se estructuró en los sujetos por género. Y en los terapeutas, de acuerdo con el tiempo que tenían en el servicio. Esta perspectiva no estaría completa sin añadirle algunos datos cuantitativos y epidemiológicos, para los que se utilizaron fuentes secundarias.

Los resultados de esta investigación se presentan en 7 capítulos: el primer capítulo, hace un recorrido por las teorías e investigaciones desarrolladas sobre el “alcoholismo” y el corpus teórico sobre el enfoque relacional y multidimensional de las drogas que considera al sujeto, la sustancia y el contexto; así como los itinerarios asistenciales enmarcados en la prácticas de atención de la salud de los sujetos. Se expone, además, la teoría para entender los procesos de marginación, exclusión e innovación de los sujetos y las estrategias de salud basadas en la reducción de daños. En el capítulo 2 se desarrolla la metodología que sirvió de guía para la recolección de información y su análisis. El Capítulo 3 realiza una descripción cultural y epidemiológica de los sujetos en el contexto de la institución y la estructura de funcionamiento del Servicio de Drogodependencias dentro de la Red de Salud Pública.

El capítulo 4 está dedicado a los terapeutas y las narrativas sobre las personas que atienden, su labor en el CAS y la forma de abordar las dependencias a las sustancias. La presentación de la información obtenida de los profesionales se hace en doce apartados que se articulan en torno a la metáfora sobre “el traje a la medida”. En el primero se expone el enfoque sistémico-relacional con el que se trabaja en el CAS; en el segundo, las definiciones de los profesionales sobre la enfermedad relacionada con el alcohol y otras drogas, las causas y los

síntomas; en el tercero, se plantean los tipos de personas con problemas de alcohol. En los dos apartados siguientes, se plantean el perfil de los tratamientos de estas personas y la relación terapeuta-usuarios, si son cercanas o distantes con los “pacientes”. El sexto apartado y los siguientes incluye el porqué del uso de la metáfora del “traje a la medida”, es decir, el recorrido de las personas drogodependientes: desde el protocolo biopsicosocial, el proceso psicoterapéutico y el abordaje por el equipo de la situación.

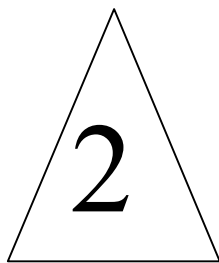
El capítulo 5, centrado en las narrativas de las personas con problemas de alcohol que se han recogido durante la investigación, está distribuido en siete apartados. Sus protagonistas, hombres y mujeres, aportan sus ideas en cuanto a la enfermedad relacionada con el alcohol, en muchos casos no se menciona el “alcoholismo”, o se le designa de otra manera. Hay aspectos que plantean una diferenciación en hombres y mujeres que ameritan la necesidad de establecer una morbilidad diferencial entren ellos, de manera consecuente con los datos analizados que se trataron en el primer apartado. En el siguiente, las pcpa señalan la ubicación de la enfermedad en su cuerpo, la mayoría de los sujetos sitúan la enfermedad en la cabeza. El tercer apartado, trata sobre el origen y causa de la enfermedad relacionada con el alcohol, representado de manera exógena o endógena. El cuarto apartado, signos y síntomas de la enfermedad relacionadas con el alcohol, se consideran no sólo los síntomas físicos sino relacionales, laborales y sociales de la misma. En el quinto apartado se considera el tratamiento de la persona con problemas de alcohol, o mejor dicho, lo que considera la persona que es su tratamiento, es decir, dónde coloca el acento el sujeto, en el papel del centro de salud o en el sujeto mismo. Aparecen planteadas las ideas de las personas sobre la curación o no, sus prácticas y cuidados, entre otros aspectos. El siguiente apartado, trata sobre el abandono del tratamiento ya sea de unas sesiones o el abandono por un tiempo determinado por parte de las personas con problemas de alcohol. Por último, el apartado séptimo señala el sentido del tratamiento para los mismos, que se aborda como una propuesta que oscila entre la reducción de daños y la abstinencia.

En el capítulo 6, se abordan los marcos institucionales y los itinerarios asistenciales de las personas con problemas de alcohol. Se incluyen los recorridos por diversas asociaciones, organizaciones e instituciones tanto dentro como fuera de la Red de Salud Pública. En el primer apartado se incluye el itinerario o carrera curativa de la pcpa dentro del Modelo Médico Hegemónico en los diferentes recursos y dispositivos institucionales. Luego se incluyen los caminos o itinerarios asistenciales de la pcpa dentro del Modelo Médico Alternativo Subordinado, es decir, el paso por determinadas religiones, Alcohólicos

Anónimos, etc. Las ideas sobre cada uno de los servicios son positivas unas, las otras no tanto, también coinciden con periodos de crisis o bienestar, tiempos buenos o malos de las pcpa. Casi todos se sometieron a intervenciones según determinados esquemas, con los que no necesariamente estaban de acuerdo. En los apartados siguientes se incluyen las apreciaciones de los profesionales, la institución, del terapeuta de referencia y las propuestas de las pcpa para mejorar el CAS.

El capítulo 7 plantea las oscilaciones entre la marginación y la innovación de las personas con problemas de alcohol y entre la abstinencia y reducción de daños. En este capítulo se recogen las narrativas a partir de las cuales las pcpa toman una decisión importante en su vida, la decisión de dejar y/o moderar el alcohol y sus proyectos a corto, mediano y largo plazo en algunas áreas de su vida individual. En sus trayectorias, se plantea la decisión entre dejar definitivamente el alcohol o reducir daños relacionados con su consumo, esto significa que en el recorrido de su itinerario asistencial avanzan o retroceden en función de variadas justificaciones. Nos planteamos saber cuáles son sus proyectos de vida, cuáles son sus deseos y aspiraciones, qué es lo que piensan de su vida y/o de su muerte, y las ideas presentes en cada uno de sus proyectos a corto, a mediano y a largo plazo. Se incluye un apartado sobre el apoyo que reciben las pcpa por parte de la familia y cuidadores para continuar con sus proyectos de abstinencia y/o reducción de daños.

La investigación finaliza con unas consideraciones finales a modo de conclusión que presentan una evaluación de los objetivos, interrogantes e hipótesis, las diferentes formas de atención y su articulación a partir de los datos etnográficos. En este apartado se clarifican y se hace evidente la situación de hombres y mujeres que padecen problemas relacionados con el alcohol y su tratamiento, las experiencias y sufrimientos de los mismos por los procesos de marginación y exclusión social y las estrategias basada en la política de reducción del daño que dignifica la vida de las mismas.



**PERSPECTIVAS TEÓRICAS: EL ANDAMIAJE PARA EL
ESTUDIO DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE
ALCOHOL**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS
Carmen Laura Paz Reverol
DL:T. 1708-2011

«Lo que el hombre tiene de característico es que el freno a que está sometido no es físico, sino moral, es decir, social. Recibe su ley, no de un medio material que se le impone brutalmente, sino de una conciencia superior a la suya y cuya imperiosidad siente».

Durkheim, Emile (1992)

La investigación de las personas con problemas de alcohol (pcpa) fue realizada desde octubre de 2008 hasta diciembre de 2009, se recogieron experiencias sobre los problemas de alcohol en hombres y mujeres que acuden a un Servicio de Drogodependencias al sur de Cataluña, para ello se requirió de la elaboración de una propuesta teórico-metodológica que ameritó una continua reflexión sobre numerosos aspectos. Se decidió desarrollar este estudio partir del enfoque relacional propuesto por Menéndez (2002), para ello me centré en la persona con problemas de alcohol como sujeto central de la investigación, pero teniendo en cuenta dicho enfoque se incorporaron las relaciones con los profesionales de referencia que laboran en el CAS; la relación profesionales sanitarios – usuarios del CAS, sería entonces la unidad de análisis de esta investigación.

Mi enfoque estuvo puesto en las narrativas y experiencias de las personas con problemas de alcohol referidas a su tratamiento biopsicosocial en el CAS, sus relaciones con terapias alternativas, Alcohólicos Anónimos, religiones y la autoatención, reconociendo que las pcpa poseen conocimiento y protagonismo en su proceso de salud/enfermedad/atención. La reducción de riesgos/daños desde la perspectiva de las pcpa y de los terapeutas permite ver la articulación de las representaciones y prácticas en torno a la salud. De esta manera, los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) generados dentro del dispositivo asistencial junto con el saber de los pcpa y con la ayuda del equipo del CAS han provocado cambios en la manera de considerar la problemática relacionada con el alcohol y otras sustancias.

El Servicio de Drogodependencias es un servicio especializado que da atención profesional para problemas de drogas y su tratamiento, a una población abierta o asegurada, residente en un área determinada que se caracteriza por pertenecer, en su mayoría, a niveles socioeconómicos medios-bajos localizada al sur de Cataluña. Se centra el análisis en el proceso de salud/enfermedad/atención desde las perspectivas de los sujetos sobre sus padecimientos vinculados con el alcohol y su tratamiento pero también los resultados refieren a los terapeutas en cuanto a las personas que atienden, a las necesidades y retos de los mismos y a la evolución y perspectivas del Centro de Atención.

La investigación partió de dos interrogantes primordiales, sobre las cuales se elaboraron los objetivos y las hipótesis. La primera se enfoca a determinar cómo se constituyen las narrativas sobre la enfermedad, pronóstico, tratamiento en las personas con problemas de alcohol que orientan su conducta en la búsqueda de atención de la enfermedad en torno a diferentes recursos terapéuticos dentro del Modelo Médico Hegemónico y la manera cómo se articulan las prácticas de atención a la salud (médicos, alternativos, religiosos y de autoatención) en las construcciones e itinerarios asistenciales que los sujetos elaboran y hacen del padecimiento relacionado con el alcohol. La segunda se propuso a establecer la manera cómo se articulan las ideologías y las prácticas asistenciales de las personas con problemas de alcohol y de los profesionales que les atienden en el CAS en torno a los padecimientos vinculados con el alcohol: sobre los signos y síntomas de la enfermedad, los tratamientos y terapéuticas, abstención o reducción daños relacionados con el alcohol, la marginación o autonomía de los enfermos, y las representaciones elaboradas en torno a la gravedad o levedad del referido padecimiento.

El objetivo general consistió en interpretar las ideas que tienen las personas con problemas de alcohol y los terapeutas sobre el padecimiento, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, grado de autonomía/dependencia, control/descontrol, abstención/reducción de daños, marginación y/o innovación mediante las narrativas de los terapeutas y la construcción de itinerarios asistenciales de los sujetos orientando la conducta de búsqueda de atención a la enfermedad en torno a diferentes recursos personales e institucionales. A partir de ello se elaboraron tres objetivos específicos:

1. Describir e interpretar las representaciones colectivas y las prácticas de las personas con problemas de alcohol y de los terapeutas sobre los padecimientos relacionados con el alcohol en el CAS.
2. Describir y analizar las características de los itinerarios asistenciales enmarcados en las prácticas de atención a la salud (médicos, alternativos, religiosos y de autoatención) que utilizan los hombres y mujeres con problemas de alcohol que acuden al CAS.
3. Distinguir a partir de los usuarios y terapeutas, algunos discursos sobre los procesos de marginación social referidos a los usuarios, los profesionales y la institución.

Las tres hipótesis se refieren al marco general de la construcción del objeto:

1. Las representaciones y prácticas que tienen las personas con problemas de alcohol sobre los padecimientos relacionados con el alcohol, según sean

hombres o mujeres, permitirán ver diferencias intergénero e intragénero. La construcción del alcoholismo como enfermedad tendrá importantes diferencias intergenéricas en causas/motivaciones, prácticas, efectos/consecuencias, autonomía/apoyo al dispositivo, marginación/ innovación y tratamientos. Esperamos, por tanto una mayor rigidez moral frente a los usos y “excesos” del alcohol por las mujeres pero también motivaciones ocultas y sentido de “culpa” en los hombres debido a las pautas culturales que diferencian la bebida en hombres y mujeres.

En este sentido, las personas con problemas de alcohol, explican que hay un sufrimiento que causa su malestar y además tienen, en mayor o menor medida, ideas particulares de su padecimiento y de sus tratamientos. En el caso de las mujeres están relacionadas con problemas afectivos y emocionales, pero en el caso de los hombres también subyacen de manera oculta estas motivaciones aún cuando no las expresen. En los hombres y en mujeres están diferenciadas los tipos de causas para explicar/justificar el “alcoholismo” tanto femenino como masculino. Los hombres hacen una menor referencia a estas justificaciones causales y más a aquellas referentes con el contexto e imperativos sociales. El estereotipo al que más referencia harán los tres sectores de informantes (hombres, mujeres y terapeutas) es el de la mujer ama de casa, de clase media-baja que bebe a escondidas en casa, estrechamente relacionado con la distribución tradicional de espacios por género. En el hombre, se construye la representación de hombre de mediana edad, en paro laboral que bebe en los bares. No necesariamente coinciden las prácticas de las mujeres y hombres en cuanto a la abstinencia o reducción de daños.

2. Según el itinerario asistencial de hombres y mujeres y según sus prácticas de atención a la salud hay una representación y unas prácticas sobre su padecimiento, el consumo o no de alcohol, la abstinencia o reducción de daños, la eficacia o no de su tratamiento, la curación o no, la asistencia o no a la institución, la relación con el terapeuta y los demás servicios que se ofrecen. Dichas representaciones y prácticas se articulan con el mayor o menor grado de autonomía o dependencia del dispositivo, con el mayor o menor grado de marginación o innovación y con el desenlace afortunado o no de su padecimiento. La gravedad, los efectos y consecuencias del consumo de alcohol

se considerarán en su itinerario asistencial, como en lo que piensan de su vida y en sus proyectos en el corto, mediano y largo plazo, lo cual dependerá de sus condiciones de salud, del grado de estructuración o de desestructuración de su vida y la de su contexto y de los recursos afectivos, económicos e institucionales de los sujetos.

3. Hay un proceso de distinción por parte del sujeto que consume sólo alcohol y no otras drogas, considera que su problema no es tan grave como si lo es la de los consumidores de otras drogas; cuando busca ayuda médica se distingue de los “otros” consumidores de drogas al interior del dispositivo y expresa que no es como ellos, hay ideas sobre una marginación diferencial. En los profesionales están presentes algunas ideas sobre la “marginación” de los sujetos que atienden, que les impregna y los margina dentro de la Red de Salud Pública, aún cuando sea un dispositivo de carácter especializado.

A continuación se aportará en un primer apartado, una revisión bibliográfica sobre las principales aportaciones realizadas a la presente investigación: en primer lugar, se recoge una lectura crítica a los estudios que se han realizado en las ciencias de la salud y en las ciencias sociales en relación con el «alcoholismo»; un segundo apartado contempla, los aspectos teóricos desde el enfoque relacional en el marco de la dinámica sujeto/sustancia/contexto, la interrelación hombres/mujeres/alcohol y los modelos médicos; un tercer apartado examina la categoría de Marginación Social de la persona con problemas de alcohol; todos ellos constituyen los apartados teóricos centrales de la presente investigación.

2.1. APORTACIONES Y CRÍTICAS SOBRE EL ALCOHOL DESDE DIFERENTES ENFOQUES EN SALUD Y CIENCIAS SOCIALES

Centraremos esta investigación en las prácticas y representaciones colectivas de hombres y mujeres con problemas de alcohol, para lograrlo hemos buscado previamente las teorías que nos sirvieran de modelo para guiarnos en la problemática a abordar y así ir construyendo un marco referencial de antecedentes que sirvió de parámetro para definir la novedad del estudio que se planteaba. Los abordajes sobre el alcoholismo han sido considerados por las Ciencias de la Salud y por las Ciencias Sociales, desde hace más de un

siglo. En esta investigación se recogen los trabajos originados en distintas disciplinas que han utilizado enfoques teóricos-metodológicos distintos y/o similares –tanto desde el ámbito de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales – que han tratado con los distintos problemas de salud/enfermedad de las personas con “alcoholismo” o las personas con problemas de alcohol.

Vale señalar que en las últimas décadas del siglo XX, coincidieron varias disciplinas en el abordaje de las drogas (medicina, sociología, trabajo social, enfermería, educación social, antropología, historia...) especializándose en este campo y empezando a trabajar de manera conjunta para dar respuesta a las drogodependencias. La recopilación de un bagaje teórico-metodológico de varias décadas de estudios se inicia en un recorrido de perspectivas y conceptualizaciones que se han desarrollado en el área de la Psiquiatría, la Psicología, la Medicina, la epidemiología, el Trabajo Social y la Antropología de la Medicina.

A) PERSPECTIVA MÉDICA, GENÉTICA Y EPIDEMIOLÓGICA

Los estudios genéticos y epidemiológicos sobre el alcohol han sido copiosos, en su mayoría realizados por médicos, psicólogos y psiquiatras. Hay informes de estudios médicos enfocados a los efectos del consumo de alcohol y otras drogas en el organismo humano que datan de finales del siglo XIX. A partir de entonces es cuando se desarrollan contribuciones significativas como las de Huss, Morel, Rosh quienes sientan las bases para la comprensión del “alcoholismo” como enfermedad; señala Rey González que las teorías que se desarrollaron posteriormente “no han sido, sino meras reformulaciones de las del siglo XIX”. (Rey González, 1990:21-22/26-28). El trabajo de Alonso-Fernández, F. (1981) incluye aspectos epidemiológicos sobre el alcoholismo en España en la que señala que un vertiginoso ascenso de los problemas de alcohol entre los años 1945 y 1950; incluye varios estudios epidemiológicos realizado por un equipo psiquiátrico-social que permite ver con precisión la extensión y distribución de los problemas de alcohol en España. Hay varios autores que han trabajado desde la perspectiva médica tales como, Miller y Gold, (1993); Sánchez-Turet, M. (1999), García Usieto et al. (2003) quienes han abordado diversos aspectos del alcoholismo: historia, epidemiología, genética, farmacología, neurología, diagnóstico, estrategias y programas de tratamiento y prevención. Estas obras han sido importantes para el Sector Salud de Cataluña y del Estado español en cuanto a su difusión en el ámbito sanitario y académico.

En la actualidad la genética se ha ocupado de buscar los genes responsables de la proclividad a ser “alcohólicos” o “drogadictos” y han afirmado que “un 18% somos proclives a ser drogadictos” (Entrevista Everitt, Barry La Vanguardia, 2009). Contribuciones como estas dejan la responsabilidad sobre los genes y desde este enfoque hay un interés enfocado en actuar sobre los mismos.

En cuanto a los aspectos epidemiológicos, debo hacer mención especial a las encuestas nacionales de adicciones que se realizan sistemáticamente desde 1988 entre las cuales desde luego se incluye al alcohol, la principal droga de consumo en España. Desde 1995, el *Plan Nacional sobre Drogas* realiza todos los años impares en colaboración con los gobiernos autonómicos el *Informe de Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y Drogas en España* (EDADES) en la que se toma una muestra de 27.934 personas, la población de referencia son los residentes en España en edades comprendidas entre 15 y 64 años. Esta encuesta tiene como objeto conocer el consumo de todo tipo de sustancias entre la población en las edades señaladas. Permite de igual manera conocer las prevalencias del uso de las distintas drogas, los patrones de consumo de las distintas sustancias, los factores asociados, las percepciones sociales sobre los consumos, entre otros datos importantes. El Informe 2007/08 en sus resultados, teniendo en cuenta la serie temporal de los estudios, determinan que las drogas con el consumo más elevado continua siendo el alcohol y el tabaco. Vale señalar que aunque este trabajo no ofrece conclusiones acerca de la realidad social sobre el consumo del alcohol y drogas, permite por su sistematicidad utilizar los datos en términos comparativos y como punto de referencia para nuestra investigación.

Desde el punto de vista de las instituciones biomédicas, destacamos el artículo de Gómez-Talegón et al. (2005) quienes afirman, en cuanto al tratamiento del paciente alcohólico en España, “que no se ha cumplido el objetivo de que «la asistencia a los drogodependientes debe realizarse a través del Sistema Nacional de Salud», tal como quedó reflejado en la estrategia del Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008, así como el punto que señalaba: «en 2003 deberá garantizarse, por el Sistema Nacional de Salud, la asistencia ambulatoria especializada a los drogodependientes en cada área de salud». La asistencia se viene realizando fuera del sistema sanitario por distintas organizaciones relacionadas con ONG, etc. Señalan los autores que todos los pacientes tienen derecho a ser tratados de la misma manera, independientemente del tipo de enfermedad que presenten. Hay que desestigmatizar al enfermo alcohólico/drogodependiente. Cuando se consigue su integración en la red sanitaria aumentan los niveles de retención en el tratamiento, como

ha demostrado la experiencia valenciana. Concluyen diciendo que es necesario actuar desde todos los frentes (prevención, investigación y tratamiento) para conseguir que las cifras de consumo y los problemas asociados continúen con la tendencia descendente.

Otra interesante obra es la Monografía sobre Alcohol de Gual, A. et al. (2002) publicada por Adicciones que concentra artículos desde una perspectiva bioquímica, social, psicológica que incluyen su abordaje y tratamiento. Mencionamos el trabajo de Cañuelo sobre alcohol y exclusión social en el cual explica que “el consumo patológico de alcohol genera en muchas ocasiones elevados niveles de marginación que no encuentran respuestas en los dispositivos habituales de tratamiento, bien porque no acceden ó porque no encuentran las respuestas adecuadas”. Propone la creación de centros específicos de media y larga estancia, como hogares y pisos terapéuticos con programas de tratamiento intensivo al mismo tiempo que trabajar con técnicas de reducción de daños, entrevista motivacional y programas de integración dirigidos a inmigrantes.

La perspectiva médica sobre los problemas de alcohol intentan promover una versión que intenta tomar en cuenta las distintas voces de lo psicosocial pero no incluye algunas perspectivas socioantropológicas, aún cuando evidentemente han realizado incursiones en lo social.

B) PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

Esta es una de las perspectivas que más se ha desarrollado en cuanto a los trabajos sobre alcohol en el Estado Español cuyos principales exponentes son Freixa, F., Bach i Bach, Ll., Soler Insa, P.A. et al. en Barcelona, Santodomingo, J. en Madrid y Aizpiri Diaz, J. en el País Vasco, Alonso-Fernández en la Coruña, Valenciano Gayá en Murcia entre otros autores desde inicios de los años ochenta.

Freixa, F. et al. (1981:437-438) hablan de muchos tópicos sobre las drogas desde una perspectiva multidisciplinaria. En el caso del alcohol, uno de los aspectos que queremos destacar es la paradoja señalada por los autores en cuanto a “la temática del “alcoholismo”, que el “alcohólico” es un ser marginado por la sociedad, y al mismo tiempo se nos presenta el alcohol como factor integrante y elemento adaptador del individuo en la sociedad”, entonces, tenemos que está “integrado el que bebe y fuera de la norma se sitúa al abstemio”. Plantea que en la etapa final “del proceso de alcoholismo, aparece siempre

inevitablemente la marginación social... una pregunta que cabe hacerse a partir del autor es ¿Cuándo empieza realmente el proceso de marginación?”.

Aizpiri, J. et al. (1996, 2006) reseñan todas las indicaciones sobre las terapias médicas dirigidas a los profesionales de la salud para atender médicamente el problema del “alcoholismo”. En la primera obra los autores señalan los factores socio-religiosos en la rehabilitación de los pacientes alcohólicos y las terapias de grupo, la abstención de la sustancia, la prevención, la psicoterapia, recaídas y prevención de las recaídas, farmacología y desintoxicación, entre otros aspectos. La segunda obra subraya que “gran parte de la intervención profesional en “alcoholismo” se realiza tarde y de forma incorrecta”. Expresan que “se abusa de un acercamiento rayando al paternalista o de un discurso cargado de elementos de carácter valorativo, no procedentes en todo caso”. Finalmente, enfatizan en el posicionamiento de los profesionales terapeutas en su trabajo con los “pacientes alcohólicos”, los cuales deben evaluar su eficacia a partir de los siguientes criterios: desintoxicación del enfermo, marcando como objetivo el cese inmediato del consumo; abordaje integral del enfermo y su familia; seguimiento individual y/o grupal durante dos años (Aizpiri, 2006:176).

Entre los autores que han trabajado la actualidad de la problemática, encontramos a Gasull et al. (1978:99), quienes hacen referencia a las patologías del alcoholismo y ponen de manifiesto los diversos factores psico-sociales que inciden en el mismo. En los aspectos sociales señalan que la persona se inserta “en distintos niveles según la clase social, se integra en tres niveles de acción o campos de actividad: el núcleo familiar, la actividad laboral y el resto de conductas dentro de la comunidad”. Cuando de manera paulatina “se establece la dependencia alcohólica, se iniciarán importantes conflictos en relación a los demás”. Freixa y Bach en la misma obra hacen referencia a la problemática del tratamiento psicosocial del enfermo “alcohólico” cuando había una carencia absoluta de dispositivos fundamentalmente sociales de readaptación y resocialización de los enfermos “alcohólicos”. En la década del 50’ la actitud del médico abrumaba con reproches y castigos, olvidando o desconociendo que se encuentra ante un paciente intoxicado que no puede entenderle. Los enfermos eran internados en los sanatorios psiquiátricos pero se iba complejizando cada vez más su situación y su “estatus social” de marginados. Quedaban etiquetados como una “lacra social”, y muchas veces la opinión del médico se resume en la lapidaria expresión de “nada puede hacerse”, es como “un cáncer”. (Gasull, et al. 1978: 270)

Del Hoyo Calduch (1985) quien refiere la incidencia del alcoholismo según la edad, las mujeres y las profesiones, además de otros aspectos biomédicos sobre la prevención y el tratamiento, añadiendo aspectos histórico-culturales sobre el alcohol. En cuanto al alcoholismo en mujeres señala que una diferencia sustancial entre el alcoholismo femenino y el masculino es que las mujeres beben de manera clandestina. Las razones de esta clandestinidad obedecen a que la mujer ha estado condenada a estar en casa y a dejar de lado sus intereses. Refiere los resultados de un estudio estadístico, (pero no dice cual) señala que por cada 10 hombres hay 2 mujeres que presentan la misma dependencia del alcohol. Y señala que no tardará en que se vayan igualando la proporción de hombres y mujeres en cuanto al alcoholismo.

Casas Brugué et al. (1994) abordan un amplio abanico de temas que dan cuenta del estado actual de la psicopatología y alcoholismo en España; el análisis de la demanda asistencial; los tipos de intervención, tanto preventiva como terapéutica, que incluye los factores biológicos, hereditarios, epidemiológicos, psicológicos y sociales del alcoholismo; la formulación de un modelo integral para la comprensión de la adicción, las particularidades del alcoholismo femenino. En esta misma obra, Freixa hace referencia que en la actualidad “la comprensión y entendimiento «clínico» de los pacientes alcohólicos está lastrado, en el ámbito sanitario, de desviaciones «moralistas», como evidencia la persistencia en el mundo anglófono –predominantemente – de determinadas orientaciones espiritualistas supuestamente terapéuticas, que exculpan al médico de una actividad terapéutica global e integral, e impiden a los dispositivos asistenciales sanitarios realizar la coordinación eficiente con los recursos técnicos de los Servicios sociales, imprescindibles para el abordaje integral del alcoholismo en la vertiente asistencial y para el conocimiento objetivo de la incidencia y prevalencia de este trastorno (Casas Brugué et al., 1994:245).

Llorca Ramón, G (1995), es uno de los profesionales que ha trabajado en los aspectos clínicos, epidemiológicos y etiológicos del alcoholismo, se refiere al mismo como un término general que reúne los diversos síndromes consecutivos a la ingesta del alcohol. Define la variabilidad entre los alcohólicos, por lo que no se puede definir una experiencia alcohólica única, aunque en ellos existan temas recurrentes y convergentes. La óptica planteada por el autor es muy biologicista y el enfoque es individual. El autor aborda las teorías psicológicas, biológicas y socioculturales, pero no las articula luego desde una perspectiva multidimensional de las drogas, cuyo desarrollo es más actual. Desde el punto de vista psiquiátrico ofrece una perspectiva que abarca en la definición de “alcoholismo”

no sólo el consumo crónico y excesivo de alcohol sino los trastornos psiquiátricos relacionados con el alcohol. También plantea el diagnóstico diferencial según la variabilidad de las patologías clínicas y su tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico) de las personas con problemas de “alcoholismo”.

En el estudio y tratamiento del “alcoholismo” se destacan Seva Díaz et al. (1998), junto con sus colaboradores psiquiatras, médicos y psicólogos del Departamento de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario y de la Universidad de Zaragoza. Exponen una propuesta para abordar ésta problemática desde la perspectiva social en la que se provee información importante para solucionar los problemas que plantea el “alcoholismo” en cuanto a medicamentos, asistencia social y aspectos legales, así como aspectos sociales que involucran a la familia y su participación como factor clave para la solución de dicha enfermedad. Lorenzo et al. (1999) la mayoría profesores de la Universidad Complutense de Madrid también han realizado aportaciones en esta perspectiva, que incluye aspectos farmacológicos, patológicos y médico-legales de las sustancias psicoactivas (opiáceos, cocaína, anfetaminas y drogas de diseño, cannabis, alcohol...)

La perspectiva psiquiátrica sobre los problemas de alcohol ha realizado evidentemente incursiones en lo social o expresan que han trabajado desde una perspectiva multidisciplinar pero su discurso marca una univocidad que no toma en cuenta las distintas voces de lo psicosocial.

C) LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Hay varias corrientes dentro de la psicología, sólo incorporaremos las que han publicado trabajos relacionados con la terapia del alcohol y con los profesionales que trabajan en dicho ámbito. Desde la terapia sistémica breve, se han desarrollado técnicas psicoterapéuticas para dar solución a los problemas del alcoholismo patológico, según los trabajos de Kim Berg y Miller (1996) quienes ofrecen un modelo terapéutico que permite solucionar los problemas del alcohol en contextos diversos buscando múltiples alternativas, creativas y dinámicas en función de cada paciente. El valor del material es muy rico y práctico pues proporciona a los profesionales y psicoterapeutas que trabajan con el paciente alcohólico diversas técnicas y estrategias para aplicar en los centros especializados como en los centros de atención primaria.

También se destaca la obra de Steinglass et al. (2001), quien pinta un cuadro distinto del enfoque del alcoholismo mediante la teoría de los sistemas familiares pues permite ilustrar un cuadro no sesgado sobre los alcohólicos crónicos quienes llevan adelante sus vidas en ambientes de familia intactos, relativamente tranquilos. No obstante, demuestran que vivir en una familia alcohólica ejerce profundos efectos sobre sus integrantes, tanto los que beben como quienes no lo hacen, y que dichos efectos pueden prolongarse de generación en generación, en formas complejas. Su metodología es cualitativa y constituye un trabajo continuo de más de diez años, que incluye entrevistas en profundidad y observaciones en los hogares de las familias. Su aporte ofrece un modelo de terapia familiar para el tratamiento del “alcoholismo”.

En el contexto francés, Pellegrini (1994), es una terapeuta que desmitifica la enfermedad alcohólica junto con la palabra curar adquiere un nuevo sentido en el que es posible lograr dicho objetivo y propone abandonar el término «malade alcoolique» para elegir uno menos conocido o quizás inventar uno nuevo, lo que permite resituar la enfermedad de una manera mas digna.

Otro autor francés, Ehrenberg (1991) propone pensar las drogas, incluyendo el alcohol, evitando las trampas del simplismo, de los buenos sentimientos y la demonización. Retoma los conceptos de libertad y autonomía que no vaya en detrimento de la libertad de los otros, haciendo un recorrido de las leyes basadas el individuo como sujeto de derechos y hace varias precisiones conceptuales y jurídicas.

White (2002) se centra en el enfoque narrativo de la experiencia de los terapeutas en lo que hace referencia a experiencias de fracaso y desmoralización, de agobio y de fatiga. Estos estados de ánimo requieren de nuevos recursos, a veces alejados del “ideal” de la disciplina aprendida. Es una obra en la que se deconstruyen los discursos de los terapeutas, sus problemas y las posibilidades de superarlos. El autor se inspira en Foucault y desarrolla su concepción de la identidad personal y la aplica en las prácticas de supervisión y en los ejercicios de rearticulación constante de la vida profesional y personal de los terapeutas.

Existen recursos preventivos didácticos dirigidos a jóvenes sobre alcohol realizado por psicólogos como los trabajos de Sirvent et al. (2007) que incluye diversos aspectos de la adolescencia y sus patrones de consumo de alcohol que brindan pautas a los profesionales para detectar el consumo juvenil y cómo actuar e intervenir ante el problema a nivel familiar, educativo y comunitario.

D) PERSPECTIVA SOCIO-ANTROPOLÓGICA

En este apartado, incluiremos los trabajos realizados desde un enfoque sociohistórico en el cual mencionamos algunos autores que realizaron aportaciones de notoria relevancia como: Rey González (1990), Campos Marín (1997), Courtwright (2002), Escohotado (2005). También incluimos autores que han aportado desde la antropología del Género y feminista sobre problemas de alcohol en hombres y mujeres, tales como Ettore (1998), Bishop (1994), Gómez Moya (2005, 2006), Möller Leimkühler et al. (2002). Por último, incluimos los trabajos sobre Antropología de la Medicina, desde un abanico amplio enfocados en alcohol y otras drogas, estudios con Alcohólicos Anónimos, alcohol y migración, dispositivos de tratamiento de alcohol. Vale decir que la Antropología Médica le interesa describir y analizar “los procesos de eficacia simbólica, el papel de los curadores y el rol integrador de ellos y de algunos padecimientos, pero también, y en forma central, su relación con la muerte, o el sufrimiento.” (Menéndez, 1992:12)

- Sociohistórica

Se destacan cuatro obras que han trabajado desde la perspectiva histórica. Escohotado señala que el término “alcoholismo” en los siglos precedentes mantiene una ambigüedad conceptual que oscila entre el vicio y la enfermedad. Es decir, antes del reconocimiento del “alcoholismo” como categoría clínica y social, “el dipsómano constituye un personaje común, que inspira una mezcla de irrisión, lástima y rechazo”. Pero lo que se deplora no es un deterioro orgánico sino “una conducta, y dentro de esa conducta no tanto la «peligrosidad» para otros como “su relación con la virtud propia”. Hay una corriente de pensamiento dirigida precisamente a “la exculpación del vehículo farmacológico, que insiste en distinguir las virtudes del alcohol de los vicios humanos” (Escohotado, 2005: 210-211).

En el contexto español, Rey González dedica un breve capítulo a los aspectos médicos del “alcoholismo” entre los siglos XVI y XIX en Europa. Señala el autor que hasta finales del siglo XVIII pocos fueron los médicos que se preocuparon por los efectos patológicos del consumo de bebidas alcohólicas. En la primera mitad del siglo XIX, se empezó a considerar el “alcoholismo” como un problema social. Rey González, señala un autor español de las postrimerías del siglo XIX llamado Rafael Cervera Barat (1898), quien desarrolló la tesis del alcoholismo en su obra *Alcoholismo y Civilización*. (Rey González,

1990:21-22/26-28). Siguiendo las tesis de Lombroso y Legrain afirma que el degeneracionismo se refiere a la patología social que se genera por “los desórdenes del alcoholismo” en cuanto a “la salud física, intelectual y moral de los pueblos” (Rey González, 1990:107). Cervera Barat hace unas observaciones que ponen de relieve las leyes de la herencia del alcoholismo y los efectos de la herencia en tres generaciones sucesivas. Es así como se desarrolló la tesis del alcoholismo como enfermedad, o como causa de enfermedades.

Cervera Barat escogió una muestra de 215 familias cuyos procreadores eran alcohólicos: “han producido en la primera generación un total de 508 individuos, de los cuales no hay uno siquiera que esté absolutamente libre de la herencia. Todos padecen algo, ya sea en la esfera de la inteligencia, ya en su salud general”. (Rey González, 1990:109). Con respecto a los herederos “padecen una infinidad de trastornos y desarreglos de la mente, cuyos múltiples efectos sintetiza la ciencia en una palabra: *la degeneración mental*. Son los que propiamente se llaman *degenerados*”¹

En la segunda generación resultaría que se encuentran hijos “degenerados” en 168 familias, y en concordancia con la clasificación de Legrain se desglosarían de la siguiente manera: debilidad de la inteligencia en 88 familias; locura mental, en 32; impulsivos, juntamente con neurópatas y desequilibrados, en 48. Cervera Barat plantea que en la segunda generación se obtienen unas afecciones determinadas a nivel físico: la eclampsia, la tuberculosis y la epilepsia. Es así como en las familias señaladas 39 sufren de eclampsia, 32 de tuberculosis y 54 de epilepsia. De esta manera explica como “esa miseria congénita hace que los hijos de los borrachos se desarrollen difícil y lentamente; son seres enclenques, enfermizos y víctimas de una gran parte de enfermedades agudas de la infancia” (Rey González, 1990:110).

En la tercera generación, es decir en los nietos de esa “herencia alcohólica”, el proceso de “degeneración mental conserva también el primer lugar... pero acentuándose más el descenso del nivel intelectual. Los débiles de espíritu, los casos de imbecilidad y de idiotismo, son más numerosos”. (Rey González, 1990: 111-112). Para la tercera generación, señala la dificultad de recoger los datos en este grupo por las pérdidas en las generaciones

¹ Legrain dividirá en tres grupos a las personas: 1) *Los que solo padecen debilidad de la inteligencia*, y que comprenden desde el hombre que llamamos simple, hasta el imbécil y el idiota. 2) *Los que padecen locura moral*, entre los cuales se incluyen las perversiones sexuales, como la sodomía, bestialidad, pederastia, etc. la prostitución precoz, los vicios desordenados, la embriaguez habitual y prematura, y en fin, todas las aberraciones que implican disminución o agotamiento del sentido moral. 3) *Los impulsivos*, donde se clasifican los actos de brutalidad, agresiones, tendencias al homicidio, asesinato, robo, etc. (Rey González, 1990:109).

precedentes y “la dificultad de seguir las observaciones en esa dispersión creciente de familias cuando ya se llega a la tercera generación”. Si bien esta perspectiva ha sido muy cuestionada en el campo científico actual pensamos que era necesario destacarla, pues es muy significativa de un contexto y una época determinados.

Campos Marín (1997) integra el punto de vista médico y social sobre el “alcoholismo” y afirma que a medida que “los cambios socioeconómicos producidos por la industrialización se hacían evidentes los médicos se interesaron por los problemas de salud derivados del consumo de bebidas alcohólicas, definiendo una nueva enfermedad: el alcoholismo”. (Campos Marín, 1997:16-17). Se produce “un giro en la percepción médica de la cuestión alcohólica” con la obra de Magnus Huss quien aportó la definición de alcoholismo, la descripción de la acción del alcohol sobre el organismo humano y la distinción entre “alcoholismo” agudo y crónico. Puntualizaba el primero como “los efectos de una acción pasajera y equivalente a borrachera”, y al segundo como “que constituía la verdadera patología” que acompañaba al consumo continuado de alcohol (Campos Marín, 1997:83). El mérito fue señalar bajo una nueva denominación –alcoholismo crónico– un conjunto de entidades patológicas que hasta entonces habían sido independientes (Campos Marín, 1997:34).

En este sentido, Campos Marín (1997) también destaca el papel de los médicos en las postrimerías del siglo XIX y principios del siglo XX a la hora de construir el alcoholismo como enfermedad y problema social y de elaborar un discurso antialcohólico, que justificado en unas prácticas científicas, en apariencia neutrales y despolitizadas, escondían objetivos políticos tendentes a conseguir la armonía social. (Campos Marín, 1997:16). La literatura médica antialcohólica “no se basó en observaciones empíricas y en trabajos de campo sobre el alcoholismo y sus efectos, sino que tuvo un marcado carácter divulgativo y su objetivo fue advertir a la población de los peligros individuales y sociales que entrañaba el alcoholismo” (Campos Marín, 1997:17). Es así como en España se elaboró un discurso antialcohólico, cuyas principales características fue la estigmatización del bebedor como individuo vicioso que representaba la antítesis de los valores morales defendidos por la burguesía liberal. El “alcoholismo” se utilizó como un elemento diferenciador de clases que permitió a la burguesía señalar con claridad cuales eran los hábitos de vida correctos y cuales los que debían de ser combatidos como nocivos para el orden social. (Campos Marín, 1997:16). El autor analiza las limitaciones de la lucha antialcohólica en España. Trabaja las ideas manejadas por los médicos españoles sobre el “alcoholismo”, señalando

tanto las influencias científicas recibidas desde el extranjero, como la elaboración de un discurso antialcohólico propio.

Courtwright (2002) desde una perspectiva social y biológica da cuenta de la atracción que causan las sustancias psicoactivas, describe el proceso por el que las drogas más populares (cafeína, nicotina, alcohol...) entraron en las redes del comercio global, las políticas de restricción y prohibición. Sobre el alcohol afirma que “como droga de la mayoría, opuesto al alcoholismo, como enfermedad crónica de un grupo minoritario, ha sido objeto de investigaciones científicas desde 1975”. Las nuevas preocupaciones acerca de los daños sociales de la bebida, como por ejemplo, “los accidentes de coche, han impulsado un «nuevo movimiento en pro de la templanza», una tendencia laica mucho más estricta que su antecesor decimonónico, que asociaba la salvación con la racionalización”. Pero a pesar de estas corrientes, “el alcohol es menos vulnerable a las regulaciones que el tabaco. Probablemente continuará siendo así en las sociedades occidentales en un futuro próximo”. (Courtwright, 2002: 298). Desde la formulación del problema del “alcoholismo” se planteó el conflicto de definirlo como enfermedad. Lo cierto es que la medicalización del problema implicó su atención sociosanitaria en las dos últimas décadas del siglo XX, pero desde el siglo XIX se venía atendiendo con una pauta terapéutica en la cual el único tratamiento empleado fue el de la abstinencia total, sin otros medios terapéuticos que los escasos recursos médicos, pero sobre todo, con una fuerte intervención moralizadora sobre la persona.

En cuanto a los tratamientos en el siglo XIX, la Coordinadora de ONGs, aporta que los medicamentos que se han utilizado para el alcoholismo han sido múltiples². Por ejemplo, en el tratamiento de la embriaguez en 1887 se utilizaba la inyección de amoniaco: 1 parte de amoniaco y 2/6 de agua, teniendo gran efecto analéptico, llegándose a observar el efecto sobre un paciente que después de estar en coma etílico despertó tras la inyección. Posteriormente (1888), aparecen las primeras pautas terapéuticas, donde se colocaban a los embriagados en una habitación fresca y con la cabeza alta, utilizando vomitivos y apomorfina para vaciar el estómago; atendiendo, además, al tratamiento sintomático se aplicará una bolsa de hielo en la cabeza y lavativas. En los casos graves se hacían también sangrías locales, aplicando revulsivos a la piel, que consistirán en ventosas secas o

² En 1885 se intentan suprimir "los deseos de beber" con cocaína, apuntándose que gracias a la cocaína era posible prescindir totalmente de los asilos para los alcohólicos, y conseguir una cura radical en 10 días. Esta premisa sirvió de base para que en el último tercio del siglo XIX hiciesen aparición bebidas alcohólicas o no aderezadas con cocaína". (Coordinadora de ONGs, 1998)

sinapismo a la nuca. Ante el peligro de parada cardíaca, se daban excitantes, café concentrado, licor de amoníaco cáustico, alcanfor, éter y otros semejantes (Coordinadora de ONGs, 1998:14).

En el tratamiento del alcoholismo crónico a finales del siglo XIX se establecen las siguientes premisas como base:

- Abstinencia total más tratamiento moral.
- Distintos tipos de tratamiento según el tipo de alcoholismo.
- Tratamiento moral simple (médico-laboral).
- Tratamiento en asilos especiales (6-8 meses).
- Tratamiento en asilo de rigor (superior a un año).
- Reinserción social: conexión del asilo con sociedades de templanza. Gran carácter moralizador y de caridad. (Coordinadora de ONGs, 1998:14).

- Género y feminismo

Se destacan cuatro obras que han trabajado desde la perspectiva de género los problemas de alcohol en mujeres y/o mujeres/varones. No obstante, también hay que destacar otros trabajos realizados desde esta misma perspectiva con otras drogas como los trabajos de Romo (2001) que aportan a la investigación el campo de las drogodependencias en relación con el género y las drogas de síntesis en la cultura del baile.

El trabajo de Ettorre (1998) que, en su estudio con mujeres europeas y norteamericanas manifiesta los problemas que surgen de las teorías relacionadas con el alcohol, las cuales reducen el problema a una explicación biologicista, individual, u otras teorías que hacen recaer en “duros juicios morales sobre los alcohólicos, a quienes se les estigmatiza severamente, considerándolos como personas adictas al alcohol psicológica o físicamente”. Estas teorías se centran en el hombre alcohólico y destaca la estigmatización de la mujer a partir de dichas teorías que abordan el alcoholismo masculino. La autora ofrece unas estrategias que pueden ayudar a las mujeres a ser más conscientes de su yo interior. Desafía a la mujer a tener un papel activo en su curación, hacerse fuertes para cambiar, reta las opiniones sobre el cuerpo femenino y sus mitos y ofrece una perspectiva de la curación basada en que la mujer asuma el liderazgo y autonomía en su proceso de curación.

Gómez Moya (2005, 2006) ha trabajado con el alcoholismo femenino desde una perspectiva sociológica, que combina los datos cuantitativos con los cualitativos y ofrece una nueva perspectiva para el abordaje de la problemática de alcohol en mujeres cuya

mirada ha sido prejuiciada, oculta y estigmatizada. Para ello trabaja con relatos de vida de mujeres que han superado los problemas de alcohol, e interpreta el “alcoholismo” desde la perspectiva de género. La autora en el artículo publicado en el 2006, aparte de analizar cualitativamente el discurso de 15 mujeres alcohólicas incluye en el análisis los discursos de 6 profesionales expertos en el abordaje de los “trastornos adictivos”. La autora concluye que es necesario seguir investigando “las características de tipo social en razón del género de la persona, como factores influyentes en la manifestación de la conducta adictiva”.

Bishop (1994:1/7) afirma que “la adicción no es una cuestión de género puesto que tanto los hombres como las mujeres son susceptibles a sus garras”. Afirma que los problemas de alcohol “[en] ambos sexos cuentan con algunas semejanzas pero también con diferencias. En la mujer tiene efectos “bio-psico-sociales” que difieren de los del hombre; “su estructura anatómica y su funcionamiento son distintos, así como el manejo emocional de eventos y situaciones”. Sus relaciones con la familia y con los demás tampoco son iguales, “debido al rol que ocupa tanto dentro de la sociedad como en la familia. La mayoría la justificará culpando a su salud, sus nervios, la presión social hasta que finalmente llega el momento en que no se puede ignorar”.

Möller-Leimkühler et al. (2002) parten del supuesto de que el aumento global del alcoholismo femenino está asociado con el cambio del rol femenino tradicional, y se ve especialmente como consecuencia de la convergencia de los roles o los conflictos de los roles de género. Los autores examinan tres hipótesis: de convergencia, de la feminidad como factor protector, de la feminidad como factor de riesgo. La primera significa que las diferencias de género en el consumo de alcohol están disminuyendo porque el rol de género femenino se aproxima al rol de género masculino, y esto se acompaña de la adopción de patrones de comportamiento que han sido más típicos antes para los hombres. La segunda valora que el proceso de convergencia es perjudicial para la salud de las mujeres. Se considera que la feminidad se refiere a las normas sociales del rol femenino tradicional que limitan el consumo de alcohol para las mujeres. La tercera, la hipótesis de la feminidad como factor de riesgo para la dependencia del alcohol depende de la falta de estrategias de afrontamiento eficaz, que es incompatible con las demandas sociales de autonomía. La orientación del rol de género se midió por una versión alemana del “Cuestionario de Atributos Personales Ampliado”, que clasifica la orientación del rol de género en cuatro subgrupos: masculino, femenino, andrógino e indiferenciado. Los

resultados muestran que hay diferencias significativas en la distribución de los cuatro subgrupos de orientación del rol de género, que muestran un predominio del autoconcepto indiferenciado en la muestra alcohólica (49%). La masculinidad y la feminidad bajas, así como la feminidad alta, correlacionan positivamente con el sufrimiento, la depresividad, la ansiedad social, la inseguridad y los trastornos concomitantes de la personalidad. Vale decir que los autores a partir de sus datos apoyan el auto concepto femenino tradicional como factor de riesgo inespecífico para la vulnerabilidad. Dejan abierto el debate sobre la cuestión de si un autoconcepto indiferenciado podría ser un factor de riesgo específico para el alcoholismo.

- Antropología de la Medicina

Los estudios realizados sobre los procesos de salud/enfermedad/atención de las personas con problemas de alcohol y drogas realizados desde la antropología son abundantes. Se optó por analizar el material que fue posible ubicar. La problemática de las personas con problemas de alcohol ha sido trabajada en la antropología en otros contextos. Estos esfuerzos se han institucionalizado en algunos países, por ejemplo, México, Inglaterra, Francia, Estados Unidos, Italia y España con la conformación de la Antropología de la Medicina, subdisciplina de la Antropología la cual pone el acento en las definiciones y significados socioculturales que los sujetos tienen de las enfermedades, pero también, en las prácticas tanto curativas como preventivas, en las relaciones entre los sujetos directamente involucrados como componentes centrales en la interacción correspondiente a la triada salud/enfermedad/atención, en las relaciones con las instituciones (familiares, hospitalarias, religiosas, etc.) que tienen a su cargo éstas, en la diferenciación social y étnica de las enfermedades, en el estatus social del enfermo y en los comportamientos del enfermo y su entorno.

Los estudios más actuales han surgido del Grup Igia³, CREFAT⁴ y la AEN⁵ quienes han realizado trabajos sobre esta materia desde una perspectiva multidisciplinaria. Dichas instituciones han impulsado estudios de corte social, psicológico y cultural.

Wallace, aborda desde una perspectiva fenomenológica que adopta el punto de vista del “alcohólico” para intentar comprender su experiencia de enfermedad. La propuesta está

³ Es una Organización No Gubernamental de ámbito estatal integrada por profesionales que provienen de diversas disciplinas (Psicología, Medicina, Derecho, Antropología...) constituida en Barcelona en 1983. www.grupigia.com

⁴ Fundación de la Cruz Roja para las toxicomanías.

⁵ Asociación Española de Neuropsiquiatría.

mucho más en línea con las tesis contemporáneas que definen el problema del alcohol como un fenómeno multidimensional con implicaciones físicas, neurofisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, algo que es necesario desde mi punto de vista. El análisis fenomenológico permitirá plantear puntos en común de los sujetos basadas en las experiencias de los mismos con el alcohol y su problemática. (Estes, Heinemann, et al. 1989)

Hay otra interesante obra sobre antropología del alcoholismo, se trata de la compilación de Douglas (1987), que constituye una aproximación al estudio de la bebida, que muestra cómo las bebidas potencialmente adictivas se utilizan para marcar las ocasiones sociales, formar y mantener relaciones, cómo cumplir con la función ritual de la construcción de un mundo soportable, inteligible y la forma en que son económicamente importantes.

Hay autores que han trabajado desde la antropología al grupo de Alcohólicos Anónimos. Brandes (2004) quien trabaja con Alcohólicos Anónimos, se centra sobre el llamado historial -es decir, la historia personal- en un grupo mexicano de Alcohólicos Anónimos. El historial es una especie de confesión en público, una narrativa oral que se considera la base del programa terapéutico del movimiento A.A. Abarca distintos temas que los nuevos miembros (compañeros) aprenden a contar durante un proceso, lento e inconsciente, de socialización dentro del grupo. Los historiales incorporan diversos mecanismos de nivelación y procuran establecer relaciones de igualdad entre compañeros. La empatía y la identificación con las experiencias y los sufrimientos de los demás permiten a los compañeros superar los inevitables sentimientos de aislamiento que acompañan al problema de alcoholismo.

Nava Quiroz y Vega Valero (2006) quienes evaluaron las propiedades estructurales y de participación social de un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) y las compararon con las de no alcohólicos (NA) en España. Los resultados mostraron que a pesar de que los AA se mantenían por lo menos dos años sin beber, aún presentaron diferencias importantes respecto de los no alcohólicos en cuanto a los criterios de participación social y estructural. Los autores aportan un elemento primordial en su investigación, su consideración sobre la participación social y el aislamiento social figuran como elementos alternativos que permiten comprender más a fondo el fenómeno del “alcoholismo”.

España es el país de la Unión Europea que cuenta con el mayor número de investigaciones antropológicas sobre drogas especialmente a partir de la década de los 80' por la

emergencia y el impacto de la problemática de drogas durante dicha década. Más no es la misma profusión de estudios sobre el alcohol desde el punto de vista etnográfico.

En la obra *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*, (Romaní et al., 1995) señala que la investigación psicosocial y cultural sobre este problema en España se remonta a finales de la década de los 80', con los estudios señalados. Nos parece interesante en esta obra el trabajo con los discursos de los profesionales que iniciaban sus trabajos en la década de los 80' y sus experiencias en el tratamiento y la visión del problema de las drogas para ese momento.

En el caso de España las principales representaciones sociales presentes en la sociedad sobre las drogas, (Megías et al., 2000a:27) las correspondientes ideologías que delimitan el campo de juego del “problema de la droga” se construyen a partir de cuatro discursos corporativos (jurídico, médico, periodístico y de los profesionales de las drogas). Entonces, “de la dialéctica entre ellos y de sus articulaciones con las instituciones, tanto privadas como, principalmente, estatales, pues son éstas últimas las que confieren mayor legitimidad social”. Una relectura de las ideologías y prácticas institucionales permitirá en nuestro caso una mirada dentro de un dispositivo para verificar las construcciones de los profesionales y de los usuarios sobre las drogas, en este caso, el alcohol. La percepción de lo que son las drogas “ya no está centrada solamente en las ilegales, sino que las legales se van integrando al concepto”. También va en aumento “la percepción de que las drogas están allí y hay que convivir con ellas” (Megías, 2000:32).

Martínez y Pallarés (2009) en su obra permiten una amplia mirada al consumo de la cocaína,... pero también hacen alusión al alcohol a partir de la experiencia de los jóvenes, al igual que respecto al resto de las drogas, legales o ilegales. Mediante la técnica de grupos de discusión surgen cuatro perspectivas en torno al consumo de drogas y cocaína: perspectiva consumidora, perspectiva no consumidora próxima, perspectiva no consumidora alejada, perspectiva anticocaína; la investigación permite ver las concepciones de los jóvenes sobre la drogas en las cuales según ellos no hay un único perfil de consumidor, y desde el punto de vista de los adolescentes cualquier persona puede serlo.

Comas, D. (1994) realizó un estudio sobre los jóvenes y el uso de las drogas en la España de los años 90 en la que incluye el estudio de las drogas legales como el alcohol y la perspectiva de los jóvenes respecto a su consumo junto con otras drogas. Realiza un abordaje tanto cualitativo como cuantitativo que da cuenta de los hábitos, patrones de consumo, consecuencias desde la visión de los jóvenes, así como los aspectos de

prevención y tratamiento. El autor da cuenta de dos tendencias en la España de los 90 en cuanto al comportamiento de los jóvenes en relación con el alcohol, por un lado se ha incrementado el número de abstemios y por el otro el núcleo de los «grandes bebedores» que se ha ampliado y aumentado su consumo medio. En un estudio anterior realizado Comas (1990) analiza una serie de encuestas relacionadas con la juventud escolarizada (Campo Encuesta CIDE) y contrasta dichos resultados con la misma población de adolescentes incorporando sus propias técnicas (cuestionarios y trabajo de campo). En su estudio un importante número de escolares (36, 4%) afirma conocer a una persona alcohólica y un 9,6% de los escolares afirma tener un familiar alcohólico. Este trabajo concluye acerca de la realidad social en la que el alcohol forma parte de un estilo de vida ligado a una permanente ingesta de alcohol que comparten hombres y mujeres en sus relaciones sociales y en el que la cantidad de alcohol ingerido, para un diagnóstico de alcoholismo, es un dato secundario.

Megías et al. (2007) plantean un análisis de diversos factores que están implicados en el consumo de alcohol por parte de adolescentes españoles. Incluye un abordaje cuantitativo y cualitativo para dar razón del cambio en los patrones de consumo juvenil e incluye la mirada de padres y madres sobre dicho consumo.

Añaños Bedriana et al. (2005) aporta sobre las representaciones sociales que guían los comportamientos de los jóvenes españoles, concretamente, alcohol, tabaco y cannabis y su influencia en el consumo. Dichos autores trabajan desde una perspectiva psicosocial y constituye un aporte para los profesionales de las drogodependencias para mejorar sus intervenciones con este colectivo.

En un artículo titulado “La inmodestia del coñac: alcohol, sociedad y cultura”, Lasala Meseguer (1999), hace referencia a los usos sociales y culturales de las bebidas alcohólicas, así como a sus valores asociados. Intenta mostrar cómo un fenómeno universal presenta encajes locales cuando se concreta en un área histórica y geográfica determinada, en su caso con las comunidades del bajo Aragón, España. Trata el alcohol como producto y problema, del cual el coñac es un ejemplo y un pretexto, por lo que considera sus aspectos económicos –producción, distribución y consumo–, políticos –normativización, jerarquización, fiscalización– y culturales –creación de identidades y discursos, pautas de consumo, socialización–. Desde una perspectiva antropológica y diacrónica el autor revisa los distintos tipos de bebidas, sus auges y declives, los establecimientos de venta, la

influencia de la publicidad, y concluye con una reflexión sobre la conformación de representaciones hegemónicas que inciden en un incremento del consumo del alcohol.

Echeburúa Odriozola (1986) hace un balance del problema del alcoholismo en el estado español y sostiene en aquel entonces que en los próximos tres años el alcoholismo constituirá la tercera causa de mortalidad. Su trabajo revela que inciden factores culturales y sociales en el alcoholismo como “la disponibilidad de alcohol dentro de esa cultura, el contexto dentro del cual se utiliza y las sanciones de toda índole impuestas respecto a su abuso”. De igual manera, el tipo de organización social influye sobre el consumo de alcohol de tres modos diferentes: “creando a las personas necesidades externas inducidas y frustrándoles su consecución, induciendo actitudes positivas respecto a la ingesta de bebidas alcohólicas y no generando mecanismos sustitutivos de satisfacción” (1986:1028). Señala, desde el análisis de lo sociocultural, el incremento del alcoholismo femenino, en el cual la mujer ingiere el alcohol de manera solitaria. En el país vasco, el autor evidencia que la población tiene actitudes positivas en cuanto al consumo del vino, que influyen poderosamente en su consumo y aún en su abuso. Menciona factores tradicionales, tales como: disponibilidad fácil del vino, precios económicos, abundancia en las fiestas comunitarias, publicidad y su consumo en las comidas desde edades tempranas; y los nuevos factores que se añaden como aumento del paro y del tiempo de la desocupación, jubilación temprana, desestructuración familiar y cambio en las pautas de consumo de licores con aumento en su graduación.

Más recientemente, Conde y Herranz (2004), realizaron un estudio sobre el alcoholismo en inmigrantes polacos, ecuatorianos, dominicanos y colombianos, que es una excelente aproximación al mundo del consumo del alcohol de los colectivos inmigrantes señalados que son los de mayor representación en el país. Éste trabajo facilita una mejor comprensión de las características y las estrategias de integración social de los diferentes colectivos estudiados, que incluye una lectura desde la percepción de dichos inmigrantes sobre el país receptor, en éste caso de España:

...Así como los españoles aquí van a la fiesta de..., a las fiestas de Vallecas, o a las fiestas del PCE, que son cuatro días seguidos, y que no sé qué, se van y se beben toda la licorera, y están cuatro días allá, pues claro, así también pasa en Colombia, y van y están en las fiestas y tal; pero las fiestas del PCE no tienen un proceso guetizador y de cohesión como se da en el proceso migratorio acá. (Conde y Herranz, 2004:193)

Aquí, se sitúa el espacio de la vivienda como espacio privilegiado para algunos de dichos colectivos, en contraposición a los españoles, “más centrados en el «bar» como espacio

privilegiado de desarrollo de sus relaciones sociales”. (Conde y Herranz, 2004:203). Destacan que en el caso español no cabe hablar de un “modelo de consumo único”. Pues se presentan “diferencias jóvenes/adultos, varones/mujeres, clases acomodadas/clases bajas, consumos por los territorios autónomos, marcan muchos modelos particulares de ingesta alcohólica en España”. Sin embargo, los inmigrantes estudiados “tienden a percibir en el modelo “bar” el modelo dominante en España”. Los autores sostienen que “las culturas españolas de consumo de alcohol más ligadas al desarrollo del ocio y tiempo libre configuran unos modelos de consumo que... han sorprendido enormemente por su aparente cotidianeidad al conjunto de entrevistados” (Conde y Herranz, 2004:252/251). Se destacan un conjunto de condiciones relativas al consumo de alcohol en España en cuanto a la permisividad, la cotidianeidad y la accesibilidad, que se traducen inicialmente en un claro incremento de las pautas y los hábitos de consumo alcohólico de los inmigrantes. La permisividad existente en España hace referencia “no sólo con respecto al consumo del alcohol sino que se extiende a un amplio conjunto de drogas de consumo más perseguido en sus respectivos países de origen”. Otra de las características más destacadas de los consumos de alcohol en España es su accesibilidad “tanto desde el punto de vista de los puntos de venta y consumo como desde el punto de vista de su precio”. En cuanto a la cotidianeidad “la ingesta del alcohol en España tendría en su cotidianeidad, en su secularización... uno de sus rasgos más distintivos... el consumo se percibe como más cotidiano y más directamente integrado en el mundo del ocio, de las relaciones sociales más amplias y diversificadas” (Conde y Herranz, 2004:264-272). Se puede verificar a partir de la investigación que en la medida que hay una mayor integración de los colectivos inmigrantes quedan develadas las pautas de consumo de alcohol en España. Esto significa que el consumo de alcohol parece estar basado en convenciones sociales de manera que la forma de consumo, la cantidad del mismo, o la visión que existe sobre el alcohol varía significativamente de un país a otro e incluso dentro de un mismo país en diferentes regiones.

En cuanto a los trabajos producidos en América Latina en cuanto al alcohol se destacan: La revista Nueva Antropología (1988) dedica su número 34 a la temática Antropología del alcoholismo, en la que participan varios investigadores reconocidos por sus aportes, tales como Singer, M.; Menéndez, E.; Ravelo, P. Navarrete Pellicer, S.; Cortes, R.; Caetano R. y Medina Mora, M. Aun cuando en la mayoría de los casos ofrece aportes sobre grupos

indígenas mexicanos, las propuestas de estudio del alcoholismo a partir de diversos enfoques teóricos desde la antropología lo convierte en una obligada referencia para la presente investigación.

Heath (1984) ofrece una revisión resumida de los trabajos que tratan de la perspectiva sociocultural del alcohol en América Latina. Cita una lista de trabajos, tanto de divulgación general como científicos, referentes a los temas de alcohol que tratan específicamente, sobre América Latina. Dentro de ésta, se incluye a América Central, Sudamérica, México y las islas del Caribe. Respecto de las "perspectivas socioculturales", el autor se refiere al contexto que abarca lo ideológico, lo evaluativo, lo económico, lo político, lo religioso y otros aspectos sociales y culturales que diferencian a las poblaciones unas de otras, en términos de creencias y de conductas.

Kalynski y Arrúe (1996:135) señalan que una de las fuentes de formulación del alcoholismo "son las instituciones", entre ellas el sistema biomédico, en el cuales se elabora "una representación social al respecto y ponen en práctica políticas que se refuerzan entre ellas". El nivel institucional es importante en el abordaje de este fenómeno especialmente en la actualidad en la que el número creciente de personas afectadas ha propiciado la creación de dispositivos de salud. El nivel institucional es especialmente "sensible en tanto en él se diseñan normas y pautas de legalización que legalizan y excluyen". Estas instancias institucionales son "movilizadoras del cambio a pesar de que aparezcan cargadas de estaticidad y burocratismo".

Sin embargo, Kalynsky y Arrúe consideran que "las respuestas institucionales al problema del alcohol no son satisfactorias", tampoco lo son la comunitaria y familiar". Por el contrario, "agotan sus prácticas en los dispositivos de control y gestión del alcohólico y de su familia". De ésta manera, "los discursos y las prácticas institucionales son capaces de albergar pares de significados opuestos con posiciones simétricas". Las instituciones van condicionando una tras otra a la pcpa en su "carrera hacia una meta incierta, poniendo una trampa en el individuo y en el entorno" en este sentido, sería interesante verificar las ideas del usuario sobre la situación de su padecimiento y tratamiento para ver en que medida se maneja entre la incertidumbre o la certeza. (Kalynski y Arrúe, 1996: 135).

En Brasil, las personas con problemas de drogas son atendidas en los Centros de Atención Psicosocial, Alcohol y Drogas y se han encontrado varios estudios sobre ser adicto al alcohol en la percepción de los propios sujetos que muestra a partir de los relatos de los actores sociales la concepción sobre la adicción a la sustancia, la cual pone énfasis en las

dificultades cotidianas por el uso del alcohol (Nasi e Hildebrandt, 2007). Otra autora afirma que el tratamiento, ya sea público o privado, depende de múltiples aspectos, como las características del individuo, la substancia utilizada y el tratamiento aplicado. (Petta, 2001). Freitas y Mota (2007) hacen referencia al inventario de expectativas y creencias personales sobre el Alcohol y consideran que el patrón de bebida va en aumento cuando las personas tienen más expectativas positivas con relación a los efectos positivos del alcohol. Dicho estudio se propuso evaluar las creencias sobre el alcohol que tienen los sujetos que acuden al Instituto de Salud Mental y evalúa el desempeño del IECPA⁶ en la identificación de los sujetos con problemas de alcohol. Se observó que, cuanto mayor la expectativa y cuanto más positivas las creencias sobre el alcohol, mayor el consumo de alcohol entre los entrevistados del grupo de dependientes.

Desde la perspectiva de la Antropología Médica Crítica, en América Latina, en los trabajos realizados sobre antropología del alcoholismo lleva la batuta Menéndez (1990a, 1991, 1992a, 1996), quien ha formulado el alcoholismo como padecimiento. Hay que decir que México goza de una prestigiosa tradición antropológica que ha propiciado alguno de los más importantes estudios sobre los usos del alcohol (años cuarenta-cincuenta). Los enfoques etnográficos han privilegiado los estudios sobre alcoholismo, sobresaliendo el texto de Menéndez (1990a) *Morir de alcohol*, una excelente monografía en la que integra críticamente los datos provenientes del trabajo etnográfico realizado en Yucatán, con los de tipo epidemiológico, estadístico, y un fuerte desarrollo teórico acerca del Modelo Médico Hegemónico. La obra colectiva coordinada por Menéndez: *Antropología del alcoholismo en México* (1991), ofrece un marco teórico y metodológico de la investigación antropológica del proceso de alcoholización en México, para fortalecer y sistematizar el aporte de la antropología con respecto al alcoholismo desde una perspectiva no sólo sociocultural, sino también económico-política. Menéndez visualiza las relaciones de una manera más evidente al considerar el alcoholismo “como problema social, el alcoholismo debe ser atacado tomando en consideración los factores etiológicos y los roles sociales y psicológicos que desempeña en la cultura” (Menéndez, 1991:18). Los aportes etnográficos hacen referencia en su mayoría a pueblos indígenas de México, no obstante, el marco teórico es amplio y aporta sobre al alcohol en contextos interculturales y de sociedades complejas. En estas últimas, juega un papel principal la estratificación social, el dinero, la interdependencia e individualismo. El trabajo demuestra que “la complejidad de la sociedad es un factor

⁶ Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool. Es un instrumento de Evaluación para personas con problemas de alcohol.

significativo en las relaciones hombre/alcohol” esto ha incrementado “el peso de la angustia de los individuos y ha añadido otras” frente a esto se añaden “nuevas fuerzas y motivaciones para la producción y distribución de alcohol, y ha disminuido el papel de los agentes de control, que en algún tiempo pudieron controlarse eficazmente” por lo tanto revela finalmente que en las sociedades complejas el control del comportamiento alcohólico es un problema más difícil que en la sociedad simple” (Menéndez et al., 1991:84-85).

Otra obra colectiva cuyo editor es Menéndez es “Prácticas e ideologías “científicas” y populares respecto del “alcoholismo” en México” (1992a) en la cual construye metodológicamente el problema del alcohol desde el punto de vista etnográfico. Señala las diferencias intra clase generadas por causas asociadas al consumo de alcohol y que las desigualdades: no deben ser pensadas sólo en términos “económico político, sino también en términos de diferencias socioculturales” y referidas, por otra parte, ámbitos y unidades de análisis en los cuales “tradicionalmente” se ha dado el trabajo antropológico. En cuanto al padecimiento del alcohol afirma que es un fenómeno sobre el cual “los conjuntos sociales construyeron y construyen una mayor cantidad de significados culturales a través de los cuales se relacionan, no sólo con el padecimiento, si no con los otros, incluidos curadores (Menéndez, 1992a:12). A pesar de darle un enfoque antropológico no patologizante, no niega lo patológico en nombre de un relativismo cultural que me parece que es la perspectiva adecuada para orientar los trabajos que se realicen en el área y desde cuya perspectiva pretendo orientar la presente investigación. Es así como la Antropología Médica orientada al estudio de los problemas de alcohol debe partir del proceso de alcoholización pero sin negar u olvidar la posibilidad del “alcoholismo” como enfermedad. La obra *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y Proceso de alcoholización* escrita por Menéndez y Di Pardo (1996) es un texto que analiza las representaciones y prácticas técnicas que tienen grupos de médicos, pasantes e internos en el primer nivel de atención respecto al alcoholismo, de su saber profesional y de algunos aspectos de las representaciones comunitarias; los autores llegan a la conclusión de que el alcoholismo en México no llega a percibirse como enfermedad, hay un desconocimiento del alcoholismo, con las consecuencias que ello implica.

En síntesis, se puede afirmar que la mayoría de las investigaciones (médicas, epidemiológicas, psiquiátricas, psicológicas) privilegian sus propios discursos para abordar

una problemática que debe ser vista desde diferentes aristas, es decir, desde un enfoque multidimensional. Desde sus perspectivas han incursionado en el estudio de lo social desde una óptica reduccionista que pareciera ilustrar distintas versiones de un mismo problema. En otros casos las perspectivas generan un objeto de conocimiento que les son propias y no compartidas con el resto de las disciplinas.

Se adolece de investigaciones específicas sobre articulación de itinerarios asistenciales enmarcados en las prácticas de atención a la salud de los distintos modelos médicos en las personas con problemas de alcohol, con excepción de los trabajos de Menéndez (1990b, 1991); y Funes J. y Romaní, O. (1985), han aplicado los itinerarios asistenciales a las personas con problemas de heroína. El resto de los trabajos realizados sobre distintas problemáticas relacionadas con las personas con problemas de alcohol no tiene en cuenta la articulación de los itinerarios asistenciales enmarcados en los diversos modelos médicos, sólo se han circunscrito a alguno en específico. En nuestro caso se partirá desde el modelo médico hegemónico pero se incorporará las diversas relaciones con el resto de los modelos de atención a la salud.

En general, los trabajos presentan dos tendencias: aquellos que analizan a las personas con problemas de alcohol que recurren la biomedicina en relación con las drogas o el “alcoholismo”, a Alcohólicos Anónimos y los que trabajan más en profundidad la biomedicina, en ningún caso aparece la relación terapeutas/paciente. Por otra parte, se destaca que han sido numerosas las líneas de investigación sobre las drogas de tipo «alcohol», que han abordado el estudio en los distintos países, desde la perspectiva médica, farmacológica, psiquiátrica, psicológica hasta la sociocultural. Sin embargo, los trabajos antropológicos que abordan la perspectiva hombres y mujeres en cuanto al padecimiento y tratamiento del problema de alcohol sido muy escasos.

En los trabajos de perspectiva más psicológica, psiquiátrica, médica se han obviado las pautas de ingestión alcohólica culturalmente normatizada en muy diversas condiciones de existencia de los pueblos, los rituales comunitarios en el uso del alcohol, las situaciones de transición y migración, en fin los usos integrativos y de resistencia cultural que han sido considerados en la antropología. Todos estos temas señalados están ausentes en el resto de las perspectivas que he señalado, lo que hace que cada una de las perspectivas se presenten de manera fraccionada y reduccionista, sin embargo, se propugnan con un carácter de universalidad. En este sentido, la antropología permite, “al menos, poner en duda modelos universalistas”. (Kalynsky y Arrúe, 1996:130-131). En este tipo de enfoque se cayó en un

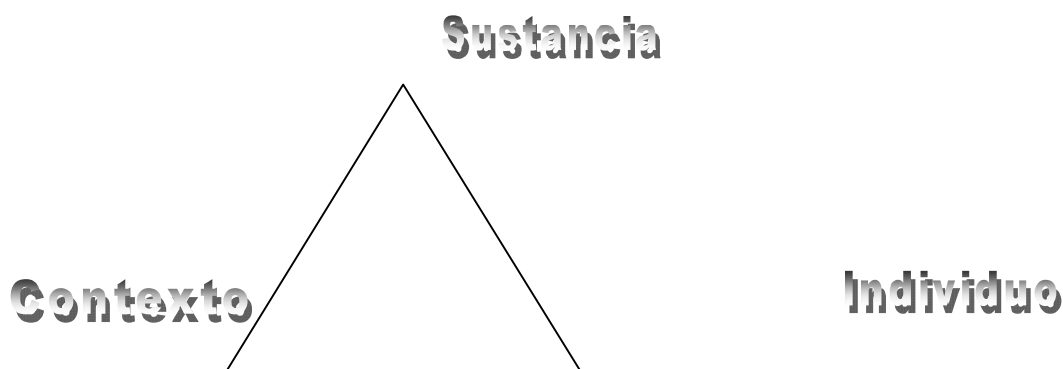
peligro opuesto, “el apegamiento excesivo a las pautas culturales en el momento de analizar los patrones de ingesta alcohólica conduce a aislar y malentender los vínculos estructurales que la comunidad mantiene con otras sociedades” (Kalynsky y Arrúe, 1996:132).

La mayoría de los trabajos producidos en la antropología incorporan en muchos casos la técnica de la entrevista pero son pocos los trabajos en los cuales el investigador ha interactuado con el grupo de estudio en un tiempo prolongado y que la observación haya sido una técnica importante en la recolección de la información.

2.2. SUJETOS, SUSTANCIA, CONTEXTO

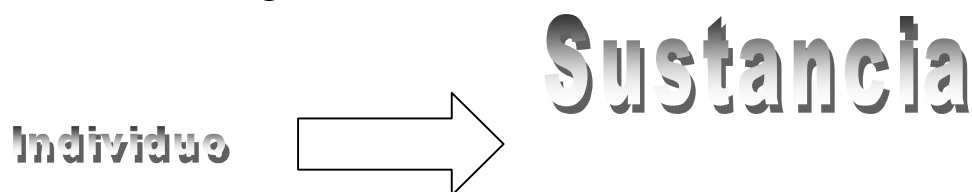
La investigación está planteada desde el modelo multidimensional de las drogas, que es el enfoque más adecuado para analizar el consumo de drogas, y que ha sido aplicado por varios autores que trabajan en el campo de las drogodependencias y el cual fue formulado por Zinberg, Norman (Grup Igja y colaboradores, 2008; Romo, 2001). Desde este modelo se considera que en el fenómeno del uso de drogas se produce permanentemente una interacción entre tres subsistemas que podríamos organizar en torno a los siguientes núcleos: *la sustancia* y todo lo relacionado con ella: tipo, cantidad, frecuencia, vía de consumo... el consumo/uso puede ser o no problemático; *el individuo* y todo lo relacionado con sus características: edad, grado de maduración, motivaciones para el consumo; *el contexto*, tanto el más cercano al individuo (familia, amigos, barrio...) como el marco social en el que se produce el consumo. Este enfoque nos permite la articulación de los aspectos micro y macrosociales. La mejor figura que podría representar este sistema de interacciones es la de un triángulo en el que los tres vértices están conectados permanentemente. Sería problemático según: tipo de sustancia, cantidad, frecuencia y vía de consumo, actitudes, momento y lugar, tipo de persona, razón por la que se consume, contexto cultural, contexto socio-económico, momento histórico. (Arza, 2002) (Véase figura 1)

Figura 1. Individuo-sustancia-contexto



Este enfoque es muy importante pues rebatió la anterior “problematización” del problema de la “droga” visto desde el enfoque reduccionista que colocaba al individuo en relación con la sustancia y de cómo la sustancia se subjetivaba como la “responsable” del fenómeno. Entonces aparece la droga como una sustancia que: “ataca”, “engancha”, “es azote de la sociedad”, “hay que luchar contra ella”. El individuo perdía inevitablemente su “control” porque la droga era más poderosa que él, se puede representarlo de la siguiente manera, se engrandecía la sustancia y el individuo aparece minimizado. (Véase figura 2) Esta perspectiva ha sido muy cuestionada y por ello surgió la necesidad de aplicar el enfoque multidimensional de la droga. (Arza, 2002)

Figura 2. Individuo-Sustancia



Ciertamente, la propuesta del enfoque multidimensional de las drogas puede ser útil siempre y cuando no se desemboque en “simplificaciones”. En tal sentido, Korman (1996) propone un enfoque que permite repensar la cuestión desde estos tres parámetros ya mencionados:

- 1) Es el sujeto quien eleva a la categoría de objeto de adicción una sustancia o cosa cualquiera, debido al lugar que le ha asignado en su psique, fenómeno que, a su vez, está condicionado y determinado por su historia personal.
- 2) No hay objetos naturalmente buenos o malos, no se trata de algo intrínseco a ellos sino de cómo y de qué manera los empleamos. El aditamento de tóxica que le atribuimos a

una sustancia no es una propiedad inmanente a ella. Esto no significa que, introducida en el cuerpo, carezca de efectos; los tiene, son de diverso tipo y a todos los niveles.

- 3) El contexto, evidentemente, tiene su importancia pero a condición de no hacer de él una entelequia; las redes sociales están conformadas por un conjunto de seres humanos que guardan relaciones diversas entre sí; o sea, que el entorno está hecho de sujetos que, a su vez, portan su medio ambiente dentro de él; lo han subjetivado, internalizado. (Korman, 1996:50-51)

Korman subraya que existen unas variaciones y matrices sobre la tríada sujeto/objeto/contexto. En cuanto al sujeto “no puede ser visto sólo como víctima”. Pues el cambio sería que “es alguien que puede ser ayudado —si quiere— a hacerse cargo de su condición de sujeto y de los actos que en cuanto tal realiza, comenzando por el de la demanda terapéutica y terminando por el de drogarse”. El reconocimiento como sujeto es importante “a pesar de su gran precariedad en cuanto tal” En cuanto a los objetos [sustancias] “no son buenos o malos per se, sino en función de su uso”. En cuanto a la noción de droga aclara que “no responde a ningún criterio de cientificidad; es más la consecuencia de un encabalgamiento de discursos que conforman una retórica, sea ésta explícita o elíptica” que se instituyen a partir de evaluaciones morales o políticas”. Dando como resultado que, “tanto la idolatría como la satanización de la misma fomenta aún más la alienación y el oscurantismo”. En cuanto al contexto hay factores que “favorecen el surgimiento de las toxicomanías, pero evito postular una causalidad social directa de la drogadicción, que puede ser seductora en apariencia, pero que acaba siendo ingenua”. (Korman, 1996:51-52).

Se trata entonces, por otra parte, “de un sistema interpenetrado; de ahí la integración en el mismo cuadro del sujeto y sus objetos, y éstos, a su vez, abiertos al orden social, a la cultura, a la naturaleza, etc”. Queda entonces que lo social esta «dentro» del sujeto y éste, a su vez, está «dentro» de lo social. (Korman, 1996:54/55).

Para dar cuenta de esta intrínseca relación entre sujetos, sustancias y contextos en el caso de los padecimientos y los tratamientos en torno al alcohol, lo haremos a través del análisis de las prácticas y las representaciones de un grupo de personas involucradas en los mismos. Entenderemos por representaciones sociales, a partir de Durkheim, como: ...el producto de una inmensa cooperación que se extiende no sólo en el espacio, sino también en el tiempo; para construir las, una inmensa multitud de espíritus diferentes ha asociado, mezclado y combinado sus ideas y sus sentimientos; larga serie de generaciones han

acumulado aquí su experiencia y su saber. Una intelectualidad muy especial, infinitamente más rica y más compleja que la del individuo, se encuentra allí concentrada (Durkheim, 2003:48-49).

Dentro de la Antropología Médica, los actuales debates sobre las representaciones y la cultura se han orientado cada vez más al “análisis de las representaciones de la enfermedad, desde el saber médico popular hasta las representaciones sociales de enfermedades tales como el sida” (Good, 2003:26). La representación colectiva asociada a un “problema de drogas” es la del heroinómano “marginado”. El que consume heroína se suele encajar en el estereotipo de “junkie”,⁷ y suele asociarse a la dependencia que es sólo “una de las dimensiones de las drogas” y éstas “no tienen por qué estar necesariamente prohibidas” para que el individuo experimente las consecuencias de su consumo (Hartnoll, et al. 1991:30). Tampoco debe confundirse consumo con dependencia o problema de drogas, ya que “el consumo no tiene por qué producir problemas al consumidor”. De igual manera pasa con el alcohol, sólo una minoría de aquellos que prueban el alcohol experimentan problemas que requieren intervención (Hartnoll, et al. 1991:31).

En cuanto a las prácticas, tal como señala Bourdieu, si las prácticas fueran “producidas de acuerdo con reglas de engendramiento perfectamente conscientes, resultarían despojadas de todo lo que las define apropiadamente en tanto que prácticas, vale decir, la incertidumbre y la vaguedad resultantes del hecho de que ellas tienen por principio no unas reglas conscientes y constantes sino esquemas prácticos, opacos a ellas mismas, sujetos a variar según la lógica de la situación, el punto de vista casi siempre parcial que ésta impone, etc.” (Bourdieu, 2008:27).

Por otro lado, Comelles señala que “el conjunto de instancias relativas a la salud y a la enfermedad se compone de dos planos: el nivel ideológico formado por representaciones, valores y actitudes propios de los sectores sociales implicados en los mismos, y de los cuales podemos hallar desde legitimaciones corporativas hasta modos de organización institucional; y un segundo plano o nivel que se refiere a las “praxis”, a la gestión propiamente dicha de los procesos aludidos, es decir, al conjunto de comportamientos, actuaciones, tomas de decisión y técnicas destinadas a la utilización de esos marcos institucionales dentro de los límites que marca la compatibilidad ideológica”. (Martínez, Comelles, Miranda et al., 1998:138-139).

⁷ Según Hartnoll (1991) es un término del argot inglés y de uso corriente en España dentro de la subcultura de la droga para denominar a los heroinómanos que consumen la sustancia por vía intravenosa.

Recogiendo el planteamiento de Comelles (Martínez, Comelles, Miranda et al., 1998:138-139) y Romaní et al. (1995: 14) señalan que representaciones y prácticas asistenciales se interrelacionan entre sí y se articulan en lo que se llama el “proceso asistencial”, que constituye una “unidad de observación, como aquel conjunto que nos permite analizar las articulaciones históricamente determinadas entre ideologías y prácticas”. Aquí utilizamos el concepto como una herramienta analítica que analizará, desde el enfoque relacional, un Servicio de Drogodependencias en el cual se recogerán las representaciones y prácticas de usuarios y terapeutas acerca del campo de las drogas, específicamente el alcohol.

En este juego de relaciones entre el que realiza el tratamiento y el que lo prescribe, se plantea la necesidad de incorporar la categoría de proceso asistencial ahora mencionada, y que Romaní et al. (1995:35) sintetizan como “aquel conjunto de actos y gestos rituales a los que se ve sometido el asistible y su entorno próximo en tanto persistan las condiciones de asistibilidad”. Esta interrelación de ideologías y prácticas contemplada en un momento histórico dado, ha permitido “racionalizar y dotar de un sentido coherente a las prácticas en cuestión, permitiéndoles situarse a otro nivel en su desarrollo”. (Romaní et al. 1995: 14). En esta perspectiva la persona asistible hace su carrera curativa en el contexto de una sociedad urbano-industrializada donde existe “un modelo mixto de sanidad (público/privado)” en la que “los itinerarios asistenciales que puede recorrer un individuo pueden ser realmente complejos” (Romaní et al., 1995:35). Se genera a partir de esta noción dos consecuencias, la primera en cuanto a “la individuación de la enfermedad” y la segunda “la estigmatización del enfermo como persona contaminada”, aspecto que se visualiza claramente en el campo de las drogodependencias (Romaní, 1999:143). La aplicación de esta categoría permitirá abordar el estudio de la asistencia de las personas con problemas de alcohol no sólo desde la estructura de los servicios sanitarios, sino también a partir de los itinerarios individuales, para captar el uso real de la oferta asistencial.

Aquí utilizaremos la noción de itinerario asistencial para seguir un recorrido a través de la carrera o trayectoria de curación que las personas con problemas de alcohol despliegan. Hay que considerar la definición de itinerario del consumo y comportamiento problemático de drogas formulada por Pallarés Gómez (2000) “que tiene en un extremo la abstinencia y en el otro el consumo problemático con comportamientos dependientes”. Entre estos polos se sitúa la experiencia concreta en la que cada sujeto “sólo o con ayuda de referentes y/o instituciones puede intentar dejar la sustancia, incluso fracasar y volver a intentarlo” (Pallarés Goméz, J., 2000: 15).

La categoría de carrera curativa o carrera del enfermo, deriva del concepto de “carrera moral” de Goffman, en su estudio sobre los pacientes mentales, que es planteada como “cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida. La perspectiva adoptada es la de la historia natural: se desatienden los resultados singulares para atenerse a los cambios básicos y comunes que se operan, a través del tiempo, en todos los miembros de una categoría social, aunque ocurran independientemente unos de otros” (Goffman 1989:133). En este contexto, nos referimos a la carrera curativa o trayectoria de atención como la secuencia de decisiones y estrategias que son puestas en práctica por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer, en este caso el padecimiento relacionado con el alcohol. El concepto de “carrera” también es usado por Alcohólicos Anónimos.

La utilización de la categoría “carrera curativa” por Osorio Carranza (1998:57) propone “una serie de estructuras que condicionan la carrera curativa”, en los cuales opera “el desfase o la no-concordancia entre el sistema de representaciones y el de prácticas en los modelos explicativos” de los sujetos, en los cuales se da una “dinámica de resignificación de conocimientos, la reformulación diagnóstica y terapéutica, que conllevan un alto contenido pragmático, expresan una racionalidad empírica de ensayo-error que se verifica durante la trayectoria de atención”.

Vale señalar que el inicio de esta carrera curativa se marca con la detección/diagnóstico del “alcoholismo”; su tratamiento incluye toda una serie de decisiones, haceres, recursos y su continuidad y culminación; seguir desde la perspectiva del “paciente alcohólico” este recorrido permite una retroalimentación en los procesos de salud/enfermedad/atención.

En esta investigación se asume la noción de tratamiento cuando se refiere a “oficial”, privado o financiado por el estado que se da en los servicios de tratamiento de alcohólicos, centros y clínicas (Ettorre, E. 1998: 115). Respecto al alcohol, el “tratamiento” se refiere al modo de tratar, de actuar con, de dirigir y manejar al alcohólico, este “alguien” que tiene problemas con la bebida... independientemente de quien reciba o proporcione el “tratamiento”, o cómo sea recibido o dado, tiene que ver con hacer algo para cambiar a alguien. El agente del cambio (la persona que realiza el tratamiento) no es la misma que la que necesita en realidad la experiencia de cambio (la persona sometida a tratamiento). Desde esta perspectiva el tratamiento tiene que dirigirse a alguien que se considere necesitado de rectificación y de un cambio porque éste no puede “dominar” la toma de

alcohol. Pero en éste “hacer algo para cambiar a alguien” puede ponerse énfasis en factores externos, cómo son los métodos o regímenes del tratamiento, aconsejados por el que lo dirige, antes que el factor interno de curación, necesitado por la persona que está siendo tratada. (Ettorre, 1998).

Aquí nos proponemos contribuir, dentro de lo posible, al análisis de las ideologías asistenciales que delimitan el campo del alcohol en un Servicio de Drogodependencias desde la perspectiva de usuarios y terapeutas, mediante “dos elementos centrales de dichas ideologías, como son el discurso científico y el asistencial por el lado de los profesionales y los saberes de los usuarios por el otro, ambos en sentido estricto y de las interacciones entre ellos”. Pero insistiendo en que “son una parte de un todo más amplio de cultura institucional pública, popular, mercantil, mediática, etc”. (Romaní et al. 1995: 15).

Siguiendo con nuestro planteamiento, los conjuntos sociales construyen socialmente los procesos de salud/enfermedad/atención, a través de un sistema de representaciones, tanto de los actores sociales que acuden a las instituciones médicas como de los que atienden en las mismas. Se hace entonces prioritario plantear esta perspectiva desde el punto de vista del actor. Esto implica tomar en cuenta no sólo las voces de los sujetos con problemas de alcohol sino las de los actores vinculados con los mismos, en este caso, de manera directa el profesional de referencia (médicos, psiquiatras, psicólogos enfermeros, trabajadores sociales, educadores sociales, antropólogos). Entonces, el eje de análisis está centrado en los hombres y mujeres con problemas de alcohol y los terapeutas que laboran en el CAS.

Pero muchas veces tomar el punto de vista del actor, puede tener una serie de peligros entre los que destacamos dos: ¿De quién es ese “punto de vista del actor”? (Menéndez, 2002). Generalmente, desde esta perspectiva se excluirá el punto de vista de una parte de la sociedad: el punto de vista no hegemónico. De esta manera, la estrategia teórico-metodológica de la que partimos, pretende recuperar el punto de vista de los distintos actores implicados y por ello nuestra investigación se centra fundamentalmente en hombres y mujeres con problemas de alcohol y su interacción con los profesionales y la institución a la cual acuden en un CAS al sur de Cataluña. En campo nos planteamos abordar simultáneamente los sistemas de representaciones y prácticas de los profesionales del CAS, para contrastar y analizar la interrelación existente entre éstos, los encargados de la atención a la salud y una parte del conjunto social. Las representaciones y prácticas de personas y profesionales, permiten señalar, que pueda darse el caso de que las sociedades no lo consideren problema, en este caso de salud; generan prácticas que, por sus consecuencias,

dan lugar a una alta mortalidad o morbilidad. Sin duda existe una lógica cultural que, podemos plantear como hipótesis, favorece a los sectores dominantes, que explique esa no consideración como problema; pero ante esa contradicción entre lo que es problema o no para una determinada sociedad y lo que es problema o no para el/la investigador/a, es necesario tomar postura.

Desde el enfoque relacional, se considerará la interacción entre terapeuta y usuario, que evidentemente mueve sentimientos, actitudes y comportamientos. Se trata entonces de “incluir el saber/poder local” y revalidar unos actores sociales en la medida que “pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferenciales, conflictivos y hasta antagónicos respecto, por ejemplo, de los procesos s/e/a” desde la perspectiva de la antropología médica. (Menéndez, 2002)

A partir de esta precisión, en este texto se analizarán las narrativas que incorporan los términos según las definiciones de los terapeutas, funcionando nuestros conceptos como marco referencial de interpretación. Se propone plasmar, a partir de Good (2003:28), “una visión de la enfermedad como un «síndrome de experiencia», «un conjunto de palabras, experiencias y sentimientos que suelen concitarse respecto a los miembros de una sociedad»”

La práctica médica será entendida entonces como un «mecanismo» en el sistema social para enfrentar las enfermedades de sus miembros. Implica una serie de roles institucionalizados.... El rol de médico o profesional sociosanitario se enfoca en “cuidar de los enfermos”. De esta manera, “el rol del médico se encuentra en un puesto avanzado en el continuum de los niveles cada vez más altos de competencia técnica exigidos para su desempeño”. (Parsons, 1999:406). En las representaciones y prácticas de los profesionales de la salud, se parte del supuesto “que es irrelevante que al médico le guste o le disguste el enfermo concreto como persona; en la mayoría de los casos el problema puramente objetivo consiste en habérselas con una enfermedad particular”. (Parsons, 1999:407). Hay enfoques más actuales que no desmienten esta aseveración; en el caso de White (2002:156) señala que “el terapeuta es un observador informado, quien en lo que al conocimiento se refiere, ha logrado un estatus autónomo, imparcial y desinteresado. La persona que hace la consulta es considerada el objeto de este conocimiento y, por medio de esta interacción, es constituida como el «otro»”. De esta manera los discursos profesionales refuerzan “poderosamente el dualismo sujeto/objeto tan generalizado en la estructuración de las relaciones en la cultura occidental”. Existen muchas críticas a las

pretensiones de verdad de estos discursos profesionales y a las relaciones de poder que estos reproducen, por ejemplo es necesario distinguir en cómo son percibidas las cosas en sí mismas y cómo pensamos que son, y hay cuestionamientos con respecto a la participación de los terapeutas en los procesos terapéuticos en condiciones de neutralidad, imparcialidad. (White 2002:159)

2.3. INTERACCIÓN HOMBRE/MUJER/ALCOHOL

En las distintas lecturas que hemos realizado, aparecen las pautas hegemónicas en nuestra sociedad con aquello de que “el alcohol es cosa de hombres”: el hombre es entendido como fuerte, en oposición a la mujer considerada débil, vulnerable, frágil, pues la sociedad ha tolerado muy mal su embriaguez. Esta posición no sólo se refiere al físico sino que también se aplica a lo mental: las mujeres son “débiles” mentales, “neuróticas”, tienen una menor “fuerza” de voluntad.

Concretando en las construcciones de los especialistas a este respecto: Los tipos de enfermedad a los que se asocia el alcoholismo, desde el ámbito científico, son diferentes en hombres que en mujeres. En nuestras búsquedas bibliográficas, nos hemos encontrado que, desde el mundo científico se asocia el “alcoholismo” femenino con la depresión y otros padecimientos mentales, preocupándose tanto por las causas como por las consecuencias; mientras que lo que preocupa a la comunidad científica, en relación a los hombres “alcohólicos”, son la cirrosis hepática y otras consecuencias más orgánicas que “mentales”, aún cuando hoy en día se maneje la patología dual que concibe la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias. En el tratamiento, se pone más énfasis en lo mental en las mujeres con problemas de alcohol que en los hombres, en los cuales las preocupaciones son más somáticas. Las mujeres terminan, en general, no encontrando fácilmente soluciones satisfactorias y puede darse que, en lugar de cura, encuentren una adicción sustitutoria: a psicofármacos y/o a etiquetar su enfermedad “alcohólica” con problemas de salud mental, la cual está mejor vista por la sociedad.

Gasull et al. (1978: 99) y Freixa, Soler Insa et al. (1981:163) plantean que a nivel social e incluso a nivel “científico-medico” se aceptan tres planteamientos sobre las mujeres:

- Que el beber en la mujer es “más feo”
- Que el alcoholismo femenino es más vergonzoso y
- Que el pronóstico en la mujer es más grave que en los hombres.

Wilsnack señala que las mujeres alcohólicas tienden a experimentar un conflicto de identidad sexual al presentar de manera constante identificación tradicional femenina pero, inconscientemente, identificación masculina o identificación femenina inadecuada. Este hecho les llevaría a adoptar conductas masculinas y en consecuencia dificultades de pareja y conductas de huida. (Wilsnack citado por Casas Brugué et al. 1994:332)

Probablemente sea también por esa “falta de control” que se le restrinjan los espacios en los que su comportamiento es moralmente aceptable, que se la posicione más cerca a las normas sociales que al hombre y, se convierta de esta manera en baluarte moral. Pero ya está hartamente demostrado que hay mujeres que rompen las convenciones sociales y que se “suelen desarrollar problemas con la bebida”, pero también los desarrollan mujeres “que aparentemente son muy convencionales y conformistas” (Estes, Heinemann, et al. 1989:264).

Todas estas características, que están presentes en esa construcción social naturalizada de lo que es ser hombre/mujer (por lo menos en occidente), influyen claramente en las relaciones que se dan entre los hombres y las mujeres con el alcohol. Así los problemas de consumo excesivo del alcohol en mujeres han sido vistos frecuentemente en términos de una desviación de los papeles tradicionales femeninos. Y también en las que existen entre ellos/ellas y el sistema de atención sanitaria. (Casas Brugué et al., 1994:329)

Cuando se señalaba anteriormente que “el alcohol es una cosa de hombres”, hace referencia desde el momento en que la construcción social del “alcoholismo” se conforma en torno a unas determinadas pautas de relación y a unos valores relacionados con el hombre: espacios públicos, que en muchas ocasiones han estado prohibidos a las mujeres, relaciones profesionales informales, hábitos relacionados con trabajos físicamente duros (construcción, jornaleros...), tiempos de descanso (por oposición al trabajo) en lugares de convivencia y sociabilidad (fuera de casa), competencia (a ver quién aguanta más), valentía, fanfarronería, riesgo... Las mujeres parecieran quedar excluidas de gran parte del “mundo del alcohol” aunque se señala que en las generaciones más jóvenes se va incluyendo. Ahora bien, esta construcción puede resultar un poco simple a la hora de enfrentarnos con los usos del alcohol en el que hemos definido como nuestro entorno de investigación. En dicho entorno los hombres y las mujeres “beben” y ésta es una práctica común, incluso bien vista en el caso de los hombres. Pero cuando las mujeres “se emborrachan”, y más aún cuando “se alcoholizan” ¿no cambian las cosas?, ¿cambian en igual medida que lo hacen para los hombres?, ¿cambian igual para todas las mujeres?. En las lecturas realizadas hasta

el momento, se argumenta que sí hay diferencias (sobre todo estudian las que se dan entre hombres y mujeres), incluso la práctica de “beber” tiene significados, fines, usos, modos, en cierta medida diferentes entre hombres y mujeres. La conclusión a la que llegan es que, mientras que los hombres de verdad beben, la mujer que bebe ha fracasado como mujer (Ettorre, 1998:32). Con este estudio querríamos ir más allá de esta conclusión, matizarla, complejizarla, partiendo de que no todas las situaciones de mujeres, y también de hombres, son iguales, que no simplemente por beber una mujer ha fracasado como tal, sólo si lo hace desde una situación específica y sobrepasando unos límites variables según su contexto⁸.

Volvamos a los hombres y las mujeres como consumidores de bebidas alcohólicas, tanto en uno como en otro hay matices que permiten plantearnos aquellos aspectos sobre los que vamos a tratar de encontrar diferencias y similitudes tanto intergénero como intragénero. Son varias las razones por las cuales beben y las prácticas: cómo beben, consecuencias/efectos de la ingesta de alcohol, valoraciones, tratamientos, explicaciones históricas y estructurales y comparación con otras adicciones. En todos los aspectos nos referimos fundamentalmente mujeres y hombres con problemas de alcohol, aunque, como ya hemos dicho, también buscaremos aquella información que nos permita contextualizarlos socialmente y que consideramos, por tanto, que en su construcción del alcoholismo (tanto cognitiva como práctica) intervienen las percepciones, opiniones, actuaciones y valoraciones de otros agentes sociales, a la hora de tratar los distintos aspectos no sólo buscaremos sus puntos de vista como actores sino también el de otras personas, bien relacionadas con el tratamiento (profesionales de referencia), bien con distintos grados de contacto con otras mujeres u hombres con problemas de alcohol (terapia grupal de alcohol).

En la construcción de los sujetos a estudiar, consideramos importante señalar las distintas dimensiones a partir de las cuales vamos a realizar diferencias intergénero e intragénero. Desde el punto de vista de que realizamos un análisis cualitativo, las variables que vamos a tomar en cuenta son muchas, porque no queremos crear categorías de hombres/mujeres que nos faciliten el trabajo, sino tomar en cuenta la complejidad de las personas. Hasta el momento, puede que varíen en el transcurso de la investigación, consideramos relevantes

⁸ Lorenzo et al. (1998:293-296) establece un perfil psicosocial actual del consumidor español, en la que aporta cinco (5) perfiles más frecuentes, que se basan en estereotipos muy generalizantes. Dentro del mundo masculino, se encuentra el varón trabajador manual (trabajador de mono azul); en segundo lugar, el varón trabajador administrativo/ejecutivo (trabajador de cuello blanco); en tercer lugar el varón adolescente. Dentro del mundo femenino: en primer lugar, la mujer ama de casa; en segundo lugar, la mujer trabajadora/administrativa/ejecutiva.

en sus itinerarios asistenciales o trayectorias: la edad, el tiempo de tratamiento en el Servicio de Drogodependencia, “la familia” a la que se pertenece, el estar solteros o casados, la pertenencia a una religión, asociaciones, terapias alternativas y los recursos con los cuales cuenta la persona personales, familiares, laborales e institucionales.

La perspectiva fenomenológica, consideramos complementa lo ya propuesto, se abordarán las experiencias personales “del mundo del alcohólico”. Esta consiste en “meternos en su piel, mirar con sus ojos, y sentir con él las experiencias y acontecimientos de su vida”. Este tipo de análisis permite desarrollar una relación de empatía, imaginarnos las cosas como se las imagina la persona con problemas de alcohol y no como las sentiríamos nosotros. Es necesario, no tomar en cuenta nuestro punto de vista y adoptar la de la otra persona, ver cómo interpreta sus experiencias y ver cómo reacciona ante ellas. (Estes, Heinemann et al., 1989:7). Quizás parezca extraño considerar en esta investigación el análisis fenomenológico, pero no considero que sea incompatible con el enfoque relacional ni multidimensional de las drogas que utilizan perspectivas diferentes. Considero que puede ser complementado con métodos distintos de investigación. En el CAS, he vivido con las personas con problemas de alcohol sobre sus momentos de desesperación, escuchando sus voces llenas de ansiedad, miedo, angustia, hastío, inquietud, desesperanza, depresión, que pierden sus casas, “que están en paro”, que “no tienen un duro”, “que están solos”... incluso en algunos casos escuché a personas en estado de ebriedad pero con un nivel de tolerancia que les permitía contar lo que les pasaba. Quizás no les haya comprendido del todo pero los escuché sin juzgarlos todo el tiempo que quisieron.

2.4. ENTONCES, ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO DECIMOS ALCOHOLISMO?

El punto en común, en hombres y mujeres, es que la persona enferma se encuentra en un estado de sufrimiento o incapacidad, o ambas cosas, y enfrentándose posiblemente con el riesgo de empeorar; estado que se define socialmente como «no es por culpa suya» o como algo de lo que no puede esperarse que el enfermo se desembarace por su propio esfuerzo; generalmente se define de ambos modos. Es también probable que el enfermo esté *ansioso* acerca de su estado y del futuro. Esta es una «necesidad» de muy diferente tipo de aquella de la persona que simplemente «quiere» algo y le está

permitido tenerlo si lo puede «manejar» independientemente, como un coche nuevo, o incluso si «necesita algo», como alimentación adecuada, si razonablemente se puede esperar que se lo procure con su propio esfuerzo, trabajando para conseguirlo y no siendo un vago. En un sentido especial, la persona enferma «tiene título» para la ayuda. (Parsons, 1999: 412)

En lo cotidiano, cuando se habla de la enfermedad o padecimiento vinculado con el alcohol siempre está presente la carga moral. Entonces, la dificultad fundamental al hablar de la enfermedad alcohólica es dónde poner el límite entre la normalidad y lo patológico, entre el uso socialmente adaptativo, integrador, y el problema individual de dependencia ó adicción. Tal y como hemos ido subrayando en las distintas definiciones, dicho límite está relacionado con el control/descontrol y con el dominio/dependencia que se tiene sobre el consumo. En el entorno de nuestra investigación, hemos podido encontrar tres categorías, en la ingesta de alcohol: beber poco o mucho, emborracharse y ser “alcohólico”, aunque hay otras intermedias, que hacen referencia a distintos grados de “desviación”⁹. Son tres categorías que, además de incluir el criterio de control/dependencia, parecen incluir otros criterios, como el de la frecuencia, factores socioculturales y juicios de valor. El desarrollo de las mismas, de cómo son utilizadas por los informantes a lo largo de la investigación, puede ayudarnos a entender dónde se ponen los límites entre categorías y cuánto son de inconsistentes dichos límites a la hora de enfrentarse con distintas situaciones y diferentes sujetos (cada uno de ellos con su posición sociohistórica) y, en definitiva, a la hora de construir de manera distinta a la persona con problemas de alcohol según su género, y según otras variables intragénero.

En cuanto a la sustancia y los padecimientos relacionados con la misma, las definiciones de «alcoholismo» coinciden en su mayoría en definirla como enfermedad, pero nadie está seguro de que la definición o criterios de la enfermedad relacionada con el alcohol sean exactamente los mismos para mujeres y hombres. De hecho, en toda la bibliografía revisada se hace referencia por separado al “alcoholismo femenino” refiriéndose a las circunstancias en que las mujeres beben en soledad u ostracismo, creando de ésta manera diferencias aparentes en los patrones de bebida en hombres y mujeres. Estes, Heinemann, et al. (1989: 254) hacen referencia que una definición más amplia describe “al alcoholismo en términos

⁹ El comportamiento desviado se entenderá desde la perspectiva de Becker y se define como el individuo que desafía las reglas y que hace caso omiso de las normas sociales, vale decir que dichas reglas son creadas por la sociedad. Tenemos entonces que “la desviación no es una cualidad del acto cometido por la persona sino una consecuencia de la aplicación que los otros “hacen de las reglas y las sanciones para un «ofensor».” (Becker, 1971:19)

del propio comportamiento, (por ejemplo, cronicidad o desviación de las normas)”. Sin embargo, se sostiene que la enfermedad no es la misma para hombres y mujeres, y no resulta fácil “determinar la desviación de las normas cuando éstas cambian con tanta rapidez”. Además, se añade que está tan entronizado el uso del alcohol en las sociedades que no se llega a un acuerdo sobre los desórdenes de desviación, incluyendo aquí el «alcoholismo».

La medicalización de los problemas con el alcohol no ha sido tan fuerte como cabría esperarse ya que, por una parte, han sido clasificados dentro de la rama menos fuerte de la biomedicina, la de las enfermedades mentales, y por otra, ante el escaso éxito que obtienen dichos médicos en el tratamiento de este problema, se ha canalizado a otras formas de asistencia (social) y (auto) ayuda. Como explicación al fenómeno podemos plantear dos posibles razones. Al dividir y aislar las diferentes partes del cuerpo, los médicos pueden lidiar con las distintas patologías asociadas con el alcoholismo: con la cirrosis o la insuficiencia hepática los internistas, con los síndromes gástricos y ulcerosos los especialistas de digestivo, con las depresiones, alucinosis alcohólicas etc., los psiquiatras. Pero no saben cómo tratar ese mismo cuerpo y ese conjunto de disfunciones como un todo, como a una persona con un solo problema/enfermedad. En segundo lugar, al ser tan fuerte la carga sociocultural que tiene el “alcoholismo”, carga que los especialistas biomédicos no saben tratar ni controlar, es lógico el fracaso y su consecuente derivación a otras instituciones de servicios especializados.

Definir el alcoholismo como enfermedad o como problema social, es en la actualidad lo más habitual, como se refleja en la siguiente definición que considera el alcoholismo desde una perspectiva individual, refiriéndose a las consecuencias biológicas y psíquicas, más no a las relacionales ni sociales:

El alcoholismo es una enfermedad psico-somática crónica caracterizada por el establecimiento lento e insidioso de una dependencia física y psíquica hacia el alcohol en quien la padece, y que origina fundamentalmente: alteraciones profundas en la personalidad, pérdida de la capacidad de autocontrol, trastornos de la conducta a todos los niveles y graves lesiones orgánicas a corto o a largo plazo. Y todo ello con independencia de la cantidad de alcohol ingerido, de la frecuencia de la ingesta y existencia o no de la embriaguez. (Árboles, 1995:29)

Tal como hemos visto antes, no fue sino hasta finales del siglo XIX cuando se comenzó a considerar el alcoholismo como enfermedad. Anteriormente, predominaba la imagen del mismo como un problema moral: los “alcohólicos” carecían de fuerza de voluntad para controlar su consumo. En un principio pudiera parecer que la medicalización del término

planteaba su neutralización valorativa, sin embargo, esto no es totalmente cierto por lo menos en algunos ámbitos. Los juicios morales, si bien han desaparecido de las definiciones académicas, siguen acompañando representaciones y prácticas de los distintos grupos sociales (la sociedad y sus instituciones más antiguas, los profesionales de la medicina y la sanidad, los familiares de las pcpa, el propio enfermo) respecto de las personas con problemas de drogas, incluido aquí el alcohol. Entonces, se puede afirmar que las representaciones y prácticas de la gente van por un lado y las representaciones y prácticas del modelo biomédico van por otro lado.

Ahora bien, la concepción del alcoholismo exclusivamente como enfermedad somático-mental deja fuera todos aquellos factores sociales que están presentes tanto entre las causas y consecuencias del mismo, como en su percepción, definición y clasificación. En el caso de los problemas relacionados con el alcohol están articulados un conjunto de conceptos y prácticas engranados de tal manera que llegan a constituir lo que Marcel Mauss, llamó un «fenómeno social total» que se ha ido construyendo históricamente a través de una serie de condicionamientos y procesos materiales y simbólicos (económicos, culturales, políticos y sociales), no obstante, su lectura se ha visto desde una perspectiva reduccionista privilegiando alguno de los aspectos mencionados.

En la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre alcoholismo se pondrá acento en el aspecto sociocultural, aunque se remite sólo a sus consecuencias:

La dependencia de drogas del tipo alcohol existe –puede decirse– cuando el consumo de alcohol supera los límites aceptados por su cultura, si consume alcohol en momentos considerados inadecuados por dicha cultura o si su ingestión de alcohol se vuelve tan elevada, que lesiona su salud o perjudica sus relaciones sociales (Kramer y Cameron, citado por Steinglass, 2001:46)

En ella que se señala que las normas y las desviaciones deben ser juzgadas en relación a la cultura local, y por tanto señala la importancia de los factores sociales al definir el alcoholismo como desviación de las normas de una cultura dada. Entonces, los “alcohólicos” son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol hubiese alcanzado tal nivel que diera lugar a claros trastornos mentales y somáticos o a conflictos en sus relaciones personales, y sus funciones sociales y laborales.

Según Echeburúa, “el alcoholismo constituye la punta del iceberg, es decir, es la parte más visible y dramática de este fenómeno clínico, pero no la de mayor tamaño” (2001:11-12).

El “alcoholismo” no es sino una de las formas –quizá la más impactante – de la que se revisten los problemas de bebida, pero no es en este modo la única, ni siquiera la más frecuente. Echeburúa distingue al menos tres formas de los problemas de bebida: intoxicación alcohólica aguda, abuso de alcohol y dependencia del alcohol. Nos

centraremos en esta última, pues entenderemos al alcoholismo como “la pérdida de control respecto de la bebida, que denota en el sujeto la incapacidad de abstenerse, y se denota en la aparición de varios fenómenos: la tolerancia, la abstinencia y el síndrome de dependencia” (2001: 25). El alcoholismo supone el establecimiento de la dependencia del sujeto con respecto a la bebida.

Aclaremos que “la drogodependencia consiste en un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo de determinadas drogas” (Romani, 1999:55).

El alcohol es una droga psicotrópica, considerada por Menéndez como una:

Sustancia química que se produce por fermentación o destilación de diversos elementos (frutos, cereales, agave, leche, etc.) cuya graduación oscila generalmente entre 4° y 60°, aunque en el caso del alcohol puro o fino puede llegar a los 96°. El etanol o alcohol etílico o alcohol potable, es decir, el que puede ser ingerido y tolerado dentro de ciertos márgenes por el ser humano, puede tener efectos fisiológicos negativos y generar algunos padecimientos entre los que destacamos la cirrosis hepática y algunas psicosis alcohólicas. Produce también la disminución de ciertas funciones psicomotoras, así como determinadas molestias en el estado general. No obstante esta sustancia no genera directamente la mayoría de las consecuencias negativas que acompañan directamente la ingestión de bebidas alcohólicas en la mayoría de los sujetos y grupos sociales. Gran parte de estas consecuencias, por ejemplo, las violencias, deben ser referidas a las características del sujeto y al contexto económico-político y sociocultural, y no al alcohol en sí. (Menéndez, 1996:61).

Así pues, el uso del alcohol tiene varios matices, pues los sujetos que participan en la presente investigación en muchos casos hacen referencia al alcohol cuando hacen alusión a los alcoholes destilados y no reconocen el vino como alcohol sino “como algo de la naturaleza” y/o “natural”.

Steinglass et al. (2001) han avanzado en la definición del alcoholismo dicen que puede definirse en tres series muy distintas de dimensiones: “una cultural, una behavioral y una fisiológica”, que se explicaran a continuación:

Las definiciones de base cultural subrayan que el alcoholismo es una forma de conducta desviante. Es decir, que se lo define como una conducta de consumo de bebida que se encuentra de los límites culturalmente aceptables...

Las definiciones de base behavioral se han centrado en la definición entre uso de alcohol, mal uso de alcohol y abuso de alcohol. El mal uso de alcohol se refiere a ejemplos ocasionales de consecuencias adversas en vinculación con el uso del alcohol. Por otra parte el abuso del alcohol tiene que ver con una pauta crónica de excesivo consumo de alcohol, en condiciones de repetidas consecuencias adversas físicas o socioconductuales.

Las definiciones de base fisiológica ha hecho su centro en el concepto de adicción (también llamada habituación del alcohol o dependencia del alcohol) y utilizan dos grandes criterios diagnósticos: los síntomas de tolerancia y abstinencia. La tolerancia implica que se deben ingerir

cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir el mismo efecto de conducta; los síntomas de abstinencia se refieren a un síndrome de reacciones fisiológicas que aparecen cuando los niveles de alcohol en la sangre se vuelve inicialmente a cero (Steinglass, et al. 2001:45)

Se considera el “alcoholismo” como un fenómeno que pone en circulación múltiples interpretaciones: somáticas, económicas, religiosas, psicológicas, sociales, culturales, políticas entre otras. De allí que en las respuestas explicativas dadas al “alcoholismo”, por parte del “alcohólico”, del grupo más inmediato, y de los individuos e instituciones encargadas de diagnosticar y dar asistencia, están presentes no sólo modelos explicativos¹⁰ para las situaciones mórbidas, sino que ellas mismas están cargadas de representaciones y prácticas.

En nuestro posicionamiento, consideramos útil poder diferenciar, tal y como hace Menéndez, entre los conceptos de alcoholismo y proceso de alcoholización, sin olvidar nunca las relaciones que existen entre ambos. El alcoholismo “es un término difícil de definir dada la carga ideológica y sociocultural que contiene, que viene expresada en la formulación de una gran variedad de definiciones desde la perspectiva biomédica, de las cuales una parte se tornan irreconciliables en términos teóricos y prácticos” (Menéndez, 1996:61). Alcoholismo o complejo alcohólico sería el concepto que se refiere implícita o explícitamente “conjunto de consecuencias negativas ocasionadas directa o indirectamente por el consumo de alcohol”. El “alcoholismo”, supone el establecimiento de la dependencia del sujeto con respecto a la bebida. Se expresa a través de “padecimientos físicos, orgánicos y mentales”. Incluye todos los padecimientos señalados, así como “una gama de consecuencias que varían según el contexto cultural y económico-político (Menéndez, 1996:61-62). En esta investigación se asume el alcoholismo como un padecimiento; integran esta categoría la cirrosis hepática de origen alcohólico, la psicosis alcohólica, las intoxicaciones, las resacas. Se toman en consideración en la medida de lo posible las consecuencias generadas por el uso social y cultural de ésta sustancia a nivel de sujeto o de grupo. La definición se centra en las consecuencias en su relación con el alcohol en sí, no en términos de mayor o menor gravedad (Menéndez, 1996:61). Mientras que el proceso de alcoholización refiere a:

¹⁰ Se asume la propuesta de Kleinman acerca de los modelos explicativos de la enfermedad. Éste autor ha trabajado en la comprensión social y cultural de la enfermedad a partir de los especialistas y las personas enfermas que permite centrarse en una perspectiva antropológica del padecimiento. El padecer es lo vivido, lo sentido por las personas, que trasciende las fronteras de cuerpo individual hacia la familia y la sociedad. (Kleinman, et al. 1978)

...los procesos económico-políticos y socioculturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características dominantes del uso y consumo de alcohol (incluyendo el no uso y no consumo) por sujetos y conjuntos sociales. Respecto a este proceso deben ser analizados el uso del alcohol, el alcoholismo y el complejo alcohólico. (Menéndez, 1996:62)

En síntesis, tenemos que el “alcoholismo” como parte del proceso de alcoholización, constituye un fenómeno que en gran medida debe ser referido, en su causalidad y desarrollo, a procesos socioculturales y económico-políticos (Menéndez, 1990: 9). Entonces, la antropología médica debe partir del proceso de alcoholización pero sin negar u olvidar la posibilidad del “alcoholismo” como enfermedad.

Las nociones aportadas por Menéndez incluyen los padecimientos y las consecuencias señaladas, sin considerar las dimensiones de la carga moral del término. Pensamos que otras definiciones tienen una carga moral importante, por lo que no las vamos a considerar en nuestra investigación, porque pertenecen a un anterior paradigma que obligaba necesariamente a la abstinencia. Por ejemplo, las definiciones de Miller y Gold (1991:5) cuando señala que “L’alcoholisme no és altra cosa que l’impuls aberrant a consumir alcohol”. (Miller y Gold, 1993:5). El primer cuestionamiento sería ¿aberrante desde la perspectiva de quién?, de los autores, de la sociedad, del mismo enfermo, de la medicina. Enfatizamos que se ajusta más una perspectiva multidimensional que tiene en consideración: el individuo, la sustancia y el contexto.

2.5. PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL: ENTRE LA ABSTINENCIA Y LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

Cunillera (2006) define la problemática como personas con problemas de alcohol (pcpa), como un concepto mucho más amplio y respetuoso de las personas. También está adaptado a los avances de los perfiles de consumo y de la ciencia. El Manual de Diagnóstico y estadístico sobre los enfermos mentales DSM-IV es una clasificación errónea en la que los trastornos mentales clasifican a las personas, lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Con la propuesta de Cunillera se evita el uso de expresiones como “un esquizofrénico”, “un alcohólico” y emplea frases “un individuo con esquizofrenia”, “un individuo con dependencia de alcohol”.

Aplicando entonces este enfoque al campo de las drogodependencias, vemos que en la práctica del consumo de drogas "...es un avatar del sujeto que, por significativo que sea, no puede hacernos olvidar la estructura sobre la que se asienta tal hábito consumista". Por ello, "no podemos ontologizar al sujeto basándonos en la sustancia ingerida"; son inadecuadas las afirmaciones del tipo: es cocainómano, heroínómano, alcohólico, etc. En este sentido, "no se hace del consumo una cuestión del ser". (Korman, 1996:20).

En tal sentido, no deberíamos hablar de personas con problemas de alcohol como categoría uniforme de análisis, porque las personas presentan todas las edades, sexos, profesiones, clases sociales, estados de salud mental y niveles económicos. Tampoco deberíamos hablar de relaciones familiares en general, sino que podemos distinguir diferentes modelos de relaciones de dichas personas con sus familiares; de igual manera, tampoco cabe hablar del nivel institucional a nivel general, porque cada paciente tiene una idea particular sobre la institución a la cual acude para su tratamiento. Fletcher (2004) sugiere una designación más respetuosa de los sujetos al designarlos como «mentores», por lo tanto, en lugar de utilizar la etiqueta «alcohólico» que estigmatiza a los sujetos por la sustancia que consumen, se utilizarán en esta investigación la designación que apunta Fletcher de mentores y persona con problemas de alcohol «pcpa» que incluye los problemas graves con la bebida, de abuso y dependencia de la sustancia. Cuando se utiliza la palabra «alcohólico» o «alcoholismo», se hará entre comillas (a menos que se esté citando a un autor).

Se pudiera afirmar que en la actualidad el enfoque de la reducción de riesgos/daños ha sido integrado en todos los modelos aplicados al campo de las drogodependencias. Se basa en un "conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas, que pretenden eliminar los efectos negativos (físicos, psíquicos o sociales) asociables al consumo de drogas (Mino citado por Arana, X. et al. 2003: 267). Estas estrategias se han desplegado en el ámbito sanitario, social y terapéutico y son consideradas como alternativas de salud pública y en la medida que se va aceptando permite no estigmatizar al usuario dependiente de drogas. O'Hare considera que es la "política social que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de drogas" (O'Hare et al. 1995:25) sin que implique abandonar por completo el consumo. Plantea que el sujeto acepte plenamente su capacidad "para la toma de decisiones responsables sobre su salud (Arana, X. et al., 2003:268).

El concepto de reducción de daños cada vez se va ampliando más pues no sólo se ha circunscrito al campo de las drogas sino cada vez más se amplía a otros ámbitos de salud. A

partir de Nichter (2006:115) entenderemos por reducción de daños “un conjunto de conductas que van desde controlar los factores que predisponen al padecimiento hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema grave”. Son medidas de prevención de la enfermedad y promoción de conductas saludables, al respecto Nichter insiste en tres tipos de conducta: a) a priori: previo a un estado percibido como de mayor susceptibilidad; b) durante: en el medio de un estado percibido como de mayor susceptibilidad; c) a posteriori: cuando pasó el estado percibido como de mayor susceptibilidad.

La noción de reducción de daños, ha tenido amplia acogida en el tratamiento de las drogodependencias, pues en gran medida ha tenido alcance la aplicación que le garantiza la defensa de los derechos y la dignidad de las personas afectadas bajo la preeminencia del enfoque de salud pública. Considero que esta perspectiva es primordial para abordar cualquier política de salud pública desde una perspectiva global. Este enfoque ha sido considerado por los diversos autores como: amplio y tolerante, lo que ha permitido devolver el protagonismo y el respeto a las personas afectadas, puesto que les reconoce el valor de los conocimientos que les han aportado sus experiencias.

La investigación etnográfica ha permitido repensar el enfoque de la reducción de daños a partir de los sujetos, al preguntarles si lo que querían era tener más control de su consumo o ser abstinentes completamente, afirman en su mayoría que quieren controlar su consumo y que cuando termine el tratamiento alguna que otra vez se tomarán una copa de vino u otra. Una de las personas entrevistadas de origen magrebí resume sus aspiraciones en la famosa letra de la canción del dúo Los del Río que dice “Dale a tu cuerpo alegría Macarena que tu cuerpo es pa’ darle alegría y cosa buena. Dale a tu cuerpo alegría Macarena eh, Macarena. Aah”. Refiere que cuando llegó a Europa una de las primeras cosas que hizo fue acabar con la prohibición de la bebida de su sociedad de origen, comentaba en la entrevista que el consumo de alcohol fue uno de los cambios que incorporó pero por no saberse “controlar” ahora no puede beber pero aspira que “en diez años pueda recuperar mi cuerpo, recuperar su cuerpo del cansancio, recuperar la memoria y algo de bebida” (Daniel M., 2009). Es lo que Lupton ha llamado las subjetividades del riesgo que “son las formas en que la gente construye sus conocimientos sobre riesgo en el contexto de sus vidas cotidianas”. Dichas subjetividades tienen cuatro dimensiones en el campo de la salud:

- 1) sí, y hasta qué punto, los individuos se sienten en riesgo de desarrollar un problema específico de salud; 2) qué peso relativo se otorga a los riesgos sobre la salud con respecto a los riesgos sociales; 3) qué significa, para un individuo “estar en riesgo”; 4) cómo los individuos negocian esos “riesgos vividos” incluyendo las prácticas que inician en reacción a

sus propias percepciones en términos de evitar el riesgo y reducir el daño (Lupton citada por Nichter, 2006:125).

O'Hare y otros autores (1995:27) plantean que el combinar drogas arriesgadas pueden causar sobredosis (por ejemplo alcohol con heroína) y hay otras menos arriesgadas “es más probable que se asocien con efectos neutros e incluso benéficos” (por ejemplo, el consumo moderado de alcohol únicamente). Lo cierto es que rara vez se plantea “que si los usuarios utilizan drogas es porque obtienen algún beneficio, ya que es increíble que vayan a arriesgar su vida, deteriorar su salud y sus vínculos familiares y de amistad o arruinarse económicamente a cambio de nada” (Arana, X. et al. 2003:270).

Nichter (2006) sugiere muchas posibilidades de aplicación de las estrategias a partir de los sujetos desde la antropología médica, en el caso de nuestra investigación, nos plantea a partir de los sujetos el cambio de estrategias como optar por las cervezas sin alcohol, otras personas en tratamiento aplican estrategias de reducción del daño basadas en reducir el consumo poco a poco hasta sentir que lo controlan, pero también hay apuestas por la abstinencia.

La actual diferenciación entre drogas legales e ilegales no está basada en los peligros inherentes a la propia sustancia, sino en muchos factores: “racismo, patronazgo moral y clausura profesional, la capacidad de las minorías profesionales para determinar los asuntos referentes a la política social” (O'Hare, 1995:19). Por lo tanto, los abordajes actuales de las políticas de salud pública bajo el enfoque de la reducción de daños deben considerar en “sus estrategias se dirigen tanto a las drogas legales como a las ilegales, incluyendo tanto los daños sanitarios como los sociales, económicos, legales, incluyendo al propio consumidor, su familia, entorno cercano y a la sociedad en general” (VV.AA., 2001:12)

Cuando señalo que el concepto de la reducción de daños es un enfoque amplio no sólo se puede considerar un sujeto en relación con su problema con la sustancia pues sería reduccionista, hay que considerar todas las variables que inciden, de tal manera, que el concepto de reducción de daños es menester que vaya penetrando en otros ámbitos de la salud como, por ejemplo, en los hábitos sexuales, los hábitos en general, los comportamientos alimentarios, las relaciones con las demás personas, la religión etc. Este enfoque de la reducción de daños se puede aplicar en los diferentes contextos transculturales, religiosos, políticos especialmente en los espacios y sujetos que de modo continuo padecen situaciones incomprensibles de discriminación y exclusión social.

O'Hare (1995) plantea una serie de consideraciones a tomar en cuenta para la optimización de los beneficios y reducción del daño basado en los criterios cuantitativos: riesgos de la sustancia, dosis, potencia/toxicidad, frecuencia; y también señala criterios cualitativos como: acceso, preparación, vía y estilo de uso, patrones de uso múltiple, cuidados posteriores, propensión y escenario.

No se trata de una perspectiva purista de que nadie esté sometido a ningún tipo de consumo o abstenerse del consumo, pero ciertamente para superar una dependencia a una sustancia dada, es necesario considerar tanto a las personas afectadas como las estrategias los profesionales que ciertamente les proporcionan a los sujetos algunas técnicas que requieren de gran esfuerzo y por ello necesitan un cierto tiempo.

Muchas personas que han superado su problema con una determinada sustancia, frecuentemente llevan una vida marcada por patologías crónicas o daños psicosociales adquiridos durante sus años de dependencia. En tal sentido, el enfoque de la reducción de daños permite ir paso a paso hasta alcanzar el objetivo trazado: la curación, esto es que la persona pueda retomar su vida sin hipotecar su salud y que pueda canalizar su proyecto de vida de una mejor manera posible.

El enfoque de la reducción de daños tiene mucha aplicación en Europa y Estados Unidos pero en muchos sitios en el mundo (especialmente en África y en América Latina) se adolece de éste enfoque. Otro aspecto es la necesidad de tratar los temas de los abusos de los derechos humanos de las personas que utilizan drogas (y la falta de implicación en temas de derechos humanos por parte de la comunidad internacional). El enfoque de reducción de daños permite la conjunción de esfuerzos entre las instituciones de salud y las personas encargadas de atender al enfermo. Lo alentador de las experiencias efectivas sobre reducción del daño en varios países es un buen punto de partida para ser utilizados con éxito a nivel internacional para hacer frente a los grandes obstáculos que dificultan la atención de personas con dependencias a las drogas. Por ello cuando se habla de reducción de riesgos/daños el papel del sujeto toma especial relevancia al considerarlo como "sujeto activo en su propio proceso, como agente de salud y como interventor comunitario... supone aceptar al usuario de drogas como un ciudadano como los otros, un ser autónomo y libre, capaz de asumir responsabilidades respecto a su salud" (Arana, X. et al. 2003:270)

Considero que es necesario ampliar la reducción de daños en el uso de drogas no-inyectables tales como el alcohol, la marihuana y la cocaína, ¿cómo aplicar el enfoque de la reducción de daños en dichas sustancias?. Ciertamente las drogas plantean ciertos riesgos

que pueden incluso producir exclusión y/o estigmatización, en especial el alcohol y algunas drogas ilegales. Observamos que en las campañas de prevención del consumo de drogas de las diferentes instituciones relacionadas con la drogas muchas veces son poco acertadas pues se plantean en su contenido riesgos que influyen en un doble criterio, por un lado invitan a muchos a “no atreverse” a usar las drogas y por otro explotan la imagen estereotipada de aquellos que “no saben controlarse”, de modo que éstos últimos ponen así en evidencia su “incapacidad o incompetencia social” en una sociedad que los estigmatiza y excluye.

Heather (2004) aplica el concepto de reducción del daño al alcohol e identifica cuatro aplicaciones del principio de reducción de daños al tratamiento de los problemas causados por dicha sustancia, tal como sigue: “sigue bebiendo pero ha mejorado”, “un criterio más amplio para juzgar los resultados del tratamiento”, “modo de beber ‘no dañino’ o ‘controlado’” y “la reducción de daños desde la perspectiva social”. La primera a partir de los estudios de Emrick (1974) quien en su informe de resultados introdujo la “regla de los tercios”, en la cual cabía esperar que “una tercera parte de los clientes tratados podría alcanzar la abstinencia, otra tercera parte seguiría bebiendo pero habiendo mejorado mucho y que la tercera parte restante no registraría mejoría alguna” (Emrick citado por Heather, 2004: 138). La segunda es muy parecida a la primera en cuanto a considerar que la abstinencia total de alcohol como único criterio de éxito del tratamiento es engañoso e inútil, se pone énfasis en la importancia “de las variables del no beber reflejando unos aspectos más amplios del ajuste general para juzgar los efectos del tratamiento”. La interpretación de la reducción de daños en ese sentido empieza con la proposición de que “el objetivo final del tratamiento no es la abstinencia total ni la sustitución con bebidas no dañinas sino, meramente, una mejoría en la calidad de vida del cliente en su conjunto” aspecto planteado de igual manera por el enfoque sistémico-relacional. El tercer tipo supone un tratamiento más abierto, más realista y, sin duda, desde un punto de vista más humano. El último uso del término reducción de daños se refiere a una “reducción por medio de las intervenciones en la comunidad en general respecto al número total de problemas causados por el alcohol en una sociedad dada”. (Heather, 2004: 140/142/143).

En el caso de la aplicación del enfoque de la reducción de daños aplicado al alcohol vemos según Menéndez que “desde la perspectiva epidemiológica lo importante sería el logro del abatimiento o eliminación del riesgo, por lo cual si realmente se logra la disminución de la

incidencia del daño, pasa a ser secundario que el concepto se maneje o no en términos holísticos”. Sería importante observar si el tipo de aplicación sirve realmente para reducir el riesgo en el caso de problemas relacionados con el alcohol pues “todo indicaría que para algunos problemas como el del *alcoholismo*, salvo en lo referente a la relación alcohol/riesgo/accidentes de tránsito, no tiene demasiada eficacia, o si la tiene, opera en determinados sectores sociales” (Menéndez, 1998:8).

Es posible perfilar una expresión particular de la atención de personas drogodependientes, desarrollando programas culturalmente adecuados los cuales tienen toda una diversidad de estrategias y experiencias que pueden ser aplicadas tal como señala el trabajo de Nichter (2006) sobre la reducción del daño como preocupación central de la antropología médica en diferentes contextos culturales, no obstante, considero que su aplicación efectiva requiere la cooperación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial en la promoción de los recursos comunitarios afinando metodologías de cogestión en la inclusión de variables socioculturales y perspectivas participativas de planificación y gestión que permitan atender los problemas relacionados con las drogodependencias en cada uno de los contextos.

2.6. MODELOS MÉDICOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

En este apartado se trabajará la propuesta teórico-metodológica de Menéndez, quien analiza las relaciones de hegemonía/subalternidad que se establecen entre los distintos modelos de atención reconocidos: el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) y el Modelo de Autoatención (AA) (Menéndez, 1996:59) en este sentido, se abordarán las prácticas de atención a la salud que hacen los sujetos a partir de los modelos médicos. En este caso abordaremos directamente el MMH que: “está integrado por el Aparato Médico Sanitario y las instituciones médicas privadas”. Nos referiremos al aparato médico sanitario como aquel que “está constituido por todas las instituciones del Estado que directamente tienen que ver con la atención y prevención de la enfermedad”. El Modelo Médico Hegemónico (MMH) que permitirá describir y analizar la institucionalización de la biomedicina en condición de superioridad, estableciendo las relaciones asimétricas con respecto a otros saberes en la medida que se expandía la biomedicina (Menéndez, 1996:59).

En este sentido conviene, hacer una precisión de lo que es el modelo biomédico, en donde se desarrolla un enfoque “enfoco microscópico” que atomiza el cuerpo y la enfermedad dividiéndolos en compartimientos que se relacionan a su vez con los diferentes especialidades médicas (pneumología, ginecología, psiquiatría). El objetivo ha sido actuar de “macroscopio, ampliando políticamente el campo de focalización hacia la biografía, las relaciones sociales, las relaciones culturales y los procesos de la economía política”. Frente a la idea biomédica de universalidad de la enfermedad, la perspectiva antropológica ha retomado una reinterpretación de la etiología basada en la noción de redes multicausales. Frente a la idea de neutralidad de las propias nosologías biomédicas –esa ilusión de que las categorías son copias de los hechos- la antropología ha puesto en evidencia la necesidad de una perspectiva crítica y constructivista que observe las categorías biomédicas como productos de la vida social. Frente a la idea de unidimensionalidad de la enfermedad que desuella del reduccionismo biológico, la antropología ha defendido una visión multidimensional que permita recuperar la condición de hecho social, cultural, político y económico de la enfermedad. (Esteban et al., 2007)

Pero no sólo sobre el modelo biomédico caben hacer señalamientos, también hay una parte de la antropología que tiende a ignorar las consecuencias y funciones que operan en la dimensión económico política y en los procesos de control ideológico-político. Menéndez (1991) señala que a pesar de ello “la práctica antropológica aún dentro de sus sesgos teórico-ideológicos ha generado tanto a nivel técnico (epidemiología a través de informantes calificados) como a nivel teórico (énfasis en la alcoholización) aportes de significación para el Sector Salud”.

Se asume a partir de Menéndez que el MMH es:

...el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del siglo XVIII hasta lograr identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada por criterios científicos como políticos (Menéndez, 1996:59)

Este modelo presenta los siguientes rasgos estructurales:

...biologismo, concepción teórico evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica entre el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a a

las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en el sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación. (Menéndez, 1992b:102)

En cuanto al Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS):

...en el mismo se integran las prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales” pero además incluye otras “prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta ahora al margen del sistema médico ‘occidental’, como la medicina ayurvédica o la acupuntura y la herbolaria chinas”, además agrupa en éste mismo modelo los “saberes médicos como a la medicina curanderil urbana o a fenómenos como la dianética o las prácticas espiritistas”. La razón de agruparlas todas en el mismo eje “radica en que varias de ellas son claramente derivadas del MMH”, hay que señalar entonces que “dichas prácticas constituyen alternativas institucionales que el MMH ha pretendido estigmatizar, pero que en los hechos ha pretendido subordinar ideológicamente (1992b:102).

Los caracteres básicos de éste modelo son:

...concepción globalizada de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su ‘saber y prácticas curativas’, y tendencia creciente a la mercantilización. (Menéndez, 1992b: 103)

Por último, el Modelo de Autoatención (MA). Sus caracteres básicos son:

...eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir a la enfermedad como mercancía, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos”. (1992b:104)

Este modelo esta “basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o por las personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional”. Dicha autoatención plantea desde “acciones ‘conscientes’ de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinados grados de complejidad”. (Menéndez, 1992b:104). Menéndez concluye que en los procesos transaccionales que operan dentro de las relaciones hegemonía/subalternidad podemos observar las diferentes dinámicas, formas y orientaciones que adquieren dichas transacciones (Menéndez, 2002:156) Es lo que destaca Comelles refiere sobre el papel de los profanos en los procesos asistenciales, de allí que sea necesario reconstruir el itinerario del asistible para dar cuenta de su protagonismo en los cuidados profanos. (Martínez, Comelles, Miranda et al., 1998)

Un aspecto especialmente interesante para entender las transformaciones de los significados y funciones de las drogas es considerar la influencia que en ellas ha tenido el proceso de medicalización. A lo largo del último siglo se desarrolla el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990), bajo el cual muchos conflictos que no eran abordados por los médicos, se han ido transformando en problemas médicos sobre los que se ha intervenido, sobre todo, desde la óptica biologista e individualista. (VV.AA, 2004:46).

2.7. MARGINACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DE ALCOHOL.

El enfoque relacional planteado por Menéndez en varias de sus obras permite afirmar que la articulación Estructura/Sujeto “opera siempre en términos de relaciones sociales”. Nada más que “dicha relacionalidad en determinadas corrientes anula al sujeto, mientras que en otras lo recupera. (Grup Igia y colaboradores, 2008:73).

Borràs aborda “la dimensión relacional el fenómeno del uso de sustancias por los individuos y más concretamente, sus usos vinculados a situaciones de malestar, tanto de los usuarios como de su red social” (Grup Igia y colaboradores, 2008: 112). En este malestar se configurará un sujeto “dividido, descentrado, fragmentado”. A partir de dichas dimensiones se “acentúan la existencia de conflicto y/o la incompatibilidad de roles”, de modo que “se está constituyendo un sujeto disociado que, sin embargo, asegura la reproducción de la estructura”. Para que el conflicto “no se traduzca en incumplimiento de actividades o en neurosis conflictivas, la estructura funcionalmente impulsa el desarrollo de este tipo de subjetividad”. (Grup Igia y colaboradores, 2008:75). Que permitirán la recuperación de conceptos de anomia, y más tarde de alienación, y actualmente, desviación social, marginación... que tratarán de dar cuenta de estos procesos.

En lo social, están presentes dos aspectos clave: la comprensión del ser humano como portador de categorías sociales: perteneciente a una clase social, portador de categorías sexo-género, participa de un código moral, de un lenguaje; en palabras de Gramsci, “hablamos de un ser humano que es portador de un modelo de civilización y de un ciudadano encarnado en su cuerpo y en su mente: lo social se ha configurado en su cuerpo y éste se inserta en la vida social” (Grup Igia y colaboradores, 2008:63). La inserción en la vida social se da mediante un conjunto de normas y pautas de control social, que se

articulan en torno a un: “conjunto de medidas que toma una sociedad para prevenir, evitar o castigar el delito o la desviación de la norma” (VV.AA., 2004: 120).

El otro aspecto clave es el que gira alrededor de la categoría relación. La vida de cada nuevo ser humano, se instala en ésta compleja trama de procesos, en los cuales las relaciones se objetivan e institucionalizan en función del lugar que las personas ocuparán en la estructura social. Es por esto que se ha llamado al ser humano como un animal creador de símbolos y funciones simbólicas. (Grup Igia y colaboradores, 2008:68).

Se plantea a partir de Castel (2004) poner peso a la “cuestión social” en aras de posibilitar “la capacidad para mantener la cohesión de una sociedad”. Para ello hay que tener en cuenta las amenazas con la ruptura por parte de “ciertos grupos cuya existencia hace vacilar la cohesión del conjunto”. Se refiere a “las poblaciones que son objeto de intervenciones sociales difieren fundamentalmente según sean o no capaces de trabajar, y en función de este criterio se las trata de maneras totalmente distintas”. Aquí queda implícito el grado de vulnerabilidad o no y según la gente tenga más recursos o menos. (Castel, 2004: 33). Se introduce el concepto de vulnerabilidad en el contexto de los grupos sociales, en el caso del alcohol vemos por ejemplo, que diferentes investigaciones han demostrado que “los sectores más vulnerables son los varones en edad productiva, los jóvenes y adolescentes masculinos y la mujer a partir de la adolescencia”. Especialmente en los sectores pobres, pobres y marginales (Di Pardo y Menéndez, 2001:219).

La desviación de la norma es considerada “anomia” referida a la “pérdida de referentes normativos, políticos y la creciente sensación por parte de sus habitantes de que sus vidas y actividades carecen de todo sentido... una sensación de frustración y angustia interiores, que requieren en palabras de Freud, una cantidad mayor de “quitapenas” (Grup Igia y colaboradores, 2008:64-65). Para Merton, el concepto de anomia “remite a la dificultad que tiene un sujeto particular para, con los medios que pone a su alcance la cultura en la que vive, poder conseguir los fines que esta cultura propone. En las sociedades industriales avanzadas se produce una creciente escisión entre las formas de vida, los fines propuestos y los medios que la gente posee para llegar a ellos. (Grup Igia y colaboradores, 2008:65). Becker (1971:24/14) en su formulación sobre las personas “marginadas” considera que son “personas juzgadas por los demás como desviadas y, por lo tanto, fuera del círculo de los miembros «normales» del grupo...” por otro lado, “los «marginales» pueden ser, desde el punto de vista de la persona considerada desviada, aquellas personas que hacen las leyes de cuyo quebrantamiento se la ha encontrado culpable” veamos un ejemplo a partir del autor:

...los alcohólicos son a menudo ambivalentes, sintiendo a veces que quienes los juzgan no los comprenden, y otras veces concordando con ellos en que el beber en forma compulsiva es algo malo... desarrollan amplias ideologías que explican por qué ellos tienen razón y por qué aquéllos que los critican y castigan están equivocados.

La situación de marginalidad con respecto de la estructura posibilita el desarrollo de características subjetivas y sociales de enfrentamiento, y esto incluía desde locos, los adictos y/o lúmpenes a los desviados. (Grup Igia y colaboradores, 2008:90). Este planteamiento posibilita la producción de un sujeto en oposición a la estructura. Se a partir de allí una persistente recuperación del sujeto a través de las actividades que realiza dentro de marcos sociales institucionalizados. (Grup Igia y colaboradores, 2008:90).

Se aborda el concepto de marginación social propuesto por Romaní (1999:118-121) quien considera:

...la marginación social como un conjunto de procesos que, por lo que se refiere a las condiciones materiales de existencia, acaban limitando —hasta poder llegar a excluir— a determinados individuos o grupos sociales el acceso a los recursos más habituales de su sociedad; estos procesos siempre irán acompañados, a nivel cognitivo, por unas racionalizaciones ideológicas que justificarán dichas limitaciones o exclusiones. Se supone que para que dichas racionalizaciones puedan tener eficacia deben mantener un cierto nivel de compatibilidad, tanto con la estructura económico-social dominante en aquella sociedad, como con sus manifestaciones culturales hegemónicas en un momento histórico determinado (Romaní, 1999:118).

La marginación, según San Román (1989: 116)

«... habría que entenderla como aquella que, en su expresión más extrema, aún más situada en un sistema ecocultural dado e interactuando en él, no es una posición prevista en el sistema de relaciones definitorias de estatus, no actúa sobre la base de los roles correspondientes a estos estatus, ni exhibe las propiedades de estado correspondientes a las coordenadas espaciotemporales concretas del sistema. Sus relaciones con el ecosistema están negativamente determinadas por las que se realizan en el propio sistema ecocultural, presentando por tanto características económicas residuales».

La aproximación de ambas definiciones permite considerar no sólo estados, sino sobre todo posiciones marginales, grados de marginación e incluso aspectos marginales en un determinado campo de relaciones. Vale señalar que en las sociedades contemporáneas, basadas en unas dinámicas de progresiva complejidad y en las que podemos afirmar que el cambio es la regla, se van produciendo continuas desviaciones, pero afirma Romaní, que estas “desviaciones podrían ser integradas como innovaciones al sistema, mientras que

otras acabarían originando procesos de marginación social: para que se produjese este último caso, ¿qué condiciones se tendrían que dar?” (Romaní, 1999:119). San Román (1989:116) propone sobre la tensión entre “inclusión-exclusión”, que forma parte de cualquier “proceso y situación marginal, estaría sujeta a variaciones generadas tanto en el sistema ecocultural como en factores propios del marginal”. García Prado (2001:33) a partir de Merton establece cinco tipos de conducta¹¹: *conformidad* en la que “existe una buena integración entre los medios y los objetivos” que puede ser de dos tipos activo y pasivo; *innovación*: en la que “se aceptan las metas culturales pero se rechazan los medios institucionalizados” aunque a partir de otros autores como Romaní, no establece si las vías de la innovación son medios institucionalizados o no, pero en nuestro caso someteremos a consideración la vía institucionalizada. Otra conducta es el *ritualismo* en la que “el individuo abandona o descende su motivación, para alcanzar metas pero sigue conforme a las normas institucionalizadas; *el retraimiento*: aquí el individuo no acepta ni los objetivos ni los medios; por último, *la rebelión*: conducta en la que “se produce el mismo rechazo que en el retraimiento pero frente a la conducta de pasividad que refleja el anterior en este se presentan metas y medios alternativos”. Sin pretender aplicar esta teoría que hay que encajarla a como de lugar se piensa en un sujeto caracterizado por la consciencia y la necesidad de dar sentido y significado a sus actos. “La capacidad distintiva del ser humano es la de ir más allá de su circunstancia, de modificarla”. (Grup Igia y colaboradores, 2008:91).

Una variable básica es que se produzca la estigmatización de un comportamiento o una situación no conforme a lo esperado (la norma) en un lugar y momento dados. (Romaní, 1999:119). Juliano (2004:27) por su parte expresa que la estigmatización es un requisito necesario de la marginación/exclusión social. Se entiende por estigma al “atributo profundamente desacreditador” que impide la plena aceptación social y diferencia entre individuo desacreditado y desacreditable. Goffman (1989) establece tres grandes tipos o ámbitos de estigma:

¹¹ Según Merton (1964:205-206) establece una tipología con cuatro conductas y asoma que hay un rasgo de innovador, ritualista, retraído, rebelde en la mayoría de nosotros. Pero veámoslo a partir del autor separadamente: *los innovadores*: son “individuos que tienden a las metas enlazadas por la cultura mientras que abandonan los medios aprobados por ella para tratar de lograrlos”; *los ritualistas* “son hombres que han internalizado las normas morales a tal punto que no pueden ser violadas, se refugian en la rutina... son los ritualistas de nuestra sociedad, incontados aunque probablemente legión: los autómatas de la organización, los rutinarios, los religiosos compulsivos”; *los retraídos* “juntan una vida de pedacitos, comiendo poco, durmiendo mucho y abandonando el esfuerzo de crear pautas de la vida cotidiana que puedan respetar... son pasivos... llevan una existencia semioculta... enajenados de la gama amplia de valores sociales...”; *los rebeldes*: “repudian toda una gama de metas y medios culturalmente prescritos... [pero] tratan en forma deliberada de desarrollar otros nuevos, teniendo sus propias pretensiones de legitimidad...”.

- 1) Las abominaciones del cuerpo – las distintas deformidades físicas –
- 2) *Los defectos de carácter del individuo* que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas o falsas, deshonestidad. Todas ellas se infieren de conocidos informes, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio, conductas políticas extremistas.
- 3) Los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia.

Entonces, tenemos que tanto la discapacidad física como el menoscabo de las condiciones psíquicas, espiritual o moral o los orígenes socialmente dudosos, envuelven de aquel halo de contaminación, en la terminología de Mary Douglas (1973), que convierten al individuo o grupo afectado por el estigma en el “otro” por excelencia.

De lo anterior se deduce que la estigmatización no es una variable independiente. La estigmatización constituye la mediación necesaria en un proceso de marginación, pero tiene que ser activada por otros factores. Esto ha sido bien documentado en el caso de los gitanos o del racismo en general, que se pueden constatar en San Román (1991), donde se puede constatar que la estigmatización se activa a partir de muchas variables: el paro, migraciones, adicciones, etc. (Romaní, 1999:119). De hecho, no es un fenómeno nuevo que sea funcional a la integración de un sistema social la máxima expresión de la marginación como es la liquidación (no sólo social, sino también física) de una parte de la población: ejemplo de eso serían la siniestralidad laboral o el alcoholismo en según qué contextos (Romaní, 1999:121)

Menéndez propone enfocar que “el sujeto da sentido a sus actos”, es activo y es además “un sujeto que busca/necesita solucionar el problema que emerge en su vida cotidiana”. Supone un proceso de búsqueda activa por parte de su subjetividad. (Grup Igía y colaboradores, 2008:79) cuyos posicionamientos se desplazan entre la marginalidad, desviación o heroísmo, pero que de alguna manera es un sujeto que actúa intencionalmente, realiza determinadas prácticas y tiene que hacer meditaciones, transacciones en el marco de la estructura.

Las propuestas de un sujeto caracterizado por su oposición intencional o funcional de la estructura... operan a través de dos dimensiones: a) la búsqueda de un sujeto social específico a través del cual se generaría la modificación, la ruptura, el enfrentamiento a lo estructural; b) la experiencia de los sujetos individuales y/o microgrupales, que cuestionan la estructura a partir de diferenciarse, marginarse y oponerse a la misma. (Grup Igía y colaboradores, 2008:88-89). Es así como “el sujeto necesita desarrollar un constante

trabajo, un continuo esfuerzo de articulación y opacamiento del conflicto a través del manejo de su subjetividad”. Comienza a construirse “una concepción de sujeto donde su subjetividad es provisional e intercambiable”. Da lugar a la construcción de la subjetividad que permite dar cuenta a partir de algunas corrientes sobre la “la plasticidad del sujeto”, que hace referencia “no sólo a la concepción de un sujeto que se modifica histórica y culturalmente, sino a la capacidad de la cultura/estructura de constituir, modelar, organizar la personalidad a nivel no sólo cultural, sino psicológico y hasta corporal”. (Grup Igia y colaboradores, 2008:75). El sujeto —que algunos denominan actor social—, “se caracteriza por vivir la vida a través de la búsqueda de significaciones y de sentido en sus acciones”. Éste sujeto desarrollará “una especial conciencia situacional de su cuerpo, de su enfermedad, de su trabajo, etc”. (Grup Igia y colaboradores, 2008:78). Esto permite reconocer la importancia protagónica de la dimensión subjetiva.

Freixa, F. et al. (1981:438) afirma que la primera vivencia de marginación la experimenta el propio individuo “en solitario, sin que la sociedad lo detecte hasta las etapas posteriores”. En este sentido, “son precisamente los individuos más normativos los que más usan el alcohol, y la mayoría de las veces la vinculación (dependencia) se produce socialmente y no por una búsqueda intencionada”. El autor señala una metáfora para explicar el proceso de marginación, las personas se hallan “al principio de una pendiente”, que recorren lentamente, que les llevará a la marginación total. Esta perspectiva no da lugar a otras opciones, se tendrá en cuenta pero se trabajarán con las propuestas de Romaní (1999), San Román (1989, 1991), García Prado (2001).

La categoría de extinción-exclusión de Bialakowsky et al. (2004) en la que destacaremos las cuatro vertientes empíricas del fenómeno que se da por la “extinción del ser sociocultural precedente para fracciones crecientes de la clase trabajadora y de las etnias locales”; también señalan “la contradicción máxima del sistema para autodestruirse y pasar a un capitalismo legitimable a una formación económica predominantemente coactiva”; otra de las vertientes señala “la producción de la población extinta o con muy baja capacidad de sobrevivencia a través de los procesos de indigencia, migración clandestina, criminalización, la emergencia de nuevas y viejas formas de patologización (sida, drogadicción, desnutrición, tuberculosis, locura y otras)” y, finalmente “la fragmentación del espacio social urbano con intensos procesos de guetificación”. Ante la complejidad del fenómeno lleno de contenidos y reticularidades de poder e intervenciones institucionales, la salida es “penetrar las

prácticas institucionales que intervienen en los procesos de exclusión-extinción” (Bialakowsky et al., 2004:12)

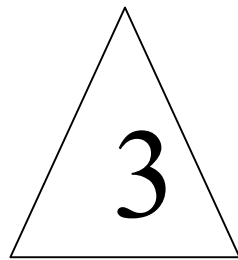
La extinción del ser sociocultural que se hace cada vez más dependiente de las drogas, como fenómeno ha dejado de ser una cuestión “normalizada”, para convertirse en una “epidemia” (Grup Igía y colaboradores, 2008:70). Aunado a ello, la aparición del paro de larga duración ha incidido en una regresión de las condiciones de salud, trabajo y de vida...La ruptura de los vínculos laborales exteriores, ha contribuido a exacerbar la epidemia de la drogodependencia. (Grup Igía y colaboradores, 2008:70). Juliano (2004) afirma que la sociedad “no prescinde de sus marginales, desarrolla respecto a ellos políticas asistenciales, los relega pero los reconoce” no hay ninguna apuesta por ellos porque de ellos no se espera nada.

Surgen entonces, profesionales e instituciones de los cuales las personas estigmatizadas esperan su apoyo o como Goffman (1989) los denominó los «sabios», estos actores sociales son: “personas normales...que íntimamente informadas acerca de la vida secreta de los individuos estigmatizados y simpatizan con ellos, y que gozan, al mismo tiempo, que cierto grado de aceptación”. En tal sentido, las enfermeras y los terapeutas pueden ser sabios: pueden llegar a tener más conocimientos sobre medicaciones y tratamientos de los individuos estigmatizados, en este caso de las drogodependencias. Un segundo tipo de persona sabia “es aquella que se relaciona con un individuo estigmatizado a través de la estructura social; esta relación hace que en algunos aspectos el resto de la sociedad más amplia considere a ambos con una sola persona...”, generalmente es la familia según Goffman, pero nosotros propondremos que también puede aplicarse a la relación terapeuta-paciente, en la medida que “están obligados a compartir parte del descrédito de la persona estigmatizada con el cual los une una relación”. Una respuesta a este destino “es abrazarlo y vivir dentro del mundo familiar o amigo del estigmatizado” o del mundo del Servicio de Drogodependencias, pues los “problemas que enfrentan las personas estigmatizadas se expande en oleadas de intensidad decreciente” (Goffman, 1989). En este caso, “la tendencia del estigma a difundirse desde el individuo estigmatizado hacia sus relaciones más cercanas explica por qué dichas relaciones tienden a evitar que hubo, en caso de existir, a no perdurar” el debate aquí estaría en ver si perdura o no. Las personas que tienen un “estigma aceptado suministran un modelo de «normalización»”, mostrando hasta dónde pueden llegar “los normales cuando tratan a un individuo estigmatizado como si no lo fuera. (La normalización es distinta a la «normificación», o sea, el esfuerzo que

realiza el individuo estigmatizado para presentarse a sí mismo como una persona corriente, aunque no oculte necesariamente su defecto”. (Goffman, 1989)

Retomamos la relación terapeuta-usuario a partir de lo que aporta San Román que en la medida en la que las propiedades que exhibe la parte susceptible de exclusión son factores eficaces en el proceso, podría pensarse... que existen colectivos, grupos o categorías “proclives” a la marginalidad (San Román, 1991:153). Esta tendencia hace que los terapeutas relacionados con los sujetos que tratan de alguna manera les impregnan el estatus de marginación de los sujetos tratados. Podría entenderse a partir de San Román (1989:116) en el marco de “aspectos marginales en un campo de relación, cuando las propiedades de exclusión se circunscriben a una relación institucional concreta pero no al resto”. Dichos límites se configuran entonces en un servicio especializado de atención a las drogodependencias, en el cual los profesionales encargados de la atención son salpicados de la marginación de los usuarios. El enfoque relacional, en una de sus fuentes epistemológicas, la teoría general de los sistemas, concibe que cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido, a un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema. Para superar la marginalidad de dichos colectivos, se han propuesto nuevas lecturas sobre la visión de las drogas, entre ellas, el enfoque multidimensional de las drogas ya desarrollado en el punto anterior. La conjunción de estos tres factores (la sustancia, el contexto y el individuo) es importante para interpretar el comportamiento de un individuo o de un grupo frente a la enfermedad vinculada con las drogas, sean legales o ilegales.

Si los trabajadores de la salud y los servicios sociales quieren intervenir correctamente en la problemática de la drogodependencia, tendrán que recordar permanentemente dos aspectos: el centro de trabajo ha de ser el sujeto y no la droga. Esto implica una valoración del sujeto en la medida que pueda considerarse como interlocutor válido. El segundo aspecto que no puede olvidar es que las mayores intervenciones de carácter técnico servirán para poco si las condiciones sociales que generan, en palabras de Freud, tanto “malestar en la cultura”, no cambian en una dirección más deseable para todas las personas; esto comporta pensar la problemática de la drogodependencia, no como problema estrictamente sanitario, sino como un problema social y político.



**PERSPECTIVA METODOLÓGICA: NUEVOS CAMINOS Y
DISEÑOS A PARTIR DE UN CAMINO ANDADO**

«Desde luego que esta muestra no es, desde ningún punto de vista, elegida al azar; no es posible tomar una muestra al azar, ya que nadie conoce la naturaleza del universo del cual la misma debiera extraerse».

Becker, Howard S. (1971)

En una aproximación inicial a la definición y ámbito de investigación quise hacer un estudio comparativo entre varios Servicios de Drogodependencias en Cataluña. Las exigencias de tiempo y en particular las limitaciones de financiamiento hicieron imposible concretar mi investigación dirigiendo el interés de esta hacia un CAS ubicado al sur de Cataluña, España.

El primer año (2008) fue dedicado al examen documental y bibliográfico. El segundo año (2009) fue dedicado a la realización de una investigación etnográfica de carácter cualitativo, mediante el uso de técnicas de recogida de datos con la realización de entrevistas de profundidad y observación dirigidas a usuarios con problemas de alcohol y a los profesionales del CAS. En el tercer año (2010) se redactó la tesis doctoral en la que se describieron las representaciones de las pcpa, de sus padecimientos y tratamientos vinculados con el alcohol y la explicación de factores que intervienen en la decisión del paciente para someterse al tratamiento para dejar el alcohol o reducir daños, los logros y recaídas.

3.1. MÉTODO ETNOGRÁFICO

Es la etnografía –método que marca la particularidad de la antropología– el método que se privilegió en ésta investigación. En palabras de Romaní, la etnografía es un elemento indispensable “para colaborar a la evaluación global continua de los programas asistenciales, ya que, por su propia óptica holística y relacional, el etnógrafo está muy bien situado para realizar esta <<valoración fina>> de los eventos cotidianos, que se dan en las practicas institucionales” (Romaní, 1999:158). En este caso la relación continua con los usuarios y trabajadores sanitarios del centro aportó en retorno una buena información de cómo van cambiando los problemas vinculados a las drogodependencias, (incluyendo el

alcohol) en una zona determinada, un panorama de los nuevos discursos generados en relación con la experiencia de la terapéutica desde una perspectiva sociocultural.

En el caso de la Antropología de la Medicina, la etnografía busca la comprensión holística de cada uno de los grupos o sistemas socioculturales que aborda, proporcionando una base para la generalización de los componentes sobre la salud/enfermedad/atención. Se presenta un tipo de práctica de investigación que nos permite sacar el máximo provecho del enfoque relacional en la medida que analiza “los problemas globalmente, relacionándolos de manera contextualizada en sus distintos niveles de la realidad y a través de distintas articulaciones entre dichos niveles”, de igual manera, dicho enfoque supone “la dialéctica entre los niveles micro y macrosocial” que permite “describir y explicar de manera concreta las cosas, al mismo tiempo que de éste análisis concreto podemos sacar hipótesis, reflexiones genéricas, verificar o contradecir teorías generales” (Romaní, 1999:150).

Para Geertz la Antropología es un tipo de ciencia distinto a las de las ciencias experimentales y su diferencia se basa en la descripción y explicación.

Semejante concepción de la manera en que funciona la teoría en una ciencia interpretativa sugiere que la distinción (en todo caso relativa) que se da entre las ciencias experimentales o de observación entre ‘descripción’ y ‘explicación’, se da en nuestro caso como una descripción aún más relativa entre ‘inscripción’ (‘descripción densa’) y ‘especificación’ (‘diagnóstico’) entre establecer la significación que determinadas acciones sociales tienen para sus actores y anunciar, lo más explícitamente que podamos, lo que el conocimiento así alcanzado muestra sobre la sociedad a la que se refiere y, más allá de ella, sobre la vida social como tal (Geertz, 2005:37).

Para el autor, la interpretación es una forma particular de descripción densa ya que considera que es el único modo de describir los hechos de significados. Asume la tesis de Max Weber de que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido. En consecuencia, para el autor la cultura es una “urdimbre [ese tejido] de significaciones” (Geertz, 2005:20). De la asunción de esas premisas se deduce que el análisis de la cultura no debe hacerse como los de la ciencia experimental sino más bien como el de una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Su explicación pasa por dejar muy claro lo que los antropólogos hacen, es decir la etnografía. Se comprende lo que es el hacer antropológico, puesto que hacer etnografía equivale al análisis antropológico como forma de análisis de conocimiento.

Según Hammersley y Atkinson (1994:15) la etnografía “es un método de investigación social” en la que el etnógrafo (a):

...participa, abiertamente o de manera encubierta de la vida de las personas durante un tiempo relativamente extenso, viendo lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando cosas; o sea, recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder arrojar luz sobre los temas que él o ella han elegido estudiar.

El centro de la actividad etnográfica es el trabajo de campo concebido como:

Una situación metodológica y también en si mismo un proceso, una secuencia de acciones, de comportamientos y de acontecimientos, no todos controlados por el investigador, cuyos objetivos pueden ordenarse en un eje de inmediatez a lejanía. Entre esos objetivos, no necesariamente en último lugar, está la redacción de un informe. (Velazco y Díaz de Rada, 1997:18)

Todo el proceso de la investigación etnográfica se vale del uso de técnicas que permiten elaborar o producir los datos que conducen a la generación de un discurso inteligible y significativo, estas son, citando a los mismos autores: describir, traducir, explicar e interpretar. Estos procesos pueden ser vistos como elementos sucesivos de elaboración de datos en “distintos momentos y grados o niveles de abstracción, pero también son en cierta medida procesos complicados, inseparables” (Velasco y Díaz de Rada, 1997:42).

La *descripción* es el primer proceso de elaboración de datos en la investigación etnográfica, en esencia la etnografía es “descripción densa” e implica una interpretación necesaria. Según los autores Velasco y Díaz de Rada, la descripción densa “daría cuenta de los detalles, y sobre todo de las intenciones significativas implicadas en las conductas observadas”, esto quiere decir que, “va más allá de los hechos, los protagonistas...” estas situaciones son expuestas de acuerdo con las intenciones sociales puestas en juego (Velasco y Díaz de Rada, 1997:43,47). La descripción densa tiene las siguientes características: es microscópica, pues recorre lenta y minuciosamente el contexto exponiendo las complejidades, es decir pone de manifiesto “una especificidad compleja, una circunstancialidad”, implica también “prestar atención a la fina red de relaciones que los contextos revelan si se dirige una atenta y aguda mirada a ellos”; es interpretativa, pues su tarea es “perseguir estructuras de significación que, desde luego, aparecen muchas veces irregulares, no explícitas, extrañas unas a otras; y que el investigador debe conectar de alguna manera”. Permite igualmente “captar la variedad de los significados y hacerlos accesibles situándose desde el punto de vista de los actores” (Velasco y Díaz de Rada, 1997:48/49).

White y Epston (1993: 27) quienes se basan en los aportes de Geertz y otros científicos sociales, consideran que “todo lo que las personas saben de la vida lo saben a través de la «experiencia vivida»... la experiencia debe «relatarse» y que es precisamente el hecho de

relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia. Esa «experiencia vivida» es recogida en la interacción del investigador con los sujetos de estudio y es el reflejo de esa interacción, de las experiencias compartidas.

White (2002) afirma en cuanto a los terapeutas que sus experiencias permiten incluir a los mismos como actores sociales. Sus experiencias podrían ser una descripción fina o como señala White “magra”, es necesaria una contextualización y la consideración de las narrativas de los profesionales y usuarios del Servicio de Drogodependencias para interpretar de forma “densa” las experiencias de los mismos, por lo tanto, desentrañar las “estructuras de significación” de cada uno de los actores sociales (Geertz, 2005: 24). Otras explicaciones, se refieren a las estructuras institucionales que constituye el contexto del trabajo psicoterapéutico “al hecho de que estas estructuras son desmoralizadoras y no brindan ningún apoyo a su personal y a las innovaciones en la prestación del servicio que están siendo regidas cada vez más por la lógica económica del mercado «libre»”. (White, 2002)

Durante este proceso de descripción se utilizan los diarios de campo, entendidos como los instrumentos básicos para inscribir el discurso social que se presenta ante los ojos del etnógrafo. Consisten en una colección de cuadernos para el registro estricto de las observaciones estructuradas en base a ciertos elementos que responden a los objetivos planteados. Además del diario de campo, también se emplean los diarios personales, que son utilizados para expresar el punto de vista subjetivo del investigador. En él se inscriben descripciones objetivadas, reflexiones, autocríticas. Aquí se adelantan conclusiones especulativas, se revisan ideas previas, se descubren realidades propias y ajenas, en este espacio se experimenta el desanimo ante el avance de la investigación o el entusiasmo frente a los hallazgos o proyectos.

El segundo proceso es la *traducción*. Ya realizada la descripción de las variables y situaciones que interesan al investigador, la siguiente tarea es “revivir una experiencia en forma crítica e interpretativa”. El investigador está obligado a transcribir la experiencia “en las categorías o valores de su cultura y en función de los conocimientos de su disciplina... Traducir una cultura en términos de otra”. (Evans-Pritchard citado por Velasco y Díaz de Rada, 1997:51) Esta descripción ocurre a diferentes niveles investigativos y permite la ordenación secuencial del conjunto de comportamientos registrados, ubicarlos en las dimensiones tiempo-lugar y presentar a los personajes utilizando figuras retóricas para hacer comprensibles los estados de ánimo o estados del ambiente. La *explicación* de estos hechos

traducidos es el siguiente nivel que ha de tomar conciencia el etnógrafo en el proceso de producción de los datos. Este proceso permite relacionar los datos obtenidos “con un sistema de cosas y de acontecimientos”, es dar inteligibilidad”, es proporcionar las causas de los fenómenos que se dan, ya sea de hechos, tendencias o regularidades (Velasco y Díaz de Rada: 1997:51,56).

Finalmente, se realiza la *interpretación*, que consiste en identificar la temática, “mostrar su vinculación, exponer el conjunto de reglas en las que quedan encuadrados, construir la estructura simbólica subyacente, etc., es el programa para elaborar una interpretación. La recompensa está en el procedimiento mismo: comprender, tornar inteligible la acción humana” (Velasco y Díaz de Rada: 1997:72).

Por otro lado, la etnografía aplicada puede ser útil, según Velasco y Díaz de Rada (1997:249-250), para los siguientes propósitos: contribuir al esclarecimiento de realidades socioculturales sobre las que se intervienen, este método ayuda a conocer las condiciones en las que las personas e instituciones existen y de la cual se va a aportar nuevas lecturas e interpretaciones a problemas predefinidos por los procedimientos monológicos, es decir, contribuir a la formulación negociada y adecuada de estos problemas tal y como son vividos por los grupos humanos y no solamente desde las perspectivas de observadores externos y distantes propiciando una perspectiva más dialógica.

Otros propósitos de la etnografía son comunicar a los “expertos” las concepciones internas que las culturas tienen de su propio mundo y los modos de interactuar y construirlo en relación con esas conceptualizaciones, es en esencia una función mediadora que permite facilitar la adaptación de los códigos de los “expertos” a los códigos culturales de la gente, ofreciendo la posibilidad de formular preguntas y promover acciones para una intervención de reconstrucción étnica en la realidad de los sujetos; y finalmente, plasmar la diversidad cultural desde los diferentes modos de experiencia y la inteligibilidad de sus acciones.

Así pues, una manera eficaz de aproximarse al estudio de las personas con problemas de alcohol es mediante la etnografía, que permite abordar de forma comparativa y holista la compleja naturaleza de dicho comportamiento y de sus aspectos relevantes y significativos, dado que prioriza todos aquellos instrumentos analíticos que favorecen la observación, la descripción y el análisis de la vida cotidiana de los miembros de una sociedad dada mediante las técnicas descritas y algunas más: observación, observación participante, apuntes biográficos, descripción, entrevistas, diario de campo, apuntes sobre ingesta de alcohol.

Toda labor etnográfica requiere del trabajo de campo, que es el proceso de observación, recolección, selección de la información, análisis e interpretación que se genera a partir de la interacción con los sujetos implicados. El trabajo de campo es la mejor estrategia para el análisis a partir de la propia vivencia de las personas con problemas de alcohol y terapeutas interesados en el fenómeno y proporciona así mismo herramientas para manejar científicamente esta interacción.

El punto de partida de esta investigación consistió en el diseño y realización de una investigación etnográfica para aproximarse al fenómeno del padecimiento y tratamiento del alcohol desde la perspectiva de las personas con problemas de alcohol en un CAS ubicado al sur de Cataluña. En la consideración del tipo de investigación propuesta y de los objetivos preestablecidos, nos decantamos primero por una investigación de carácter cualitativo como ya se ha señalado previamente. En la primera fase de la investigación antropológica, el investigador aplica un conjunto de métodos empíricos por medio de los cuales entra en contacto con los sujetos a estudiar, a partir de allí, redefine, actualiza y establece nuevas formas de interacción sobre el discurso y las prácticas de los procesos culturales.

Existe una multiplicidad de relaciones etnográficas, estas dependen de la diversidad de sociedades y de la diversidad de situaciones que pueden producirse y desarrollarse en el trabajo de campo. En nuestro caso, nuestra preocupación estuvo centrada en comprender el punto de vista y captar el significado que la realidad tiene para los sujetos que participan en el estudio, en este caso las pcpa y los profesionales, es necesario entonces, comprender la manera en que tales significados y representaciones colectivas influyen en sus conductas.

Durante el trabajo de campo el proceso de hacer contactos, ser aceptado, esperar, observar, entrevistar y recoger información es lento. A diferencia de la mayoría de las interacciones entre médico y paciente, trabajador social y usuario, enfermeros y paciente; “el trabajo de campo implica a menudo perder mucho tiempo para mezclarse con la gente en su propio terreno y las condiciones en que pueden estar más determinadas lo «investigado» por el investigador. El trabajo de este modo es mucho menos estructurado y hay pocos «frenos» institucionales entre el investigador y el sujeto” (Hartnoll et al., 1991:181). La barrera principal entre investigadores y sujetos reside en el hecho de que “el trabajador de campo mantiene un sentido de identidad como una persona con una labor a realizar; mientras que al mismo tiempo se acerca lo suficiente como para ser capaz de mezclarse razonablemente bien y obtener un acceso privilegiado a la información “interna”. (Hartnoll et al., 1991:181).

Supone un equilibrio delicado entre “objetividad profesional como observador y una implicación subjetiva como participante”. Para ello es imprescindible que el trabajador de campo tenga “la suficiente fuerza personal y apoyo externo con el que contar en momentos de crisis, y que mantenga una idea clara del propósito de la investigación” (Hartnoll et al., 1991:181-182).

Fueron varios los aspectos tomados en cuenta durante la realización del trabajo de campo en drogodependencias, según las características enunciadas por Hartnoll et al. (1991:181-183): ser digno de confianza; no ser emisor de juicios de valor; tener “visión de calle”; tener claro su papel como trabajador de campo; ser paciente; ser estoico; “hacerse el duro”; ser observador; aceptable. Las características aplicadas por Hartnoll (1991) dan cuenta de un conjunto de conocimientos que aporta la etnografía en el estudio de los sujetos que pertenecen a una determinada realidad sociocultural e implican una “dimensión epistemológica” (Velasco y Díaz de Rada, 1997:217-226). Los emplazamientos como trabajadora de campo en el CAS fueron continuamente analizados y descritos en mi diario de campo, por eso pensé que sería necesario incluir algo en la metodología. Se puede decir que en todo momento recibí el apoyo de parte de los profesionales y también de los usuarios que participaron en la investigación. Al aplicar las características de Hartnoll a mi situación de investigación, describo de la siguiente manera:

- *Ser digno de confianza.* “La confianza es el aspecto más importante en la relación trabajador de campo-[usuario]”. (Hartnoll, et al., 1991:181): La confianza hay que ganarla, lo que significa que hay que ser sincero acerca del objetivo de la investigación y ser honesto en todas las interacciones con los diferentes individuos. El compartir día a día con los profesionales y usuarios dio un vuelco a mis ideas y a la par ellos se acostumbraron a verme, me invitaron a compartir muchos espacios. El proceso de ser digno de confianza fue paulatino más fue facilitado desde el principio al asumir la identidad de «estudiante» quien estaba realizando una investigación sobre las personas con problemas de alcohol y he podido ser vista como una persona con la que se podía establecer un determinado grado de confianza.

Dicha confianza implicó ser una especie de «invitada especial» en el CAS aunque se pudiera decir que nunca llegué a ser «nativa», se puede decir que en todas las ocasiones me hicieron sentir parte del grupo/contexto. Tenía muy presente los aportes de Pitt-Rivers cuando afirma “la esencia del extranjero es, cosa tautológica, la

de ser desconocido. Potencialmente puede ser cualquier cosa: valiente o indigno, bien nacido, bien relacionado, rico o lo contrario pero más que nada –como sus afirmaciones con respecto a sí mismo no pueden ser verificadas – no es digno de confianza”. Aplicado a la investigación, el problema del tratamiento de un extranjero incluye otro aspecto. ¿Posee un conocimiento suficiente de la cultura del pueblo al que llega para conducirse correctamente y hacer evaluaciones del comportamiento según sus normas? En una palabra, ¿puede aceptar las reglas de la cultura?” (Pitt-Rivers, 1973:55-56). Lo primero que tuve que hacer fue agudizar mis oídos para entender el catalán aunque hablase o preguntase en castellano.

La inclusión en el escenario fue posibilitado en gran medida por el equipo social, éstas personas son conocidas por tanto por los usuarios como por los exusuarios del CAS. En general, generan confianza y respeto entre las personas usuarias de drogas, en su trabajo de «calle» tienen la posibilidad de contactar y conocer muchas personas. Es así como a través de los educadores sociales, antropólogo, trabajador social pude tener acceso a varias personas y así pude entrevistar a Jocker, Hans, Pepe y otros fuera del contexto del Servicio de Drogodependencias. Creo que de no haber sido introducida por los del equipo social y mi rol de investigadora explicado como “digno de confianza” no hubiese sido posible acceder a algunas personas.

A pesar de las interrogantes y temores, con la interacción, con el idioma... en la medida que me iba insertando al panorama cotidiano, se estableció una relación basada en la confianza, que si bien estuvo presente en las interacciones laborales como las reuniones de equipo, reuniones de memorias, discusión de casos, observación de terapias individuales y grupales, reunión de coordinaciones con otros servicios y centros... también se hizo presente al compartir espacios fuera del hospital tanto con los profesionales como con las pcpa. Con los profesionales: compartí en las fiestas del equipo, reuniones de cumpleaños celebradas en el CAS y fuera del CAS, *calçotades*¹. En cuanto a las pcpa pude tener acceso a varios escenarios, tales como: hogares, Centro de Calor y Café, Casal de Dones, Comunidades Terapéuticas, Iglesias, fiestas de barrios, fiestas nocturnas de la ciudad, lo cual me dio oportunidad para realizar con amplitud las observaciones, recoger experiencias en otros espacios fuera del dispositivo, participar en las prácticas y hacer de los sujetos que participaron en la investigación.

¹ Son reuniones o fiestas que se celebran en Cataluña en la que se consumen asados de carne y embutidos con “*calçot*” que es una variedad de cebolla y se asan sobre la llama viva.

- *No ser emisor de juicios de valor.* Al iniciar el trabajo como etnógrafa hubo que redefinir conceptos que no eran apropiados para referirse a los usuarios del servicio, por ejemplo, se empezó a utilizar el término *personas con problemas de alcohol* en vez de “alcohólico”, esta observación fue realizada en la primera reunión con el equipo y fue asumida por la investigadora. Fue necesario dejar de lado las propias concepciones o presupuestos sobre lo que está ocurriendo y explorar el ámbito tal y cómo los participantes lo construyen. Trabajar con mis supuestos y los supuestos de los sujetos con los cuales estaba trabajando, por muy común que parezca es, sin embargo, extraordinario, implicaba cuestionarse porqué existe o se lleva a cabo de esa forma, o por qué no de otra manera. Anteriormente no había tenido experiencias de trabajo antropológico en el campo de las drogodependencias y tenía poca teoría específica en el campo referido pero no partía de cero como investigadora y sabía lo importante de confrontar lo que se dice con lo que se hace. Además de lograr una auténtica empatía combinada con la consciencia de la necesidad de mantener una distancia respetable es de un valor inestimable. “El exceso de identificación puede ser un gran obstáculo, así como la antipatía o desdén apenas disimulado. El trabajador de campo debería evitar ser protector o excesivamente solícito”. (Hartnoll, et al., 1991:182):

Al tener en cuenta las preconiciones y temores al realizar la investigación, me encontré con muchas experiencias en el camino que me fueron enseñando una nueva perspectiva para ver el problema sin los sesgos ni preconcepciones de los cuales es difícil pero no imposible deslastrarse, por lo tanto, sabía que el consumo de alcohol podía hacerse tanto en lugares públicos como en privados y, al menos según dicen los estereotipos, el consumo privado es el "habitual" entre mujeres con problemas de alcohol, a este consumo no tuve acceso directo pues las referencias siempre fueron mediante las entrevistas. Pero al margen de dicha construcción se encontró el caso de un hombre cuya pauta de consumo era en solitario, lo cual ya me empieza a plantear aspectos que van más allá del género, hubo también dos casos de hombres que habían consumido previo a la entrevista.

Por lo que, una vez ubicadas las personas en el terreno, debimos aprender a interpretar sus actos en los términos de su propia cultura. Su consideración, no como etiquetas andantes de “alcohólicos”, sino como personas con las cuales se desarrollarán unas relaciones de mayor o menor afecto, simpatía, etc. que permitirán pasar de nuestras propias categorías y prejuicios, o las categorías dominantes al

respecto, para entender mejor, a través de la complejidad, unos discursos muy concretos, comprender la lógica de sus actos. (Romaní, 1999:156).

- *Tener “visión de calle”*. Trata del concepto de “credibilidad de calle”, principalmente implicó tomar conciencia de las culturas implicadas, de su vocabulario, de los tipos de alcoholes que usan, de cómo explican su padecimiento, etc. Como extranjera, pude conservar un elemento de inexperiencia o “ingenuidad” que me permitió hacer preguntas que un catalán/español no haría; colocar al usuario en “el papel de maestro o guía, más que de objeto de investigación”; y “disculpa de la mayoría de infracciones del trabajador de campo por desconocimiento de la subcultura local” (Hartnoll, et al., 1991:182).
- *Tener claro su papel como trabajador de campo*. “Puede resultar difícil el intentar combinar un trabajo de campo como método de investigación, con un trabajo de campo cuyo alcance o papel complementario sea como el de un trabajador social, que contacta y asesora” (Hartnoll, et al., 1991:182). Este no fue el caso de la investigadora, puesto que en el equipo del CAS fue relativamente fácil insertarse pues hay diferentes profesionales en el área social: antropólogos, trabajadores sociales, educadores sociales y esto permitió la interacción y enriquecimiento a partir de sus experiencias. Al iniciar el trabajo de campo, una de las profesionales me preguntaba por qué escogí hacer la investigación en un Servicio de Drogodependencias, pues no entendía cómo podía estar allí interesada en trabajar con los “casos crónicos”. La médica sugería que podía hacer la misma investigación en los Centros de Atención Primaria donde los casos son “menos severos” y son tratados por el médico de familia. A los CAS sólo llegan los pacientes “alcohólicos crónicos” con los que no ha podido el médico de familia, aunque poco después descubrí que no sólo llegan dichos casos “severos”, también acudían directamente por cuenta propia, por sus familiares o por procesos judiciales... Sin embargo, desde su experiencia me hizo ver la diferencia de cómo es vista una persona con problemas de alcohol en un Centro de Atención Primaria y en un CAS. La pregunta de la profesional de la salud obligó a resituarme como investigadora, repensar mi papel en un Servicio de Drogodependencias e incrementar el interés de realizar la investigación en dicha institución.
- *Ser paciente*. Pueden surgir situaciones en las que sea necesario esperar durante horas, días, semanas o meses para que alguien acepte a conceder una entrevista y que después de haber aceptado la persona cambie de opinión o también que después de

iniciada la conversación, el entrevistado diga que no puede continuar; dando como resultado que algunas entrevistas no se culminen por evasivas o cambios de parecer e incluso nunca se lleguen a concretar después de haber sido aceptadas.

Por la reflexión que generaron en mi persona hubo dos casos importantes de destacar los cuales señalo a continuación. Pude contactar a dos personas de Latinoamérica que pensé que podrían participar en la investigación. Una mujer venezolana, de clase media que se casó con un catalán, luego hace unos años enviudó, tuvo una hija que se suma a las dos que ya tenía su pareja. Ella se mantiene de su jubilación y de la pensión de viudez, de esta última le toca pagar el 85% a una residencia religiosa católica en la cual vive. Su vida se rige por los principios cristianos, pero lamenta profundamente no poder controlar su problema con el alcohol; es como si le diera un “ataque de locura”. Según me expresaba no se explicaba como había otras personas que podían controlar el consumo y detenerse. Una de las mañanas en las cuales me la encontré, me decía que pensó frente a la sacristía ¿por qué a mi que medianamente tengo un nivel cultural, cristiana, tengo problemas con el alcohol?. En días anteriores recayó en el consumo de alcohol y estaba “castigada” por las religiosas, la penalización fue tener salidas restringidas hacia el exterior. Se acercaba el fin de su castigo y lo asumió bien porque estaba en tiempos de cuaresma; para consolarse pensaba en su hermana que vive en Francia, que es una religiosa de claustro y en los días de cuaresma la religiosa se mantiene a pan y agua, y ella le reconfortaba pensar en su hermana porque ella medianamente tenía como alimentarse cada día. Finalmente la señora venezolana no participaría en la investigación, “porque no quería remover cosas del pasado” pues sentía que al compartir la experiencia de su padecimiento con una de su mismo país no sería terapéutico sino contraproducente. Para ella era como desnudarse y le producía un sentimiento de vergüenza pues no quería que alguien de su país se enterara de su malestar. Estaba acostumbrada a expresarse ante el terapeuta de referencia o ante otro diferente al que no le dices necesariamente todo.

Otro de los casos fue el de una señora colombiana que después de dar largas a su respuesta, entendí que no quería la entrevista. Con ambos casos, no pude dejar de preguntarme en el ámbito de la drogodependencias, hasta qué punto es pertinente colocar a alguien de la misma cultura para mediar en los procesos de salud/enfermedad/atención. Los dos casos ponen de manifiesto el no querer transmitir a alguien “próximo” a su cultura detalles sobre el sufrimiento propio, es el

no querer expresar a un coterráneo o alguien cercano al país de origen la vergüenza de acudir al CAS por su problema de alcohol y toda la problemática que le ocasiona. El terapeuta es la persona en la cual confían para sobrellevar sus problemas relacionados con el alcohol.

- *Ser estoico.* Implicó llevar a cabo entrevistas o incluso conversaciones limitadas con dos hombres en un estado de evidente ebriedad pero con un nivel de tolerancia que permitió culminar la entrevista, otras dos mujeres que estaban en un estado de decaimiento o depresión que impidió llevar a cabo la entrevista por lo que hubo que reprogramar la misma para otro momento.

Esta característica de estoicismo y de la duda a la fidelidad de la información recogida fue discutida en un diálogo con mi tutor quien me explicaba que como investigadora no estaba vinculada a ningún tipo de rol terapéutico. Sin embargo, el rol terapéutico lo tenía de añadidura pues en las conversaciones y entrevistas, varios de las pcpa me reafirmaban que estaban haciendo “terapia” al conversar ampliamente sobre sus problemas y experiencias sin límites de tiempo. Se concreta un diálogo en el cual se franquean y se abren de parte y parte muchas experiencias de cada persona, tanto del investigador como del entrevistado. Cómo decirle a la persona que no sintiera que estaba haciendo terapia mediante la conversación... Una de las participantes en la investigación, Shüli’wala, quien estaba asistiendo a la terapia de grupo, refirió lo bien que le estaba haciendo conversar con la chica que le hacía la entrevista. Luego la profesional me preguntó sobre las conversaciones con Shüli’wala, le referí que le estaba haciendo la entrevista. Me respondió la profesional “límate a hacer lo que tienes que hacer”, sentencia que de alguna manera puso límites a mi manera de relacionarme con dicha persona pues de algún modo le parecía a la profesional que había incidido “terapéuticamente” en aquella pcpa, pues señalaba que en sus cambios había sido importante conversar con *la chica que hacía las preguntas*.

Ciertamente hubo encuentros con Shüli’wala fuera del hospital que permitieron un acercamiento al entorno de la misma, tanto en su casa como en la iglesia a la cual acude. Cuando comenté a los profesionales que había ido a la iglesia me decían en tono de broma “te quiere convertir”; además, cuando terminé la entrevista con ella me obsequió una biblia y su interpretación según los principios de la religión a la cual acudía. Para recibir su presente también requerí un buen grado de estoicismo pues

pensé que el regalo de Shüli'wala era una llamada para su religión, nunca lo averigüé, pero lo estoico no quita lo cortés.

- “*Hacerse el duro*”. No es agradable ser tratado “con desconfianza, incluso cuando dicha desconfianza es comprensible”. Hubo individuos que negaron de manera tajante su problema de consumo de alcohol. En este caso tocó aprender “si las cosas se ponen realmente mal, considérelas como un mal día, pues no es conveniente trabajar en dicho estado de ánimo” (Hartnoll, et al., 1991:182).

Una de las profesionales también permitió “hacerme la dura” pues pensó que quizás mi intención era contactar con migrantes de Latinoamérica. Me dice “Ya iré mirando yo, lo tendré pendiente, es gente de tu raza...”. Le aclaré que no necesariamente gente de Latinoamérica, que me interesaba que tuviese problemas con el alcohol y que quería incluir personas catalanas también. Eso de gente de tu raza asomaba un dejo de desconfianza, pero lo pasé por alto porque no me iba a detener a dar una clase del concepto de raza, pero me obligó a replantearme incorporar las representaciones y prácticas de los profesionales sanitarios por la riqueza que encontraría en los discursos de los mismos y agradecer a la contribución de la profesional por abrir mi escenario de investigación, pues ciertamente al principio quería trabajar con migrantes de Latinoamérica, luego cambié de decisión y opté por incluir a personas catalanas, migrantes de otras comarcas del Estado Español, europeos, africanos, latinoamericanos que me posibilitaron entrar en culturas diferentes y con una riqueza de significados, formas de decir y hacer las cosas diferentes.

- *Ser observador*. Permitted ver desde la sensibilidad cuando había cansancio, agotamiento, ansiedad, también decidir cuándo “forzar las preguntas”, reiterarlas o “cuándo dejarlas pasar”. Mediante “un oído discriminador es una clara ventaja cuando se intenta separar hechos, juicios de valor, ficciones y convicciones” (Hartnoll, et al., 1991:182).

Ser observador implica también ser observado, en mi caso, no pasaba inadvertida para algunas de las profesionales quienes hacían comentarios sobre mi imagen: el vestuario, el peinado, el maquillaje, la bisutería, pues al no portar bata de médico estaba más a la vista de las miradas curiosas. Una de ellas me dijo un día “Cada días cambias, ropa, peinado”. Me preguntaba ¿la diferencia estaba en el peinado, ropa y maquillaje?. Empecé desde allí a moderar un poco las tonalidades pero no fue

exitoso, al final me di por vencida, ya estaba implicada en el escenario para ser observadora-observada.

- *Acceptable*. Fueron variadas las formas de aceptación pero también de rechazo, no obstante, la gran mayoría de los contactos con las personas fueron aceptables y se puede decir que fueron satisfactorias pues muchos fueron facilitados por los mismos terapeutas, monitores y educadores sociales.

El tema de la aceptación, fue una de las primeras cosas que trabajé para insertarme en el CAS, procedí a detectar algunas necesidades en las cuales podría colaborar, establecí algunas como el poder ofrecer algunos talleres al grupo de mujeres del Casal de Dones, para ello conté con la valiosa colaboración de una compañera del Doctorado. Otra de las actividades fue organizar un registro bibliográfico (ya había un trabajo iniciado pero hacía falta continuar el trabajo), eso me permitía ocuparme de la biblioteca en los ratos en los cuales no tenía ninguna actividad programada. Desde ese momento me convierto en una especie de bibliotecaria y paso a formar parte del panorama cotidiano.

Trabajar la aceptación de los profesionales fue irlos acostumbrando a que me vieran en determinados espacios, por ejemplo, la sala de espera. Una de las estrategias para conocer algunas personas y realizar observaciones era ubicarme en la sala de espera de los usuarios. A pesar de que podía pasar desapercibida e integrada en dicho espacio con los demás usuarios, al verme allí notaba siempre en las caras de los profesionales expresiones que reflejaban sorpresa, desconcierto, perplejidad como diciendo con la mirada ¿Qué haces aquí? y más de una vez me ofrecieron la llave para que entrara a los despachos, pero amablemente les decía que prefería estar en la sala de espera. Lo cierto es que contacté a muchas personas, en algunos casos no se concretó un seguimiento ni una entrevista pero en otros casos si. La técnica fue acertada pues allí logré ubicar a algunas personas que participaron en la investigación, luego también hubo una especie de complicidad con las secretarías y las administradoras pues las personas con las que quería contactar, ellas me hacían señas, “guiños” con los ojos, señalándome la persona y algunos encuentros parecieron “casuales”. Uno de dichos contactos fue el de As, quien me comentó en la sala de espera “cualquiera tiene apego a cualquier sustancia”, me contó que estaba en paro laboral, separado de su mujer e iba al Centro de Calor y Café. Justificando su visita en el CAS decía “Todos los que venimos aquí, tenemos problemas”.

Esta “dimensión epistemológica” (Velasco y Díaz de Rada, 1997) son conocimientos basados en: el extrañamiento, la intersubjetividad, la descripción densa, la localización, la encarnación, la triangulación, los datos multirreferenciales y la ironía que también pasaremos a explicar seguidamente:

El extrañamiento, en las investigaciones etnográficas, es la actitud que permite percibir que en otros mundos sociales las personas efectivamente no hacen lo que, como investigadora y miembro de una cultura diferente, una haría. Además lleva a consolidar una actitud relativista ante lo que no concuerda con las concepciones etnocéntricas propias del investigador. Se tiende a juzgar los comportamientos del sujeto de estudio como un modo inferior o deficiente de vida. En contraposición a esto, y aplicando este principio de extrañamiento, el investigador puede transformar la percepción del fenómeno en una excelente forma para establecer reflexiones intelectuales.

Fueron muchas las experiencias, tanto de alegrías como de tristezas, en que sentí más proximidad o más distancia. Pude ver el final de un ciclo, de una vida marcada por la soledad, se puede decir que luego de una entrevista queda el testimonio de la persona con problemas de alcohol que muere. Se trata de Pepe, un señor de 60 años de edad, era una persona sola, que no contaba con el apoyo de su núcleo familiar desde hacía muchos años, que vivió con amigos en los últimos días de su vida y murió en el hospital sólo, sin ninguna compañía, porque su familia no sabía de su paradero desde hacía algún tiempo. Escuché algunas críticas hacia los familiares de parte de sus amigos quienes estaban más próximos al fallecido. Incluso los más afectados y llorosos, eran los compañeros del Centro de Calor y Café, entre ellas una chica que estaba muy triste por la muerte de su amigo. La hija más pequeña piensa que él pudo llamar estando en esos momentos críticos del final de su vida, pero a la vez piensa que cada quien tiene la oportunidad de elegir lo que quiere. Su ex-mujer manifiesta que pudo comunicarse por lo menos con sus hijas. El hecho es que no lo hizo y murió en la sala de un hospital sólo; a su compañero de piso le quedó debiendo 70 euros, aquel pretendía que se los pagara la familia del fallecido o cualquier persona del CAS. La sepultura fue facilitada por los servicios sociales del ayuntamiento como corresponde en los casos en que el fallecido no tuviese familia; el caso de Pepe obliga a reflexionar sobre su vida y muerte ¿él realmente lo quiso así?. Esa complejidad no puede ser aprehendida fácilmente.

Otro aspecto es la *intersubjetividad*, esto es la redefinición de la objetividad del discurso con el cual se describe el objeto. Se debe a la particular aproximación que este método de

investigación hace del objeto de estudio. En este proceso de redefinición de lo objetivo a lo intersubjetivo, el investigador busca entrar en diálogo con el discurso de los agentes de la cultura, en las observaciones se pretenden considerar las observaciones que los protagonistas tienen de su mundo.

Una vez comentaba con una profesional sobre mis motivaciones al hacer la investigación y me sugería como podía establecer puntos en común con los sujetos que estudiaba, me explicaba que quizás mi condición de extranjería me hacía entender con más “empatía” a las pcpa (independientemente de su nacionalidad) al conocer el duelo de estar lejos del país de origen y de la familia era similar al malestar de las personas con problemas de alcohol al tener un duelo o malestar al que le dedicaban una sustancia, la misma les permite pasar o aliviar el malestar. Era como guardar en un archivo del ordenador las cosas para que no molesten o no duelan tanto. En la persona que tiene un problema con el alcohol, “afloran estos sentimientos “de la pérdida”. Comprendí con su señalamiento que todos en algún momento de nuestra vida pasamos por dicho sentimiento de “pérdida, nostalgia, sufrimiento” y nos podemos reponer o no de dichos sentimientos, por ello la historia de las personas que participan en la presente investigación es la de todos en algún momento de nuestras vidas que manejamos “pérdidas” y comprender dichas pérdidas nos permite una mayor intersubjetividad.

En el desarrollo de la investigación, el etnógrafo debe estar facultado para realizar una “descripción guiada interpretativamente”, esto es lo que se denomina *descripción densa* para expresar la complejidad cultural de una población, traducida en sus prácticas y discursos. Los datos levantados a través de esta técnica, son de tipo descriptivo y argumental y dan como consecuencia exponer la cultura en dos planos que se complementan; por un lado, la reconstrucción cultural a través de las acciones cotidianas y por otro lado, la configuración de esa misma cultura “como un sistema de relaciones significativas entre acontecimientos e instituciones”. (Velasco y Díaz de Rada, 1997)

A partir de las experiencias vividas, pude escribir en mi diario de campo ideas para el análisis sobre control/descontrol, marginación/ innovación, autonomía/apoyo al dispositivo, abstinencia o consumo, el cambio en patrones de consumo o la reducción de daños, el paralelismo entre el sastre y los terapeutas, las penas y alegrías de la gente que padece esta problemática. Estas y otras situaciones que comentaré seguidamente me obligaron a repensar mi investigación y trabajar más en los discursos y experiencias desde el sufrimiento y el dolor por dicho padecimiento.

El factor *localización* en el contexto de las investigaciones etnográficas implica ubicar los datos obtenidos en situaciones concretas de la vida social de la gente. Los autores exponen que existen datos que son abstraídos de la situación en que se produjeron, datos que el investigador pretendió producir en una situación neutralmente dada en contraposición de los datos localizados en situaciones determinadas que permite acceder a la “realidad” y describirla en detalle. Es decir, que el discurso de los protagonistas debe localizarse en el contexto en el que se dió: destacar el contenido de la práctica, referir las intenciones y las condiciones en la que se llevó a cabo.

Una de las dudas, tal como dije, fue posicionarme como investigadora en el CAS, pues no era común que alguien se insertase durante un tiempo muy prolongado, situación diferente a las prácticas de las alumnas de psicología, trabajo social y educación social que estaban por un periodo de 3 a 6 meses. Me preguntaba una de las profesionales si dicha investigación podía ser aplicada en mi contexto pues no se explicaba cómo decidí hacer una investigación en dicho CAS. Fui un poco genérica en la respuesta, le dije “me interesó el tema de las drogodependencias, específicamente de alcohol, y quise estudiarlas en un dispositivo especializado acá; en Venezuela no existen dichos dispositivos y la visión del problema es diferente”. Todas estas relocalizaciones me hicieron poner más énfasis en la generación de los datos de mayor consistencia y un mayor esfuerzo en mis observaciones, descripciones y entrevistas.

Otro aspecto epistemológico de la etnografía es la *encarnación*, con esto se pretende evitar reproducir el modelo de una sociología sin sujeto; es decir, que los datos producidos deben aparecer encarnados en personajes de carne y hueso. El proceso que se mencionó anteriormente y la encarnación son los procesos básicos que van diseccionados a la realización de una descripción detallada y precisa de la vida social del objeto de estudio. Este proceso fue importante pues los sujetos, tanto profesionales como personas con problemas de alcohol que participaron en la investigación, fue lo más próxima que se pudo a la realidad de los sujetos, pues no quería deformar una realidad si no dar cuenta lo más exhaustivamente posible de ella.

El proceso de *triangulación* consiste en contrastar y localizar la información en diversas fuentes, esto contribuye paralelamente al proceso de la descripción densa. Los propósitos por lo que se realiza la triangulación de los datos son: validar qué acciones o interpretaciones de la realidad configuran pautas, permite darse cuenta de la consistencia de los datos, poco a poco se irá configurando una conceptualización común de cultura y no

hechos aislados o una apreciación subjetiva del investigador; acceder al espacio público de la cultura desde varias perspectivas, es decir, contemplar la cultura no solo como un sistema regido por pautas colectivas, sino como un proceso de negociación de la diversidad o variación de dichas pautas. En cuanto a la presente investigación, muchos de los discursos de las pcpa se confrontaron con los profesionales de referencia, con las historias médicas y se hizo seguimiento aún cuando finalizaron las entrevistas mediante llamadas o nuevos encuentros para verificar el contenido de la entrevista. Con respecto a los profesionales se continuó haciendo observación del espacio por lo menos cada 15 días al año siguiente luego de haber finalizado el proceso de entrevistas. También se hicieron varios grupos de discusión con los profesionales para lograr la devolución de los resultados de investigación. En el desarrollo del proceso de elaboración de la descripción densa, se hace necesario que el investigador esquematice los datos, de tal manera que se pueda salvaguardar la complejidad cultural del objeto de estudio, este proceso es conocido como la conformación de *datos multirreferenciales*; esto es posible presentando en simultaneidad diversos matices o facetas y remitir directamente a los múltiples niveles o aspectos de la realidad de la cultura. Finalmente hay la *ironía e intertextualidad*, dos operaciones vinculadas al proceso de la descripción densa. Ambas operaciones se basan en la información recolectada del campo. Aquí el investigador precisará intencionalmente de más cosas o de otras cosas, más allá de la observación propiamente dicha, que permitan el uso referencial de la información en su contexto.

En esta fase, los datos multirreferenciales de la presente investigación se apoyan en la Memòria de l'activitat del Servei Municipal de Drogodependències 2007/2008/2009 y los Informes Observatori Municipal sobre el consum de drogues del CAS (2007, 2008) que aportan los datos numéricos de las personas con problemas en las diferentes toxicomanías, en la cual tomaré los datos de las personas con problemas de alcohol. De alguna manera fue la forma más económica y más rápida fue hacer una evaluación a partir de la información recogida en el Servicio de Drogodependencias del CAS ubicado al sur de Cataluña. Se tomaron en consideración las estadísticas anuales desde el año 2007, estos datos junto con otros documentos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas y del Observatorio Español sobre Drogas permitirán hacer una explicación en el capítulo 3 desde una perspectiva cuantitativa que es relevante incluirla en el estudio.

3.2. OBSERVACIÓN, OBSERVACIÓN PARTICIPANTE Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

En cuanto a la observación, hay toda una serie de fenómenos de gran importancia que no pueden recogerse mediante interrogatorios, ni con el análisis de documentos, sino que tienen que ser observados en su plena realidad. Aquí se evidencian situaciones como la observación en la entrada de un CAS de Drogodependencias, la sala de espera de los usuarios, la entrada a la sala de terapia, el saludo entre usuario y terapeuta, la comunicación entre usuario y profesional, los detalles del cuidado corporal tanto del usuario como del terapeuta, la empatía entre el profesional y el usuario, los gestos, la explicación de la problemática del sujeto en relación con la sustancia en un contexto determinado, el comportamiento del individuo y las reacciones emocionales de los que le rodean, en este caso de su familia. Todos estos hechos pueden y deben ser científicamente formulados y consignados; por lo que el trabajo de observación no es nada fácil en este contexto, hay muchas sutilezas que encauzan hacia el estudio de estos aspectos íntimos, de la relación profesional-usuario que producen un resultado de valor incomparable. Pero siempre que hubo oportunidad fue posible obtener datos mediante las observaciones llevadas a cabo en el hospital, en las fiestas de la ciudad, en los barrios (calles, parques, bares, viviendas) etc. Comencé a observar y a registrar una terapia de grupo de alcohol, pues el CAS hace registros audiovisuales de cada una de las sesiones *in situ* en las salas de terapia. Era como estar detrás del telón, lo consideré como observación en el sentido estricto del término, pues te encuentras en una sala pequeña donde tenías acceso a observar la terapia sin ser observado por los interactuantes, en este caso el usuario y las profesionales.

Aprendí mucho observando las terapias de grupo, sobre las ideas y las problemáticas de las personas con problemas de alcohol, había momentos en que entraban en conflicto distintas posiciones entre los miembros, que oscilaban entre la abstinencia total de la sustancia y el consumo esporádico. Pues era un requisito para permanecer y estar en el grupo estar en abstinencia, en el caso de recaída se podría trabajar en las sesiones. Esta precisión se hizo en enero de 2011 a partir de una fijación de normas en el grupo y una evaluación del avance de las personas. Anterior a ello, a veces se cuestionaban la actitud que entendían como de permisividad de los profesionales como pensando que no se podían permitir las “recaídas”, y al tener un consumo puntual esperaban el “castigo” por parte de las terapeutas; de allí que la labor terapéutica se enfocaba en ir señalando que cuando van

mejorando las relaciones, los problemas laborales... el peso que tenía la sustancia iba disminuyendo (lo dejaba de tener). También se creaban conflictos (entre los miembros las cuales) que eran resueltos por las profesionales creando un mejor ambiente entre las personas.

El grupo de alcohol es carácter psicoterapéutico y abierto, cada sesión se le hace un registro audiovisual. Se asistieron a alrededor de cuarenta sesiones de terapias grupales de personas con problemas de alcohol que se hacen semanalmente, los miércoles de 9 a 10:30 h. Se requería respetar la confidencialidad de lo que se hablaba en las sesiones. Otra de las normas del grupo era la recomendación de que las relaciones entre las personas integrantes del grupo no podrán hacerse fuera del espacio de terapia grupal, pues anterior a enero de 2011 se presentaron una serie de incidentes de personas que mantenían relaciones de amistad o pareja que les permitía la apertura para el consumo. También se estableció en esa fecha que el tiempo máximo de estancia en el grupo será de dos años y el alta será anunciada previamente por los profesionales con 3 o 6 meses de antelación para que las personas tengan oportunidad de despedirse.

En este grupo se recogieron distintas ideas y prácticas en torno al alcohol, considero que no fue un seguimiento exhaustivo y sólo contacté con dos de las personas para realizar las entrevistas, en un caso una de las mujeres aceptó la participación en la investigación y en el otro caso no. En un primer momento no se pretendía trabajar con dichas sesiones pero se aprovecharon para verificar y complementar el proceso de observación, ver otras distintas posibilidades, posiciones, discusiones y temas sobre lo que expresan o no las personas con problemas de alcohol que participaban en el grupo. Lo importante de esta posibilidad de indagación era recoger representaciones y discursos sobre los haceres de personas que no realizaron la entrevista, lo cual permitió coleccionar información sobre el padecimiento y tratamiento que resultase significativa en la elaboración de los discursos y experiencias, en especial sobre las drogas, el control/descontrol, el cuidado, cambio de actitudes, comportamientos y acciones.

En cuanto a las profesionales que dirigieron las sesiones de grupo, se ha de mencionar que fueron siempre dos, una psicoterapeuta y psicoterapeuta-antropóloga. El grupo estaba formado por 8 personas con problemas de alcohol que estaban reunidos aproximadamente entre 120 y 140 minutos². Las personas que eran integradas al grupo, eran previamente seleccionadas y entrevistadas por las terapeutas que dirigían el grupo, y no necesariamente

² Anterior al establecimiento de las normas en Enero de 2011, se permitía entre 8 y 9 personas. Luego se estableció el número de 8 participantes en el grupo.

eran sus pacientes pues también habían sido remitidos al grupo por otros terapeutas del mismo CAS. Los sujetos no necesariamente compartían alguna serie de características comunes, sólo en cuanto al padecimiento relacionado con el alcohol y cocaína en algunos casos, es un grupo mixto, con hombres y mujeres, de mediana edad, residentes en el Baix Camp o los pueblos cercanos a la comarca que tuviesen la disposición de participar en el grupo. No necesariamente eran abstinentes pues había personas que en algunos momentos consumían de manera puntual; y se trabajaba en el grupo el significado de los consumos y la problemática del entorno de la persona. Las condiciones socioeconómicas eran diferentes, algunos estaban en el paro, otros trabajaban con un horario flexible que les permitía asistir a las sesiones o tenían alguna pensión.

La dinámica de grupo consistía en que cada persona expresara su problemática del momento actual, lo más reciente, lo que le preocupaba, sus inquietudes, los “cabreos” con la familia. Se trataba entonces de analizar a luz de los participantes y de los terapeutas aquellas situaciones o problemas para poder darse apoyo entre sí para afrontar las distintas circunstancias que padecen las personas, no sólo en cuanto al consumo sino también respecto a otros acontecimientos vitales: fallecimientos de familiares y amigos; sentimientos de desamparo, soledad, tristeza, rechazo; relaciones con los hijos, con las parejas, la familia de origen; empleo-paro, jubilaciones.

La observación participante es un método en el que el observador recoge información estando presente en la vida de los individuos que han decidido participar en una investigación. Se ha construido en un período de tiempo determinado un informe sobre la conducta de los participantes, cómo perciben el mundo que les rodea, las asunciones corrientes en las que basan sus acciones y el significado que atribuyen a tales acciones. El método utilizado por antropólogos para estudiar grupos “cerrados” y/o “marginales” tales como hospitales psiquiátricos (Goffman, 1989) y consumidores de drogas (Becker, 1971, Romaní, 1999)

Las entrevistas favorecen la obtención de un tipo de información personalizada y contextualizada, tanto en las palabras como en los enfoques de los entrevistados, también permitieron ir redefiniendo sobre la marcha la incorporación de nuevos elementos a la investigación, lo que permitió ir enriqueciéndola a medida que se realizaba el estudio. De esta manera, se pudo profundizar en las representaciones del padecimiento, tratamiento, cuerpo, emociones y prácticas de las personas que tratan su problema con el alcohol. El método principal fue el de las entrevistas en profundidad.

Las entrevistas son necesarias si se tiene que recoger “la información de forma estándar con preguntas que no surgirán en las conversaciones cotidianas” (Hartnoll, et al., 1991:181-182). Se puede sentir que las entrevistas estructuradas o semi-estructuradas “interrumpen en el proceso de interacción natural”. Sin embargo, mientras que el papel de observador/participante implica ser aceptado en el grupo, también implica ser aceptado como investigador de forma que se puede esperar que haga algo que confirme que es un investigador. (Hartnoll, et al., 1991:182). Se han realizado anotaciones durante la entrevista o inmediatamente después. Las entrevistas fueron grabadas en grabadoras digitales para su posterior transcripción. Todas las entrevistas fueron grabadas, se les solicitó permiso previamente y nunca se realizaron sin consentimiento de las personas. La mayoría de la gente se acostumbró al uso de la grabadora digital a los pocos minutos y en algunos casos los entrevistados mostraron curiosidad en saber cómo funcionaba el aparato. Las entrevistas fueron siempre personalizadas y realizadas por la investigadora en las salas de terapia del CAS y en el Centro de Calor y Café, con la excepción de una que se realizó en una cafetería ubicada en la plaza del mercado.

Las entrevistas no estructuradas a los terapeutas, fueron un total de dieciséis (16) con una duración mínima 60 y máxima 120 minutos. La entrevista tiene cinco partes bien diferenciadas que hacen referencia a aspectos puntuales: la descripción biomédica de la enfermedad, las creencias sobre el problema relacionado con el alcohol, sobre las personas con problemas de alcohol, el apoyo a las pcpa por parte de sus familiares, y la opinión sobre la institución en la cual se labora. También se considerarán las conversaciones informales u ocasionales para indagar las ideas sobre los sujetos que participaron en la investigación.

La entrevista semi-estructuradas a las personas con problemas de alcohol, son 22 entrevistas que duraron mínimo 60 minutos y máximo 300 minutos. La entrevista presenta diez partes que permitieron indagar sobre: la composición familiar, trabajo y vivienda, uso del tiempo libre, sobre el anterior y/o actual consumo de alcohol, sobre el padecimiento, impactos en su entorno familiar, cuidados de la pcpa, acceso y calidad a los servicios de salud formal, acceso y calidad a “otros” servicios, papel activo del paciente en su proceso de curación.

3.3. LOS INFORMANTES³

a) Las personas con problemas de alcohol (PCPA)

En principio quería estudiar una muestra lo suficientemente amplia y diversa como para que se dieran en ella todas las distintas variables que hemos incluido a lo largo del análisis. Desde luego que esta muestra, desde ningún punto de vista, es elegida al azar; “no es posible tomar una muestra al azar, ya que nadie conoce la naturaleza del universo del cual la misma debiera extraerse”, tal como señala (Becker, 1971: 51)

Para la determinación del corpus muestral de esta investigación se tomó en cuenta el criterio del número de personas con problemas de alcohol que acude al CAS que para el año 2008 son 224, a partir de allí se hicieron 22 entrevistas a personas con problemas de alcohol que representan el 10% de la población total señalada. Las personas seleccionadas debieron cumplir con el criterio de tener por lo menos seis meses de tratamiento en el servicio de Drogodependencias. La investigación se dio por concluida cuando se consiguió el punto de saturación, a partir del cual cualquier entrevista que se realice no aporta apenas nada a lo que ya se conoce.

Para diseñar y entrar en contacto con una muestra de mujeres y hombres con problemas de alcohol, en la que estén presentes las diferentes combinaciones de variables presentes me planteaba como estrategia partir de una variedad de contextos de tratamiento muy amplia, a partir del cual tener acceso a los usuarios del CAS: en primer lugar se solicitó al equipo de profesionales del CAS la lista de personas que hayan estado en tratamiento por lo menos en los seis meses anteriores, luego se buscaron muchos escenarios posibles de contacto: la sala de espera, elección de sujetos a partir de la lista entregada, contacto con una de las comunidades terapéuticas, contacto con pcpa en el Centro de Calor y Café y en el Casal de Dones... la idea era entrar en contacto con distintos grupos de mujeres y hombres que padecen problemas con el alcohol. En el proceso de selección se definió como criterio que pudiese estar en abstinencia de alcohol o

³ Todos los nombres que aparecen en esta investigación no se corresponden con los reales, se hizo con el objetivo de resguardar la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal de los sujetos que participaron en esta investigación. En el contexto español, de acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal los datos personales que se le requieren (por ejemplo: edad, sexo, datos de salud) son los necesarios para cubrir los datos del estudio. Sólo interesaron sus datos de salud, edad, sexo, ocupación.

consumiendo de manera controlada. Se tomó en cuenta el sexo, el género y la edad, aclarando que acuden en mayor proporción hombres que mujeres al tratamiento.

Al entrevistar a las personas con problemas de alcohol, me concentré en la historia de su experiencia con el alcohol y el contexto de la misma, “buscando los principales cambios en sus actitudes hacia la droga y hacia su propio uso de la misma, y los motivos de estos cambios. Siempre que resultó posible y apropiado, usé la jerga del propio...[usuario]” (Becker, 1971:51)

Para abordar la realidad de las personas con problemas de alcohol nos propusimos a analizar de forma específica y sistemática las representaciones y prácticas en el marco institucional del CAS. Las temáticas consideradas fueron: a) experiencia sobre el consumo y el padecimiento; b) prácticas de atención a la salud y tratamientos; c) la estrategia de abstinencia y la reducción de daños; d) marginación o innovación en su itinerario asistencial.

En la primera temática se considerará: a) experiencia sobre el consumo y el padecimiento: inicios y hábitos de consumo, pautas de consumo y motivos, la conciencia de la enfermedad, consecuencias nivel personal, familiar y laboral por la enfermedad.

b) prácticas de atención a la salud y tratamientos: itinerario asistencial en el CAS, en otros dispositivos y modelos médicos. Estimación del dispositivo y de las prácticas de atención a la salud por parte de las personas. Relación con el terapeuta.

c) la estrategia de abstinencia y la reducción de daños: pensamientos sobre la curación, apego al dispositivo o autonomía, el proceso de recuperación. La vida sin alcohol y un consumo controlado: una meta alcanzable.

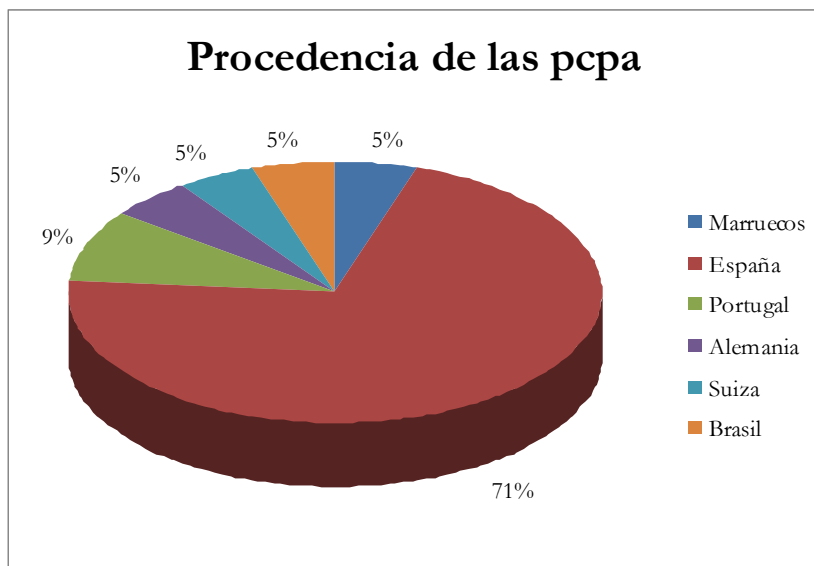
d) marginación o innovación en su itinerario asistencial: proyecto de futuro o una vida sin proyectos, diferencias por género, los recursos con los que cuenta.

Las características generales de carácter descriptivo de las personas con problemas de alcohol de la presente investigación, se organizan a partir de la procedencia, la edad, sexo, vivienda, ocupación laboral y tiempo de tratamiento en el CAS.

Su **procedencia** o lugar de origen es de varias ciudades y pueblos de las comarcas del Estado Español, principalmente Cataluña (Reus, Girona, Lleida, Barcelona, Sabadell) Jaén (Andújar), País Vasco (San Sebastián), Provincia de Huesca (Fonz), Aragón, Andalucía (Granada, Córdoba), Extremadura (Badajoz): éstas representaron un 71%; también incluye

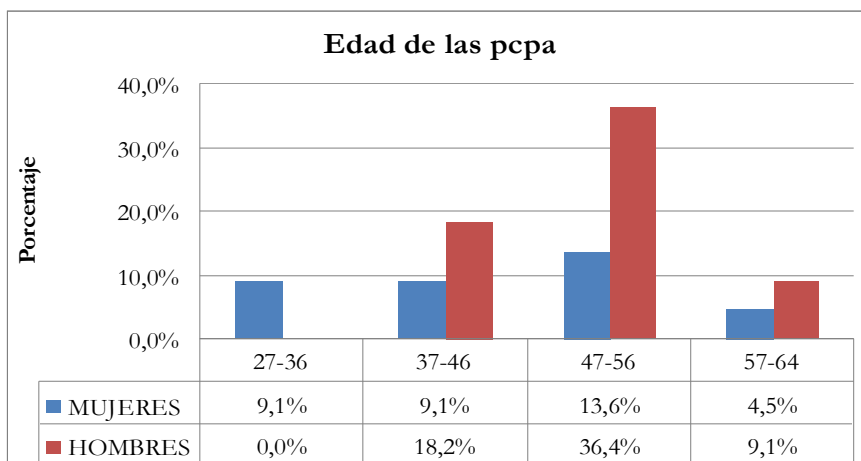
a personas procedentes de otros países de la Unión Europea como Portugal (9%), Suiza (5%), Alemania (5%), así como (una persona) de Marruecos (5%) y Brasil (5%) (Gráfico 1):

Gráfico 3. Procedencia de las pcpa.



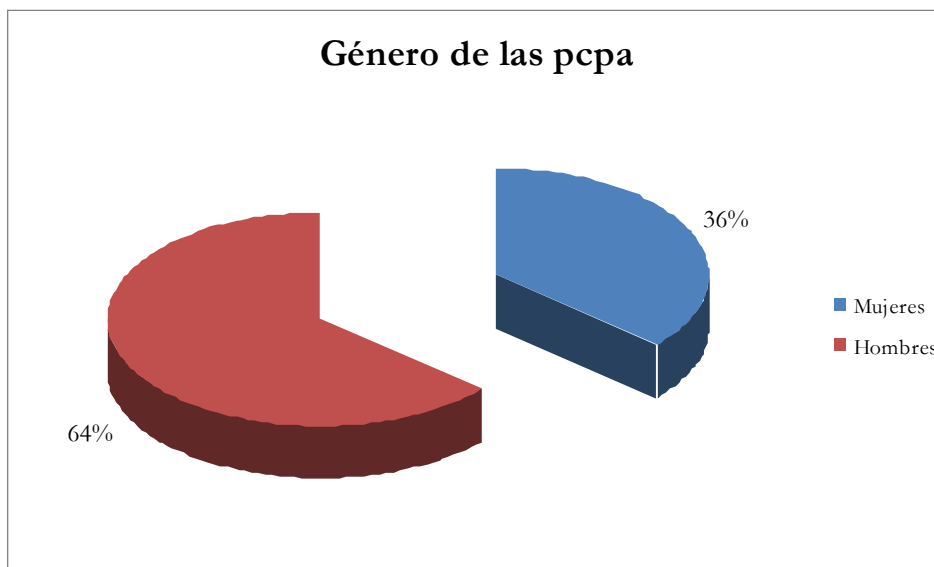
En relación a la distribución de las personas según su **edad** y sexo están comprendidas entre los 27 y 64 años; las franjas cronológicas distinguidas son las siguientes: 27-36, 2 mujeres (9,1%); 37-46, 6 hombres (18,2%) y 2 mujeres (9,1%); 47-56, 8 hombres (36,4%) y tres mujeres (13,6%); 57-64, 2 hombres (9,1%) y una mujer (4,5%) (Gráfico 2).

Gráfico 4. Edad de las pcpa.



En la variable **sexo** se entrevistaron a 14 hombres, que representan un 64%, y a 8 mujeres que constituyen el 36% (se incluye aquí a una persona transexual).

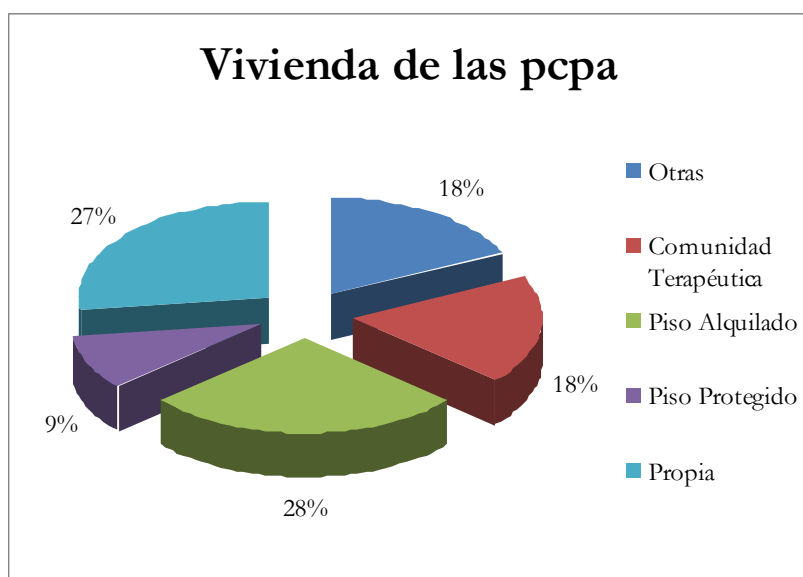
Gráfico 5. Género de las pcpa



En el caso de la investigación fue mayor la colaboración de hombres que de mujeres, quizás se presume que la participación de las mujeres es más reservada por el estigma de la enfermedad relacionada con el alcohol; de hecho, 6 mujeres decidieron no participar en la investigación después de haber realizado el contacto inicial.

En cuanto a la **vivienda**, seis (6) personas vivían en un piso en alquiler (27,3%); Seis (6) personas tienen un piso propio (1 persona tiene la propiedad del inmueble, 4 pagando hipoteca y 1 con posibilidad de perder la hipoteca) (27,3%); dos (2) personas en pisos protegidos o de protección oficial (9,1%); cuatro (4) en masías abandonadas (18,2%) y cuatro (4) personas viven en la Comunidad Terapéutica (18,2%) (Gráfico 4).

Gráfico 6. Vivienda de las pcpa.



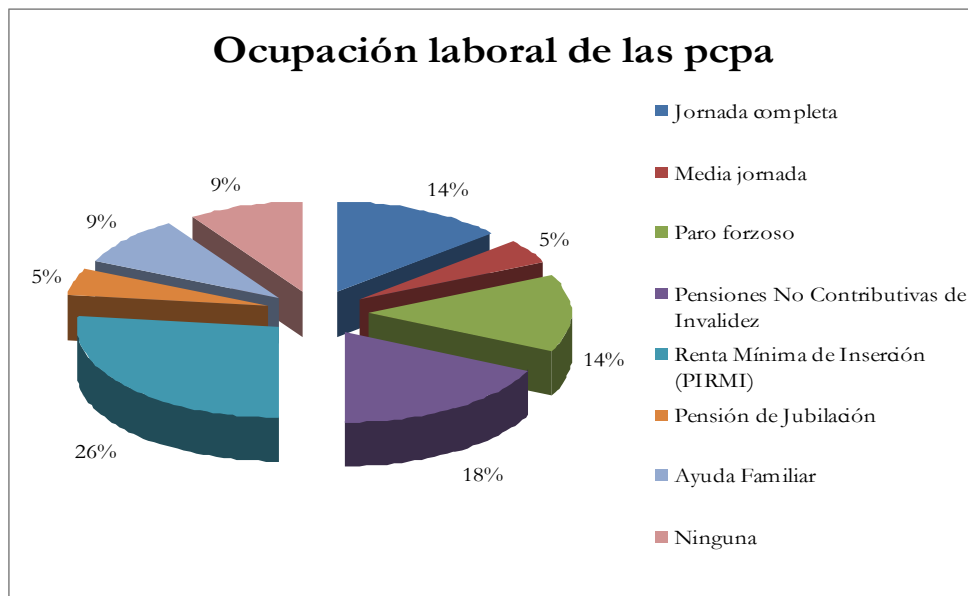
En cuanto a la **ocupación laboral**, vemos que un 14% trabajan a jornada completa (14%) y un 4% trabajan a media jornada, una de dichas personas cuenta con una RAI⁴. Un 14% de las personas están en paro forzoso y están buscando empleo, un 18% tienen Pensiones No Contributivas de Invalidez⁵, un 27% de las personas cuentan con Renta Mínima de Inserción (PIRMI)⁶ (27%), un 5% de las personas disponía de una Pensión de Jubilación (falleció); un 9% de las personas cuentan con Ayuda Familiar y finalmente un 9% no tienen ocupación laboral o una ayuda (Gráfico 5).

⁴ Renta Activa de inserción (RAI).

⁵ La Pensión no Contributiva de Invalidez asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una Pensión Contributiva. En: <http://www.infodisclm.com/prestaciones/prestaciones07/pncts07.html>. Consulta: 26-11-2010.

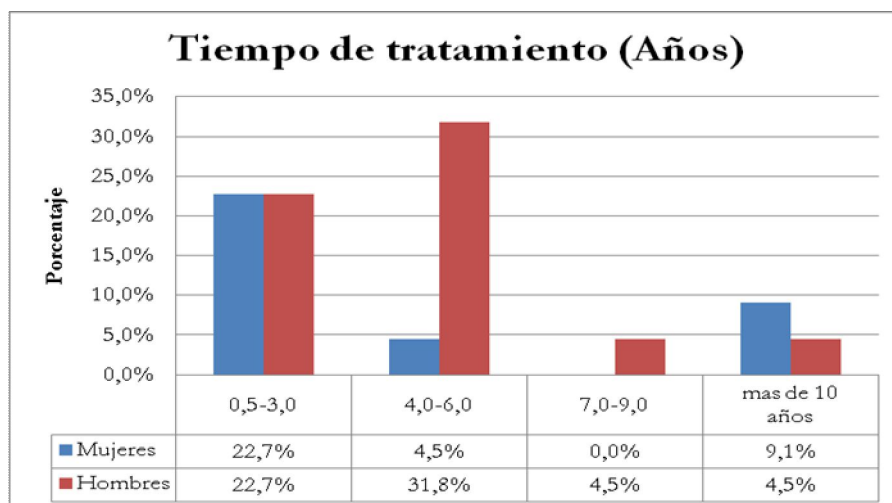
⁶ “La renda mínima d’inserció és una acció de solidaritat de caràcter universal envers els ciutadans i ciutadanes amb greus dificultats econòmiques i socials amb el propòsit d’atendre les necessitats bàsiques per viure en societat, amb els recursos convenients per mantenir-se i per afavorir-ne la inserció o la reinserció social i laboral”. En: http://www2.terrassa.cat/ajuntament/imsabs/html/fitxes/renda_minima_insercio.htm. Consulta: 26-11-2010.

Gráfico 7. Ocupación laboral de las pcpa.



Según el **tiempo de tratamiento**: cinco (5) hombres (22,7%) y cinco (5) mujeres (22,7%) han tenido tratamiento entre 6 meses y 3 años; siete (7) hombres (31,8%) y una (1) mujer (4,5%) han tenido tratamiento entre 4 a 6 años; un (1) hombre (4,5%) ha tenido tratamiento entre 7 y 9 años; por último, un (1) hombre (4,5%) y dos (2) mujeres (9,1%) han tenido tratamiento de más de 10 años (Gráfico 6).

Gráfico 8. Tiempo de tratamiento de las pcpa (Años).



Así pues, se entrevistaron un total de veintidós (22) pcpa, diagnosticados en su mayoría por problemas de alcohol, aún cuando pudiesen haber consumido otras drogas.

Aún cuando todas las pcpa fueron ubicadas en un CAS, se pueden percibir las diferencias internas, no sólo de género sino socioculturales y de construcción de identidades, de lo que Goffman llama «identidades sociales». No se incorporaron los datos encontrados en la historia clínica referidos a los trastornos psiquiátricos, pues pensamos que esta información no es relevante como categoría en la presente investigación, además que se considera que esos datos son privados y confidenciales. Pero sí se incorporaron los que eran señalados por los sujetos tales como: “depresión”, “ansiedad” que se supone es más justificativa como enfermedad que la enfermedad relacionada con el alcohol.

También se presentan los espacios donde las personas fueron ubicadas dentro del dispositivo como: proyectos de inserción sociolaboral, centro de Calor y Café, Casal de Dones, Comunidades Terapéuticas. Se incorporan las experiencias de las prácticas médicas de atención a la salud correspondientes a itinerarios asistenciales dentro de los diferentes modelos médicos (modelo médico hegemónico, modelo médico alternativo y modelo de autoatención). Tenemos entonces pcpa que han acudido a la autoatención (autosugestión, leer, caminar, correr, Alcohólicos Anónimos), pcpa que acuden a los diferentes recursos del sistema biomédico financiados por el ayuntamiento (Comunidades Terapéuticas, Centros de día, Programas de inserción social y laboral, Casal de dones), pcpa que acuden a terapias alternativas y religiones (acupuntura, kinestesia, masajes, Peregrinaciones a Lourdes, Organización Reto, Testigos de Jehová).

Se trabajará con la variable del servicio militar obligatorio ya que tres de los sujetos investigados hacen referencia al consumo de alcohol y otras drogas a partir de la realización de este servicio militar obligatorio y los detalles de dicha experiencia serán incorporados, especialmente en uno de los casos. También hay dos casos de hombres que cumplieron penas de cárcel, variable que también será incorporada al análisis.

- Hombres

As (41 años), nació en el País Vasco (España). Su padre vive y su madre murió. Tiene 6 hermanos, tres hermanas y tres hermanos. As es hermano de Jocker (ver más adelante). Estuvo nueve años de pareja con una mujer, se separó hace tres años de la misma. Tiene 3 años de tratamiento por alcohol en el Servicio de Drogodependencias y señala depresión

“por eso consumo porros de maría”. Refiere incremento abusivo del alcohol a partir del Servicio Militar Obligatorio. Estuvo en una comunidad Terapéutica por poco tiempo, ahora vive en una habitación alquilada. Asiste al Centro de Calor y Café. Ha tenido trabajos diversos: cortador de leña, electricista, fontanero, aguador, constructor.

Azúcar (47 años), nació en Fonz, Provincia de Huesca (España). Hace referencia a una familia numerosa, con más de cuarenta sobrinos. Eran trece hermanos de los cuales viven diez: seis hembras y cuatro varones. Tiene 14 años de tratamiento por dependencia de alcohol, dependencia BDZ. Asiste al Centro de Calor y Café. Pensión por invalidez (reciente). Estuvo en el Servicio Militar Obligatorio y en la cárcel.

Cupido (50 años), nació en Córdoba (España). Tiene 4 años de tratamiento por dependencia del alcohol. Incorporado en un proyecto de inserción sociolaboral que le permite un trabajo a media jornada. Vive en un piso alquilado con sus padres. Tiene una hermana que es casada. Separado de su mujer y tiene dos hijos, uno de 23 años y una de 18 años.

Daniel M. (52 años), de origen magrebí, tiene 27 años viviendo en España, trabajaba como comerciante y obtuvo la nacionalidad española. Casado con una mujer que vive en Marruecos, tres hijos, uno de cuales vive en España. Tiene cinco años de tratamiento en el CAS por hepatitis, depresión y pérdida de memoria. Por su parte, hace referencia a “Depresión de la vida, problemas de la memoria, nervios, brujería por envidia”. Asiste al Centro de Calor y Café. Cuenta con una PIRMI. Estuvo en una residencia, actualmente vive en una casa abandonada junto con su hermano. Un hijo y una hermana viven en España. Su madre y su padre viven y tiene 13 hermanos.

Erasmo (43 años), catalán de Barcelona (España). Tiene 3 años de tratamiento por dependencia al alcohol (moderada) y otras sustancias desde la adolescencia. Refiere que tuvo ocho pancreatitis y un delirium tremens. Incremento abusivo del alcohol a partir del Servicio Militar. Se profesa muy cercano al budismo. Estuvo en una Comunidad Terapéutica. Buscando trabajo. Vive en Nonaspe (Provincia de Zaragoza) en un piso con sus padres. Tiene un hermano y una hermana casados. Estuvo en Alcohólicos Anónimos por poco tiempo. También en la organización religiosa Reto. Refiere prácticas con acupuntura para tratar los problemas vinculados con el alcohol.

Hans (49), nacido en Colonia (Alemania). Tiene 6 años de tratamiento por dependencia al alcohol y tabaco. Ya no asiste a las consultas pero está vinculado al Servicio de

Drogodependencias para resolver problemas de salud. Pensión por invalidez de su país. Vive con su pareja en una casa abandonada.

Joao (41), gitano de nacionalidad portuguesa. Hace 16 años que vive en España, Tiene 6 meses de tratamiento por alcohol. No se ha realizado diagnóstico. Vive en un piso abandonado con su mujer. Tiene a su hijo en la cárcel. Asiste al Centro de Calor y Café. A finales del 2010 volvió con su pareja a Portugal y su hijo sigue en la cárcel.

Jocker (48 años), español nacido en Extremadura (España). Tiene 4 años de tratamiento por dependencia de alcohol, abuso de opiáceos y cocaína. Hermano de As. Asiste al Centro de Calor y Café. Cuenta con una PIRMI. Estuvo en el Servicio Militar Obligatorio.

Joselo (50 años), catalán de Reus (España). Su madre vive y su padre está muerto. Su familia de origen migró de Torreveja (Alicante). Tiene cuatro hermanos. Es casado y tiene dos hijas. Estuvo en el Servicio Militar Obligatorio. Tiene 4 años de tratamiento por dependencia al alcohol continua y depresión. Refiere consumo de cocaína y cannabis por poco tiempo. En paro forzoso y buscando trabajo. Está realizando cursos de computación. Pagando últimas cuotas de hipoteca. Vive con su mujer, una hija y una nieta. Hace peregrinaciones a Lourdes con su familia.

Lucas (64 años), catalán de Lleida (España). Tiene 4 años de tratamiento por dependencia del alcohol, refiere que tuvo una hepatitis B y una cirrosis. Vive sólo en un piso de alquiler. Sus padres murieron. Recibe pensión por enfermedad. Asiste al Centro de Calor y Café.

Noe (41 años), nacido en Jaén (Andujar), España. Tiene un hermano, una hermana y un sobrino. Tiene 5 años de tratamiento por problemas de alcohol cuyo consumo fue iniciado a los 17 años, de cocaína a los 19 y depresión. Estuvo en una comunidad terapéutica y en un piso protegido por un año. Trabaja en la construcción, actualmente en paro forzoso. Tiene un piso propio el cual está pagando hipoteca. Vive con sus padres en una casa en el campo.

Pancraccio (47 años), catalán. Sus padres no viven y tiene seis hermanos. Tiene 9 años de tratamiento por dependencia del alcohol y depresión. Refiere problemas de pancreatitis y lagunas mentales, hace referencia a consumo de cocaína, hachís, marihuana. Estuvo en una Comunidad Terapéutica (CT) por diez meses y actualmente está en un Piso Protegido junto con dos compañeros de la referida CT. Trabajó en la construcción por 4 años así como en la industria petroquímica. Actualmente piensa en hacer cursos de informática, excursionismo y dedicarse a la fotografía y a la jardinería. En el 2010 consiguió un trabajo en Valencia, fue dado de alta en el Servicio.

Pep (59 años), nacido en J en (España); murió en junio de 2009 por un cáncer en la boca y garganta. Separado de su grupo familiar, su ex-mujer y dos hijas. Contaba con pensión de jubilación. Vivió con unos amigos que asisten al Centro de Calor y Café, espacio al que él también acudí asiduamente. Ten  3 años de tratamiento por dependencia al alcohol y al tabaco.

Rod (49 años), nacido en Sitges. Su madre y su padre viven y tiene cinco hermanos. Tuvo dos parejas y tiene tres hijos. Su oficio era de mecánico, pero está sin trabajo desde hace dos años. Con 3 años de tratamiento por dependencia de alcohol. En Comunidad Terapéutica. Estuvo en Alcohólicos Anónimos. Está dado de alta en el CAS, sigue viviendo en la Comunidad Terapéutica como colaborador de la misma.

- Mujeres

Afrodita (43 años), transexual, nacida en Minas Gerais (Brasil). Tiene seis hermanos con los cuales se comunica una vez al mes y su padre y madre no viven. Vive con su pareja del sexo masculino en un piso alquilado y con el cual recientemente contrajo matrimonio. Tiene 3 años de tratamiento por consumo de alcohol, tabaco y cocaína. Refiere ansiedad y depresión. Trabaja como prostituta y es muy colaboradora en las actividades del Centro de Calor y Café y Casal de Dones.

Elena (36 años), procedente del Pa  Vasco, España. Tiene una hija de ocho años y est  en proceso de separación de su esposo. Tuvo una pareja en la comunidad terapéutica por muy poco tiempo. Es gemela con un varón y tiene dos hermanos más. Sus padres viven pero tiene más contacto y apoyo de su madre que de su padre. Estuvo 10 meses de tratamiento en una Comunidad Terapéutica y asistió al CAS sólo 6 meses por dependencia al alcohol y cannabis. Refiere depresión. Retorn  a su lugar de origen sin culminar el tratamiento en el Servicio de Drogodependencias.

Fenicia (41 años), nació en Portugal. Tiene seis hermanas y dos hermanos. Tiene dos hijos pero ninguno est  bajo su cuidado. Su madre vive pero dice que tiene más contacto y apoyo de su abuela. Tiene 5 años de tratamiento por dependencia al alcohol, refiere ansiedad y “depresión por problemas laborales, personales y familiares”. Asiste al Centro de Calor y Café y Casal de Dones. Cuenta con un trabajo a media jornada y tiene una pensión RAI por violencia de género. Vive en un piso de su anterior cliente cuando trabajaba en un club; dicho cliente se ha convertido en un protector. Ahora trabaja unas

horas en las mañanas en un programa del Ayuntamiento para cuidar un anciano y recibe una remuneración mensual.

Libertad (56 años), nació en Ginebra (Suiza). Tiene a su madre y a su padre vivos y tiene un hermano, una hermana y un sobrino. Tiene 1 año de tratamiento por consumo de alcohol y ludopatía. Hace referencia a depresión y a problemas en la espalda. Recientemente inició junto con su esposo tratamiento por tabaco. Vive en un piso alquilado con su pareja. Pensión de invalidez por su país y su esposo tiene pensión de jubilación. Fue dada de alta a finales del 2009 y no ha consumido alcohol desde entonces.

Magdalena (48 años), nació en Sabadell (España). Tiene 1 ½ años de tratamiento por consumo de alcohol abundante, refiere “depresión, ataques de ansiedad por consumo de drogas y traición por compañeras de trabajo” consumo de hachís, cannabis y BZD. Su madre vive en Madrid y de siete hermanos viven cinco. Trabaja en una pescadería. Vive en un piso alquilado con su marido y una hija. Tiene otras dos hijas de la relación con una pareja anterior.

Pepita (50 años), nació en Girona (España). Tiene su marido con el cual tiene una hija. La hermana tiene la guarda y custodia de la hija. Tiene 21 años de tratamiento por dependencia al alcohol. Desde el año 2005 reinició el tratamiento de manera continua. Asiste al Centro de Calor y Café y Casal de Dones. Describe su enfermedad como “soy ansiosa, soy agresiva, tengo bronquitis crónica, tengo la mano inútil... me intenté suicidar hace seis años”. Vive con su pareja en un piso en el cual están pagando hipoteca con posibilidad de perderla. Pensión por invalidez.

Renacer (27 años), nació Reus (España). Tiene 2 años de tratamiento por dependencia alcohol. En Comunidad Terapéutica. Tiene un hijo de cinco años que está al cuidado de su abuela paterna. Separada del padre de su hijo, está con otra pareja con problemas de consumo de drogas. Su madre y su padre viven y tiene una hermana.

Shüli’wala (57 años), nació en Granada (España). Estuvo en tratamiento no continuo en los años 1995/2001/2003 y desde hace un año está de manera continua por problemas de alcohol, depresión y ansiedad. Asiste a Terapia Grupal de Alcohol. Trabaja cuidando a una mujer anciana. Vive con su hijo en el campo en una casa propia y su exmarido vive al lado de su vivienda con su nueva pareja. Tiene otro hijo el cual está casado y tiene dos niñas. Estuvo en Alcohólicos Anónimos por poco tiempo. Murió en enero de 2011.

b) Profesionales del Servicio de Drogodependencias⁷

Se considera a partir de Menéndez (1996:65) que “las respuestas de los médicos constituyen, para nosotros, la expresión de un conjunto organizado a partir de la unidad donde trabajan, de la institución a la que pertenecen, del universo de pacientes comunes, del área de intervención y de la vinculación con otros grupos de profesionales”. Se considera con Good (2003:28) que el lenguaje de la medicina “es un rico lenguaje cultural, vinculado a una versión de la realidad y del sistema de relaciones sociales altamente especializada y, al aplicarse a la atención médica, confluye con profundas preocupaciones morales y con sus más obvias funciones técnicas”. A partir de este lenguaje cultural se prestará atención a los significados y experiencias de la enfermedad en el contexto de atención a las drogodependencias.

Las entrevistas a los terapeutas se realizaron en el contexto de la etnografía que estamos presentando, y fueron dieciséis los terapeutas con los que se trabajó: médicos (2), psiquiatras (2), psicólogos (4), enfermeros (3), educadoras sociales (2), trabajadores sociales (2), mediadora intercultural (1) que laboran en ese centro y ofrecen servicio a una población abierta o asegurada, residente en un área determinada que se caracteriza por pertenecer, en su mayoría, a niveles socioeconómicos medios-bajos. En el capítulo cuatro expondremos los resultados que se refieren específicamente a los terapeutas, sus narrativas profesionales sobre la enfermedad y el tratamiento, y sobre la evolución y perspectivas del Centro de Atención para Drogodependientes desde su punto de vista como actores sociales.

Para el análisis de la información se agruparon los profesionales en dos categorías, tomando en consideración la experiencia basada en años laborados en la institución: (Grupo I) personal sanitario que tiene un tiempo entre 10 y 27 años trabajando en el CAS, que suman siete personas; (Grupo II) personal que tiene menos de diez años en la institución y suman nueve profesionales. Ambos grupos son heterogéneos profesionalmente por lo que también es preciso destacarlo. En el grupo I se ubican: dos (2) médicas psiquiatras, una (1) trabajadora social, una (1) psicoterapeuta familiar, una (1) médico internista, dos (2) psicólogos clínicos. En el grupo II están presentes: una (1) psicóloga, dos (2) educadoras sociales, un (1) trabajador social, una (1) Médica especialista

⁷ Todos los nombres que aparecen en esta investigación no se corresponde con los reales, se hizo con el objetivo de resguardar la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal de los sujetos que participaron en la investigación. Aunque debo señalar que todos mostraron su acuerdo en que aparecieran sus nombres verdaderos, pero también consideré necesario resguardar los datos de la institución, en definitiva, decidí cambiar todos los nombres de los profesionales para proteger las coordenadas institucionales.

en Medicina Familiar y Comunitaria, tres (3) enfermeros/as, una (1) mediadora cultural. Vale decir que los profesionales que tienen menos de diez años en la institución y que manejan la parte más médica o más social manifiestan que tienen algunas nociones de psicoterapia, que saben un poco sobre el modelo sistémico relacional que se desarrolla en la institución, tal como señala una de las profesionales (Grupo II) “si no estás un poco metido en lo que es no lo pillas mucho...pero bueno pinceladas” (Topacio M., 2009). Mientras que los discursos de los profesionales con más tiempo en el CAS están impregnados en la perspectiva sistémico-relacional. Se puede decir que todos en general de alguna manera “pillan” la filosofía manejada en la institución porque se realizan reuniones semanales para discutir casos o coordinar con otras instituciones, lo que permite que los profesionales que tienen más experiencia brinden al resto la perspectiva a “pinceladas”.

Las trayectorias profesionales son todas muy diferentes, la formación de los mismos se ha ido ampliando con el tiempo y se ha diversificado, actualmente los más jóvenes cursan estudios de maestría, especializaciones. A continuación iniciaremos con una “auto-presentación” de los terapeutas, para finalizar con una lista descriptiva de los/as mismos/as.

Según Profesión

- Grupo I

Médica Psiquiatra “me veían tan diferente que los compañeros médicos piensan que soy psicóloga”, (27 años); Médica Psiquiatra “las drogas, a los psiquiatras, no les dejan ver lo que hay debajo” (16 años); Psicoterapeuta Familiar “Me siento psicoterapeuta familiar y enfermera yo creo que lo hice por vocación y porque mi madre me insistió mucho. Antropóloga, “es un título que me hace sentir más segura y que me hace tener una visión de todo, diferente a los demás” (15 años); Trabajadora Social “En la primera visita paso el protocolo psico-social” (23 años); Médico internista “Ahora estoy atendiendo en psicoterapia” (10 años); Psicóloga Clínica “Mi trabajo consiste principalmente en hacer psicoterapia” (23 años); Psicólogo clínico “hace 30 años que estoy interesado por el tema de las drogas que estaban prohibidas” (16 años).

- Grupo II

Psicóloga “Si soy psicólogo y hago psicoterapia, ¡vale!” (4 años); Educadora Social “los educadores sociales son más de calle, estar más con las personas en situación de riesgo social” (3 años); Educadora Social “yo me ocupo de contactar con la gente en los espacios de consumo, de no ser una figura agresiva para ellos” (4 años); Trabajador Social “Estoy formado como trabajador social pero también hago de educador social... Intento distinguirlo pero es muy complicado, pues no puedes decir ahora voy hacer educador social y dentro de otro rato de trabajador social” (1 ½ años); Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria “Hago la parte más médica” (3 años), Enfermero⁸ “En las noches en el bar alcoholizo y aquí desalcoholizo. Intento escuchar las penas de la gente. Atiendo primeras de Heroína” (3 años), Enfermera “Atiendo primeras de cocaína” (3 años), Mediadora Cultural “Mi función es hacer de puente entre el profesional y el paciente para facilitar la comunicación...” (1 ½ años); Enfermera “Atiendo primeras de alcohol” (5 años).

Descripción de los Profesionales

- Grupo I

- Doctora Martínez: Directora del Servicio de Drogodependencias, Médica Psiquiatra y Psicoterapeuta, 27 años de trabajo en el campo de las drogas con Formación en terapia familiar. Mediación sistémica y de conflictos.
- Doctora Muralla: Médica Psiquiatra, 14 años de trabajo en el campo de las drogas y en la terapia individual.
- Doctora Valeria: Enfermera, Antropóloga, Terapeuta sistémica, actualmente realizando Licenciatura en Psicología. Realiza la Memoria anual del CAS. 15 años de trabajo en el servicio.
- Doctora Tecla: Médico internista, en proceso de formación en Psicoterapia, 10 años de servicio.
- Doctora Batalla: Psicóloga Clínica, Licenciada en Psicología con especialidad en Clínica. Formación en Sistémica en el Hospital Sant Pau. 25 años laborando en el CAS.
- Doctor Renato: Psicólogo Clínico, 16 años en el Servicio.
- Miguelina G: Trabajadora Social, Formada en Sistémica-relacional, 23 años en el servicio.

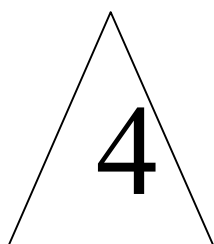
⁸ Estudiante de Antropología

- Grupo II

- Doctora Laia F.: Psicóloga, Estudios en Sistémica y formación de grupos, 3 años en el Servicio.
- Doctora Norma: Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. 3 años en el CAS.
- Topacio M.: Educadora social, 2 años en el Servicio.
- Esmeralda S.: Educadora Social, 3 años en el Servicio
- Jaume A.: Trabajador Social, estudiante de Antropología, Realizando el Master en Migraciones y Mediación Social, 1 año en el CAS.
- Sergi E.: Enfermero, estudiante de Antropología, trabaja con primeras visitas de heroína, 3 años en el servicio.
- Remei M.: Enfermera, trabaja con primeras visitas de usuarios de cocaína, 3 años en el CAS.
- Rubí P.: Enfermera, trabaja con primeras visitas de usuarios de alcohol, 5 años en el Servicio.
- Abir: Mediadora intercultural, 1 año en el servicio.

El proceso se complementó con la devolución de la información, que se realizó mediante varios grupos de discusión con los profesionales del CAS, los cuales evaluaron los primeros resultados y, posteriormente, la versión final. De ahí surgieron algunos replanteamientos, precisiones, que ayudaron a plasmar de manera definitiva el trabajo en la orientación que ha tenido, gracias a “un tipo de entrevista grupal que se estructura de forma localizada alrededor de una tarea común cuyo objetivo primordial... es la recolección de información”. En tal caso, sirvió para “la validación de datos, propuestas y conclusiones” de la investigación (Haro, 2004:140).

Y la información obtenida a través de las distintas fuentes relatadas hasta ahora, se enriqueció con observaciones y/o conversaciones casuales, además de con la información obtenida de toda otra serie de fuentes documentales, como prensa local escrita, folletos, trípticos, revistas y material divulgado por los CAS y otros centros, cuentos, novelas, películas, documentales y páginas web de asociaciones a nivel internacional, nacional y local.



**POLÍTICAS DE DROGAS EN ESPAÑA, PANORAMA
EPIDEMIOLÓGICO Y ESTRUCTURA DE
FUNCIONAMIENTO DE UN CAS DE UNA CIUDAD
MEDIA DE CATALUÑA**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS
Carmen Laura Paz Reverol
DL:T. 1708-2011

«Dans ce service, il va d'abord retrouver la notion d'échanges. Lors de réunions, et au travers de la vie quotidienne de la collectivité, il va être amené à se présenter, à parler de lui, à écouter les autres».

Pellegrini, Chantal (1993)

En este capítulo se consideró pertinente ubicar el marco contextual de las políticas de drogas. En un segundo apartado se analizan las prevalencias y las tendencias del consumo en hombres y mujeres tanto en Cataluña como en el Estado Español para tener un panorama epidemiológico de las drogas en España. En un último apartado se presentan las características de un Servicio de Drogodependencias o Centro de Atención y Seguimiento (CAS) ubicado al sur de Cataluña.

Antes de entrar al contexto y leyes del gobierno español relacionadas con las drogas conviene destacar el enfoque de reducción de daños que se ha aplicado en esta realidad para comprender el fenómeno del consumo de drogas de una manera más amplia y la estrategia de la disminución de los riesgos para la salud. Anterior a ello, Romaní (2010) señala que “en los primeros años de la década de los ochenta...se hacía bajo el modelo hegemónico de los tratamientos libres de drogas y las instituciones totales” la atención de los problemas de drogodependencias; después de la segunda mitad de los ochenta y que se desarrollarían en la década de los noventa, provocaron nuevas respuestas. Se trata del enfoque de reducción de daños inició su desarrollo por iniciativa de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) a finales de 1980 en Merseyside, Inglaterra y también se ha hecho extensivo al resto de las drogas, incluyendo aquí el alcohol. Se trata de aminorar los daños físicos y los riesgos para la salud, independientemente de la droga que se consume.

Vale decir que en el contexto europeo hay una preocupación pública por las drogas incluyendo una cláusula específica sobre prevención de la toxicomanía en el Tratado de Maastricht de 1992 basado en la prevención, que puede entenderse como “toda actividad encaminada a reducir la demanda de drogas, tal como la educación escolar en materia de drogas o la información pública” (Unión Europea, 1998:7). Unos años después, el proyecto de Tratado de Amsterdam de 1997 retoma la preocupación haciendo mención específica a la «reducción de los daños asociados a las toxicomanías» que también se le conoce como «reducción de daños» o «reducción de riesgos», se trata de una respuesta específica a los graves riesgos para la salud que plantean las enfermedades infecciosas como el sida, hepatitis C y otras enfermedades virales (Unión Europea, 1998:7).

La finalidad de la estrategia europea es otorgarle valor agregado a las estrategias nacionales de la Unión Europea, respetando los principios de subsidiariedad y proporcionalidad previstos en el tratado de la unión; de acuerdo con el enfoque de la Unión Europea de integración, multidisciplinariedad y un enfoque equilibrado entre la reducción de la oferta y la demanda de drogas.

En este sentido, se aspira a reducir los riesgos para la salud con el que se enfrentan los consumidores de drogas y la sociedad en general (como la transmisión de enfermedades infecciosas mediante el uso compartido de jeringas no estériles). Se enfatiza igualmente en “la reducción del propio consumo de drogas (especialmente las drogas duras, la drogodependencia y los problemas sociales, laborales, financieros y familiares asociados)”;

por último se acentúa la reducción de “la demanda de drogas ilegales (puesto que la búsqueda de drogas para consumir estimula el aumento de la oferta) (Unión Europea, 1998:7).

Englobar bajo el mismo término de “drogadicto” o “toxicómano” a las personas que usan ocasionalmente, “abusan o dependen de las drogas” puede resultar homogeneizador “ya que se están eliminando barreras totalmente diferenciadoras que evitarían el deslizamiento hacia situaciones de marginación más graves”; pero no cabe duda de que “distintas situaciones requieren diversidad de tratamientos, como diferentes son las consecuencias sociales que tiene el uso esporádico, el abuso y la dependencia” (PNSD, 1985:18). En todo caso conviene matizar las diferenciaciones en el contexto español.

Señala la Unión Europea que “el alcohol es la droga con efectos más destructores y que abarca mayor número de población” (Unión Europea, 1998:10). En el Plan Nacional sobre Drogas, “se adopta la definición de ‘droga’ dada por la O.M.S. en 1975, completada con la precisión final de que se trata de sustancias ‘susceptibles de crear dependencias y que pueden provocar tolerancia. Es decir se considera ‘droga’ ‘toda sustancia química que introducida en un organismo vivo puede modificar alguna de sus funciones y es susceptible de crear dependencia, y que puede crear a la vez tolerancia” (PNSD, 1985:18)

Los compromisos adquiridos por el estado español, más la aprobación en 1998, en la XX sesión extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de una declaración en la cual se solicitaba a los estados miembros la elaboración de estrategias nacionales, contribuye a que la Delegación del Gobierno español para el PNSD decida elaborar la estrategia nacional sobre drogas 2000-2008, en la cual van a participar todos los planes autonómicos así como diversos órganos de la administración central. (PNSD, 2000)

La estrategia europea para el periodo 2005-2012 va a ser adoptada por el Consejo Europeo de los días 16 y 17 de diciembre de 2004. Esta nueva estrategia se estableció en evaluación final del plan de acción 2000-2004, así como en las aportaciones hechas por el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) y la Europol, para el plan de acción 2005-2008, que se basa en cuatro ejes: reducción de la demanda, reducción de la oferta, cooperación internacional, información y evaluación. (OED, DGPNSD, 2007)

4.1. LEGISLACIÓN SOBRE DROGAS EN ESPAÑA

En el siglo XX se realizó la construcción de la toxicomanía como problema tal como lo señala Usó (2002) quien esboza unas etapas del desarrollo del “problema de la droga”. Señala una época de la libertad farmacológica hasta 1918. Luego, desde la I Guerra Mundial hasta el fin de la Monarquía de Alfonso XIII (1918-1931) empiezan las restricciones para el consumo. Después está el periodo de la República y Guerra Civil 1931-1939. Durante el régimen de Franco (1939-1975) también aparece regularizado. Pero definitivamente la institucionalización del problema se da en la transición y durante los años de democracia (1976-1985).

En cuanto a la institucionalización del problema, Arza (2002:97-98) señala que se da en tres etapas. Finales de los 70 y principios de los 80 se empieza a construir la representación social de las drogas ilegales “cargada de urgencia, dramatismo y delegación”. A mediados de los 80 y de los noventa “se consolida una red sólida de recursos de tratamiento” orientados a la abstinencia o libres de drogas. Finalmente, a mediados de los noventa hasta la actualidad la tendencia ha sido “la diversificación de la tipología de programas, con la incorporación de los programas de tratamientos de opiáceos y programas orientados a la reducción de daños.

El Estado español creó en el año 1985 el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) como iniciativa gubernamental que dependía del Ministerio de Sanidad y Consumo que más tarde va a pasar al Ministerio del Interior y actualmente vuelve a depender del Ministerio de Sanidad y Consumo. La finalidad del PNSD es afrontar la situación social generada por los problemas relacionados con el consumo de drogas, así como coordinar y potenciar las políticas en la materia por parte de las administraciones públicas y las diversas entidades sociales.

El plan nacional sobre drogas (PNSD) se propone lograr una política coherente y coordinada. Una política general en este campo contribuiría a “frenar y reducir el consumo de sustancias que dañan la salud individual y colectiva, provocan procesos de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo”. (PNSD, 1985:21). Este plan (1985), que pretende ser integrador y participativo, así como incorporar las actuaciones dirigidas a todas las sustancias psicoactivas, incluidos el alcohol y el tabaco, prioriza la prevención de una estrategia básica de afrontar los problemas relacionados con las drogas; y propone un enfoque basado en la generalización de programas que dispongan de evidencia científica, de eficacia y efectividad, haciendo especial énfasis en los ámbitos siguientes: la educación sobre drogas, la promoción de la utilización de un ocio saludable por parte de los jóvenes, el establecimiento de acuerdos de colaboración entre las administraciones públicas y las organizaciones sindicales y empresariales para el desarrollo de programas de prevención desde el ámbito laboral, la detención precoz de población y situaciones de riesgo, la disminución de daños y la evaluación de todas las medidas puestas en marcha.

En 1985 entre los problemas principales mencionados en respuesta a la encuesta realizada por la OMS, además del síndrome de dependencia del alcohol (alcoholismo), se incluyeron cirrosis hepática, disminución de la capacidad de trabajo, absentismo, accidentes de tráfico desorganización de la familia, y repercusiones en los hijos, empobrecimiento de la familia, pesadas cargas financieras y de mano de obra en los servicios públicos relacionados con las diversas formas de tratamiento de los bebedores y el control de situaciones consecutivas al beber inadecuado (Moser Joy, 1985:20). Vale decir que los problemas que plantea el alcohol pueden constituir una carga pesada para los servicios médicos. Los problemas relacionados con el alcohol afectan no sólo al bebedor como individuo sino también a la familia y a la sociedad en general, en el caso español se han reunido estadísticas suficientes y pertinentes durante un periodo prolongado que permiten demostrar una relación clara entre las tasas medias de consumo de alcohol y la frecuencia de diversos problemas derivados del alcohol. En cuanto a la legislación, en 1998 el Parlamento realizó una segunda modificación y aprobó la Ley 8/1998 que cambió parcialmente la Ley 20/1985, el objetivo de esta segunda reforma fue actualizar las medidas de control de la promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo, en los espacios públicos “para prevenir posibles conflictos derivados del abuso incontrolado de bebidas alcohólicas, que venían originando

problemas en algunos municipios catalanes en períodos determinados del año” (PNSD, 1998:167).

La Ley 1/2002, de 11 de marzo, ha supuesto la tercera modificación de la Ley 20/1985 y establece la prohibición de vender y suministrar bebidas alcohólicas a menores de 18 años considerando la prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.

La Orden de 31 de Octubre de 1985 del Ministerio de Sanidad, el Real Decreto 75/1990 de 19 de enero y la Orden 20 de Febrero de 1991 regulan los Programas de Mantenimiento con agonistas opiáceos para pacientes drogodependientes.

Los objetivos de salud propuestos y disminución del riesgo para el año 2010 para los que hacen consumos de alcohol, está formulado de la siguiente manera:

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per accidents de trànsit associat a graus excessius d'alcoholèmia en els conductors en el 5 0 % . Indicador d'avaluació: evolució del percentatge dels morts per accidents de trànsit amb nivells elevats d'alcoholèmia (> 0,5 g/l).

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la morbiditat atesa als centres hospitalaris per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol en el 10%. Indicador d'avaluació: evolució dels ingressos hospitalaris per aquesta causa, segons el registre del CMBD-AH.

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol (> 280 g en homes i > 168 g en dones) en el 1 0 % en la població més gran de 15 anys. Indicador d'avaluació: evolució dels percentatges de bevedors excessius, segons les enquestes poblacionals.

[+] D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de 15 a 29 anys en el 10%. Indicador d'avaluació: evolució dels percentatges de joves bevedors excessius, segons les enquestes poblacionals. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2008: 43)

Los principios de actuación sobre Drogas en Cataluña son:

Intersectorialitat: Els programes preventius caldrà engegar-los de forma que es promogui la sinergia d'actuacions entre els àmbits educatiu, sanitari, laboral, social, policial, etc. - La intersectorialitat inclou, a més, l'actuació dels diversos nivells de les administracions públiques i el moviment social.

- Coresponsabilitat. Considerar la participació activa de la ciutadania com a base de qualsevol intervenció. Només des d'un canvi d'actituds i comportaments individuals, socials i dels mitjans de comunicació es podrà construir una societat lliure de la dependència de les drogues.

- Promoció i educació per a la salut, com a estratègies bàsiques per al disseny de programes i actuacions.

- La reducció del risc i dels danys associats a l'abús de drogues. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2008:48)

Las Comunidades Autónomas tienen sus propias políticas y directrices en cuanto a la ejecución de dichas leyes y principios de acción. A partir de las leyes, surgieron los cambios a nivel administrativo y surge “el Órgan Técnico de la Generalitat” el cual se inicia como una

especie de Plan de Drogas de Cataluña en el año 1986 “y empezaron a sentarse ya los criterios de cómo tenían que ser los centros” o CAS. Esto lo organiza la ley del 25 de julio de 1985”¹. Lo que pasa es que “el modelo un poco se fue constituyendo pero ya funcionábamos y ya el equipo contemplaba bastante la cosa. En este caso el ayuntamiento se puso de acuerdo con la diputación, la diputación era la que se encargaba de los servicios de salud mental y la Generalitat en nuestro caso, la Generalitat no intervenía en salud mental”. (Doctora Martínez, 2010).

A partir del año 2004 se inició un proceso “que deberá llevar a la integración funcional de los centros de atención a las drogodependencias en la red de atención en salud mental”. (PNSD; 2004: 171). A lo largo del año 2005 se ha aprobado un nuevo Plan Director de Salud Mental y Adicciones, “uno de cuyos objetivos principales es la integración funcional de los centros de drogodependencias y salud mental”. (PNSD; 2005: 172)

Entonces, en la primera mitad de los ochenta se dio la “expansión asistencial” señalada por Romaní (2010:96) en la que se observa:

...una estructura de atención sanitaria pública, que entonces empezó a modificarse, pero que hasta aquel momento había sido muy deudora de los intereses privados de los médicos como corporación; estructura que no estaba preparada para un tema tan complejo como el de las drogas, ya que ni se lo habían planteado, pues, prácticamente hasta finales de los setenta, éste era visto como un problema ajeno. De esta manera, las iniciativas específicas que empiezan a florecer en este campo, apoyadas principalmente en la expansión de los servicios sociales que se produce al abrigo de la ampliación del Estado del Bienestar, señalan también la emergencia de lo que llegaría a ser un nuevo sector, el de los profesionales no médicos del campo de las drogas, que se nutre principalmente del trabajo social y de las ciencias sociales y del comportamiento.

Se constata a partir de dicha década “el desarrollo y la coordinación pública de las políticas asistenciales para drogodependientes, que implican la consolidación de un sector profesional especializado cada vez más importante”. (Romaní, 2010: 96). Dentro de estos sectores profesionales, se producen cambios en la manera de ver la problemática relacionada con las drogas en la que:

...la constatación de la emergencia de una gradual marginalización de sectores de usuarios problemáticos de drogas ilegales, al mismo tiempo que un mejor conocimiento de la heterogeneidad de dichos usuarios, en el que se incluye el reconocimiento de aquellos normalizados socialmente, permitió/obligó a una intervención social cada vez más diversificada y pluridisciplinar, con unas bases teórico-metodológicas que se pretenden progresivamente más rigurosas, en la que aquel modelo de tratamientos libres de drogas

¹ El Órgano Técnico de Drogodependencias, se encarga de informar, planificar y programar las actuaciones de la Ley 20/1985, de Prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. (Trinidad Requena, et al., 2003: 302)

e instituciones totales ya no fue tan hegemónico, sino que compartió el espacio asistencial con otros modelos que fueron adquiriendo progresiva influencia, como el de las políticas de reducción de riesgos y daños. (Romaní, 2010:96)

En la actualidad, en el contexto español todavía hay mucho por hacer pero los dispositivos están establecidos y han tenido una trayectoria con unas políticas y programas directores. A nivel del contexto, se reconoce que están presentes nuevos valores asociados al consumo de drogas, que están relacionados según Megías et al. (2000b:209) “valors de risc (de risc per als consums, no necessàriament per a altres circumstàncies de la vida que es poden entendre com desitjables). Entre aquests valors de risc hi hauria la competitivitat, l'afany d'experimentació, l'immediatesa, la insolidaritat, l'èmfasi de l'autonomia o, contràriament, la intensa necessitat d'integració, la curiositat per l'aventura, el no convencionalisme, el liberalisme sexual”, etc. Se consideran que estos valores de riesgo no son determinantes y se combinan entre si.

Las razones para consumir drogas por parte de los españoles “...sembla que fan una projecció dels valors que, efectivament, hem trobat que es correlacionen amb el consum (la curiositat, l'experimentació, el presentisme...). Però, sota la influència d'un estereotipus que molt sovint associa el consum de drogues amb la degradació... (l'existència de problemes, la malaltia o el desclassament)” (Megías, et al., 2000b:209).

Ciertamente la imagen de las drogas en los medios de comunicación en España, continúa siendo de tipo muy genérica, entendiendo como tal algo que se refiere a las ilegales y no a las legales. Se presenta de igual manera la asociación de “la droga como suceso”: un asunto de “policías y ladrones” y/o de “cuatro desgraciados” que son los adictos”, banalizando así la problemática de los sujetos. También en la imagen hay una identificación con “oscuras fuerzas poderosas” (narcotráfico)... (Megías, et al., 2007:28). En todo este escenario queda excluido el alcohol investido de “sacralidad” el cual está entronizado en el contexto sociocultural y se promocionan sus marcas y tipos. Varios autores han afirmado que hay un proceso de normalización, o mejor, banalización del consumo y de los efectos asociados alcohol. Por ello es importante verificarlo en cada contexto, a nivel local se pueden dar aportes de cómo se sigue construyendo el problema de las drogas “legales” e “ilegales”, de sus consecuencias y de sus perspectivas a futuro.

4.1.1. LAS POLÍTICAS DE DROGAS EN CATALUÑA Y LA ESTRUCTURA DE LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS (RAD) DE CATALUÑA

En Cataluña existe una especial preocupación por el tema de las drogodependencias. El 25 de julio de 1985 se publicó la Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia (heroína, cocaína, alcohol, tabaco, cánnabis y otras sustancias). Con el despliegue normativo posterior, se creó la Red de Atención a las Drogodependencias con el objetivo de dar respuesta a las necesidades asistenciales.

En Cataluña, la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat proporciona un tratamiento individualizado e integral, que abarca tanto el tratamiento de la dependencia como la patología orgánica y social asociada, todo ello en el marco de una política de reducción de daños que engloba acciones sociosanitarias individuales y colectivas enfocadas a incrementar el contacto de los usuarios y la retención en el tratamiento, reducir la morbilidad y mortalidad, proporcionar educación sanitaria (hábitos saludables y los riesgos asociados) y disminuir la marginalización y conflictividad social; y por tanto, posterior reinserción. (Trinidad Requena, et al., 2003: 311).

La Red de Atención a las Drogodependencias (R.A.D) o Xarxa d'Atenció a les Drogodependencies (X.A.D) del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya mediante la Dirección General de Drogodependencias y Sida, dispone de Centros de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias o CAS, los cuales se encuentran en el segundo nivel en la Red de Salud Pública² y ofrecen una atención biopsicosocial, es decir, “una asistencia integral que atiende tanto aspectos orgánicos como psicológicos y sociales; a la vez que promueve acciones encaminadas a la reinserción

² En las comunidades autónomas que han seguido una orientación como la catalana, la asistencia se realiza y estructura a cuatro niveles, en el 1er nivel: Servicios de Atención Primaria, Sanitaria y Social. Detección, Diagnóstico, Orientación, Derivación y Seguimiento. La Atención Primaria Sanitaria: es el primer nivel de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria, y por lo tanto a los servicios de atención primaria que se denominan Centros de Atención Primaria (CAP). El CAP está dotado de un Equipo de Atención Primaria (EAP), es decir, un equipo de profesionales de la salud que orientan en las diferentes necesidades tanto de asistencia sanitaria como de asistencia social. También están en este nivel los Servicios Sociales de Atención Primaria: es el primer punto de acceso inmediato al sistema catalán de los servicios sociales al cual puede acceder toda la población, ya que es universal. Tiene un carácter global e integrador, y por tanto es imprescindible una buena coordinación de actuaciones con la red de salud pública y enseñanza. En el 2do. Nivel: Centro de Atención y Seguimiento Especializados (Centros de Referencia). Tratamiento en coordinación con el primer nivel y todos los otros recursos asistenciales, sanitarios y sociales. En el 3er. Nivel: Unidades Hospitalización (Desintoxicación) (UHD), Comunidades Terapéuticas (CT), Centros de Dispensación de Metadona (CDM), Centros Prescritores de Metadona (CPM). En el 4to. nivel: Actividades de rehabilitación y reinserción. Talleres, centro de actividades, pre-taller y talleres terapéuticos, pisos de reinserción. (Casas Brugué, et al. 2004)

sociolaboral de los pacientes” (Trinidad Requena, et al., 2003: 312).

Los Centros de Atención y Seguimiento (CAS), constituyen un primer nivel asistencial en la RAD y el centro de referencia de las personas drogodependientes:

En los CAS se realiza una asistencia ambulatoria de acceso directo, es decir, las personas con consumos problemáticos de sustancias y/o sus familias se pueden dirigir directamente y pedir información, asesoramiento o tratamiento, sin necesidad de ser derivados por un profesional de la red asistencial. Estos centros ofrecen diferentes modalidades de tratamiento: libres de drogas, programas de mantenimiento con Metadona, programas de mantenimiento con antagonistas etc. El equipo asistencial multi disciplinar esta formado por médicos y/o psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y diplomados en enfermería que se encargan de programar el proceso terapéutico de cada paciente, desde su llegada al centro hasta la reinserción sociolaboral del sujeto, así como proponer derivaciones a otros recursos de la red de atención a las drogodependencias que consideren oportunas, tales como las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD) o las Comunidades Terapéuticas (CT). Actualmente, existen 60 Centros de Atención y Seguimiento distribuidos por todo el territorio (Trinidad Requena, et al., 2003:312)³.

En Cataluña, la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat y todos los dispositivos de la red proporcionan “un “tratamiento individualizado e integral, que abarca tanto el tratamiento de la dependencia como la patología orgánica y social asociada, todo ello en el marco de una política de reducción de daños que engloba acciones sociosanitarias individuales y colectivas enfocadas a incrementar el contacto de los usuarios”. Mediante los CAS, se pretende “la retención en el tratamiento, reducir la morbilidad y mortalidad, proporcionar educación sanitaria (hábitos saludables y los riesgos asociados) y disminuir la marginalización y conflictividad social; y por tanto, posterior reinserción” (Trinidad Requena et al., 2003: 311).

La articulación de los centros que componen la Xarxa d’Atenció a les Drogodependències, parten de ese primer nivel especializado que se ve complementado por “las actuaciones que realizan los equipos de atención primaria de salud y los servicios sociales de atención primaria, así como por los equipos sanitarios y de tratamiento de los centros penitenciarios”. (Trinidad Requena et al., 2003: 311).

El Departamento de Salud es el encargado de los convenios que corresponden como CAS, incluido en la R.A.D⁴. Es el que estructura la organización, objetivos generales y funciones de todos los centros de la RAD. En cuanto a la dependencia funcional y de gestión, esta se

³ El número de CAS ascienden a 64, actualizados a enero de 2010 en: www.gencat.net/salud

⁴ Los Centros de la red se estructuran en diferentes niveles funcionales (asistenciales) según el servicio que ofrecen, concretamente: 1º nivel: Centros de Atención y Seguimiento (centros de referencia); 2º nivel: Centros Dispensadores de Metadona, Unidades Hospitalarias de Desintoxicación, Hospital de Día, Unidades de Patología Dual, Centros penitenciarios; 3º nivel: Actividades de reinserción (el Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya es el encargado de la coordinación de los recursos de reinserción social específicos), Comunidades Terapéuticas, Centros de Día, Pisos de reinserción, Centros de actividades, Programas comunitarios de integración social (Trinidad Requena, et al. 2003:312)

desarrolla por el Grup Sagessa S.A.M.⁵ quien se encarga de gestionar el Servicio, su ubicación, la infraestructura y el salario de la mayoría de los miembros del equipo interdisciplinario que allí trabaja y todo lo relacionado con lo que se hace en el centro de día, la infraestructura y personal que depende de la Regidoria de Salut i Medi de L'Ajuntament.

Dentro de la RAD se han delimitado cinco territorios diferenciados en Cataluña:

- Municipio de Barcelona
- Comarcas de Barcelona (excepto el municipio de Barcelona)
- Comarcas de Tarragona
- Comarcas de Lleida
- Comarcas de Girona

Cada uno de estos territorios cuenta con una comisión técnica que coordina sus actuaciones y diversos Centros de Atención y Seguimiento (CAS) que tienen un ámbito geográfico determinado. En la comarcas de Tarragona se encuentran: Baix Camp, Conca de Barberà, Priorat i Ribera d'Ebre. El CAS objeto de la presente investigación está ubicado en una de las comarcas al sur de Cataluña. Los CAS son servicios especializados, específicos, multidisciplinarios que dependen casi todos de los ayuntamientos, actuando como centros de referencia de toda la Red de Salud Pública, acogiendo demandas de atención especializada de las personas con problemas de drogodependencia y/o familiares, derivados en muchos casos por los servicios de Atención Primaria. Atienden todo tipo de drogodependencias (alcohólicos, heroinómanos, cocainómanos, consumidores de cannabis, consumidores de éxtasis). Los profesionales que integran el equipo son de diversas disciplinas (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.), los cuales diseñan en cada caso la modalidad de tratamiento más indicado de acuerdo con la persona que necesita este tipo de atención, así como la posibilidad de utilizar otros recursos de la red de atención a las drogodependencias. De manera que dirigen todo el proceso terapéutico y proponen derivaciones a diferentes centros cuando lo crean conveniente para conseguir una mejora de la calidad de vida de la persona y una inserción a la comunidad.

⁵ El Grupo SAGESSA participa desde 1989 en la planificación, promoción, desarrollo y consolidación de un modelo de salud y servicios asistenciales a las seis comarcas meridionales de Cataluña. Todos los centros que actualmente forman parte del Grupo se han transformado de acuerdo con la evolución del sistema sanitario catalán, conservando siempre, según su definición, la vocación territorial y el compromiso de servicio a la ciudadanía. En: <http://www.grupsagessa.com>

4.2. PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS EN HOMBRES Y MUJERES CON PROBLEMAS DE ALCOHOL EN CATALUÑA

Las fuentes secundarias que se han utilizado para analizar los problemas de alcohol en hombres y mujeres en Cataluña, en cuanto prevalencia y tendencias en el consumo de alcohol en España son: los informes del Observatorio Español sobre Drogas de los años 2001 y 2003 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (Edades) del año 2008.

La acción de la reducción del consumo, debe ir destinada a las poblaciones afectadas... “las poblaciones en riesgo varían según el tipo de drogas: socialmente aceptadas (alcohol y tabaco), de tráfico ilegal (heroína, cocaína, LSD, cannabis...) y los fármacos (psicótrpos). De todos modos, la definición de población de riesgo es un problema no resuelto ni en España ni en otros países occidentales”. (PNSD, 1985:24)

El Consumo de alcohol es 1.900.000 a 2.300.000 personas (PNSD, 1985:19). Diferentes fuentes de información confirman que se da dado un cambio en el tipo de bebidas alcohólicas que se ha venido objetivando en los últimos años “posen de manifest canvis qualitativus en l'evolució dels hàbits de consum de les begudes alcohòliques, que en general indiquen una tendència al descens del consum de vi i l'increment del consum de cervesa i begudes destil·lades. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2008: 43). Casas Brugué et al. (1994:65) dice que el grupo de población más afectada, es el de 45-64 años de edad, sobre todo para las personas desempleadas. Este consumo excesivo afecta mucho más a los varones (18,1%) que a las mujeres españolas (2%). (Casas Brugué, 1994:243-283). Se confirma el cambio en el patrón de consumo, este fenómeno de homogenización en los consumos a nivel europeo comporta en el caso de Cataluña, como en el de otras comunidades, la progresiva incorporación de la mujer al consumo de bebidas alcohólicas, una tendencia a concentrar los consumos en el tiempo dedicado al ocio” El segundo grupo es el de los jóvenes de 16 a 24 años. (Trinidad Requena, et al., 2008:295). El consumo de alcohol en el último mes, en el año 2001, arrojó una prevalencia del 61,1% entre la población catalana, superior en los hombres (70,4%) que en las mujeres (51,8%) aunque según el estudio “Los Jóvenes Españoles de 1999”, los catalanes se sitúan entre los menos bebedores. (Trinidad Requena et al. 2008:321).

Se han realizado varias Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), promovidas por la Delegación General del Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) en 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007/2008; en la de 1997 “una de las principales conclusiones de la Encuesta Domiciliaria hacía referencia a la importantísima penetración que en la sociedad española tiene el alcohol, sin duda la sustancia con mayores niveles de prevalencia entre la población de 15 a 65 años, tanto para las conductas de experimentación, como de uso y abuso” (Martín, Emiliano, et al., 1998:15). La encuesta también da cuenta de que el inicio del consumo se sitúa alrededor de los 13 años de edad y un 10% de la población española presenta un consumo de alto riesgo de bebidas alcohólicas. (Casas Brugué, 1994:243-283).

Según la Encuesta Domiciliaria de 2001, en los últimos años ha aumentado la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, lo que contrasta con la tendencia descendente de las ventas de bebidas alcohólicas per capita que ha pasado de 108,4 litros anuales en 1993 a 90,1 litros en 2002. En 2001 un 8,6% de los españoles de 15-64 años eran bebedores abusivos o problemáticos, englobando bajo esta denominación a los que consumen más de 50 (mujeres) ó 60 (hombres) gramos de alcohol/día. (Álvarez, Pilar et al., 2003: 10)

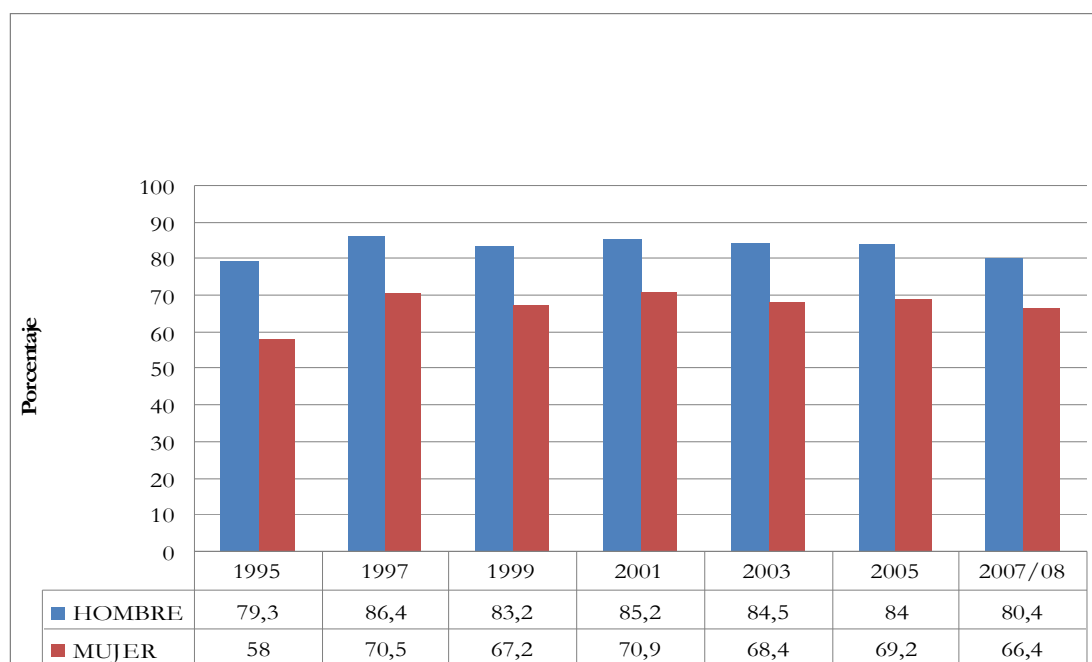
El consumo diario y, por tanto más problemático, se centra sobre todo en los mayores de 49 años. A pesar del gran número de la prevalencia, persiste una gran tolerancia social respecto al consumo de alcohol y su uso plantea una “muy escasa percepción de riesgo”. Esto dificulta la aplicación de estrategias dirigidas a la prevención del alcoholismo. (PNSD, 2000:23). Vale destacar que la persona que inicia tratamiento por alcohol es un hombre entre 35 y 49 años, que también ha consumido tabaco, con estudios primarios, actualmente trabajando y viviendo con la pareja y los hijos o solo, que ha empezado el tratamiento bien por iniciativa propia o de familiares, bien por iniciativa de un centro de atención primaria sanitaria, utiliza la vía oral, nunca se ha inyectado sustancias psicoactivas, y su frecuencia de consumo es diaria. (Generalitat de Catalunya, 2006:15).

En el CAS “la mayoría de los pacientes que vienen son hombres más que mujeres. La media de edad es adulta, no son tan jóvenes como los que la cocaína.... la media de los pacientes de alcohol está entre los 25 y los 65 años, de edad adulta digamos, que estamos viendo cada vez más casos de alcohol joven pero asociado a la cocaína, alcohol y cocaína”. (Doctora Batalla, 2009).

En el año 2005, pero al igual que en años anteriores, “los trastornos relacionados con el uso de alcohol constituyen la principal causa de demanda asistencial especializada, manteniéndose también el aumento del número de personas tratadas por problemas relacionados con el consumo de cocaína”. (PNSD, 2005: 172). En el 2006, los trastornos relacionados con el uso de alcohol continúan siendo la principal causa de “demanda asistencial especializada”. (PNSD, 2006: 209). Siguiendo a Comas, (1994) quien afirma que las encuestas han integrado desde el primer momento los datos relativos a alcohol, tabaco y fármacos con los datos relativos a las drogas ilegales, se ha resuelto así un “conflicto administrativo” que otros países no han sabido evitar. (Comas, 1994:31)

En el Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (edades) 2007/08, son aportadas las diferencias en el uso de alcohol por sexo en la población de 15-64 años, fue mayor en los hombres que en las mujeres, veamos el siguiente gráfico:

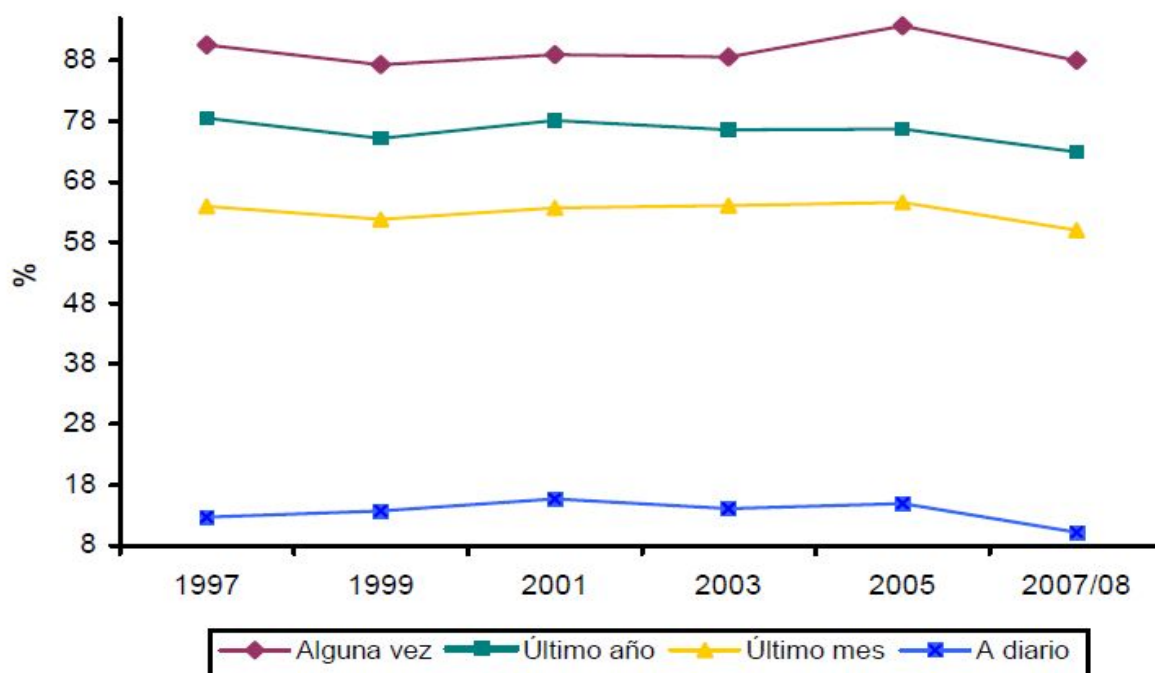
Gráfico 9. Prevalencias de consumo de alcohol en los años 1995-2007/08 en la población de 15-64 años según sexo (%). España.



Por lo que respecta a las tendencias temporales, hasta 2005 se apreciaba una estabilidad en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual, pero a partir de dicho año las prevalencias de consumo pueden haber comenzado a descender (Figura 7). En cuanto a la evolución de la prevalencia de borracheras se aprecia una relativa

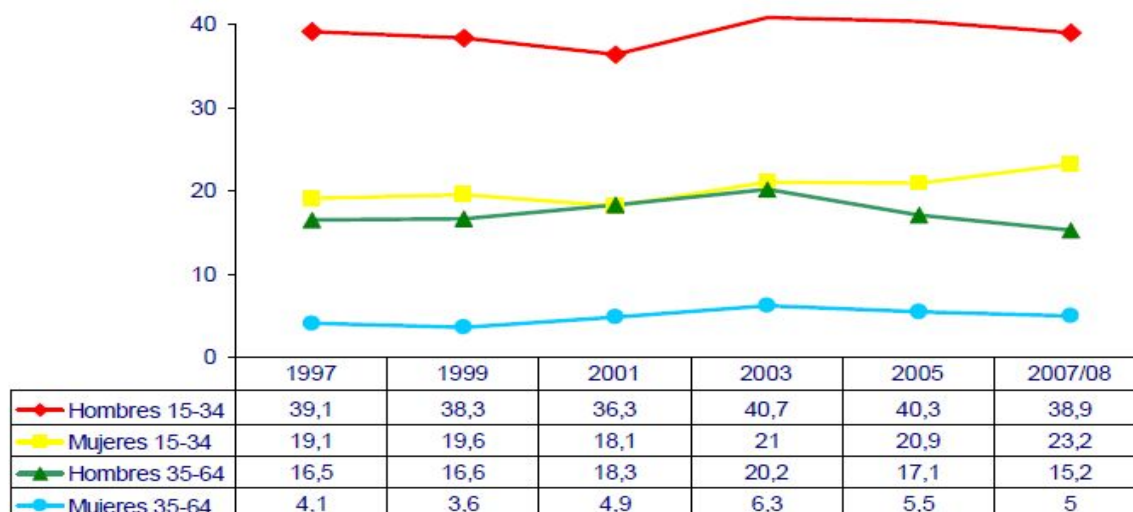
estabilidad o tendencia al descenso entre los hombres y las mujeres de mayor edad, pero no sucede lo mismo entre las mujeres jóvenes (15-34), entre las que se aprecia una tendencia al aumento (Figura 8).

Figura 10. Evolución de las prevalencias de consumo de alcohol en la población española de 15 a 64 años (%).



Fuente: INFORME DE LA ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EADDES) 2007/08.

Figura 11. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentaje). España, 1997-2007/08 (%).



Fuente: INFORME DE LA ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (EDADES) 2007/08.

Los anteriores gráficos dan cuenta sobre la importancia del alcohol en la sociedad española. El consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, cualquiera que sea el indicador que se considere, aunque las diferencias relativas son bastante mayores al referirse al consumo frecuente o intenso. Este informe señala que la edad media del primer consumo de alcohol es de 16,8 años. El consumo de todos los grupos de bebidas alcohólicas fue mayor durante los fines de semana (viernes, sábado y domingo) que durante los días laborables. Sobre el tipo de bebidas consumidas, se observa que la cerveza/sidra fue la bebida consumida por una mayor proporción de personas tanto en fines de semana como en días laborables, situándose en segundo lugar el vino/champán, aunque el consumo de combinados/cubatas le sigue muy de cerca durante el fin de semana.

Los principales resultados del Observatori Municipal sobre el consum de drogues del CAS, determinan que las drogas con el consumo más elevado continua siendo el alcohol y el tabaco (Informe final Observatorio Municipal sobre el Consumo de Drogas del CAS, 2007:13). En el 2008 se destaca que, “el consum de l’alcohol continua estancat a uns nivells molt alts, i la percepció del risc segueix essent força baixa entre la població”. (Informe final Observatorio Municipal sobre el Consumo de Drogas del CAS, 2008:12).

Algunos datos han señalado que en el CAS el consumo de alcohol va disminuyendo en comparación con años anteriores. En el Servicio de Drogodependencias “s’ha treballat amb un total de 1.336 usuaris i s’han iniciat 478 tractaments, un 9% menys que l’any passat. De nou l’alcohol ha estat la substància que ha originat més inicis de tractament (151), seguit per la cocaïna (107). Augment del número d’inicis per opiacis per primera vegada des del 2000 (Informe final del Observatorio Municipal sobre el Consumo de Drogas del CAS, 2007:43/53).

L’edat mitjana dels usuaris d’alcohol de 43,6 anys”. Tambien se ha detectado que la edad de inicio de consumo de alcohol es a los 16,7 años. (Informe final del Observatorio Municipal sobre el Consumo de Drogas del CAS, 2007:53/14). En el 2008, los resultados han identificado, respecto a los tratamientos de consumo de alcohol, “en lleuger increment en l’edat mitjana dels usuaris atesos, situant-se ara en 47 anys. També s’ha pogut comprovar una disminució del pes de les dones sobre el total d’usuaris atesos, actualment representen el 20%.(Informe final del Observatorio Municipal sobre el Consumo de Drogas del CAS, 2008:37).

El principal motivo para iniciar un tratamiento en el CAS es por el consumo de alcohol. El perfil de los usuarios varía en función de la sustancia que origina la demanda de inicio y reinicio del tratamiento en el CAS para deshabituarse del consumo de alcohol, la mayoría son hombres (79%), y en las mujeres representa el (21%). (Memòria de L’activitat del Servei Municipal de Drogodependències, 2007). Desde el año 2002 el número de personas en tratamiento a causa de alcohol “s’ha incrementat un 81%”. Vale decir que en el CAS, “la segona substància que motiva més tractaments és l’alcohol (408 casos). Tot i que, a diferència dels opiacis, el còmput de persones ateses pel consum problemàtic d’alcohol ha seguit una evolució creixent als darrers anys”. (Informe final del Observatorio Municipal sobre el Consumo de Drogas del CAS, 2008: 36).

4.3. DE “CUTRE” A RESPETABLE: EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DEL SERVICIO DE DROGODEPENDENCIAS

Los CAS son “contemporáneos”, pues antes “no había servicios sociales como los entendemos ahora... nacimos también con los inicios de la democracia, no se puede esto separar”. (Doctora Martínez, 2010). Es necesario no perder de vista que los Centros de

Salud Mental ya venía funcionando desde antes “ya tenía sus propias dificultades”. De esta manera, la atención psiquiátrica era la única que “no estaba incluida en lo que en aquel momento se llamaban la seguridad social o sistema público”. Anteriormente, funcionaba como “un sistema de beneficencia”, habían otras instituciones que había creado el Ministerio de Sanidad. Hace referencia cuando el poder estaba centralizado y “aún no había ni la Generalitat”. Luego se promovieron unas reformas desde la sectorización y la psiquiatría comunitaria pero los diferentes dispositivos “estaban muy concentrados en su propia identidad y en su propia reforma, esto hizo que lo de las drogas ya no encajara” en Salud Mental. De tal manera, se aclara porque los dispositivos de atención a las drogodependencias surgen separados de salud mental. Los iniciadores eran gente muy joven. Y los de la red de psiquiatría los consideraban “atrevidos” (Doctora Martínez, 2010). El Servicio de Drogodependencias se pone en funcionamiento en el año 1982 y ha sido pionero en los programas de atención de las personas con problemas de dependencia a la heroína, cocaína, alcohol, entre otras sustancias, desde un enfoque integral y multidimensional. Desde los inicios del CAS, se atendieron las demandas de las personas que acudían al hospital por problemas gástricos, es decir, detrás de los problemas gástricos y digestivos había una historia de consumo de alcohol. Vale decir que “el interés surgió de los servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo, antes que los de psiquiatría” (Casas Brugué, et al., 1994:270). Entonces, desde sus inicios el Servicio cuenta con una larga trayectoria de atención a personas con problemas de alcohol; siempre se atendió “a los de alcohol”, en aquel momento “venían más a urgencias por intoxicaciones, abstinencias”. La gente que venía al principio “no era para dejarlo” pues no estaba problematizado el consumo de alcohol. (Doctora Martínez, 2010).

Luego empezó la formación en la primera unidad de drogas que se abrió en Barcelona en el Hospital del Mar, un equipo de profesionales integrado por la doctora Martínez estuvo haciendo una estada de investigación de varios meses y se convirtieron en una especie de consultores en el hospital:

Empezamos a investigar las personas que ingresaban por problemas de alcohol en el hospital...analizábamos porqué reingresaban, veíamos que continuaban bebiendo exactamente igual al salir del hospital. Empezaron a citarlos para hacer alguna intervención psicoterapéutica, trabajábamos con las mujeres de los alcohólicos, yo trabajaba con las mujeres por qué habíamos visto que se repetían algunos patrones. (Doctora Martínez, 2010).

Retomando la formación de los profesionales del CAS, (especialmente los de esta época), mencionan que la formación en drogas y en sistémica fue a la par, la primera se recibió en el Hospital del Mar y la segunda el Hospital en Sant Pau con Linares, una Escuela de

Terapia Familiar. Una de las estrategias de la formación fue la atención en equipo:

...cuando nos llamaban de urgencias porque había un toxicómano nunca lo visitábamos nosotros solos, siempre hacíamos quedar a los médicos y hacíamos interconsulta en la planta para hacer una intervención a dos bandas... Esto quería decir que acudíamos a la hora que nos llamaran, éramos muy jóvenes y luego nos íbamos a dormir tan felizmente. Era una época complicada porque el móvil y todo esto no existía” (Doctora Martínez, 2010).

El contexto descrito era el de los años 80’ que “coincidió con el auge de la heroína” lo que enmascaraba la problemática relacionada con el alcohol pues surgió un drama social por causa de la heroína:

...que empezaba a hacer estragos importantes, aparecía gente con problemas de sobredosis en emergencias. Ya no se sabía qué hacer porque era una situación desconocida... el uso de heroína tenía un carácter totalmente contracultural, estaba un poco intelectualizado también... tuvimos la necesidad de buscar y encontrar una solución, no podía ser que la gente se muriera de sobredosis, era gente que conocíamos que eran nuestros amigos (Doctora Martínez, 2010).

Aunque siempre “ha habido mucho más problemas con el alcohol que con la heroína. Hubo momentos en que nosotros teníamos más pacientes de heroína que de alcohol” (Doctora Martínez, 2009). Entonces, la dramatización del problema de la heroína en esa época opacaba los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

El panorama actual del CAS, en el marco del “ambiente general de crisis insoportable”, la demanda crece tremendamente “debido a la crisis” y, claro, el discurso de las autoridades es “no más recursos, no más recursos”. A pesar de los contratiempos señalados por la profesional afirma “hemos sido un servicio con buena dotación de personal, con una relación profesional con el usuario bastante correcta. Nos permitíamos hacer intervención de psicoterapia de manera coordinada con una frecuencia razonable” (Doctora Martínez, 2010). No obstante, señala que la parte que necesita más apoyo es la socio-comunitaria, el Centro de Actividades “está a mínimos de personal cuando es la época en que tiene más usuarios, porque los llevan prácticamente tres personas. Por suerte aquí uno de los activos de equipo es que las personas tienen la voluntad de ser polivalentes y lo son, son verdaderamente interdisciplinarios. Tienen la interdisciplinariedad asumida... si hay que dar apoyo porque falta una persona para cubrir un turno va el primero que puede ir”. Al tratar de abarcar todo y dar más allá de sus funciones “tiene unas ventajas pero también unos grandes inconvenientes, muchas veces solucionamos más de lo que deberíamos solucionar de cara al usuario”. Pero a veces les da la sensación de que debieran plantarse y exigir mejoras no sólo para el recurso humano que labora en el CAS si no también para los

usuarios. Se plantea la paradoja, según la profesional, *cuando menos tenemos, más exigentes somos*. (Doctora Martínez, 2010).

A pesar de ello hay una voluntad integrativa que es descrita por los profesionales (Grupo II):

Si, abarcamos más de lo que tendríamos que abarcar y solucionamos, ¿no? esto es algo que yo pecho mucho de esto porque igual cojo una persona y si se que la tengo que traer a servicios sociales pero pienso es que allí tampoco no le van a solucionar la papeleta y aquí podemos hacer porque también contacto con mucha gente que no es usuaria de sustancias, entonces, esta gente la tengo que derivar a los servicios sociales. Entonces servicios sociales no tiene nada para que esa persona pueda ducharse, entonces, derivo al Albergue de Tarragona, ¿por qué tengo que derivar al albergue de Tarragona? Lo tendría que hacer servicios sociales, ¿no? que es a ellos quien les toca. O lo derivo al Servicio de Atención al Inmigrante porque pienso que le pueden arreglar más que los servicios sociales, yo tengo mucho de esto, me cuesta mucho darme cuenta de noo... esto no me toca a mi. Entonces esto a mi me pasa mucho. Igual que el tema de acoger a personas de salud mental, a veces pues tienen que ir para allá, entonces yo los acojo y hasta que no llega la visita de [Miguelina G.] no se hace bien la derivación. (Esmeralda S., 2009)

Durante una situación específica en la que se finalizó el contrato de uno de los miembros del equipo y se decidió cambiarlo a otra unidad del hospital sin previa consulta ni aviso al CAS, la Doctora Martínez afirmó “Es como si esto no fuera nada” (Doctora Martínez, 2010) palabras que resumen su impotencia. Es una decisión que invisibiliza a la institución, pues los cambios, remociones de personal no son notificados ni consultados previamente.

Otro suceso digno de reflexionar, fue la suspensión el Observatorio de Drogas en la localidad donde se realizó la investigación. Tal acontecimiento da muestras de la falta de continuidad de algunos planes y proyectos locales sobre drogas, en este caso, la interrupción del financiamiento que tuvo como desenlace la no continuidad del proyecto. Esta situación evidentemente provocó el malestar de los profesionales del CAS, pues era un proyecto que se venía desarrollando desde hacía algunos años. En palabras de la Coordinadora del CAS era “cargarse un trabajo de años”. El observatorio era un proyecto en desarrollo apoyado a nivel municipal, consistía en que se había organizado “una red de observatorios municipales: Mataró, Rubí, Granollers”, que incluía también el CAS con el que se trabajaba, entonces, en el año 2009 les comunicaron a nivel municipal que ya no iban a financiarlo. La Doctora Martínez explica que “esto es un claro ejemplo donde se explica este desánimo que ya te digo... llevamos trabajando de toda la vida”. La situación es un poco ambigua para el CAS, pues al no tener financiamiento ya no hacen “Observatori” pero continúan reuniéndose, participan en los debates y los toman en cuenta como si lo continuasen haciendo, es una situación paradójica y “es un rollo” según

comenta la Coordinadora del CAS. Son consideradas por la profesional como situaciones inexplicables que dependen de la voluntad de un individuo y no valora el esfuerzo colectivo de los profesionales del CAS “¿pero tú crees que es normal que aquí no quieran hacer observatorio?, ¡esto es alucinante!”. Cuestiona la doctora Martínez que cuando la política depende de un individuo “es producto de una persona que es absolutamente irresponsable, que no sabe que tiene entre manos, que lo único que le interesa es chulear”. Al cortar de forma tajante el proyecto reina la desorientación, pues son datos en los que colaboran varias instituciones, por ejemplo, las farmacias que continúan llamando para dar los datos que pedía el CAS, está presente la disposición de las mismas a continuar proporcionando la información que requieren para elaborar el Observatorio. Plantea cuestionamientos para los encargados de recabar la información “con lo que cuesta recoger datos y ellos están esperando que se los pidas... Es cargarse un trabajo de tantos años, porque fíjate nosotros estamos trabajando con las farmacias desde finales de los 80 porque siempre tuvimos claro ¿donde realmente acude siempre un usuario de drogas en la época? pues a una farmacia para buscar chutas” (Doctora Martínez, 2010). La experiencia de los profesionales les había indicado que las farmacias “es el único sitio del dispositivo general” en el que los usuarios recibían directamente las informaciones, entonces, cualquier información que querían hacerle llegar a los usuarios se las pasaban por medio de las farmacias, de este modo, se empezó a trabajar en colaboración con los farmacéuticos para llegar al usuario. Se puso en marcha un programa de intercambio de jeringas en las farmacias “y se han apuntado prácticamente todas. Todo el mundo decía ¡cómo puede ser! ¿Qué pasa en [la ciudad]? Bueno porque llevábamos trabajando con ellos muchos años. ¿Qué pasó? Se puso la metadona en las farmacias, la mitad de las farmacias”. Es que proporcionalmente “tenemos más farmacias en [la ciudad] que en [otra ciudad] dando metadona ¿sabes? Pues porque claro ¿no? si tú no has trabajado con las farmacias igual dices para qué me voy a liar con esto”. (Doctora Martínez, 2010).⁶

Otra de las posibilidades fue la experiencia con Grup IGIA que les permitió a este equipo, gracias a una subvención del Plan Nacional Sobre Drogas, visitar otros dispositivos de Europa que tenían trayectorias importantes en el campo de las drogas y la política de

⁶ Es necesario señalar que desde el año 1998, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya y el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Catalunya han firmado un convenio que hará posible a partir de entonces la dispensación de metadona en oficinas de farmacia para usuarios de los centros especializados que integran la “Xarxa d’Atenció a les Drogodependències”, mejorando el acceso a esta modalidad de tratamiento y contribuyendo a la normalización de estos programas terapéuticos. (PNSD, 1998:167)

disminución de daños y de riesgos en ciudades, tales como: Amsterdam, Liverpool, Ginebra, París...esta experiencia les permitió ser “la avanzadilla” en los temas de drogodependencias en Cataluña. Era el poder “reconocer al usuario como una persona con sus derechos y deberes, con respeto, con capacidad para gestionarse. Si bien es cierto en aquel momento esta capacidad estaba un poco mermada o en ocasiones era así, pues había que trabajar para que esta persona fuese lo más autónoma posible y pueda tener la mayor capacidad de decisión y esto me parece tan elemental”. (Doctora Martínez, 2010)

Señala que dentro de la R.A.D. “en relación con resto de la red somos un centro bastante bien considerado ¿no?, de un cierto prestigio” este parecer es compartido por la mayoría de los profesionales. Romaní, et al. (1995) habla de cómo se organizaron estas redes, el paralelismo y la dificultad para articularlas. A pesar de todas estas circunstancias, afirma la Doctora Martínez (2010) con optimismo “creo que en los últimos años se ha avanzado muchísimo”. Una de las distinciones que también fue señalada por los profesionales es que el CAS sea una parte más del hospital, cosa que es cada vez más constante, pero señalan que hay algunos dispositivos que no forman parte de los hospitales, entonces, el equipo integra “la parte de las drogodependencias que está un poco abandonada en general que se ve un poco de menos, pero es un servicio más”. (Doctora Norma, 2009).

Hay otros profesionales (Grupo I) que piensan que todos estos avances forman parte de una “filosofía personal” que permite “trabajar con estas personas marginalizadas e intentar normalizar este tipo de personas, creo que es una parte de filosofía personal, entonces, también esto da una fuerza que no tenemos por simple atención médica”. (Doctora Tecla, 2009). En el grupo II, una profesional permite dibujar varios escenarios para las personas con problemas de drogodependencia “hay unos que se curan otros que se cronifican, no importa, en realidad es importante que se curen, pero quiero decir si se llegan a cronificar lo importante es que estén vinculados a un sistema sanitario y que se vayan por la reducción de daños, si consigues mantener un vínculo con un servicio como éste la persona no enfermará tanto, seguramente los consumos no se descontrolaran tanto, por lo tanto no habrán tantos accidentes de tráfico, tantas enfermedades, tanta mortalidad con lo cual es un beneficio para toda la sociedad en realidad”. (Rubí P., 2009).

Lo interesante es señalar que los dispositivos de drogodependencias de Cataluña, toda esta red, se fue gestando hace 20 o 25 años. Hay muchos pacientes que han estado prácticamente desde el principio, muchos terapeutas que han estado trabajando toda su vida en esto, y que de alguna manera, juntos, estos pacientes crónicos y los terapeutas son

los que han ido cambiando el discurso y construyendo otra realidad. Para algunos pacientes “estos cambios han llegado tarde, pero ahora nos están sirviendo para las nuevas generaciones que llegan”. (Doctor Renato, 2009).

Se piensa la institución como “un hormiguero”, “poco acogedor”, “vamos a piñón”, para señalar que cada quien cumple su papel de manera coordinada en aras del buen funcionamiento de la institución pero a la vez señalan las condiciones poco óptimas del espacio. En cuanto a estructura del CAS los profesionales expresan: “no me gusta nada”, “es como un laberinto”, “yo necesito aire”, “aquí estamos como muy cutre”, “como pequeño”, “una ventanita”, “da igual si te esperas fuera, en la sala de espera que es con poca intimidad, ¿no?... hace que lo que vayas a explicar se entera todo el mundo, todo muy junto” (Doctora Norma, 2009). El espacio físico “no siempre es el adecuado aunque los hay peores ¡eh! (se ríe). (Rubí P., 2009); se observa entonces la “falta de espacio” (Jaume A., 2010) Pero en cuanto al espacio como saben que pronto cambiarán de sitio “ya no nos agobiamos”. Hay “despachos” que impiden el trabajo individual, hay profesionales que considera que necesitan “tener un despachito para poder sentarme a escribir y no tener que estar con el teléfono, el compañero que te pregunta, de todas maneras no me quejo mucho”. (Doctora Valeria, 2009).

Hay un espacio nuevo “que se ve mejorado” y en algunas reuniones del equipo han visto los planos de la nueva estructura. (Doctora Laia, 2009). Se han ampliado “las instalaciones, están los consultorios, todo está muy ordenado, pero anteriormente quizás el hospital no se preocupaba de tener el sitio así, es como *una cajita pequeña de la medicina*, en cualquier sitio puede estar bien y así estuvo hasta hace muy poco, se han puesto paredes entre medio”. (Doctora Norma, 2009). El CAS estaba anteriormente en condiciones poco óptimas y sólo hasta hace algunos años se ha ampliado el espacio. Una de las profesionales apunta:

...la gente cuando llega aquí debe tener ganas de que le tratemos porque dan ganas de girarse, darse la vuelta y volverse para casa, ¡vaya! Cuando tu subes esas escaleras, entras en aquella sala de espera pequeña y encima si te vas a la hora de la metadona que ves aquellos números, luego tienes que entrar a la otra sala de espera, llamas a la puerta a veces no hay nadie....Es decir, “*la parte de acogida en este servicio es tétrico de espacio, es deficitario, muy cutre*” (Doctora Batalla, 2009).

El espacio “cutre” a primera vista cambia de percepción “al entrar al espacio interior porque se dan cuenta que hay unos buenos profesionales aquí adentro y que te ofrecen una buena calidad asistencial. Pero claro que de entrada yo comprendo que cuando vienen aquí ganas de entrar no da ninguna”. (Doctora Batalla, 2009). Otro profesional (grupo II) considera que el espacio es “como muy claustrofóbico”, especialmente para los

profesionales cuando están toda una jornada, “no ves ningún ratito de sol, ves que todo el tiempo estás trabajando en un agujero” (Sergi E., 2009). Se plantean “mejorar la atención, la atención en el sentido de las condiciones pues aquí estamos muy mal pero tenemos el traslado a muy pocos días visto”. (Doctora Martínez, 2010). Se aspira por parte de los profesionales “cambiar un poco esto, ¿no? ir a un espacio mejor...” (Esmeralda S., 2009).

El tema del espacio ha mejorado mucho hace algunos años, pero comparten que al principio trabajaban en un espacio poco adecuado. Aunque actualmente tienen mayores posibilidades, en las horas de atención colapsan los espacios disponibles. En pocas palabras “el centro se ha quedado pequeño” tal como señala Sergi E. se procura dar “abasto teniendo en cuenta de que vamos poco a poco. No es un servicio de urgencias y nos apañamos como podemos si hay mucho volumen de pacientes.” (Sergi, E., 2009). También señala que algunos espacios están muy encerrados, no tienen una ventana de conexión con el exterior. Es así como una de las profesionales que cuenta con un “mini despacho” pero no tiene ventana exterior, esto lo encuentra “fatal” pues piensa que tener “una ventana donde puede entrar un poco el aire, ver si hace sol o llueve, si el cielo está gris; es como muy básico para trabajar siete horas y media a ocho que estamos aquí seguidas” (Doctora Batalla, 2009). Una de las profesionales refiere su experiencia con más optimismo:

...quizás si me pillas en una época en que hemos estado tan mal, piensa que nuestro despacho era esto, todo eso eran mesas y aquí estábamos siete personas trabajando. Estamos en una sala aquí con dos ordenadores, eso hace dos años ¡eh! o tres. El servicio se acababa aquí en Secretaría, claro todo avanzaba con una lentitud que aquí no se podía estar, tenias que venir con unos zapatos bien cómodos porque acababas con los pies hinchados. No teníamos ventanas y eso a veces hace mucho, pues estar en un sitio con aire ya hace mucho. Ahora ha sido un cambio, tenemos horas libres, para dedicarnos a investigar, pero no puedo decir me cojo una semana libre para investigar... (Doctora Valeria, 2009)

Al estar como en una colmena u “hormiguero” en la antigua sede cambiaría substancialmente con la mudanza al nuevo hospital en el cual el CAS tendría, según la idea del profesional (grupo II):

...unas salas más cómodas, sillas más cómodas, menos teléfonos que están todo el día sonando. Más tiempo para escribir, para pensar, para la formación, todo se puede mejorar. Si se soluciona el problema del espacio podríamos tener más personas, pero si no sería un hormiguero. Se puede mejorar el espacio y la cantidad de personas. Cuando vas por el pasillo te tropiezas, a veces se comparte una mesa para cuatro...” (Sergi E., 2009).

Una profesional piensa “a mi me gusta trabajar en equipo, el estar todos juntos, comer juntos eso hace que el ambiente sea agradable después de estar escuchando desgracias, penas de los pacientes, al estar comentando con los compañeros te restableces un poco” (Doctora Valeria, 2009).

En el recurso Centro de Calor y Café es donde se ve mayor hacinamiento pero en las observaciones también se visualiza en el CAS, en muchas ocasiones no había “despachos” para que el profesional pudiese atender al usuario, en cuanto al centro señalado describe una de las educadoras:

...ya ves, está todo amontonado, no hay intimidad, cuando haces una visita entran cuarenta mil personas, aquí es donde se come, aquí está la nevera. La gente que está aquí está todo el día. Hay gente que no sale de aquí en las ocho horas o siete horas que le toca trabajar yo porque mira voy, vengo y voy haciendo, pero es un recurso que quema mucho al profesional. Hoy es un día muy tranquilo pero siempre hay follones, hay follones por comidas, es un recurso de apagar fuegos constantemente y estar pendientes de que no trapicheen, que no se que, estás con la mirada en todas partes. Porque le has dado a este y a mi no. Cuesta. Es quemador... Quema mucho al profesional que está aquí las ocho horas. Si no sales llega un momento en que... (Esmeralda S., 2009)

Es así como los terapeutas/sastres que hacen los “trajes a la medida” (ver Capítulo 5) se convierten en bomberos “apagafuegos” para resolver los conflictos y situaciones que se desarrollan en los recursos adscritos al mismo como: Casal de Dones, Centro de Día, entre otros. A pesar de que señalan que es un espacio hacinado “que no hay intimidad”, “está todo amontonado”, “cuando vas a visitar a alguien no tienes despacho” a pesar de dichos inconveniente se observan algunas ventajas “el hecho de estar en un despacho compartido va muy bien porque vas coordinando todo el rato sin darte cuenta”. (Esmeralda S., 2009)

Una de las profesionales refiere que el Doctor Renato “...le encanta el trabajo en equipo, le gusta estar con gente, necesita hablar y no le importa el ruido y está en una sala de trabajo compartida porque él lo quiere; en cambio yo no, necesito una cosa más independiente, aislarme, porque si no me desconcentro mucho, necesito más el espacio interior que el exterior”. (Doctora Batalla, 2009). Veamos ahora lo que plantea el doctor Renato con escepticismo sobre el nuevo espacio:

Bien yo le he estado dando vueltas y la verdad es que esto de compartir despacho a mí me va bien, porque compartir despacho es un punto de encuentro y claro cuando estemos en un despacho solos no se, temo que se vaya a perder algo importante. La facilidad que tengo ahora que sólo tengo que mover la cabeza y preguntar algo... ahora cuando tengamos el despacho cada uno, cualquier pequeña pregunta comportará salir del despacho, buscar a ver dónde está la otra, bueno no sé ya veremos. En principio yo tengo mis dudas. Espero que muchas de esas mejoras, sean mejoras en todos los aspectos. ... (Doctor Renato, 2009).

Las perspectivas se abren con el próximo traslado al nuevo hospital en el contarán con más espacio, para algunos es visto con beneplácito pues tendrán un lugar tranquilo para concentrarse a trabajar pero otros manifiestan que se sienten cómodos como están, aún cuando estén aglomerados, porque siempre se ven las caras, chocan por los pasillos, se mantienen en un mismo espacio trabajando juntos y en el nuevo hospital se sentirán más

aislados y cada uno en su oficina.

Indudablemente, el cambio al nuevo hospital se piensa que “mejorará el espacio de acogida” para el usuario. En líneas generales, la idea de cambiarse al nuevo hospital ha sido recibida en con satisfacción porque continuarán formando parte de la estructura del hospital, en la antigua sede el CAS tiene una entrada independiente pero también está conectada con el hospital. También consideran que la estructura será mejor y estarán más cómodos.

4.3.1. CARACTERÍSTICAS DEL CAS: DE AYER A HOY⁷

Primera Fase: septiembre de 1982 a noviembre de 1983:

Parte de la iniciativa de un grupo de profesionales que quieren investigar los aspectos evolutivos de las enfermedades derivadas del consumo de alcohol. El servicio de medicina interna del hospital ofrece la posibilidad de contactar con las personas diagnosticadas como «alcohólicas» que ingresan a ese servicio. A dichas personas diagnosticadas se le hacen unas pruebas exploratorias específicas durante el ingreso, las cuales se repiten pasado un tiempo para valorar y comparar la evolución de las condiciones físicas de la persona. El equipo acepta la responsabilidad que eso comporta, dirigiendo el tratamiento hasta un objetivo explícito de investigación. Este equipo estaba compuesto por un psiquiatra, un psicólogo y dos médicos de medicina general.

Segunda fase: diciembre de 1983 abril de 1984:

Esta fase está marcada por la contratación del equipo de profesionales por parte del hospital como consultores. Eso significa, a nivel jerárquico y funcional, la dependencia directa del servicio de medicina interna, así como la actuación en los casos en que algún médico del servicio del hospital solicite la colaboración del equipo, formada por los mismos profesionales.

Tercera fase: en mayo de 1984 a noviembre de 1984:

Durante este periodo se firman convenios entre el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat, la Diputación de Tarragona y el ayuntamiento de la ciudad, la

⁷ Los datos fueron proporcionados por el CAS.

finalidad del cual es financiar un sistema de tratamiento de alcoholismo y otras toxicomanías. El servicio estaba integrado y jerarquizado en el servicio de medicina interna del hospital, el equipo estaba compuesto de un psiquiatra, un psicólogo, un médico de medicina general y un asistente social. Desde los inicios “siempre se tuvo como prioridad la psicoterapia, el trabajo bio-psico-social, esto ahora es lo más normal y lo más habitual, pero en aquel momento en el hospital, que tuviéramos una asistente social, sólo la teníamos nosotros” (Doctora Martínez, 2010)

Cuarta fase: diciembre de 1984 a octubre de 1985:

En esta fase se produce la contratación, después de pasar por un concurso público, de los profesionales, ya de carácter fijo. Los profesionales son del mismo tipo que en la fase anterior: un psiquiatra, un psicólogo, un médico de medicina general y un asistente social.

El servicio se reestructura debido a los cambios de profesionales y de su carácter estable, definiéndose los siguientes objetivos:

- Función de consultas respecto al hospital
- Función de consulta y tratamiento respecto a los usuarios
- Coordinación con otros equipos de las mismas características

Quinta fase: noviembre de 1985 a octubre de 1987:

En esta fase el servicio sigue constante, integrado dentro de la dinámica de un Hospital Universitario, aunque con un carácter especial ya que tiene soporte económico técnico de la Generalitat, la Diputación de Tarragona y el Ayuntamiento de la ciudad. El servicio pasa a ser uno de los centros de referencia de la X.A.D de la Generalitat, nombrada Centro de Atención y Seguimiento de las drogodependencias (CAS). Debido a su condición de CAS se consideró un servicio especializado, específico e interdisciplinario que atiende a las personas diagnosticadas como alcohólicas, heroinómanas, y otros tipos de drogodependencias. En 1985, “se incorporó una enfermera, una auxiliar de clínica, psiquiatras, psicólogos, ya empezamos a crecer. Desde el 87 iniciamos un tratamiento de tabaquismo, la Doctora Batalla fue una visionaria del tema del tabaco, cosa que en aquel momento se fumaba en todas partes” (Doctora Martínez, 2010)

Sexta fase: noviembre de 1987 a febrero de 1994:

En esta etapa el servicio pasa a denominarse Servicio Municipal de Drogodependencias, depende directamente del Departamento de Salud Pública y del área de Servicios al Ciudadano del Ayuntamiento de la ciudad. Desde julio de 1990 es un Centro Prescriptor de metadona. Se amplía el equipo, pasando a estar formado por dos terapeutas, un psicólogo, un técnico de prevención, un trabajador social, un DUE⁸ y un administrativo.

Séptima fase: marzo de 1994 a septiembre de 1999:

A finales de febrero de 1994 las dependencias del servicio se ubican en otra zona del hospital, con acceso directo desde la calle. El equipo de profesionales aumenta, pasando estar formado por tres médicos terapeutas (uno de ellos es el coordinador), dos psicólogos terapeutas, un trabajador social, tres DUE, dos auxiliares de clínica y un administrativo.

Octava fase: octubre de 1999 a mayo de 2004:

El equipo se amplía con un médico biologicista, un psicólogo terapéutico y un educador social, además de los profesionales mencionados en la etapa anterior. En diciembre de 2002 el espacio físico aumenta, consiguiéndose así una reestructuración importante.

Novena fase: junio de 2004 a diciembre del 2007:

Desde junio de 2004 aumenta el equipo con un educador social más dos monitores (asalariados por parte del Ayuntamiento) para realizar las tareas del Centro de Día.

Entre el año 2000 y 2007 tiene lugar la ampliación de las instalaciones del CAS. También ha habido cambios a nivel de contratación de personal ya que aquellos que estaban contratados por el ayuntamiento pasan a ser subrogados por el Hospital (Grup Sagessa S.A.M) desde el 1 de enero de 2007.

En esta etapa también hay grandes cambios por los que pasa el equipo, desde el 2007 se incorpora un médico de familia, y una enfermera que es licenciada en antropología y se forma como psicoterapeuta.

Décima fase: del año 2008 al 2010:

Hay una serie de cambios, se incorpora una mediadora intercultural de origen magrebí, realizando una permanencia de un día la semana todo el año 2009, para atender a los usuarios magrebíes. En el año 2010 es contratada definitivamente.

⁸ Diplomado Universitario en Enfermería.

En el 2009 se incorpora laboralmente a un trabajador social que acaba de configurar el equipo social realizando media jornada de educador social. Este mismo año desaparecen los Planes de Acciones Municipales y los planes de ocupación y quedan el grupo de trabajadores que forman parte de la estructura del Servicio de Drogodependencias y los contratados por el ayuntamiento mediante el Plan de Acción de Drogas, concentrando en dichas instituciones la contratación de los empleados.

Centro de Día o de Actividades: laboran dos educadoras sociales, una de las mismas realiza el Trabajo Comunitario y de Inserción sociolaboral, y dos monitores.

Así entonces, los trabajadores contratados por el hospital son los siguientes:

- 1) Directora del Servicio de Drogodependencias y del plan de acción sobre Drogas de la de la ciudad, médica psiquiatra y psicoterapeuta.
- 2) Médica psiquiatra
- 3) Médica y psicoterapeuta
- 4) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y tres psicoterapeutas a jornada completa y una psicóloga 30 horas.
- 5) Trabajadora social
- 6) Educadora social
- 7) Tres DUE
- 8) Coordinador de Programas de Prevención de Drogodependencia en Salud Comunitaria (antropólogo)
- 9) Dos administrativas
- 10) Dos auxiliares de clínica

Además hay otros trabajadores que forman parte de la estructura del Servicio de Drogodependencias, contratados por el Ayuntamiento mediante Planes de Acción Municipal (PAM) y eventualmente Plans D'Ocupació (Departament de Treball), tal como sigue.

- PAM: un monitor, 2 educadores y dos monitores/as
- Plans D'Ocupació: 2008-2009: un psicólogo (Coordinación del Centro de Día)

El CAS está en funcionamiento desde hace aproximadamente 25 años, es decir, cuenta con muchos años de experiencia en el campo de las drogodependencias. Como se puede

observar en el apartado antecedentes de la institución, dividido en diez fases, esta institución ha ido cambiando para adaptarse al perfil de los usuarios. No se puede descontextualizar el CAS de la sociedad donde está inserta, que presenta cambios constantes: a lo largo de los tiempos han ido variando las formas de consumo de las personas, la tipología de usuarios, las necesidades que presentan los pacientes etc.

Desde la creación del servicio, han habido cambios en diferentes niveles: de ubicación, de espacio, y de plantilla de profesionales. Se han ido ampliando las instalaciones, así como el número de profesionales para la atención de personas con problemas de drogas.

Por otro lado, se han creado nuevos servicios, como el Centro de Actividades y la Asociación de Usuarios de Drogas.

También se ha ido estableciendo contacto con todos aquellos servicios externos al Servicio de Drogodependencias independientemente si están dentro o fuera de la X.A.D., que les permite lo que llaman el trabajo en red.

En referencia a los profesionales del servicio, cabe decir que están en constante reciclaje, mediante cursos, conferencias, congresos, jornadas, charlas etc. con la finalidad de no quedarse rezagados en temas de drogas y para ofrecer una mejor atención actualizada en consonancia con los cambios de la sociedad actual.

Objetivos de la institución y/o política de actuación:

El objetivo general del servicio es actuar como centro de referencia donde se reciben todas las demandas de atención a personas con problemas de drogodependencia y ayuda a familiares y/o personas próximas, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y bienestar, tratando al usuario con dependencia desde una perspectiva integral (aspectos psicológicos, sociales y sanitarios).

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Actuar como un centro de referencia para el tratamiento de drogodependencias.
- Realizar desintoxicación ambulatoria o con el PMM (Programa de Mantenimiento con Metadona), o derivar el caso a una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (UHD) o bien a una Comunidad Terapéutica (CT) realizando la correspondiente solicitud de admisión.
- Mejorar y facilitar asistencia socio sanitaria de las personas con dependencia a las drogas.

- Disponer de la mayor información posible y debidamente tratada en relación con la problemática de drogas, que es su atención, seguimiento y evaluación.
- Contactar con los centros responsables del seguimiento individualizado bio-psico-social de todo el proceso de rehabilitación, realizando terapias individuales, grupales y, en gran medida, familiares.
- Atender y ofrecer orientación a la familia de los grupos dependientes, indicándoles en el proceso terapéutico y rehabilitador a través de terapias familiares.
- Coordinar con los responsables de programas, recursos y asociaciones existentes en el sector, relacionados con la problemática de drogas, para facilitar la reinserción de los usuarios.
- Realizar los objetivos específicos que se establecen en los diferentes programas que se realizan desde el servicio.

Estructura de funcionamiento

El servicio de Drogodependencias está abierto de lunes a viernes de 8:00 de la mañana a 18:00 de la tarde. El horario de atención al público es de lunes a viernes de 8:30h a 17:30 (días festivos está cerrado). El horario de atención al público engloba las secciones de psicoterapia, las visitas de enfermería, las primeras visitas de la trabajadora social y la dispensación de metadona. El tiempo restante en el horario de atención al público se dedica al trabajo interno: coordinación con otros servicios, reuniones de coordinación interna, , registro del expediente de las actuaciones llevadas a cabo a un determinado paciente, formación de profesionales. Para el profesional encargado de organizar las reuniones, existe una programación establecida para las mismas:

Lunes 9:30 h	Martes 9:30 h	Miércoles 13:30 h	Jueves 9:30 a 11:30	Viernes 9:30
Reunión interna de todo el equipo, exposición de un caso clínico	Funcionamiento interno del servicio. Reuniones interinstitucionales para la coordinación de	Coordinación del equipo social	Informar a todo el equipo sobre la formación recibida en los seminarios, cursos, etc.	Coordinación del equipo social y el equipo de enfermería

	casos en común			
--	----------------	--	--	--

El Centro de Atención y Seguimiento está compuesto por cinco áreas: un área administrativa, un área de enfermería, un área médica, un área psicológica y un área social.

Los profesionales del Servicio Drogodependencias trabajan en coordinación, tanto interna como externa porque están convencidos que un esfuerzo multiprofesional bien estructurado y con un buen nivel de funcionamiento puede dar respuestas eficientes a las múltiples demandas que plantean los usuarios.

Las funciones que desarrollan cada una de las áreas son:

En el Área Médica: los Médicos Internistas: son los responsables del programa de deshabitación del tabaco, en conjunto con los psicólogos.

- Visitar y realizar el seguimiento de los pacientes ingresados en planta (hospital).
- Hacer reconocimiento médico
- Realizar las desintoxicaciones ambulatorias

En el Área Psicológica: los Psicólogos terapeutas hacen las siguientes actividades:

- Realizar psicoterapia individuales, familiares y de pareja, grupal.
- Participar en las actividades preventivas, divulgativas y educativas conjuntamente con el resto del equipo (cursos para los docentes, padres, monitores, personal de servicios sociales, etc.)
- Participar en la reunión y contactos periódicos con las organizaciones relacionadas con las Drogodependencias
- Formación de alumnos en prácticas

En el Área Enfermería, los enfermeros/as se encargan de:

- Abrir el protocolo de salud
- Hacer el seguimiento de los usuarios que toman metadona
- Realizar controles analíticos.

En el Área Administrativa, el personal administrativo se ocupa de:

- Recepción de las personas que llegan al Servicio
- Control de las fichas, historias clínicas, libros de registro, etc.

- Llevar a cabo la Gestión Económica del Servicio

En el Área Social, los trabajadores sociales, educadores sociales, antropólogo, psicopedagogo se encargan de:

- Establecer y mantener las vías de captación del usuario del servicio, procurando su inserción.
- Coordinar sistemáticamente con los Servicios Sociales de Atención Primaria para de tal modo dar a conocer el Servicio, y llevar un seguimiento y contacto con dichos servicios y lo que dichos servicios requieran.
- Actuar en las sesiones de terapia
- Canalizar y hacer un seguimiento de reinserción del usuario.
- Realizar el código de identificación personal
- Formación de alumnos en prácticas.

4.3.2. APRECIACIÓN CUALITATIVA DEL CAS: FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Los profesionales del grupo II hacen énfasis en la relación médico-paciente como una fortaleza del CAS, consideran que:

...se trabaja muy bien...Es un servicio que hace una atención integral al problema de las drogodependencias. Se trabajan en las relaciones familiares, sociales, laborales. Yo pienso que es un servicio bastante completo, siempre se puede ampliar más para ver qué se puede incorporar, qué se puede ofrecer”. (Jaume A., 2010).

Reconocen sus límites al señalar “trabajamos todos lo mejor que podemos, claro que siempre se puede ir mejorando, eso es lo que intentamos”. (Remei M., 2009). Aunque otros piensan que asumen más responsabilidades de las que las que deberían “...a veces asumimos más de lo que tendríamos que asumir, pienso que igual hay cosas que asumimos para hacerlas más rápido cuando realmente se tendría que derivar a otro sitio”. (Esmeralda S., 2009). Otro de los planteamientos hace referencia a la calidad de los profesionales “Yo pienso que damos calidad, que los visite en un mismo día una trabajadora y una enfermera y que ya te planifiquen una visita para un psicoterapeuta al cabo de pocos días no se si se ve esto en muchos sitios” (Doctora Norma, 2009).

Al tener en consideración a la persona que acude al CAS, se aborda la dimensión de la persona como sujeto activo:

...se tiene en cuenta a las personas que vienen aquí... Decía un paciente es que a veces me he sentido que era un número, que era un expediente, que era un... alguien que veían como en un laboratorio, ¿no? y le preguntaban síntomas, síntomas... y no le preguntaban ¿cómo estaba? Y yo creo que aquí esto no ocurre ¿no?... siempre se le da soporte, que si hay que ponerle fármacos pues se le ayuda. Se intenta entender qué le está pasando a esa persona... bueno es una manera de trabajar que a mi hace sentir cómoda. (Doctora Laia, 2009)

Los profesionales del grupo I, hacen más énfasis a aspectos generales del servicio como la cobertura que es amplia, los horarios de imprevistos, el centro de actividades y un profesional de la antropología que labora en dicho CAS, que son aspectos que de alguna manera los particularizan como institución:

Damos una cobertura muy amplia. Tenemos el horario de imprevistos que en caso de urgencia, siempre pueden ser atendidos por un médico y a nivel social tenemos el centro de día..., que hace una gran labor, a nivel educacional. Desde que existe [centro de día], hace ya diez años se ha notado mejor comportamiento en los usuarios por el refuerzo que tienen con los educadores y monitores. El hecho de contar en nuestro equipo con un antropólogo también genera que estemos siempre a la última y podamos ir innovando. Creo que estamos bien servidos (Doctora Valeria, 2009).

Otra de las profesionales hace referencia a la terapia sistémica y enfoque multidimensional de las drogas “la gente está preparada para estar en drogodependencias, si porque la terapia familiar ayuda a tener una visión más global, no sólo del paciente y no sólo de la droga, porque te ayuda a individualizarlo. Entonces no hay que mirar la sustancia, hay que mirar al paciente, a la familia y yo pienso que esto se hace”. (Doctora Muralla, 2009) La mirada es amplia por el equipo que permite atender a las personas desde diferentes puntos de vista “no solamente del médico sino del psicólogo, del trabajador social, enfermería, hay mucha gente interactuando con el paciente y yo pienso que está muy bien. Ver que en el problema de las adicciones, no es la sustancia en sí, sino todo lo que acompaña”. (Doctora Norma, 2009)

Hay otras cualidades como “una intervención muy integral, muy interdisciplinaria y yo creo que de gran calidad” (Doctora Tecla, 2009). Otra profesional amplia los aspectos:

...pues que te voy a decir, si te digo que mal, tiraría piedras sobre mi tejado. Pienso que bien, es un buen Servicio de Drogodependencias, que si tuviera un problema de drogodependencias no dudaría en venir aquí (se ríe) a que me trataran. Pienso que el equipo es variado porque hay muchos profesionales diferentes y por tanto podemos abordar la problemática de las personas desde varias ópticas, desde el punto de vista más social, cognoscitivo, desde el punto de vista más psicoterapéutico, desde el punto de vista más psiquiátrico, psicofarmacológico si así lo precisa. Incluso desde el punto de vista orgánico, hay unos pacientes alcohólicos que lo único que les preocupa es el hígado, entonces un médico internista sabe entrarle más por la vía más biológica a la gente porque más lo necesita. Y la gente con desestructuración social, que no tiene casa, que están por las calles, que no tienen familia pues también se les puede acoger por la vía de la educación social en [el centro de actividades]. Y bueno lo que en los que están preparados para hacer psicoterapia se les ofrece la oportunidad y dentro de la psicoterapia pues también variedad pues los

psicoterapeutas tenemos nuestro estilo con que todos tengamos un marco de referencia que sea el sistémico-relacional, después está un poco el estilo personal de cada uno y la edad de cada terapeuta, el ciclo vital en que te encuentras (Doctora Batalla, 2009).

El ciclo vital hace referencia a la elección del terapeuta según la persona con problemas de drogodependencia, se considera entonces que:

Hay unos terapeutas que son más jóvenes otros que son más mayores, que encajamos mejor con determinadas personas que vienen aquí. [La Doctora Valeria] es una terapeuta joven y muy dinámica, que es enfermera, antropóloga y psicoterapeuta y bueno ella se maneja muy bien con jóvenes con perfil cocaína, con padres relativamente jóvenes, ella se lleva muy bien con ese perfil. A ver, todos llevamos de todo, no es que los terapeutas más jóvenes llevan pacientes más jóvenes y los terapeutas mayores llevamos pacientes mayores, todos llevamos de todo. Pero sí que hay ciertos perfiles que [Miguelina G.] ya sabe qué tipo de terapeutas pueden ser mejor o coterapeutas, pues a veces dos terapeutas llevamos el caso. Es un gasto de recursos tener dos terapeutas para un solo paciente o alguna familia, pero alguna vez se ha hecho y funciona muy bien. El servicio yo creo que funciona muy bien porque ofrece una respuesta amplia y variada a los problemas de las personas de alcohol u otras sustancias. (Doctora Batalla, 2009).

Sobre el CAS, se hace referencia a la calificación cualitativa del mismo, un profesional (grupo I) piensa que la atención es “correcta” está precisión trata de ser objetiva, pero añade “hasta donde yo sé creo que éste es el servicio de drogodependencias mejor dotado de Cataluña, quizás de toda España, quizás del mundo (se ríe). Pero bromas aparte no lo digo yo esto, son cosas que las han dicho personas que vienen de afuera”. (Doctor Renato, 2009)

Cuando se da la descripción cualitativa del Servicio, se señala que “es un buen servicio, a nivel profesional especialmente. Tengo unos compañeros muy profesionales. Aquí atendemos a los enfermos muy correcto, y muy bien, no se, a mí me gusta. Aquí se les trata con mucha humanidad”. La parte profesional es un punto de coincidencia de criterios entre los profesionales del CAS, plantean “hay comunicación, un buen dialogo, me siento muy contento de trabajar aquí”. (Sergi E., 2009). Miguelina G. (2009), una de las profesionales (grupo I) en el CAS puntualiza, “me encanta, si tuviera un familiar con problemas lo traería aquí, es un servicio en el que he sido muy feliz, entonces, pienso que trabajamos muy bien. Si fuese malo la gente no vendría aquí. Cuando tienen toda clase de problemas llaman a nuestra puerta. Cuando empiezas a trabajar aquí, si te gusta, te involucras mucho. Es importante las coordinaciones internas y externas”.

Basado en las narrativas de los profesionales del CAS, podemos mencionar las fortalezas que los profesionales señalan: profesionales antiguos, coordinadora del CAS, equipo interdisciplinario, formación e investigación por parte de los profesionales, atención del paciente, sistema de video integrado en las terapias, centro de actividades. Las carencias que

mencionan los profesionales son: la lista de espera y la falta de profesionales. No se pretende hacer una defensa a ultranza de las fortalezas o debilidades, los mismos terapeutas señalan en sus planteamientos como una fortaleza puede convertirse en debilidad, veamos:

Profesionales antiguos: constituye el núcleo duro de la integración en el equipo. La coordinadora, la trabajadora social llevan 27 y 23 años respectivamente, la psicóloga y el psicólogo clínico, lleva respectivamente, 23 y 16. Otra de las psiquiatras lleva 15. Se hace referencia a una parte de los profesionales que lleva mucho tiempo en el CAS y “claro pues es una gran experiencia, es un recurso”. (Doctora Muralla, 2009). Se señala por una profesional grupo (II) “la experiencia de los trabajadores que llevan mucho tiempo trabajando aquí en este campo ¿no? son verdaderos expertos” (Rubí P., 2009).

Coordinadora del CAS: los profesionales grupo I destacan el trabajo de la Coordinadora, [Doctora Martínez] y consideran que “es una persona que tiene una gran capacidad de gestión de recursos y una habilidad de coordinar. Realmente es la coordinadora por excelencia. Sabe tocar muchos campos, ella es médico psiquiatra, pero no es la clásica médico-psiquiatra, me parece que tiene más de educadora social ya que ella también se sacó ese título y tiene de psicóloga ya que creo que también quiso estudiarlo” (Doctora Batalla, 2009). Es una persona muy polifacética, que despierta pasiones encontradas pero muy respetada pues, señala una de las profesionales (grupo I): “...está jerárquicamente en la cumbre de la pirámide, usa ese cargo de jefe, de coordinador y que por tanto es objeto de amor y de odio (se ríe) como siempre pasa con los jefes; pienso que es más de amor que de odio, pero en algún momento te puedes enfadar, considerar que no es justo lo que ha pasado, lo que se ha dicho”... pero que, en definitiva, “ella siempre ha conseguido mantener que se la respete y que se la considere, la última palabra la tiene ella”. (Doctora Batalla, 2009)

Entonces, es una persona de gran relevancia dentro del equipo, por ello se cree necesario destacar sus cualidades, pues su legitimidad es vista por una de las profesionales con más antigüedad en el CAS, “nos tienen de alguna manera bajo un paraguas, toda una serie de gente diferente, pero coordinados. Y pienso que también no es solamente ella, también es la voluntad de los que estamos con ella de llevarnos bien; evidentemente ella no tiene todo el poder”. Las características particulares de la Doctora Martínez “con algunos defectos y muchas cualidades y la voluntad de la gente que formamos parte de su equipo hace que las cosas vayan bien”. Añade la profesional que realmente el punto fuerte es, “la coordinación entre nosotros”. (Doctora Batalla, 2009). Otro profesional con más antigüedad afirma “la

verdad es que tenemos una Coordinadora que es muy consciente, con una capacidad increíble para pelearse con todo tipo de jefes y conseguir recursos. Y bueno ciertamente, en este sentido, no nos podemos quejar si nos comparamos con otros. Aún así por supuesto que podría mejorar”. (Doctor Renato, 2009). Una apreciación más personal de otra de las profesionales (grupo I) señala “para mi es muchas cosas a la vez, es mi jefa, es mi amiga es muchas cosas. Es mi jefa y es un compendio de cosas. Es muy cercana y sé que si tengo algún problema es a la primera a la que voy a ir sin pensarlo. No me va a dar miedo de contar con ella, al contrario, estoy segura de que le puedo pedir ayuda, ella lo es todo” (Doctora Valeria, 2009).

Equipo interdisciplinario: está constituido por profesionales de diversas áreas de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales. Refieren que tienen su equipo como fortaleza porque son “un equipo muy grande y muy completo o bastante completo, coordinado, un equipo interdisciplinario... que somos muy buenas personas (se ríe). (Topacio M., 2009). Es una “interdisciplinariedad asumida, es como debería ser”. (Doctora Martínez, 2010). Es un equipo compuesto por diferentes disciplinas, que es interdisciplinario y esto es muy enriquecedor. Esa es la principal fortaleza que veo. (Jaume A., 2010). Al contar con un equipo diversificado pueden dar una atención particularizada, pues:

...hay pacientes que necesitan sólo un abordaje psicológico, otros un abordaje farmacológico, otros necesitan que se les acompañe a ir a sellar el paro o ayudarles en el laboral. Y que si sólo vienen de visita al psicólogo, hay personas que tienen su vida solucionada y con la terapia se van y ya está, no necesitan nada más. Depende de que tipo de perfil de persona que se quedan pequeños si solo los ve una persona, ¿no? y desde la co-terapia, desde trabajar conjuntamente o de ser una persona que no tiene trabajo, derivarlo a los educadores. O una persona que está en un momento muy crítico que creemos que le desborda, poderle pedir al psiquiatra para darle un soporte farmacológico. El trabajar no de una sola sino unificando las fuerzas de alguna manera. No esto de que el paciente es mío, el paciente es tuyo; sino que el paciente es de todos. En el paciente, cada cual puede aportar lo suyo y una cosa tiene que estar engranada con la otra. Porque a veces parece es un problema de medicación, es un problema mental, ¿no?. El problema es que si esa persona necesita recursos, vamos a ver cuál necesita y luego se pueden poner en marcha sin que entren en conflicto (Doctora Laia, 2009).

El soporte entre los profesionales permite “trabajar los casos con el equipo cuando tu no tienes las cosas bien claras”. Esmeralda S. señala que antes “ha habido épocas en que no trabajábamos de forma tan coordinada y ahora que nos coordinamos un poco más y empieza a funcionar mejor”. Reconoce una de las educadoras sociales que el trabajo en equipo ciertamente es algo que no enseñan en ninguna universidad, pues permite el intercambio con los pares sobre los casos de las personas que tratan en conjunto, escuchar otras perspectivas, otras formas de ver esa misma realidad, señalan que el trabajo en equipo

les permite revisar:

...donde están las flaquezas y donde pueden colarlas pues [los usuarios] están *acostumbrados a hacer el pillaje, a hacer la cabra*. Siempre miran a ver de esta persona qué puedo sacar, de ésta que puedo obtener, ¿no? y van jugando un poco así sin cambiar, que no asumen sus responsabilidades sino que la culpa es de fulanito y estaba allí; no no, la culpa es de... ellos nunca tienen la culpa de haber hecho algo malo, de haber consumido algo... unas historias a veces”. [La profesional señala su propia experiencia] “a mi me robaron el móvil... luego me lo han puesto en mi mochila porque alguien quería hacer aparentar que era malo ¿no?...”. (Esmeralda S., 2009).

Se pueden ver dificultades y fortalezas al mismo tiempo, “una de las dificultades es que somos mucha gente y a veces cuesta coordinar, ¿no? pero las fortalezas, el poder ver una situación en muchas perspectivas”. El equipo, de hecho, es una de las más importantes pues, “la gente que trabaja es muy diversa pero cada una aporta un granito de arena para que funcione, creo que es fundamental en la manera de trabajar”. (Doctora Tecla, 2009)

Un mismo equipo con diferentes disciplinas tan diversas como trabajo social, psicología, medicina, enfermería, educación social, antropología, en el que “todos seamos capaces de trabajar en una misma persona desde cada uno desde su punto de vista, de que esto sea complementario, me parece extraordinario porque muchas veces se trabaja parcialmente, ahora que va a ver este, ahora que va a ver el otro, pero éste y este no se hablan y de pronto puede salir de allí cualquier cosa ¿no?” (Rubí P., 2009). El esfuerzo es unificado y se trabaja en una dirección “miramos al paciente como un todo, de esa manera si detectamos alguna carencia entre nosotros lo podemos derivar al profesional necesario”. (Remei M., 2009).

La Coordinación del equipo es necesaria para abordar los casos de los “pacientes”, generalmente, en los casos más complejos su situación es expuesta en una reunión de equipo; pero también hay veces en que se puede buscar el apoyo de un compañero y se le refiere la situación de la persona y se deciden en conjunto las posibilidades para su abordaje terapéutico. En momentos de dudas, el no saber qué hacer, incertidumbres entre las soluciones siempre se puede comentar a algún compañero, lo cual considera es de gran ayuda pues “el otro te puede dar una idea o te dice a ver si quieres lo vemos juntos, o tú se lo pides”. (Doctora Muralla, 2009). Un profesional (grupo II) expresa la “unión entre los profesionales”, “tenemos apoyo entre todos”, “estamos en contacto”, “siempre hay mayores vínculos con unos que con otros”, “siempre te encuentras a alguien que te escuche”, “mucho solidaridad” y “te eche un cable” pues hay situaciones en “que uno tiene momentos de flaqueza, de debilidad”. (Sergi E., 2009).

Se trabaja con la sinergia necesaria que permite “compartir los casos de las personas que son difíciles de llevar”. Los casos de las personas que son complicadas para el terapeuta se

llevan a las reuniones de equipo que “son espacios superimportantes para presentar esos casos que por lo que sea cuestan más”. Es sentir que no se trabaja solo y “el hecho de poder compartir con los compañeros ¿cómo lo podemos hacer? Aquí estoy estancado, ¿Cómo lo podemos gestionar?” es de gran ayuda para cada uno de los miembros del equipo. La Doctora Laia lo resume en una hermosa metáfora de la familia, así tal cual funcional una familia armónica es semejante a la coordinación y unidad del equipo de cara a la persona drogodependiente “...me parece que si el equipo no está bien, los pacientes no están bien. Somos como los papás, si los papás se pelean los hijos se alejan, así un poco de ejemplo, ¿no? Cuanta más fuerza haya en el equipo de trabajar de manera coordinada yo entiendo que eso es más enriquecedor y mejor, ¡eh!” (Doctora Laia, 2009).

Semejante a la familia armónica debe funcionar el equipo, desde la teoría sistémica, se plantea la importancia de las buenas relaciones entre el equipo: “el buen rollo entre los miembros del equipo”. Se observa un buen ambiente del grupo, algunos expresan para fortalecer ese ambiente “...eso se trabaja dejando caer un chiste de vez en cuando, alguna broma en horas de trabajo cuando te encuentras por los pasillos o cuando estás haciendo algo, salir a cenar todo el equipo. Ahora tenemos previsto realizar una Calçotada... bueno este tipo de cosas favorece bastante la relación, fortalece el venir a trabajar con más gusto, con más ganas”. Si hay una buena dosis de optimismo se trabaja mejor. Las reuniones de equipo también están orientadas a ese papel, “el poder compartir las angustias de cada uno con sus casos, poderlas compartir con los demás, poder apoyarnos mutuamente”. En otros casos, “el poder compartir informaciones interesantes de alguien que ha ido a un Congreso, que ha aprendido una nueva técnica”. En este espacio también favorece mucho “el poder sentir que no estás solo y que es verdad que trabajamos en equipo”, que cuentas con “unos compañeros allí que en un momento dado”, “que me pueden apoyar si me he quedado muy tocado con un caso que estoy llevando como cuando he tenido un problema personal en casa y llego al trabajo muy afectado y en un momento dado siempre hay un compañero de confianza que te puede dar una palmadita en la espalda o lo que sea ¿no?” (Doctor Renato, 2009).

La coordinación del equipo les permite a los profesionales tener más seguridad en sus intervenciones, apoyarse en la experiencia o formación de otro/a profesional, una de las profesionales (grupo I) señala “yo me siento muy respaldada por mi equipo y eso pufff me da esa seguridad, yo me he criado en este equipo. Empecé aquí con 20 años y aún sigo aquí, para mí han sido mis padres, mis maestros me han hecho un poco de todo. Me siento

querida en el equipo y eso para mí es todo”. Les permite un soporte a nivel personal, profesional, por ejemplo, en el nivel personal señala “comparto con ellos y se que en cualquier momento cuento con cada uno... hay gente en quien confío más y hay otros que menos, pero pienso que en general a cualquiera” (Doctora Valeria, 2009). A pesar de que se observa que es un “punto fuerte del equipo interdisciplinar pero también es algo que mejorar constantemente” (Esmeralda S., 2009). Adicionalmente, hay que considerar la complejidad del trabajo con personas y entre personas “somos personas que trabajamos con personas y esto a veces es difícil, bueno y también tenemos diferencias entre nosotros ¿no? si, cuando más gente opina más diferencias hay, bueno es un pro y contra...”. (Topacio M., 2009).

Los que tienen menos tiempo en el CAS señalan que hay que mejorar “la capacidad de escucha de todos y de coordinación, porque así como a veces estamos muy coordinados, a veces estamos muy descoordinados”. A veces “nos solapamos... *los sociales* somos los que nos cargamos cosas solapadas, porque tenemos mil cosas que hacer”. Tampoco “no es que seamos víctimas ¿eh? pero pienso que la misma fortaleza de ser un equipo muy grande y poder abarcar muchas cosas pues pienso que se podría trabajar un poco la coordinación entre nosotros, la comunicación, los roces creo que siempre hay”. A pesar de ello considera que “está mejorando la coordinación y cada vez es más fluida” (Topacio M., 2009).

Formación e investigación por parte de los profesionales: consideran como fortaleza la formación, y es considerado por la mayoría de los profesionales “el hecho de que aunque tengamos un puesto de trabajo pues sigamos asistiendo a Congresos, sigamos haciendo masters, sigamos en formación permanente, aprendiendo cada día más cosas y que eso la empresa lo favorezca o lo facilite”. A veces simplemente “dando días de fiesta para poder ir. Otras veces cada vez menos, incluso pagando la inscripción y pagando el curso porque se supone que los beneficios de lo que uno aprende van a revertir también en el trabajo”. (Doctor Renato, 2009).

La Coordinadora del CAS, plantea necesario “organizar un buen programa de docencia, de formación porque tenemos mucha gente que viene a hacer prácticas”. Entonces, “organizar bien un programa de formación y aprovechar bien en este contexto ya que contamos con cámaras en las instalaciones que permiten la intervención de una persona en formación sin intervenir demasiado en el proceso terapéutico”. Es una de las ventajas del modelo sistémico y de que el trabajo sea en equipo, “el que está detrás puede aprovechar para hacer docencia a la vez que los alumnos pueden estar detrás, es decir, no son tan intrusos en el

contexto de intervención. La idea para poder mejorar todo esto sería tener más gente, claro más recursos humanos”. (Doctora Martínez, 2010).

Se plantea como necesidad la formación y estudio por parte de los profesionales que les permita:

...introducir otras técnicas alternativas: podría venir gente a formarnos y yo estoy planteando últimamente que si por la tarde cierran podríamos quedarnos aquí y dedicarnos al estudio, se pueden repasar cosas. Pero eso también puede ser por las mañanas ¿Cómo lo hacemos?. 1) Podrían venir personas a formarnos no tanto en técnicas como en una línea filosófica de equipo, ya que somos un equipo interdisciplinario. 2) Podrán venir personas a ejercer supervisión para cuidar de nuestra propia salud mental. 3) Se pueden traer sesiones bibliográficas, Y esto se lo he dicho muchas veces al igual que se traen casos clínicos cada uno se va preparando para hacer su aporte. Esto lo habíamos hecho hace tiempo y ahora no se hace, pero pienso que se tiene que ir repasando porque sino se puede olvidar. No es lo mismo ver un síntoma y luego ver la funcionabilidad de este síntoma; yo pienso que sí es posible hacerlo (Doctora Muralla, 2009)

Las profesionales de las ciencias sociales o “los sociales” (como suelen denominarse) consideran necesario realizar unos talleres sobre terapia sistémica: “talleres sobre la forma de trabajar con la terapia sistémica... conceptos básicos” (Topacio M., 2009). Ante la presión asistencial es necesario “crear espacios de sanación y formación, hay que darle las facilidades al profesional para que se forme”. Debe generarse un espacio “en las reuniones para sanar inquietudes, miedos para intentar hacer una postura constructiva, siempre se puede hacer una crítica constructiva especialmente para gente como yo que hace poco que está”. (Jaume A., 2010). En líneas generales, “formación continua de los profesionales, que sea más accesible y económica...” (Remei M., 2009).

En cuanto a la investigación, los discursos están concentrados en los profesionales (grupo I) quienes sugieren que “sin pretender hacer una investigación de alto nivel, esto es nutritivo para la buena marcha del equipo y hay que estimularlo un poco más... efectivamente hay una presión asistencial importante”. No pierde el norte de que “es un contexto asistencial no una universidad”, aunque sea un hospital universitario “pero claro los profesionales están para atender”. Señala como “bueno hacer un mínimo de investigación para poder atender mejor, porque sino es un poco funcionalista la cosa. Tenías que hacer investigación en los objetivos, pues los objetivos pretenden ser como un estímulo que tiene este reconocimiento”. Hace referencia a unos objetivos de investigación anuales que por realizarlos tienen un incentivo económico. Pero para efectos de intervención “hay que conocer la realidad para poder mejorarla”. (Doctora Martínez, 2010).

En cuanto a la investigación, otra profesional señala que hay aspectos que hay que considerar en la misma:

...dedicarle tiempo a la investigación... porque no tenemos tiempo de mirar en qué fallamos ¿por qué los abandonos?, ¿por qué la gente falla a la visita?, ¿por qué hay que espaciar las visitas?, ¿qué pasa si al paciente se le ve más a menudo se retiene más, que diferencia hay con los que se las ponen más distanciadas en el tiempo?, ¿cuál paciente sale adelante aquel que atiendes en individual o aquel que atiendes con la familia? (Doctora Valeria, 2009).

Otra lo formula más humorísticamente, tal como sigue:

Y si me deja hacer la *Carta a los Reyes* pediría que nos libranan unas horas de asistencia para dedicarnos a la investigación, al estudio, por ejemplo me encantaría que los viernes me dijeran, no hay visitas para nadie, solamente dedícate a estudiar, a preparar cosas, a hacer investigación. Poder dedicar toda una jornada laboral al estudio y la investigación, creo que eso sería la carta a los Reyes. Vas visitando, visitando, visitando se te va acumulando trabajo de estudio que lo tienes que hacer en el tiempo extra. ... (Doctora Batalla, 2009).

A pesar de la presión asistencial, se desarrollan actividades relacionadas con formación, y la voluntad de asistir a los congresos, reuniones, participación en grupos de investigación, hace que nuevas fuentes irriguen las fortalezas de dichos profesionales y la institución en la cual laboran.

Atención del paciente: se considera que “es un servicio que atiende muy bien, se involucra mucho en la vida del paciente. Se aborda toda la problemática que tiene el paciente que hace que sea más difícil poner distancia” (Miguelina G., 2009). Se intenta coordinar “todo lo que se puede con el paciente que en otros servicios no se da una visita tal día, tal hora... aquí se intenta lo máximo que se puede con el paciente, buscando las horas libres... están un poco como mimados los pacientes, bueno no es tanto que estén mimados pero sí se procura que estén bien, acompañarlos bastante en su proceso, yo pienso que es lo positivo”. (Doctora Norma, 2009). El enganche al paciente puede ser visto como negativo y explica una de las profesionales “lo que pasa es que nos enganchamos a los pacientes. Piden una hora y se las damos, protegemos mucho a los pacientes que al final acabamos dándole las horas para atenderlos. ‘Somos adictos a los pacientes’, te llaman y ya estas arreglando la hora hasta que la encuentras”. Aquí llaman los pacientes y sólo pasan días para que te atiendan. A lo mejor si pasa un mes no pasa nada que le cambie la vida, pero aquí se consienten mucho. Pienso que es un problema que tenemos en el servicio desde la secretaria, los educadores, sociales hasta los terapeutas, todos hacemos lo mismo. Sabes pienso que es negativo (Doctora Valeria, 2009). Lo que llaman el “enganche”, “apego o adicción al usuario”, se ilustra cuando comenta una de las profesionales “cuando tengo vacaciones empieza la desesperación porque es como si dejaras a un familiar o a un pariente, me voy pero no les pasa nada”. La conducta es reciproca por parte del usuario porque “cuando ellos saben que te vas de vacaciones parece que les entra como el

desespero que nadie los vaya poder atender sino eres tu. Eso me pasa a mí y les pasa a todos ¡eh!. Parece que lo huelen” (Doctora Valeria, 2009).

Los profesionales tipo I señalan un discurso más alejado del paternalismo, se considera que el trato con el usuario consiste en: “considerarle capaz al otro, respetar a la persona”. (Doctora Martínez, 2010). En aquella época de los inicios las personas ajenas a la institución indicaban con prejuicio:

... “*aquí vienen toxicómanos*”, y yo decía ¿bueno y qué? ¿No tienen derecho a ir a un sitio o qué? Fíjate nosotros hemos tenido un protocolo de atención a los usuarios de drogas en urgencias desde el año 85-86 y vamos que somos el único hospital de la zona ¡eh!. En el sentido de decir que si la gente viene con abstinencia se le da tratamiento, esto se reduce a cuando están detenidos... (Doctora Martínez, 2010).

Se tiene presente a pesar de ello que “hay que acompañar a la persona en todo su proceso terapéutico”. Pero hay días malos para el terapeuta, “hay días que tirarías la toalla y ya te hubieses marchado a otro sitio”. Con la observación de algunos casos no dejan de surgir sentimientos de identificación y aceptación de si mismo frente a los otros que atienden, “Dios mío, que normal que soy, estamos un poco privilegiados, cuando ves todo el follón que hay”. (Miguelina G., 2009).

Entonces, cambia la actitud hacia el usuario, “¿porque enfadarte? en realidad tomas consciencia de que en realidad no están bien”. Dice que en el trato con los usuarios “agresiones no hemos tenido aquí, en una o dos oportunidades se han dado situaciones, pero muy suaves, a otras personas o al mobiliario. Saben que estamos aquí para ayudar. No hay agentes de seguridad fijos, pero si se presenta alguna situación llamamos o recurrimos a guardias de seguridad del hospital o a la policía...” (Miguelina G., 2009).

Cuando llega la primera vez el usuario, los que no vienen a la defensiva vienen con muchas ganas de iniciar su tratamiento, pues:

...Piensa que para venir aquí han tenido que pedir hora o bien venir ellos personalmente o por teléfono y han tenido que esperar un mes o mes y medio en su casa para que les visites con eso de tomar la decisión de que voy a hacer tratamiento y luego me tengo que esperar un mes o mes y medio y algunos dejan de beber que era lo que yo te decía y llegan diciendo “no, ya hace quince días que no bebo” que bueno que ha empezado el proceso esa persona por su parte que eso es lo bueno que vaya haciendo su proceso. Hay otros que están esperándolo como aguantando a que llegue el día y cuando llega el día se creen que van a solucionarlo todo en ese día y ya ha llegado el día ¡Mírame que tengo que hacer! (se ríe) bueno yo lo que quiero es dejar de beber y olvidarme del alcohol y esperan como una fórmula mágica, hay de todo... (Rubí P., 2009).

La conducta de las personas drogodependientes cuando acuden por primera vez al CAS “suele ser bastante pasiva, espera, va mucho como si fuese a la consulta del experto que le tiene que decir lo que ha de hacer” como los expertos en “psicoterapia” y el profesional se

redefine como:

... un colaborador, un investigador para que la persona descubra a sus propios recursos y analice sus propias dificultades. Digamos que le pides que encuentre dentro de sí sus propias soluciones. Pues eso a veces le sorprende un poco, porque sus expectativas muchas veces no coinciden con lo que nosotros les ofrecemos, hasta que a lo mejor lo entienden (Doctora Batalla, 2009).

Esta propuesta es cada vez más usada, consiste en tomar en cuenta la autonomía del paciente y su consideración como un sujeto activo en la toma de decisiones y búsqueda de soluciones para solventar su problema de salud.

Sistema de video integrado en las terapias: se señala como una gran ventaja particular del CAS, pues permite tener “el soporte material en las grabaciones de las terapias que tenemos aquí, esto no lo tiene nadie, es decir, lo tiene algún centro privado pero público no, que debemos ser primeros o pioneros en el tema de tener el registro para darnos soporte”. (Doctora Valeria, 2009)

Las ventajas son las siguientes: “da mucha seguridad de que en algún momento dado tienes un día malo y tu digas ¿yo no sé lo que he hecho en esta terapia? y poder verlo, tener dudas y saber que lo tengo grabado”. Cuando el profesional hace una terapia, le sirve de apoyo para reflexionar en la búsqueda de soluciones “...dices es que no sé por dónde salir ¿qué he visto?. A veces te encuentras con un caso y dices estoy yo loca o lo está él y poder mirarlo, te da mucha seguridad profesional y pienso que eso se invierte en el paciente” y en mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas (Doctora Valeria, 2009).

El sistema de video se ha observado durante la realización del trabajo de campo y se ha visto claramente sus ventajas, pues permite ver las sesiones en directo, o más bien indirectamente sin intervenir terapéuticamente; otro de los profesionales (grupo I) coincide con su compañera de equipo y señala:

...que incluso puedes grabarlas y verlas después, que tú estás trabajando mientras tu compañero te está observando o incluso a veces quien te está observando no sea un compañero del equipo sino que sea alguien que está en el equipo provisionalmente como puede ser una estudiante o alguien que ha hecho un Master y ha hecho las prácticas aquí, es muy enriquecedor porque muchas veces lo que uno necesita es que alguien le pueda dar una visión diferente de lo que uno está viendo (Doctor Renato, 2009).

Enfatiza que no hace falta ni que sea la visión de un gran experto, “a veces podría ser una señora de la limpieza que mirara. Si esto pudiera ser posible podría decirme desde la sabiduría popular: pues mire a mí me parece que aquí pasa esto”. Es que “poder tener otra visión distinta de la tuya ayuda a centrarte, ayuda a ver las cosas más en su totalidad”. Insiste al igual que la otra profesional que “éste sistema no lo tiene casi ningún otro

Servicio de Drogodependencias que yo sepa. Éste sistema es muy útil para esto. Bueno ya te digo pueden haber estudiantes, pueden haber compañeros de equipo que en un momento dado no tienen una visita y van a apoyar a un compañero”. Incluso hay técnicas relacionadas con esto, como la del equipo escindido⁹ que permite jugar con las distintas perspectivas de solución ante un problema. En cuanto al conocimiento de este sistema por parte del paciente nos da cuenta el profesional que “normalmente, los pacientes saben que puede haber alguien viéndoles detrás del espejo, se les dice el primer día o se lo dice la trabajadora social. Saben que es alguien del equipo, saben que la confidencialidad sigue garantizada y que es una técnica de apoyo”. (Doctor Renato, 2009).

Centro de Actividades: es un espacio que les permite a los educadores sociales o “monitores” estar con las personas con problemas de drogodependencias que tienen menos recursos y les garantiza estar en un espacio digno para solventar sus necesidades básicas y realizar actividades de aprendizaje y recreativas. En cuanto a los educadores sociales, les permite tener mayor acercamiento a la realidad de los individuos y ser su referente, les permite estar en contacto continuo; según se ha observado, dichos profesionales son los primeros que detectan las necesidades de los usuarios, una psicoterapeuta reconoce la importancia de los educadores en el espacio, pues los usuarios “en seguida se dan a ellos [educadores sociales]... porque a lo mejor la persona puede darse con un educador pues para ellos es una *terapia de la leche*” (Doctora Laia, 2009).

La lista de espera: denota una carencia apuntada por la mayoría de los profesionales, pues es una “lista de espera bastante considerable”, “es excesiva”, “un poquito demasiado larga”. La coordinadora del CAS está en el punto de buscar estrategias para ver si consigue “rascar una hora más de profesional psicoterapeuta porque está ocurriendo lo que no había ocurrido en la vida, que la gente tiene que esperar un mes y dos para iniciar una psicoterapia”. Aparte hay que considerar “la frecuencia intersesiones, lo estamos ampliando, suerte que nuestro modelo de intervención, en este sentido, es económico. Con una intervención quincenal se considera que es una media buena”. (Doctora Martínez, 2010). La lista de espera según una profesional (grupo I) no sería una preocupación “si se trabaja bien en coordinación con el médico de primaria, no tiene porque tener importancia

⁹ La técnica del equipo escindido permite decirle a la persona “pues mire he salido y he hablado con mi compañero de equipo que me estaba mirando y resulta que él me ha dado esta idea que me ha parecido buena y ahora la voy a compartir con usted”. Se puede jugar estratégicamente la técnica “que es cuando tú le tienes que decir al paciente o a la familia algo que piensas que es importante, que alguien se lo diga pero al mismo tiempo piensas que se lo van a tomar mal. Si no se lo dices no estás haciendo una intervención que posiblemente sea necesaria. Pero si se lo dices hay un riesgo de cargarse en la relación terapéutica”. (Doctor Renato, 2009).

esto” (Doctora Tecla, 2009).

Los profesionales (grupo II) consideran que a pesar de que “los seguimientos son muy espaciados, dentro de todo yo pienso que está muy bien. El problema es cuando se hacen derivaciones, se han visto periodos en que se asigna la primera visita a los tres meses, a veces se procura cada mes o menos de un mes...” (Doctora Norma, 2009). Hay mucha “presión asistencial, hay muchas demandas de tratamiento, pienso que se va manejando y se va cuadrando los tratamientos. Que a pesar de las dificultades va funcionando bien en relación a los servicios del sistema público” (Jaume A., 2010). En líneas generales, la presión asistencial se debe a que “la gente les da como seguridad venir cada 15 días, el tiempo es más corto, sólo tienen que estar 15 días abstinentes. Y hay gente que pide que sea más seguido, pero en realidad está bien con el mes, tampoco se puede pretender que vengan tan seguido... (Doctora Norma, 2009).

A diferencia de las terapias en los centros privados, donde “lo más probable es que de entrada te den una cita semanal; para poder hacer un buen trabajo, en principio una cita semanal es importante, aquí no nos lo podemos ni plantear. Se asigna una cita quincenal “durante el tiempo que es necesario, después se empieza espaciar”. En muchos sitios no es posible, “incluso aquí hemos tenido épocas en que no ha sido posible, no ha habido suficiente personal para poder ofrecer esto”. Y entonces, ha llegado el momento en que el psicoterapeuta ha podido avanzar con la personas y es necesaria más asiduidad pero:

...por muy interesante que sea una sesión, por muchas cosas que se hayan movido, por muchas cosas que aparentemente se hayan empezado a resolver, si esto no puede tener una continuidad y pasa un mes hasta la siguiente visita, a lo largo de ese mes pasan tantas cosas que aquello que estaría bien encaminado al volver puede estar completamente fuera de onda otra vez (Doctor Renato, 2009).

El tiempo que transcurre entre una y otra sesión puede ir en detrimento de la relación entre profesional y usuario:

...no es sólo que se trabaje más lento sino que se trabaje más mal. Entonces nosotros hemos conseguido tener profesionales suficientes y poder organizarnos de tal manera que cuando alguien llega aquí, que empieza psicoterapia le podamos ofrecer visitas quincenales. En estos momentos nos falta trabajarnos un poquito más lo que es la entrada porque cuando alguien hace una demanda de tratamiento hasta que tiene una visita con la trabajadora social me parece que tiene que esperar un mes o un mes y medio. Me parece muchísimo. Y desde la visita de la trabajadora social hasta que decide que terapeuta lo va a ver, hasta que lo vea el terapeuta pasa otro mes y eso también es muchísimo (Doctor Renato, 2009).

Una vez iniciada la psicoterapia les permite a los profesionales planificar un mejor ritmo “de visitas quincenales si es necesario”. Este profesional además considera que una de las estrategias de solución sería “reforzar la trabajadora social, que tendría que haber más

personas atendiendo primeras visitas para que esto pudiera ir más fluido” (Doctor Renato, 2009). En líneas generales, los profesionales están satisfechos con los recursos con los que cuenta el CAS, y los últimos dos o tres años consideran que han mejorado bastante.

Falta de profesionales: una de las psiquiatras plantea que haría falta una psiquiatra más, “que pueda ejercer desde el punto de vista más psiquiátrico, que podamos intercambiar y consultarnos”. Hay enfermedades psiquiátricas “que puedes tener dudas o ver como una persona se va de un lado para el otro, por ejemplo, el trastorno obsesivo compulsivo”. Para la misma es importante tener a alguien para compartir criterios psiquiátricos. Y no es lo mismo que tenga una información “desde la terapia familiar que está bien tenerla pienso yo, que es la parte relacional, también los médicos generales pueden dar síntomas, ver los síntomas dentro de una globalidad para verlos desde la estructura de una persona o un diagnóstico, que los diagnósticos no son definitivos pero son orientativos”. El tener a una persona de la misma formación permitiría “aclarar las dudas”, “es para compartir porque a lo mejor tampoco se resuelve”.... Se añade que “en psiquiatría la gente no quiere ir a drogodependencias, ese es el problema”. Comentaba la psiquiatra que cuando se contrató a la Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria llevaban algún tiempo buscando un psiquiatra, y piensa que “los psiquiatras no quieren venir a drogodependencias, pero las drogodependencias son una parte de la psiquiatría”. En drogodependencias se ven “los trastornos de personalidad” y los psiquiatras “quieren ver psicosis, trastornos de ansiedad pero que no estén relacionados con el consumo de sustancias”. También es muy difícil trabajar aquí porque “la sustancia te enmascara cosas”. Cuando la psiquiatra tiene casos difíciles los envía a la Unidad de Patología Dual “para aclarar un poco las dudas, pero antes de crear ese recurso (2 años) no nos aceptaban los pacientes se puede decir, por ejemplo, tenían que ser psicóticos para que los ingresaran”. En dicha institución se observan sin sustancias, pues la sustancia complejiza el cuadro del individuo. (Doctora Muralla, 2009)

Otro trabajador social: se refleja como la carencia de profesional más importante y que fue resuelta después de mucha presión. Ahora el CAS cuenta con un profesional que hace de trabajador social a medio tiempo y de educador social a medio tiempo, que refuerza labor de la trabajadora social del CAS y la de las educadoras sociales. En este sentido, la bajas de la trabajadora social “nunca se cubrían aquí, ahora sí”. Entonces, “como íbamos tan colapsados nuestra jefa ha conseguido una vez más que nos mimen más que a los demás. Y cubren una baja de una semana cuando no la cubren en ningún otro sitio”. (Doctor Renato,

2009). A pesar de que el profesional anterior lo considera “un mimo” la misma trabajadora social lo considera como una necesidad, pues le afectaba directamente a ella, por ello su pregunta incesante ¿Quién cuida al cuidador? (Bimbela Pedrola, 1995), “Al trabajar con personas se agota uno rápidamente por el cansancio, el no poder más, aunque también pienso que somos un equipo bastante sano” (Miguelina G., 2009). Otra profesional (grupo I) considera que no es necesario incorporar más personas pues:

...la política es fagocitante, te come. No por ser más personas vamos a dar mejor calidad. Yo empecé sola de psicóloga, aquí ahora hay tres psicólogos. Ya los tres psicólogos nos dividimos el trabajo, enseguida mis compañeros se ven absorbidos por la demanda asistencial. Aquí casi todo el mundo que llega encuentra su lugar de trabajo porque es que hay trabajo. Si tú trabajaras aquí con nosotros también lo verías. Se ve que ya tienes material de trabajo... (Doctora Batalla, 2009).

Finalmente, para concluir este apartado y añadirle un toque de humor, uno de los profesionales (grupo II) plantea la necesidad de una figura diferente a la de los profesionales que les permita “aliviar el mal rollo; nosotros no dejamos de estar todo el día oyendo problemas de la gente y malas vibraciones y a veces tienes que sacarlas con tu compañero. Debería haber un chivo expiatorio, alguien que te ayudara a quemar esto” (Sergi E., 2009).

4.3.3. LOS PACIENTES Y SUS IDEAS... SEGÚN LOS PROFESIONALES

Hay otras personas y profesionales, según las narrativas de los terapeutas del Servicio de Drogodependencias en el cual se realizó la investigación, que han coincidido en representaciones colectivas sobre el CAS y el individuo que acude al mismo para tratarse, pues “el Servicio está asociado con que hay «malos», «toxicómanos». Se tratado de “normalizar y remover todas etiquetas puestas a la institución pero es un trabajo constante y que nunca termina” (Doctora Laia, 2009).

Esta estigmatización del individuo y de la institución hace que cuando la gente acude al CAS se quieren distinguir “yo estoy aquí, pero no soy como esos”, es un poco la idea que comentan en las visitas. Es clara la confrontación con el estigma cuando están dentro de la institución. Dicen “Uyyyyy ¿dónde estoy? ¿Cómo he llegado?”, asumen conductas y comportamientos del estar y no estar, como para invisibilizarse y pasar desapercibido. Consideran que no es tan problemática su situación “porque hayan consumido unos días, pero no soy como éstos que están aquí en la ventanilla tomando metadona. En seguida

empiezan a justificar que no pasa nada, empiezan a negar la verdad de que vienen por heroína, por cocaína... y que vienen solamente por tabaco”. (Doctora Laia, 2009)

Hay gente que se quiere distinguir porque a lo mejor el alcohol no lo ven como droga, aclaran “yo no tomo drogas, bebo” hay gente que hace esta distinción. Y también hay gente dice que la heroína es el demonio ¿no? “Uyyy, yo tomo cocaína, yo no me pincho como los junkies”. Hay gente que se ha quedado con la percepción de que los junkies que había en un momento sólo consumían heroína y que los que consumen cocaína inyectada no son junkies. Cuando la gente piensa en junkies piensa en todo los problemas que hubo en los años 80. Y ahora la gente piensa en un junkie de manera despectiva y dice “yo no soy un junkie” se hace referencia sólo a los heroínómanos. (Jaume A., 2010)

La mayoría no son conscientes de cómo se trabaja en el servicio, a no ser que vengan porque alguien les haya comentado algo. Piensan que “va a ser un castigo más de la familia y amigos” porque muchas veces van engañados al CAS y no saben dónde están. Un primer intento por parte de la trabajadora social es ubicarlos en la institución a la cual acude “y se encuentran con alguien que les entiende, les comprende y les apoyan y para ellos es muy importante” (Miguelina G., 2009). Los que llegan forzados por la familia, plantean afirmaciones como “Si, si yo lo que quiero es dejar de beber para que mi mujer esté contenta y no se vaya. Es que me ha dicho que si no dejo de beber se va de casa aunque sea cuatro días voy a dejar de beber para tranquilizarla pero ya veremos ¿no? (se ríe) (Miguelina G., 2009)

Otros vienen “a la fuerza ya te lo he dicho antes, unos vienen por orden judicial que es lo peor de lo peor, que vienen en una actitud muy combativa es como que lo obligan a venir aquí y yo no quiero estar aquí y me obligan y ahora usted que me va a decir, de qué?”. Son menos colaboradores y se encuentran en mayor indisposición “cuando vienen por forzados porque está en riesgo la custodia de los hijos. Estos ya vienen rebotadísimos, porque ya les han puesto los servicios sociales como condición que dejen de beber y los obligan a venir aquí a tratamiento”. Entonces, interpretan que en las manos de los profesionales está “el que ellos puedan tener a sus hijos o no, ya están claro a la defensiva, todo está muy bien, todo está muy bien y cuando me van a dar a mis hijos, como si dependiera de nosotros, pero tampoco es así”.

Otros usuarios piensa que los terapeutas tienen “una solución mágica o que se van a curar sólo con la medicación” (Doctora Muralla, 2009). Son variables las ideas “algunos llegan pensando eso que les darás unas pastillas o una receta de algún medicamento y a partir de

allí se curarán. (Rubí P., 2009) Esperan la visión más del experto que le dice: “tómese éstas pastillas, haga esto, deje de hacer lo otro. Pues en esto no cubrimos las expectativas cuando vienen a buscar este tipo de enfoque”. (Doctora Batalla, 2009)

Una pauta que se repite bastante es una cierta desconfianza por parte del interesado y quizás una exceso de confianza a veces por parte de los familiares del interesado, veamos como se ilustran los planteamientos:

Muchas veces la expectativa es, bueno hoy por fin nos han dado la visita, hoy por fin va a terminar el infierno del alcohol que hemos tenido hasta ahora. Va a ser una visita y después ya no beberá más y por supuesto esto no es así. La primera visita es con la trabajadora social y se limita simplemente a recoger datos, tomar la decisión de quien va a ser su terapeuta para empezar propiamente un tratamiento. Si es alguien que tiene una necesidad imperiosa de un tratamiento médico y farmacológico también se le puede dar el día de la primera visita, quizás con eso y si está muy motivado puede ser que deje de beber. Pero normalmente si además no se hace un trabajo psicoterapéutico puede recaer con relativa facilidad. En cuanto a los pacientes muchas veces la expectativa que tienen es un poco la complementaria a la que tiene su familia pues “llegar a un sitio donde me van a forzar, me van a obligar, me van a hacer algo para que yo no pueda beber”. Entran poniendo condiciones, un poco a la defensiva o escondiendo lo que realmente piensan, actitudes de cierta desconfianza. Entonces nuestra tarea en la primera visita es deshacer estos mitos, explicar claramente qué es lo que hacemos aquí, qué es lo que les podemos ofrecer, que es lo que no podemos hacer y cuál es la parte que podemos aportar nosotros para resolver el problema y cuál es la parte que le toca poner a ellos. Que si ellos no la ponen, nosotros no podemos hacer nada (Doctor Renato, 2009).

Ciertamente cuando analicemos los discursos de las personas con problemas de alcohol, veremos las experiencias de los mismos en cuanto a sus ideas del CAS al cual acuden para solucionar sus problemas con el consumo.

4.3.4. RECURSOS DE ATENCIÓN EN EL CAS, TERAPEUTAS Y OTROS SERVICIOS

Hay diversos planteamientos sobre la coordinación interna de los profesionales, aunque también algunos señalan cierta “descoordinación”; y la descoordinación con el resto de las instituciones pues, “cada uno va a su bola”, “descoordinación de la información” (Miguelina G., 2009; Jaume A., 2010). Consideran que faltaría una mayor coordinación entre los diferentes “departamentos sanitarios”. (Remei M., 2009). Se señala que a veces no hay “una coordinación más eficaz tanto dentro del mismo servicio como fuera de él, como los servicios sociales”. (Remei M., 2009). Se hace referencia al espacio de trabajo, “el que podamos tener una coordinación con los recursos externos más ágil y facilitadora”. Son mucha gente “en un espacio bastante pequeño, quizás sea lo que más cuesta de llevar”, esto

ya hace poco que lo han ampliado y estamos pendientes del hospital nuevo...” (Doctora Tecla, 2009). Se plantean mejorar el tener “más accesibilidad a las instituciones, que pudiéramos encontrar soluciones: documentación, pisos y otros recursos, le ponen tantas dificultades y pegas” (Miguelina G., 2009).

Cuesta coordinar con otros servicios, otras instituciones para la atención de los individuos: “hay personas que vienen a hacer tratamiento, seguimiento, es necesaria la coordinación con otras instituciones”, no hay una claridad “de a donde tienen que ir o puede recorrer”, la aspiración de la profesional sería “si nos bastásemos a lo mejor muchas cosas serían muy fluidas, hay instituciones de difícil acceso y coordinación”. Pero se necesita acudir a otros recursos porque hay personas con graves “dificultades sociales, que no tenemos suficientes recursos adecuados a la problemática que manejamos”, etc. (Miguelina G., 2009).

No se dispone de ciertos recursos sociales que a veces convendría tener... “si una persona en un momento dado tiene una dificultad física lo podemos ingresar en el hospital o atender el médico que le haga falta, ¿no?. Incluso cuando están ingresados en la planta si tienen problemas de drogas o ya es un paciente que nosotros conocemos, nosotros intervenimos...”. A nivel de trastornos de conducta, plantean un problema de coordinación con los servicios de psiquiatría, “nosotros no tenemos hospital psiquiátrico aquí”, pese a que existe un Centro de Salud Mental se hace referencia a una institución externa al Servicio con la que hay que coordinar la atención de los usuarios. La otra es la parte social, “la persona que tiene pocos recursos cuesta que puedan recurrir a veces a cuestiones básicas, por lo que se tiene que trabajar a nivel de servicio social”. (Doctora Tecla, 2009)

Dichos recursos son: comunidades terapéuticas, albergues, ayuntamiento... que son necesarias para las personas que están en seguimiento por los problemas de drogodependencias. Las comunidades terapéuticas son necesarias para desconectarse de la realidad material y hacer un trabajo más intensivo. Señala el profesional que las plazas de las comunidades terapéuticas son muy caras, aunque algunas están subvencionadas; las que están subvencionadas son menos caras, pero no gratis. Las plazas subvencionadas son limitadas en número, “de 40, 5 pueden estar subvencionadas, por lo cual la lista de espera suele ser de meses y meses”. Otros de los recursos son los albergues: porque hay pacientes que son indigentes, están en la calle, no tienen familia, “no tienen recursos y viene el invierno”, entonces, en la ciudad donde funciona el CAS “no hay ningún albergue”. (Doctor Renato, 2009)

En su día se habló de construir un albergue, “pero en vez de eso el ayuntamiento apoyó un proyecto de la Iglesia que se le llama la Casa de Misericordia”, que es una institución que “lo llevan sacerdotes de acuerdo a sus criterios y a sus ideas”. Y claro, el ayuntamiento “por mucho que haya estado apoyando, no puede obligarles a funcionar como un servicio público”. Por ejemplo, durante el trabajo de campo se tuvo conocimiento de los responsables de la residencia religiosa “hicieron llegar el mensaje de que no querían coger a nadie que estuviera en programa de metadona”. También se tuvo la información de parte de una de las personas que participaron en la investigación y que residía allí, Daniel M., quien tuvo que alquilar una habitación y salir de la mencionada residencia, me comentaba, “no puedo recibir visitas, no puedo cocinar mi comida... hay muchas normas para estar allí, pensaba que estaba en España pero me siento en África”.

Ahora volviendo al tema de que la residencia no quería acoger a una persona que estuviese en el programa de Metadona es:

...una cuestión de ignorancia, yo entiendo que no quieren coger a alguien que es un consumidor activo y que en un momento dado pueda tener un mal comportamiento, puede robar allí dentro o lo que sea, eso lo puedo entender. Pero estar en tratamiento de metadona no implica ser un consumidor activo, ni ser un ladrón. Todo lo contrario, haber iniciado un tratamiento, probablemente si era consumidor o ladrón, le habrá ayudado a dejar de serlo. Entonces, si llega a oídos de nuestros pacientes que están en el programa de metadona, que por el hecho de estarlo o por el hecho de estar tomando medicación que les prescribe un médico de aquí pierden el derecho incluso a refugiarse en la casa de la misericordia, ¿que van a pensar? ¡Oh, es un mensaje horroroso!. (Doctor Renato, 2009).

Entonces esto es una carencia muy grande “pero no de nuestro servicio si no a nivel de ciudad”, se ilustra con la oficina del ayuntamiento encargada del empadronamiento de las personas que viven en la ciudad donde funciona el CAS, la cual sólo garantiza las subvenciones y residencias a los que estén empadronados en dicha ciudad, entonces, las personas al no estar empadronados en la ciudad no les garantizas las plazas en comunidades terapéuticas, ni en las residencias y no sólo eso sino “tiene que hacer dos años que lo están en el momento en que hacen la solicitud para acceder a la plaza”. También excluye a personas que estan viviendo en la ciudad desde hace más de cinco años pero que “han llevado una vida un poco descontrolada, pueden llevar cinco años viviendo aquí pero nunca han pasado por el ayuntamiento a empadronarse y no les constan; entonces quedan fuera”, aparte de que con “nuestros gerentes en el ayuntamiento no hay tan buen rollo como antes”. (Doctor Renato, 2009).

Se requieren más recursos específicos para las personas con problemas de alcohol. Se refiere a “comunidades terapéuticas más específicas para las personas con problemas de

alcohol que no se mezclen con otros usuarios de drogas, que es un poco diferente del tema del alcohol”. De hecho ya hay alguna comunidad que trata solamente problemas de alcohol “en Egueiro hay un centro que es solamente para alcohol y otro para cocaína que también es una sustancia muy social”. Pero ¿está bien que haya comunidades donde vayan solamente personas con problemas de alcohol? Hay profesionales que expresan que no, pero quizás los años trabajando con la problemática de alcohol, hace que se vean como más normalizados, y no encajen en el resto de las comunidades terapéuticas, la profesional plantea que las pcpa “tienen más familia, necesita un periodo de tres a seis meses estar un poco alejados de su entorno para volver”. El régimen sería “un poquito más balneario, más cómodo, porque otras comunidades son muy duras, juveniles, donde hay muchos delincuentes, gente en situación con mucho deterioro social, donde ciertas personas con problemas de alcohol no se sienten a gusto”. Entrar en un centro es “como un pequeño paréntesis, hay comunidades más flexibles para gente que con estar tres meses fuera de su entorno es suficiente”. Otras comunidades terapéuticas que “requieren estar periodos muy largos, es como muy cutre el ambiente, la ventaja es que son de acceso gratuito”. Hay comunidades privadas tipo balneario para tratar problemas de alcohol, “pero son carísimas, para gente con mucho dinero”. Al no poder contar con esos recursos impide a las personas acceder a las mismas a menos que tengan recursos económicos, en los que estaría “con una duración intermedia entre la unidad de patología dual que es un periodo demasiado corto, cuatro semanas, y la comunidad terapéutica que es demasiado largo y donde además hay mucha mezcla de usuarios. Falta una cosa más adaptada a este tipo de pacientes”. (Doctora Batalla, 2009).



**¿QUIÉN ESCUCHA A LOS TERAPEUTAS? NARRATIVAS
Y EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS
Carmen Laura Paz Reverol
DL:T. 1708-2011

«Todos los hombres estamos hechos
del mismo barro, pero
no del mismo molde»

Proverbio mexicano

Una de las interrogantes que a menudo escuché entre los profesionales de la salud y terapeutas que atendían a las “personas con problemas de alcohol” y otras drogas, era ¿Quién cuida al cuidador?, ¿Quién nos escucha?; la pregunta era muy sugerente, pues yo quería escuchar a los profesionales. De ahí el título de este capítulo, que pone de manifiesto, por mi parte, mi disposición para la escucha y por parte de los profesionales, la extrañeza y a la vez comodidad de ser escuchados por una antropóloga. En esta pregunta de los profesionales es indudable la influencia de Bimbela Pedrola (1995) “Cuidando al cuidador”, que plantea la necesidad del cuidado de los profesionales de la salud. Se plantea con la escucha de los terapeutas su receptividad a participar en la presente investigación en la cual le manifiestan a la investigadora la oportunidad de ser ellos los escuchados, no de escuchar como siempre hacen con los usuarios que acuden al CAS.

Es necesario señalar que la escucha de la etnógrafa a los terapeutas fue bien acogida desde el principio, señalaba una de las profesionales con más antigüedad en el CAS "con esas preguntas tan abiertas que es cómodo de contestar pues por qué permites expresar muchas cosas, divagar, hay otros que divagamos demasiado, otros no mucho” (Doctora Batalla, 2009). Surgieron actitudes de extrañeza, pero más de aceptación:

Quieres que te diga una cosa, al principio me ha costado un poquito, la verdad. Como un esfuerzo que tenía que hacer, pero después me sentía tan a gusto hablando contigo, que sabes escuchar muy bien si eso es algo que te valoro, porque yo estoy acostumbrada a escuchar a los demás pero no que me escuchen a mí, eso me pasa tan pocas veces que me he sentido muy a gusto".

"...sabes escuchar y observar la realidad y eso es lo que hace un antropólogo me parece. Luego supongo que tú haces tus hipótesis y tus elucubraciones (se ríe). (Doctora Batalla, 2009)

A partir de la interacción investigadora-profesionales sanitarios se puede afirmar que el intercambio ha sido *adecuado*, basado en el respeto mutuo y la confianza, en palabras de Good, es “una conversación, una danza, una búsqueda del significado...” (Good, 2003). Se perciben como un grupo muy sólido y que se han ganado la distinción como un servicio de drogodependencias de referencia en Cataluña. Hay que distinguir esta interacción de las que comúnmente suelen tener los psicoterapeutas de «supervisión» que evoca “una relación jerárquica en la cual a los saberes de una de las partes se les atribuye un estatus de «súper» visión y la otra parte es sometida a esta super-visión en temas referidos a su trabajo y a su

identidad como terapeuta” (White, 2002:188). Por lo tanto, podían expresar lo que quisieran sobre su identidad profesional, grupal o institucional.

En tal sentido, conversaron con la antropóloga sobre su labor terapéutica, sobre las personas que atienden... parece pertinente hacer un paralelismo de su trabajo con la labor del sastre, pues una de las primeras metáforas que surge es la idea del “*traje a la medida*” para las personas con problemas de drogas; este planteamiento evoca muchas imágenes que se tratarán de plasmar en el texto. Sus narrativas evocan sus vivencias y experiencias en el Servicio de Drogodependencias, es el recorrido de muchos años trabajando con problemas de drogas que yo he podido recoger gracias a una metodología cualitativa que incluyó técnicas de recogida de información (entrevistas en profundidad, observación, observación participante) con los profesionales que laboran en dicho Servicio, y que están explicadas en el capítulo 2.

Desde el principio tuve un trato apropiado por parte de los profesionales del servicio, hubo una reunión de equipo para presentarles el proyecto de investigación, uno a uno se fueron sentando en la sala de reuniones (que a partir de entonces sería mi espacio privilegiado de observación). En sus rostros lo que leía era que les interesaba lo que les estaba presentando. Mis planteamientos fueron muy generales, al principio no tenía muy bien definidas algunas cosas en cuanto a la muestra. De la interacción con estos profesionales actores-sujetos de esta investigación surgió la categoría de “personas con problemas de alcohol”; pues en principio les denominaba “pacientes alcohólicos” y ellos me expusieron y demostraron lo inadecuado de esta denominación. Les agradecí sus observaciones, poco a poco fui aclarando cómo iba a ser el trabajo de campo. Me comprometí a cambiar algunas designaciones y aspectos de la muestra. Al final entre aclaraciones y sugerencias, uno de los terapeutas dice ¿Cuándo empiezas la investigación?, esa pregunta fue una bienvenida para mí. Le contesto decidida: “Si puedo, desde hoy”. En sus rostros lo que pude apreciar fue la aceptación y su cortesía.

5.1. ESPECIALISTAS DEL TRAJE A LA MEDIDA: LOS TERAPEUTAS SISTÉMICO-RELACIONALES

En sus trayectorias profesionales, los sastres/terapeutas han ido dotándose de las suficientes habilidades y conocimientos para ampliar su oferta en el campo de las drogodependencias, se resume en lo que llaman el protocolo biopsicosocial mediante el cual atienden cualquier problema relacionado con las drogodependencias. Los

profesionales vienen de distintas áreas de las ciencias médicas y sociales y además se coordinan con otras instituciones para atender las necesidades de la persona que acude a la institución. El Servicio de Drogodependencias, cuenta con un equipo especializado de profesionales para dar respuesta a las necesidades del usuario, en la medida de lo posible, tanto en situaciones multiproblemáticas referente a los tratamientos sobre las drogodependencias desde la perspectiva sistémico-relacional, como en aquellos casos en el que se encuentren implicadas varias partes: procesos judiciales, atención a la infancia, comunidades terapéuticas..., de allí la necesaria coordinación con otros servicios e instituciones.

Rosnay (1977), refiere que el enfoque sistémico es de carácter “transdisciplinario”, se considera “como una nueva metodología que permite reunir y organizar los conocimientos con vistas a una mayor eficacia de la acción”. Dicho enfoque subsume tres fuentes: la Teoría General de Sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación. Tiene varios representantes: Bertalanffy, (1979) Watzlawick, Paul et al. (1977), Rosnay, (1977), Bateson, (1993), entre otros. Lo interesante es la manera como el enfoque sistémico ha tenido aplicaciones importantes en la psicoterapia estudiando la dinámica de la organización familiar como un sistema; actualmente se habla de terapia familiar sistémica, como una manera genérica de mencionar a la perspectiva sistémica que se ocupa de las organizaciones humanas en general.

El enfoque sistémico aplicado a la terapia¹ se interesa así en las posibles modificaciones de los sistemas de relaciones, donde se dan relaciones simétricas (basadas en cierta igualdad) o complementarias (basadas en determinadas diferencias), hay varios autores que han aplicado a la psicoterapia el enfoque sistémico Bergman (1999), Linares (2007), White (2002), White y Epston (1993), Cunillera (1996), entre otros. No considerando disfuncional a ninguno de los dos tipos, salvo cuando se da una sola de estas formas (cronificación de la interacción) y no un permanente y necesario cambio. Considera la manera en que se modifican las pautas de relación en un sistema dado, la finalización de la utilidad de un sistema de relaciones específico y el paso a otros sistemas nuevos, la construcción de los

¹ La terapia generalmente se entiende como “tratamiento de una enfermedad, desorden, defecto, etc. por medio de medicinas o procesos curativos”. La anterior definición recogida en su texto por White y con la cual está en desacuerdo, pues según el autor, ya que no se consideran los problemas en términos de enfermedad, y no piensa que pueda relacionarse con la «curación» (White, 2008:31). Por mi parte, pienso que podría entrar en contradicción desde la perspectiva de las personas con problemas de alcohol que si está planteada en sus narrativas una creencia en una curación.

mismos, la modificación de la estructura familiar, de pareja, de relacionarse, las nuevas pautas de organización familiar, entre otros.

La clave de la intervención sistémica es introducir un cambio significativo en la interacción de los miembros de un sistema que haga innecesaria la manifestación sintomática de uno o varios miembros, es decir, que deje el individuo de manifestarse como el síntoma de malestar en la familia. Se trata como dice Bateson (1993:331) que “la familia como un todo –con el paciente incluido- debía modificarse”.

Borràs afirma que el modelo sistémico permite “una visión macroscópica sin olvidar lo particular, y facilita la intervención individual sin olvidar la globalidad”. (Grup Igia y colaboradores, 2008:108). Cunillera i Forns (2006:41) señala que el modelo sistémico constituye una visión actualizada sobre la visión global del abordaje con el alcohol. Tenemos entonces que el modelo sistémico “no se pregunta por las causas del alcoholismo, sino por las pautas y reglas que mantienen el alcoholismo dentro de un sistema familiar”. El modelo que se plantea es de tipo multicausal pues no considera que una causa implique un sólo efecto sino varios y “se mantienen si cumplen una finalidad que les de sentido” (Cunillera i Forns, 2006:42).

En este punto, quiero destacar que las explicaciones de los terapeutas y profesionales del CAS en el cual se ha realizado la investigación, explican desde su formación la terapia sistémica. Una de las educadoras sociales afirma, “Si, es otra visión, no es médica es social” (Esmeralda S. 2009), esta visión social permite hacer compatible el discurso de un equipo psicoterapéutico formado por trabajadores sociales, antropólogos, médicos, enfermeros, psiquiatras, psicólogos. Dichos discursos evidencian homogeneidad y también heterogeneidad frente al enfoque sistémico-relacional. El énfasis no está en el consumo de sustancia por parte de la persona sino en la problemática relacional que rodea a las personas. Tal como lo explica una de las psicoterapeutas:

...yo pienso que el problema no sea tanto las drogodependencias, yo creo que el problema está debajo, ¿no? que es cómo la persona se siente y hay personas que lo que hacen es consumir y a otras les duele la cabeza o otras lo manifiestan de otra manera. O sea que la sustancia es la punta del iceberg que se ve, que debajo lo realmente importante es que esa persona se puede ir sintiendo mejor en las relaciones con los otros (Doctora Laia, 2009).

La integralidad del enfoque sistémico es vista por los profesionales del CAS como ideal pues les permite hacer un abordaje caracterizado así:

... de manera integral, lo que pasa es que dependerá de lo que sobresalte en aquel momento, ¿no?. Si hay una patología orgánica y es una persona mayor con dificultades para entender que puede haber una relación más directa con una dificultad o una desarmonía familiar entrarás más por la parte orgánica y poco a poco intentarás entrar la parte más personal; hay

personas que no están (...) o no pueden o no quieren, entonces lo intervienes más desde la perspectiva orgánica, pero en lo que se pueda, intentamos intervenir a nivel psicopatológico o de base relacional (Doctora Tecla, 2009).

En la entrevista psicoterapéutica no se pone el acento en la sustancia sino en los aspectos relacionales de la persona, tal como uno de los profesionales (Grupo I) lo expresa cuando ya se deja de hablar del alcohol como centro del discurso, ya se puede pasar a hablar de otros temas que son los que producen dicha problemática:

...el tema principal pasa a ser qué es lo que me ocurre a mí o cuál es la pena o el dolor que arrastro y que de alguna manera estoy paliando a base de beber o de tomar drogas cuando se puede ir allí y hacer algo respecto a ese problema... hay una terapeuta sistémica italiana que ya falleció, muy famosa, Mara Selvini, que estaba especializada en temas de alimentación. Y que decía que la psicoterapia en temas de alimentación empieza a funcionar cuando podemos dejar de hablar de espaguetis y abordar los problemas de fondo, y esto es lo mismo: si podemos dejar de hablar de alcohol o de drogas, empezamos a hablar de lo verdaderamente importante (Doctor Renato, 2009).

Se parte de la idea que la búsqueda de la sustancia es un recurso paliativo para los problemas existenciales de la persona; en el discurso está presente el reconocimiento de que el individuo se automedica con algunas sustancias:

...nuestra visión que es que cuando uno empieza a abusar de sustancias es porque ya tiene problemas y está buscando recursos, soluciones o algo para poderlo aguantar, de forma quizás inconsciente, no quiere decir que la gente piense “yo tengo este problema y ahora voy a beber para pasarlo”. En general mucha gente sufre de conflictos internos aunque no tenga conciencia clara de lo que le pasa. Busca intuitivamente soluciones de este tipo de tomar drogas o de beber sin saber exactamente que los está buscando, como hacen algunos animales, los perros cuando enferman ellos intuitivamente saben coger las hierbas que tienen que comer para curarse ¿no? Y esto es así, creo que las drogas tradicionalmente, incluido el alcohol, una de las utilidades que han tenido a lo largo de la historia de la humanidad en todas las culturas es un efecto terapéutico para poder soportar el dolor y el sufrimiento. Y también, en algunos casos, una utilidad de tipo más espiritual o religioso, aunque aquí ya entraríamos en otro campo. (Doctor Renato, 2009)

Este profesional explica la no coincidencia entre el discurso del enfoque sistémico y el de las “personas con problemas de alcohol” y sus familiares, pues muchas veces son discursos no compatibles. El enfoque sistémico ha tenido aceptación porque no es culpabilizante, sin embargo, se observa que en los hechos estos dos discursos se superponen:

Los pacientes y sus familiares vienen con un discurso tradicional sobre drogas. Se corre el riesgo de acabar convirtiendo la psicoterapia en un discurso ideológico, en una discusión ideológica sobre si la persona es viciosa o enferma, y si la enfermedad es fisiológica o psicológica. Y esto tampoco es terapéutico. El esquema con el cual trabajamos lo tenemos que tener en mente, pero no es conveniente que nos pongamos a hacer apostolado ni a proclamarlo en las terapias. Tenemos que tenerlo en mente para trabajar con el esquema y la ideología que nos traen los pacientes y empezar a trabajar a partir de lo que ellos creen. Y a medida que avanza la psicoterapia irlo poniendo en cuestión, cuando los propios hechos que se van dando lo ponen en cuestión ante sus ojos. Cuando pueden ver que no es algo tan

simple (Doctor Renato, 2009).

Hace algunos años este enfoque sistemático-relacional no se enseñaba en las universidades; a pesar de ello muchos de los profesionales han ido preparándose paulatinamente e incorporándose al trabajo sistémico. Vale decir que en otros CAS se trabaja con el mismo enfoque o con otros: como el médico biólogo, el psicoanalítico, el cognitivo-conductual, el cognitivo constructivista y el determinismo estructural. No se detallará cada uno de los modelos pues ya han sido caracterizados por Cunillera i Forns (1996), por lo que ahondaré la caracterización del modelo sistémico-relacional a partir de los profesionales del centro estudiado. Una de las psicólogas clínicas explica los detalles de su vida académica y profesional:

Me gustó mucho trabajar aquí porque empecé a entrar en el modelo de lo sistémico, no lo conocía pues cuando estudié en la universidad no me lo habían explicado. Empezó a hablarse de otros modelos hace 25 años atrás. En psicología tradicionalmente sólo habían dos corrientes: la conductista, conductista, ni siquiera cognitivo-conductual que luego ya se ha ido puliendo un poco. Si no lo muy conductista y lo muy psicoanalista. Era muy dinámico, pero psicoanalista freudiano. Era todo como muy radical. La sistémica era como un punto medio y más global como una vista de pájaro que te permite ver los problemas de otra manera, bueno me sedujo bien (Doctora Batalla, 2009).

Vale apuntar que la formación que han recibido los profesionales en el enfoque sistémico-relacional es el que procede del Hospital Sant Pau de Barcelona, donde hay una Unidad de Psiquiatría y un grupo de “sistémicos” que los ha ido formando, uno de los autores claves de dicho enfoque sistémico es Juan Luis Linares². Desde el enfoque sistémico-relacional se trabaja en un contexto de terapia familiar, pues se considera que la persona “es el síntoma de la enfermedad de la familia”, esta idea es compartida por todos los profesionales que trabajan en el CAS, tal como lo explica una de las profesionales (grupo I):

Trabajamos en un contexto de terapia familiar y yo me imagino que he bebido un poco del contexto de aquí, aunque a mí me gusta también trabajar la parte individual, pienso que uno debe interaccionar las dos cosas, individual y familiar. Porque sí que es verdad que cuando la persona tiene un problema se puede trasladar hasta la familia y al revés cuando la familia tiene un problema se puede trasladar al individuo. Pero según cómo este la persona se lo toma de una manera o de otra. (Doctora Muralla, 2009)

El tipo de intervención que se hace consiste en encontrar “cuál es la función que tiene el síntoma «alcoholismo». Se plantea ayudar a la persona que bebe y a su familia para “organizar otras pautas relacionales que permitan a todos los miembros interactuar de manera más autónoma y sana”, (Cunillera, 2006:31) que de alguna manera permitan ayudar

² Linares es Psiquiatra y Psicólogo Social, jefe de la Unidad de Psicoterapia del Hospital Sant Pau de Barcelona. Uno de los libros de sistémica que ha hecho Linares se titula *Identidad y Narrativa* (2007), texto que aporta, junto con Cunillera i Forns (2006), las explicaciones más avanzadas sobre la terapia sistémica.

a resolver el problema o a minimizarlo en lo posible. De esta manera, el planteamiento del alcoholismo pasa de la dimensión individual a la dimensión familiar, en la cual “cada uno de los miembros tiene un papel activo en la resolución de un problema que atañe a todos” (Cunillera i Forns, 2006: 44).

Como el equipo psicoterapéutico tiene la formación en terapia sistémica-relacional y es el modo de trabajar en el CAS, el discurso va calando en el resto de los profesionales que no están formados en sistémica, pues al tener reuniones conjuntas y compartir la información, el resto del equipo social y de enfermería hace el discurso suyo:

...los terapeutas en las sesiones de los jueves también nos muestran casos, entonces también vemos un poquito como funciona la terapia sistémica pero claro, a veces hablan de conceptos que si no estás un poco metido en lo que es no lo pillas mucho, pero bueno también a base de repetir se avanza en los conceptos, en las relaciones cómo funcionan, pero bueno pinceladas (Topacio M., 2009).

La formación en drogas y en sistémica fue a la par, entonces el CAS también subsume varios enfoques y perspectivas. Borràs afirma que “es posible integrar fácilmente los denominados Programas de Disminución de Riesgo”, que permiten resituar “la relación del individuo con la sustancia, otorgando al adicto la corresponsabilidad en la definición de los objetivos de cambio que quiere alcanzar, ya que en terapia sistémica siempre se codefinen los objetivos” (Grup Igia y colaboradores, 2008:108).

5.2. EL ARTE DE HACER “TRAJES A LA MEDIDA”: DEFINICIONES DE LOS TERAPEUTAS SOBRE LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS, SÍNTOMAS Y CAUSAS

La definición de alcoholismo y/o “las personas con problemas de alcohol” (pcpa), las causas u orígenes y los síntomas, desde la perspectiva de los terapeutas, permiten dar cuenta de la complejidad de las narrativas relacionadas con estos aspectos. Todos los profesionales coinciden en la dificultad para definir el alcoholismo, tal como señala de manera jocosa una de las psiquiatras del centro “el alcohol riega bien algunos terrenos” (se ríe) (Doctora Martínez, 2009). Es una definición que todo el mundo da por entendida pero cuando toca definirla se dan muchas aproximaciones desde el lenguaje científico hasta el más popular, por eso se propone a partir de Good (2003:11), la consideración de que “la ciencia médica es en parte una formación ideológica”. A partir de esta consideración, es imperioso realizar estudios socioculturales de los sistemas médicos que permitan a la

antropología médica ocuparse no sólo de las cuestiones referentes a biología y cultura sino "del sufrimiento humano, y de los rituales para afrontar los trastornos y peligros que puedan acechar a la persona, y, por lo tanto, de la investigación de la experiencia humana y de los cimientos existenciales de la cultura" (Good, 2003:11); desde esta perspectiva se abordan los discursos tanto del profesional sanitario como de las pcpa.

Desde la terapia sistémica se ha definido la enfermedad relacionada con el alcohol como:

... [es] el síntoma que expresa una disfunción relacional entre el sujeto que bebe y el resto de los miembros de la familia permaneciendo en el tiempo, precisamente porque cumple una función que mantiene el equilibrio familiar. (Cunillera i Forns, 2006:31)

La mediadora intercultural sanitaria del CAS, profesional de origen magrebí, nos aporta una definición a partir de su experiencia en el centro y de su país de origen:

...es muy difícil, sería hablar con prejuicios ¡sabes! Bueno es una persona que tiene un problema. Un problema, que necesita ayuda bueno desde la percepción de aquí y desde la percepción de una mediadora que ha vivido aquí. Desde la percepción de gente de Marruecos es un *delincuente* que si tiene que recapacitar debe ser él mismo ¡vale! (Abir, 2009)

Desde el enfoque sistémico-relacional, otra de las profesionales (grupo II) llega a la siguiente definición:

Para mí es una persona... no me gusta cronificar las cosas, hay personas que necesitan mucho más tiempo que otras para mejorar, ¿no? ...hay personas durante determinados momentos de su vida que las cosas no acaban de funcionar bien y no acaba de encontrar la manera de salir de allí, lo que hace es consumir... no tanto que el problema está en la botella, ¿no? sino que el problema para mí está en qué le pasa a esa persona que tiene que beber... (Doctora Laia, 2009).

En los profesionales, hay convergencia de planteamientos al poner en cuestión la idea que avala un "...discurso este de alcohólico para toda la vida ¡todo esto!... Prefiero hablar de personas, de personas que tienen determinados problemas en momentos de su vida y las acompaño para que puedan estar mejor". (Doctora Laia, 2009). La persona que se le etiqueta como "alcohólico" se instala en ese estado de permanencia, es decir, es "alcohólico para toda la vida" y no produce ningún cambio en su vida.

Hay definiciones que identifican el malestar y el sufrimiento como factores explicativos en el mantenimiento de la situación de las "personas con problemas de alcohol"; su padecimiento se explica como un "síntoma que evidencia un conflicto interno o algún otro tipo de problemas". En este sentido, los profesionales (grupo I) señalan: "...son personas que tienen problemas con el alcohol pero que detrás hay una problemática social, económica, familiar que causa sufrimiento, malestar, algo... que para poder soportar el dolor, el sufrimiento, empieza con los consumos que no son dañinos y los va

incrementando”. (Miguelina G., 2009). Entonces, debajo de la sustancia subyacen toda una serie de problemáticas de la persona que hacen que se refugie en la misma, ya que:

... para mí los problemas con el alcohol son síntomas del malestar. Y el malestar puede ser debido a muchísimas causas. El malestar asume muchas veces el síntoma de una disfunción familiar. Las hipótesis que siempre nos hacemos los psicoterapeutas es: ¿qué ha podido pasar en esta familia para que una persona se encuentre tan *mal i beba*, porque a veces es incluso una cuestión generacional. Desde los abuelos se ha ido transmitiendo un *mensaje*, muchas veces inconsciente, que puede llegar a la persona afectada. Por ejemplo, si un abuelo se suicidara y eso la madre del paciente que es la hija del señor que se suicidó, lo viviera con mucha vergüenza y con mucho miedo y con mucha depresión, puede que haya hecho que el paciente haya crecido con un ambiente de mucha protección de mucho miedo; y sea una persona pues en el fondo muy insegura de sí misma, y que haya recurrido al alcohol pues para coger seguridad. Fíjate, un poco simplificando ¡eh!, Depende como haya tenido la infancia esa persona, si fue a un colegio donde lo estimularon y le hizo coger seguridad o todo lo contrario; si lo tenían un poquito marginado pues eso aún acentuaba más esa inseguridad. Y luego bueno su pareja, ¿Qué relación ha establecido de pareja?, si ha sido una relación más o menos igualitaria, muy descompensada o muy dependiente de una pareja más fuerte que él, y ha buscado seguridad a través de la pareja. En muchos aspectos normal, pero todo depende del grado, puede crear una persona muy neurótica o muy insegura que en un momento de su vida puede tener el alcohol como un refugio, ¿no? (Doctora Batalla, 2009).

Su interpretación permite articular al individuo con la sustancia y el contexto que es lo que puede situar la problemática subyacente, que será diferente, para cada caso. La enfermedad de las “personas con problemas de alcohol” es planteada por todos los profesionales desde una perspectiva de “diagnostico a partir del consumo: como trastorno de abuso o de dependencia” (Doctora Batalla, 2009). Dicha enfermedad “...se manifiesta con una conducta, una conducta que suele aparecer en forma de dependencia o en forma de abuso, cuando la persona está haciendo un mal uso que comporta un riesgo para la salud y que puede repercutir a nivel sociofamiliar. (Doctora Muralla, 2009).

Cuando la vida de la persona gira alrededor de la sustancia “...la persona que tiene problemas con el alcohol es una persona que necesita esa sustancia; que se levanta y pues... una cerveza, ese carajillo que lo necesita”. (Topacio, 2009). El planteamiento de los profesionales médicos (grupo I), se perfila en la definición de “alcoholismo” y la estigmatización para las personas:

...seguramente no voy por la parte más científica... digamos que a nivel de valoración del alcoholismo es cuando se plantea que hay una dependencia directa al alcohol, pero que muchas veces no hace falta que haya una dependencia física como se describe en los manuales DSM-IV³, por ejemplo, ¿no?. O en el CIE-10⁴, yo diría que es mucho más amplio, que toda aquella persona que comporte o tenga problemas relacionados con el consumo de alcohol, independientemente de la cantidad o que sea una dependencia, por el sólo hecho de

³ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV de la American Psychiatric Association.

⁴ Es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (versión en español).

tener problemas ya lo podíamos plantear, el alcoholismo. Pero al mismo tiempo, a veces no me gusta hablar de alcoholismo porque genera una etiqueta con una estigmatización que a veces no es conveniente pero bueno nos entendemos cuando hablamos de alcoholismo, tenemos que usar un lenguaje común de todos modos (Doctora Tecla, 2009).

La palabra alcoholismo genera una etiqueta estigmatizadora, por lo tanto en los abordajes se procura cambiar el discurso de la persona, que se refiere a sí misma como "alcohólico/a" y que acude por ese problema, se llama por su nombre; explica una profesional (grupo I) "...cuando tratamos a cada individuo intentamos individualizarlo en cierto modo, y si vienen personas con una gran etiqueta o estigmatización, intentamos cambiarla, ¿no? Porque a veces le da identidad que tampoco es conveniente" (Doctora Tecla, 2009).

Una de las enfermeras formula una definición a partir del saber de los usuarios, quienes distinguen entre el alcohol como sustancia sedante que socializa y la heroína que es una sustancia sedante que aísla:

Pero si me resulta muy difícil, personas con problemas de alcohol... a ver el alcohol es una sustancia sedante, por lo tanto pienso que la persona que consume alcohol viene por qué es la única sustancia que tiene a mano que es la más accesible y por lo tanto consume alcohol por este motivo. *Es una sustancia sedante, pero que sociabiliza.* Esto me lo hizo notar un paciente... que había sido consumidor de heroína y actualmente era consumidor de alcohol... Él me hizo notar esta diferencia, "si pero la heroína es una *sustancia sedante que te aísla* y en cambio el alcohol es una sustancia sedante que te sociabiliza y que ayuda a relacionarte con el grupo. Es cierto hay gente que prefiere esta sustancia precisamente porque les ayuda un poquito a relacionarse con la gente. Los más introvertidos pueden hacer más amigos... son personas normalmente yo creo que con carencias muchas veces, carencias afectivas, emocionales, gente que han tenido pérdidas o que no han tenido la afectividad que necesitaban y ya está. (Rubí P., 2009)

A partir del enfoque sistémico-relacional no se hace referencia a los "aspectos más médicos de la enfermedad" que pueden visualizarse a partir de analíticas, o con una buena información sobre "la cantidades ingeridas al día". Desde un punto de vista psicoterapéutico se analiza "más como un síntoma que como una enfermedad en sí" pues lo interesante es "reconocer los problemas que hay debajo de ese problema de alcohol" (Doctor Renato, 2009).

Las causas u orígenes del padecimiento de las personas con problemas de alcohol es muy diversa, en el caso de los magrebíes, señala la mediadora intercultural, "hay quienes dicen que es por qué se han separado de un ser querido, de una pareja, por ejemplo, o por la soledad, porque le tocó ir a trabajar a otro sitio, o por la mala compañía". En su experiencia como mediadora intercultural atendiendo a hombres de origen magrebí, cuando indaga sobre las causas, generalmente "le echa la culpa al otro, que tenía mala compañía. Son ellos que me han enseñado algo, son ellos que me han hecho eso ¡vale!". En ninguno de los

discursos de sus coterráneos aparece la asunción de responsabilidad al respecto, dice “ninguno verbaliza que es responsable, siempre es el otro o alguna circunstancia le ha llevado a hacer esto” (Abir, 2009).

Desde el enfoque relacional las causas son siempre sociales, ambientales, familiares, o genéticas pero no de manera determinante:

Son varias: Si pensáramos que fuese genético yo pienso que representaría que nunca se va arreglar. Yo siempre digo a saber hasta dónde llega la genética y dónde empieza el ambiente familiar. Puede que una persona tenga una base genética que lo puede predisponer pero el desencadenante es el ambiente en el que tú vives, por ejemplo, si tu padre bebe o si tu madre bebe lo acabas normalizando y bebes o puede ser lo que decíamos antes que esa persona se encuentre depresiva y coja la botella y beba, ese caso es individual. En definitiva, los factores pueden ser genéticos, psicológicos, psiquiátricos, ambiente familiar y luego los individuales de cada persona. De hecho hay muchos trastornos de personalidad que beben (Doctora Muralla, 2009).

Las causas aunque sean miles, desde esta perspectiva, siempre tendrán que ver con lo familiar y relacional, cuyo factor siempre será de riesgo porque impedirá ver las cosas claras. La manera de evadir el problema a nivel familiar ha sido esconderse tras una sustancia y no expresar ni resolver el malestar, también señala la psicoterapeuta que hay diferencias por género y que pueden ser múltiples "de mil colores", "no hay una causa que se repita en todos", "las causas pueden ser miles", pero lo común suele ser "historias detrás de malestar en las familias":

- 1) Pueden ser desde que la persona normalmente ha nacido en un entorno que no le han podido dar aquellas cosas que la persona necesita para tirar para adelante.
- 2) A veces se repite, a menudo que hay familiares con problemas de alcohol u otras drogas. Hay padres que han bebido; algunos que han bebido u otros problemas mentales. La persona ya crece en un entorno donde ya se bebe o ya la manera de solucionar las cosas se utiliza el beber como una manera normal de estar, eso ya es como algo normal.
- 3) Hay personas que en un momento dado se encuentran mal por lo que sea casualmente se ponen a beber, se sienten bien en ese momento y lo repiten. Lo repiten porque pues hay cosas de la vida, estaban yo que se tristes, cabreados, alguien les invitó a una copa o la pidieron ellos, se sintieron en ese ratito bien y como esto me ha sentado bien en ese momento voy a repetirlo, ¿no?....
- 4) las personas consumen porque no han encontrado la manera de compartir, que tienen una preocupación como podemos tener todos en la vida, lo único que a lo mejor pues en esa familia no se ha podido compartir porque no ha habido las personas o si las ha habido han sentido que era culpa suya y ha dicho no lo puedo contar o vergüenza porque cómo voy a contar eso si se enteran les voy a fallar... y a veces también por no cargar a un familiar pues a veces también uno hace que todo está bien y se va a beber, se va beber porque en la casa todo está en orden, ¿no? hasta que deja de estarlo evidentemente.

Investigadora: ¿Qué diferencia hay entre el hombre y la mujer?

Doctora Laia: La diferencia quizás es que la mujer en general suele beber más a escondidas y en casa, es una bebida más de encierro en casa, bebo dentro de casa, normalmente cuando ya pasa el tiempo los demás se enteran porque es evidente que la persona o se cae o se hace daño, pierde la consciencia pero es un beber más a escondidas. Y el señor porque

socialmente está más permitido, también hay señores que beben en casa a escondidas, ¡eh!
Pero suele ser más habitual desde mi experiencia el que puedan ir a un bar porque eso es algo
como habitual. (Doctora Laia, 2009).

El tema de vergüenza es común a ambos, hombre y mujer "eso lo encuentras en todos
lados" según la profesional de la salud, es decir, según su experiencia va más allá del género.
Pero destaca que "el tema de la vergüenza y esconderse en la mujer está como más
presente", es como si la mujer "tuviera más capacidad de disimular que todo está bien. Pero
bueno tampoco quiero generalizar, eh!" (Doctora Laia, 2009)

La misma psicoterapeuta señala causas más sociales en cuanto al sufrimiento de las
personas con problemas de alcohol pues vivimos en una sociedad que "no enseña que
cuando uno está mal" hay que expresarlo, que cuando alguien se muere "no hay que llorar,
que no es que vas a llorar toda la vida pero cuando alguien se muere hay que expresar si
estas triste", como si estuviese mal visto que si alguien se muere "no tienes porqué ponerte
triste... te puedes poner triste ya dejarás de estarlo". También las convenciones sociales
"imponen el estar bien y no dejamos que las cosas sucedan, estamos mal y luego gracias a
eso podemos volver a estar bien". Se presenta la no expresión, la negación "como si las
cosas negativas las tuviéramos que borrar", entonces, "mientras más tapamos una cosa más
sale, ¿no?". Queda como resultado que no se saben canalizar las emociones "si no puedes
expresar el enfado entonces lo vas a expresar de otra manera, ¿no?" (Doctora Laia, 2009).

Una psicoterapeuta refiere el aspecto más de autoatención de las personas que tienen
problemas relacionados con las drogas, pues en los problemas relacionales que presentan,
suelen acudir al alcohol u a otra droga como "sustancia autotratamiento":

Aquí decimos que el consumo de la sustancia es un poco la punta de iceberg, la medicación
es el alcohol o la sustancia que genera problemas pero que en definitiva el problema de base
acostumbra a ser otro, ¿no?, generalmente relacional, de dificultades relacionales y procesos
psiquiátricos de base a veces, pero no necesariamente. Y que el alcohol está como sustancia
autotratamiento, no, por decirlo de algún modo (Doctora Tecla, 2009).

Emerge otra de las causas, que asertivamente ha definido una de las psicoterapeutas, esto
es: el "alcoholismo por ostracismo"; el negarse como persona, necesita la sustancia para
relacionarse y para enfrentarse a los problemas o para escapar de ellos:

...¿las causas u orígenes? es que pueden ser pufff muchas, desde un niño muy exigido, a ser
un marido que no tiene ni voz ni voto, a tener mucho estrés y necesitar desconectar, a ser
una persona tímida que necesita beber para poder relacionarse y se le ha ido de las manos; a
no querer implicarse en nada y si quiero me desconecto, hay muchas causas (Doctora
Valeria, 2009).

...A ver, a veces se ven pacientes con antecedentes familiares de padres, tíos,... con
problemas de alcohol, en las historias que hacemos aquí si que va saliendo alguna vez en
alguno. Entre las causas, dificultades para afrontar cosas, con el alcohol puede enfrentarse a

personas y a diferentes problemas. Con el hecho de beber que no te acuerdas en el momento de las preocupaciones (Doctora Norma, 2009).

Entre las causas no hay que negar el mismo sufrimiento, decepciones tal como lo señala una de las trabajadoras sociales “No sabría definirlo... sufrimiento, insatisfacción, decepcionado, estrés postraumático”; señala el caso de una mujer que trabajaba en el Aeropuerto de R. y estuvo en el momento que se rumoreaba que había una bomba en el aeropuerto y “desde allí no controla la bebida (papel de sufridora)” (Miguelina G., 2009).

Se incluyen causas genéticas pero sin mucha certeza. Lo curioso es que es una de las educadoras sociales la que hace referencia a estas causas, lo que hace más interesante su puesta en escena porque instruye sobre un discurso menos orientado desde el modelo sistémico:

...bueno no sé si es cierto, pero pienso que es un poco genético también, pero esto me lo estoy sacando un poco del bolsillo, supongo que hay personas que tienen más predisposición que otras, a lo mejor también más que genético es un patrón también, padres, abuelos, historias familiares ya de alcohólicos de cuarta generación... pero bueno pienso que es más siguiendo un patrón y algún componente genético pienso que también puede llegar a tener con certeza no lo sé; y también bueno es una droga socialmente aceptada es mucho más fácil ser a lo mejor alcohólico que cocainómano si es que se elige, que tampoco no creo que sea algo que se elige. (Topacio M., 2009)

A pesar de los esfuerzos por darle una explicación desde la perspectiva sistémica relacional, se entretejen discursos tendentes a la generalización, a pesar del rechazo a hacerlo, cabe destacar la siguiente afirmación:

...Ah, es que depende no, cada caso, *cadascú es cadascú*, cada caso es diferente... es gente que desde jovencito ha empezado a beber, no se, que la familia tenía ya tales bebedores, que es algo habitual o pues estos señores que se han separado de sus mujeres, que están solos, que se lo pasan el día en el bar y al final van perdiendo muchas cosas, que han quedado sin trabajo, que tienen mucho tiempo libre, que no lo ocupan en ninguna otra cosa que no sea... también en este sitio había mucha gente que había tenido accidentes laborales y a raíz de los accidentes laborales había tenido bajas muy largas en las cuales habían aumentado mucho los consumos de alcohol que igual si que hacían porque la mayoría trabajaba una hora, a veces han trabajado una vez pero también hay que no han trabajado nunca pues ya venían de familias muy desestructuradas que siempre han estado consumiendo, también hay mucha gente que es lo que te decía el el otro día que antes eran de heroína, han dejado el consumo de heroína y se han pasado al alcohol, entonces también se juntan éstas. (Esmeralda S., 2009)

Aunque hay causas relacionadas con lo psiquiátrico, lo central y generalizable desde esta perspectiva es el malestar de la familia y de las relaciones sociales:

Lo que ves a nivel psiquiátrico, es el síntoma de malestar, ejemplo, bebedor, es muy impulsivo, tiene muy poca autoestima, tiene un estado de ánimo depresivo, tu vas viendo los síntomas a nivel psicopatológico luego hay que ver porque esa persona está depresiva.

⁵ Expresión en catalán, en castellano se traduce por “cada uno es cada cual”.

Entonces, hay que conocer su historia, pues a lo mejor en el contexto de la familia, la madre ya era una depresiva o funcionaba con todo el contexto, los hijos son pesimistas, personas que han crecido en un ambiente en el que los padres le disminuyen la autoestima, se lo disminuyen sin darse cuenta. No fortalecen el niño y aquel niño se ha ido criando así, se desarrolla y se desenvuelve en la vida como una persona normal aunque que tiene unas carencias, piensa ante esto no podré y se puede desencadenar un estado de ánimo depresivo o ansioso y como consecuencia bebe. Lo que hay detrás de los síntomas siempre es otra cosa, es ¿cómo has llegado al síntoma ese?. (Doctora Muralla, 2009)

...la causa siempre es la misma, alguien con el consumo de cualquier sustancia creo que la utiliza para paliar el malestar que tiene interno ¿no? Y no encuentra otra manera de hacerlo que esa. Con la sustancia consiguen más o menos hacer una vida normal de la gente que consume. Las causas son estas, hay que buscarlas en el entorno familiar que se han tenido y en las circunstancias sociales que se encuentra. Claro según el entorno familiar que hayan tenido, si han tenido que recurrir a un modo de hacer algo para estar mejor, si tienen acceso una sustancia o tienen acceso a otra cosa, pues pueden tener acceso a otra cosa. El contexto social condiciona si es una sustancia o si es otra, si a lo mejor puede ser otro tipo de conductas (Rubí P., 2009).

Todos los discursos tienden a buscar las causas u orígenes en “una disfunción en el entorno familiar y social” (Doctora Batalla, 2009). Una perspectiva diferente de las ya propuestas es la ligada a lo lúdico y a las fiestas, es el gran “quitapenas”, “aliviador de penas”, "refugio":

...aquí en España hay un consumo histórico y folklórico del alcohol, cuando hay fiesta familiar o tradicional va muy ligado al consumo de alcohol, ya desde las instituciones que lo permiten e incluso a veces lo promocionan. Hasta sirve de refugio a nivel social, para salir con los amigos o mucha gente lo utiliza para aliviarse las penas. ¿El origen me preguntas? Folklórico, familiar, social y de evasión. (Sergi E., 2009)

A veces definir causas u orígenes fue complicado para los profesionales; una de las enfermeras señalaba: “sería lo mismo preguntar ¿por qué las personas padecen? Los motivos son muchísimos y depende a la vez de cómo sea la persona” (Remei M., 2009). Otra de las reflexiones de una de las psicoterapeutas, “a ver, ¿es causa o consecuencia?, no sabes qué es primero el huevo o la gallina: ¿bebes para olvidar o olvidas porque bebes?”. Pero hay una conexión con el contexto de la persona que “sustenta al problema desde sus inicios o de forma posterior lo está manteniendo”. Cabe preguntarse entonces si “¿el entorno es un factor de inicio o un factor de mantenimiento?”. La causa será muchas veces ¿familiar, social, biológica?. (Doctora Batalla, 2009). La respuesta a este planteamiento da cuenta de causas biológicas y sociales:

Pues causas variadas, las del entorno pesan mucho yo pienso. No quiero descartar las *causas biológicas*. Según el quehacer científico es verdad que heredamos todo hasta el color de los ojos, la piel; por qué no tenemos que heredar también factores de personalidad y tendencias a la adicción y de hecho se está estudiando. Genes que predisponen a la adicción más que otros. En el día que nos podamos hacer estudios genéticos todos y te digan: “Oye tú no te fumes ni un solo cigarrillo pues tienes un gen adictivo a la nicotina que en cuanto fumas te enganchas y no lo dejas”, pues ya lo sabrás; pero hoy por hoy no puede ser. Tenemos una predisposición genética a engancharnos más o menos a unas determinadas sustancias que

nos “regulan” algo dentro nuestro, unos al alcohol, otros a la nicotina, otros a la heroína, otros a la coca, al hachís...Y eso lo sabemos.

Y bueno causas sociales y causas biológicas, sin duda alguna. De todas maneras para lo biológico tiene que haber un caldo de cultivo de lo social, lo del entorno. Así una persona puede tener una genética muy predispuesta a la adicción pero si vive en un entorno donde sus posibilidades de acceso a las sustancias no existen, y el entorno que le rodea es mucho más estimulante, pues probablemente nunca llegará a tener problemas de adicción, aunque tengan la genética predispuesta ¿no?. (Doctora Batalla, 2009)

Los síntomas de las pcpa se presentan cuando se hacen dependientes y su vida gira alrededor de la sustancia, deja de hacer cosas importantes para poder abastecerse, ingerir y estar “colocada”, tal como señala el siguiente discurso:

Cuando ves a una persona que quiere dejar de beber y no puede. Yo siempre les digo que no depende tanto de personas que beben cada día y no tienen ningún problema que cuando quieren no beben. Hay personas que beben los fines de semana pero no tienen problemas pero que el problema es cuando uno quiere parar y no puede. Cuando piensa demasiado en que tiene que ir a buscar alcohol o cualquier droga y deja de hacer otras cosas. Deja de ir a trabajar, deja de atender su cuidado personal o deja de atender a los hijos porque lo importante es el momento de ir a buscar el alcohol. Es cuando el alcohol empieza a ocupar mucho tiempo, vale, que a veces pasa cada día como te explicaba antes y a veces pasa pues solamente los fines de semana. Que la decisión sería que uno no puede parar y no estamos hablando de un consumo que uno haga cenando, comiendo, vale. (Doctora Laia, 2009).

El síntoma básico es el malestar con uno mismo, la persona “se siente mal, nerviosa, porque es rechazada, no se siente bien consigo mismo ni con la sociedad, con los que conoce”. (Abir, 2009). Otros síntomas tienen que ver con la pérdida de control de si mismo en las relaciones con los otros: “empiezan a faltar en el trabajo, a que en la familia en la relación es cada vez más negativa, a que la pareja cada vez está más cansada, no aguanta más, un distanciamiento, estar bebiendo y llegar a casa a dormir, a no hablar, no comentar, tiene que esconder lo que ha bebido, a engañar”. Otro de los síntomas “es que engañan, pero se ve enseguida; a negar lo evidente. Son síntomas que te permiten darte cuenta de que la persona tiene problemas en el trabajo, llegar tarde, por el cansancio”. Cuenta también la edad, según la psicoterapeuta, pues “no es lo mismo la resaca de 25 años que una resaca a los 40. Cada día cuesta trabajar y cumplir, a los 40 ya una resaca cuesta más, pierde el trabajo y eso genera una problemática mayor”. (Doctora Valeria, 2009).

Hay también síntomas físicos y síntomas relacionales según la trabajadora social; el primero hace referencia al “síndrome de abstinencia” y el segundo de tipo relacional es verbalizado cuando “le dice al especialista para dejar de beber, pero no es sólo eso, detrás hay toda una problemática, problemas judiciales, el ambiente de casa es muy malo”. (Miguelina G., 2009).

Las educadoras sociales refieren los síntomas más físicos “Hombre, claro que los

manifiestan: dificultad en los movimientos, en el hablar, en la falta de coordinación, a lo mejor incluso en la respiración, estar más acalorados, incluso yo que sé, depende de la persona puede estar más agresiva”. Cuando acuden al recurso dispuesto como Centro de Calor y Café los comentarios más comunes por parte de los monitores y educadores suele ser “Oh ¿pero cómo vienes así? No, sólo me he bebido una cerveza; pero esa una cerveza son a lo mejor tres cervezas”. Considera que “tienden a minimizar su propio problema cuando ellos saben perfectamente que beberse tres cervezas a las nueve de la mañana quizás es una barbaridad” (Topacio M., 2009). Es reiterativo lo del síndrome de abstinencia en el discurso de las educadoras y trabajadores sociales, como síntoma se circunscriben a lo físico y en algunos casos a lo emocional “necesitar beber por la mañana sino tienes delirios, temblores, malestar, ¿no? o el necesitar o asociar cada vez que hay problemas con la bebida, pues esto es también un síntoma, ¿no? no saber gestionarte emocionalmente”. (Esmeralda S., 2009).

De igual manera hay explicaciones de los psicoterapeutas circunscritos en los síntomas físicos y biomédicos “Como médico te diría las arañas vasculares, el enrojecimiento de piel el color es muy característico, las hepatitis, cirrosis...” (Doctora Norma, 2009) y en algunos casos sociales:

Depende del grado que tenga cierta incoordinación, que no hable claro, o sea hablar farfullando, también marcha inestable, según el grado de intoxicación. Al principio simplemente está desinhibida. También se puede notar por presentar un síndrome de abstinencia, cuando la persona te dice que por la mañana tiene que tomarse una copita para dejar de temblar o para quitarse unas náuseas, es debido a la falta de alcohol. La gente que viene por el tratamiento ya se suelen definir a sí mismo con la etiqueta de alcohólico. Ellos vienen aquí aunque alguno es traído por la familia sin tener él verdadera conciencia, a lo mejor lleva bebiendo años, y la mujer le está diciendo “oye pienso que a lo mejor tienes problemas con el alcohol”, o el jefe le ha dicho “oye si no dejas de beber te despido”; entonces vienen así, otras veces van al médico se hacen un análisis de sangre y se encuentran con un hígado inflamado, entonces le recomiendan que venga aquí (Doctora Muralla, 2009). Normalmente llegan cuando ya ha habido algún problema, generalmente porque hay una patología orgánica declarada, muchas veces es cuando ingresa por una descompensación del hígado que se plantean tratamiento o que uno mismo vea que se le va de las manos. Claro que las derivaciones también son muy diversas, hay personas que el alcohol no es el problema pero sí que él lo vive como problema en un momento dado que se le va de las manos. Lo podemos utilizar para que haga el tratamiento pero el problema es otro. (Doctora Tecla, 2009).

Otro de los síntomas tiene que ver con las depresiones “el síntoma más común es de depresión, casi siempre detrás de una persona con problemas de alcohol hay una persona deprimida, esto sugiere la posibilidad de repensar, a partir de los discursos de los pacientes,

el "sufrimiento social"⁶ de las pcpa, pues el tipo de "alcoholismo depresivo" formulado por los terapeutas se repite constantemente no sólo a partir del personal sanitario, sino de los "pacientes". En la sintomatología expuesta es interesante ver la manera cómo culturalmente le transmiten al terapeuta los síntomas relacionados con su problemática existencial:

...depresión la mayoría, depresión, ansiedad asociada a la depresión y muchos somatizan, psicopatizaciones ¿no? "Tengo un nudo aquí", "es que tengo un peso aquí", "me duele aquí", "noto unos dolores" muchas somatizaciones "me duele la tripa", "es que tengo unos ahogos" y te das cuenta de que están somatizando la ansiedad del malestar que tienen.
...una consecuencia de la depresión es el aislarse, el costar abrirse....Muchas veces no está reconocida está depresión. "Pero bueno si a mi no me pasa nada" y cuesta mucho que te hablen realmente de lo que les pasa. Cuando consigues crear ese clima de confianza y te empiezan a explicar lo que les pasa o lo que les pasó hace mucho tiempo y descubres que han intentado negar la realidad. Una barrera allí para que no les haga daño, hablando con el tiempo levantan esa barrera y dejan de negar y te explican cosas que les ha pasado. Pues aflora realmente un estado de ánimo realmente muy triste y una sensación de pérdida, que hace que las personas tengan una baja autoestima, mantienen una depresión. Y eso está relacionado con situaciones que pasaron, traumas, golpes que da la vida que no te los esperas que a lo mejor en su momento no los pudiste elaborar bien. En definitiva, hay a veces como un estado de duelo constante que se lleva, ¿no? Y bueno parte de la terapia es poder trabajar esto, poder hablar del duelo e intentar trabajarlo. El duelo está allí, pues las pérdidas están allí, sea de lo que sea de personas, de valores, de estatus, de país. (Doctora Batalla, 2009)

El malestar con los otros y en las relaciones con los otros es uno de los síntomas más expuestos desde la perspectiva sistémica-relacional:

Claro, ya depende de cuál sea el trastorno de fondo. Es decir, los síntomas generales relacionados con el alcohol o sustancias puede ser más o menos los mismos o parecidos. Hay quien es más agresivo, hay quien se encierra más en sí mismo pero el tema de beber demasiado, beber cuando no toca, en situaciones arriesgadas todo eso, lo puedes encontrar en pacientes muy diversos de los que atendemos. Luego ya en función de lo que le haya llevado a esa situación aparecerán otros síntomas de otros trastornos, dependerá del trastorno que sea. Entre los traumáticos pueden aparecer síntomas disociativos, pueden aparecer recuerdos muy vívidos, prácticamente como alucinaciones del hecho traumático. O en otros casos, las cosas no son tan floridas. (Doctor Renato, 2009).

Los terapeutas, como actores sociales, nos ofrecen un abordaje de las drogodependencias desde el enfoque sistémico relacional, las definiciones de la enfermedad, las causas u orígenes, los síntomas y los tipos de personas con problemas de alcohol. Hemos puesto de relieve la riqueza de los discursos y experiencias del personal biomédico y social en dicho dispositivo durante el trabajo etnográfico. En tal sentido, a pesar de que los profesionales,

⁶ Sheper-Hugues (1997:184) señala que "la estructura de los sentimientos individuales y colectivos y la percepción del cuerpo personal se da en función de la posición y el papel que se juega en el orden técnico y productivo". Entonces, las tácticas mentales/corporales de los "otros" son etiquetadas como "desviantes, patológicas, irracionales o inadecuadas". La autora explica la función de las «somatizaciones», a partir de Kleinman, A. como "un mecanismo de defensa por lo general mal adaptado y bastante primitivo que implica la utilización del cuerpo en la producción o exageración de síntomas como una forma de expresar sentimientos negativos u hostiles.

para evitar procesos de “etiquetamiento” hablan de los pacientes como “personas con problemas de alcohol (pcpa)”, en sus narrativas cotidianas se colaban algunas designaciones prefiguradas y que son cuestionadas en el ámbito más “formal”, podían entonces referirse a “el/alcohólico/a”, “el de alcohol”, “el de coca”... Una de las profesionales (Grupo I) señala que hace dos años atiende a pcpa, pero que lleva más tiempo atendiendo “heroína y coca”, y señala el cambio de su visión con respecto a las pcpa:

...el paciente de alcohol lo disfruto mucho porque me siento cómoda, pienso que es un paciente como muy agradecido también. El de coca es más duro... Ahora hace dos años te hubiese dicho con los de alcohol nooo. Ahora no te sé decir con quién me quedo, es que son gente que sufre mucho y en silencio, que traga, traga y traga y no puede explotar, personalmente debe ser que me siento atraída a este tipo de gente. (Doctora Valeria, 2009)

Una de las profesionales (Grupo II) plantea sus temores al iniciar su trabajo en el CAS, “lo más negativo pensé que podían ser los pacientes, si eran agresivos...” pero afirma como fue cambiando su idea anterior:

Aunque con los meses aprendes a ver otras cosas por debajo de la agresividad... Quizá esa persona cuando era niño tuvo problemas con los padres, que la vida a lo mejor lo ha conducido a ser así, claro ves la historia y dices a lo mejor si me hubiera pasado a mi no hubiera podido soportarlo, lo ves de otra forma. Entonces cuando vine aquí, bueno tampoco era para tanto, si son agresivos si pero eso está en todas partes. (Doctora Norma, 2009)

Se plantea que siempre hay un motivo por el cual la persona bebe y porque tiene un problema de base que induce a buscar la sustancia:

...esta persona tiene algún problema, si bebe es porque algo le pasa, nadie se mata por gusto, a ver. Yo siempre digo si nos queremos la vida, si nos queremos a nosotros mismos no nos hacemos daño. La persona que se está haciendo daño continuamente, como es bebiendo alcohol, es una forma de hacerse daño continuamente por qué no sabe que se está dañando cuando está con una hepatitis y está hecho polvo físicamente y siguen bebiendo, claro se ve que se están matando. No lo hacen por vicio, ni porque se lo pasan bien, ni porque no, algo pasa, se está autoagrediendo y matando porque algo pasa, es poder ver esa parte de que algo le está pasando a esa persona. Hay que ver qué es lo que le pasa para que esté allí matándose de esa manera, ya es otro punto de vista. (Rubi P., 2009)

Al acudir al CAS, la trabajadora social se encarga de resituar a las pcpa con la pregunta ¿usted sabe donde está? Porque en muchos casos la familia lo trae engañado o acude al CAS con miedo, inseguridad, puede preguntar “si lo encerrarán” pues la familia previamente lo sugestionaba diciéndole a la pcpa que lo encerrarán. Otros vienen obligados por procesos judiciales, generalmente “temas de violencia doméstica” o la familia lo trae obligado. Hay quienes llegan “desmarchados y cascaditos” porque se encuentran físicamente mal, “deteriorados, con el hígado hecho polvo” (Miguelina G., 2009).

5.3. TIPOS DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL

Al preguntar sobre los distintos tipos de pcpa, hubo negación en algunos casos, y en otros resistencia a elaborar una tipología. Señalan que se pueden atender los casos de manera individualizada y el modelo sistémico "rehuye un poco el tema de diagnósticos, etiquetas... si que para poder entendernos con otros técnicos y otros modelos, hemos desarrollado también una cierta tipología" (Doctora Tecla, 2009). Según una de los terapeutas (grupo I):

...basándonos en ese punto de vista no puedo darte una definición de lo que es un alcohólico, porque no hay un alcohólico, hay muchos alcohólicos diferentes en función de cuál sea su problema particular aunque por fuera sea lo mismo, por fuera lo que se ve es que bebe demasiado y que está teniendo problemas por este motivo. Lo que nos lleva a eso pueden ser circunstancias muy diversas en cada caso ¿no?... El modelo sistémico, que es un modelo en el que normalmente intervienen las familias y se tienen en cuenta aspectos contextuales. Incluso te diría que la concepción muchas veces es que hay una enfermedad familiar y el paciente *es el síntoma que pone en evidencia ese conflicto* que si no se vería de otra manera, entonces, solemos trabajar muchas veces con familias (Doctora Tecla, 2009).

Para definir esta problemática no se deja de lado el resto de las sustancias por lo que se habla de compartir el alcohol con otras sustancias, llamada "politoxicomanía" y se ofrece una tipología:

...pues podría hacer mil definiciones. ¿la gente que exclusivamente toma alcohol estás preguntando? Pues hay tanta gente que comparte alcohol con tantas otras sustancias. De los que vienen exclusivamente por alcohol te podría poner varios modelos: el joven que hace un consumo el fin de semana y más así, de festivo; los demás son alcohólicos de años, son imágenes que me vienen así a la cabeza. Después podríamos dividir en mucha gente que físicamente necesita beber por la mañana en el trabajo, cuando bebe no rinde en el trabajo y por la noche bebe mucho, como no salga a beber pues imagínate. Como en todos los sitios ofrecen alcohol, es difícil compartir sin alcohol (Sergi E., 2009).

Uno de los aportes fue obtener la tipología de Cancrini (1991) a partir de uno de los profesionales, que lo convierte en una interesante relectura del autor, con aportes a la tipología por parte de un psicoterapeuta. Cancrini (1991) habla de cuatro tipos de pacientes: los traumáticos, los neuróticos, los psicóticos, los sociópatas, y el psicoterapeuta añadiría un quinto tipo basado en su larga trayectoria en las drogodependencias que no encajan en los cuatro tipos de Cancrini y que tiene que ver con la depresión, sería un "alcoholismo depresivo, que no corresponde a ninguna tipología de las que te vengo comentando, tampoco tiene un nombre así, pero entre nosotros le llamamos *alcoholismo depresivo*". (Doctor Renato, 2009). Esta propuesta sería aplicada no solamente al alcohol, sino a todas las drogas "bueno, sería compatible con todas las sustancias en teoría, porque se corresponde a una estructura familiar. Pues igual como a uno le ha dado por tomar alcohol para ahogar su sufrimiento a otro le ha dado por tomar otras drogas". De este modo "el

perfil suele corresponderse a personas ya de una cierta edad, quizás hasta los 50 o más, pues son más de la generación de alcohol que de la generación de otras drogas”. Van confluyendo en la categoría “personas que encajen más o menos en ese esquema y que tomen otras drogas pronto. Por ejemplo, los heroinómanos de los años 70 hoy están llegando a los 50 muchos” (Doctor Renato, 2009). Pero veamos los tipos de Cancrini (1991): traumáticos, neuróticos, psicópatas, sociópatas a la luz de la descripción del psicoterapeuta:

En parte nos hemos basado en Cancrini, un psicoterapeuta italiano que en su día estableció una tipología pensando exclusivamente en heroinómanos de la Italia de los años 80, pero la tipología que estableció se puede ampliar o puede encajar también con otro tipo de pacientes de los que tenemos aquí, entre ellos los alcohólicos, entonces según esa tipología habrían como cuatro tipos, quizás cinco, aunque en su tipología Cancrini habla de cuatro, que serían:

1) *Los traumáticos*: serían aquellos que a partir de algún hecho traumático que han vivido han desarrollado su toxicomanía, su alcoholismo como reacción. El caso de los traumáticos es compatible con haber tenido una buena infancia, que todo esté bien pero que en algún momento dado quizás en la edad adulta pasas por una situación difícil, dura, de las que te puedan generar un estrés postraumático, por ejemplo, ser víctima de una violación, de torturas, de cosas así, y desarrollarlo a partir de allí, o bueno, simplemente que se muera alguien muy importante para ti y que tengas que superarlo. A partir de allí se puede empezar a desarrollar un problema de alcoholismo. Otros tipos serían:

2) *Los neuróticos*: que éstos tendrían que ver más con determinadas condiciones ambientales vividas en la infancia. Básicamente con haber sido víctima de lo que llamamos triangulaciones manipulatorias, que es una pauta de relación intrafamiliar en la que, por ejemplo, uno de los progenitores sistemáticamente, no un día o alguna vez, sino sistemáticamente suele manipular algunos de los hijos hablándole mal del otro progenitor... Esto puede dar lugar de adulto una estructura neurótica, aunque esto en psicología es un concepto que ya no se utiliza en muchos modelos, pero que para entendernos entre profesionales de modelos diferentes aún se utiliza. Una estructura neurótica es compatible con diversos trastornos y también con trastornos de toxicomanía o alcoholismo ¿no? Digamos que serían personas que estarían como siempre dudando, atrapados en dilemas imposibles, sería el de "mañana lo dejo", "está bien ya se acabó, mañana lo dejo", pasa mañana, pasado y todo sigue igual.

3) *Los psicóticos*: esto también tendrían que ver con unas determinadas condiciones ambientales en la infancia, con haber sido víctima de alguna triangulación, pero en este caso la manipulación no sería de tipo manipulatoria... sería de tipo desconfirmatoria, es decir, uno de los progenitores no habla mal del otro en forma directa sino que hace comentarios sutiles que al otro le pueden hacer pensar en conflictos, pero además, si llega un momento en que ese niño interviene intentando ayudar al progenitor que le parece que es el bueno, el que le ha estado lanzando esos mensajes sutiles, esté progenitor la respuesta que le da es algo así como ¿de dónde sales tú? ¿De dónde has sacado esto? aquí no pasa nada, estás equivocado... Entonces, aunque no recuerdo quien inventó el concepto, se habla de *antiantipsicóticos*, es decir, sustancias para contrarrestar los efectos secundarios de los antipsicóticos. Entonces se hacen adictos al café o al cigarrillo, al alcohol y en algunos casos a la cocaína. Sustancias que de alguna manera contrarresten los efectos de la medicación que toman, de este tipo no vemos muchos porque normalmente los psicóticos suelen visitar el centro de salud mental general. Pero muchas veces cuando toman alcohol y otras drogas nos lo mandan aquí. Aclaro... esto puede ocurrir pero no necesariamente. Pues siempre habrá más posibilidades de que salga adelante con más o menos buena salud mental, que no que desarrolle un

trastorno. Este fenómeno (de sobrevivir en circunstancias adversas) se llama *resiliencia*⁷ y se da en todos los seres vivos...

4) *los sociópatas*: aunque no se ajusta conceptualmente o que no es exactamente lo mismo, sería el equivalente a los psicópatas o a lo que viene recogido en el Manual de Psiquiatría DSM-IV, como trastorno antisocial de la personalidad. Básicamente a lo que se refería Cancrini más que a un trastorno concreto es a los delincuentes o personas que viven en un ambiente delincencial. Entonces, esto suele relacionarse con una infancia en la que ha habido carencias de todo tipo. Ha habido negligencia por parte de los padres o malos tratos o algún tipo de abandono. Chicos que a lo mejor se han tenido que espabilar sin ningún tipo de orden ni moral más que por el beneficio en un momento dado. Por supuesto este tipo suele tomar alcohol, otras drogas o lo que pilla.... cuándo es el momento puede engancharse a lo que sea con mucha facilidad y rapidez, pero también pueden dejarlo con mucha facilidad y rapidez por su cuenta, sin mucha ayuda, cuando es un buen momento para ellos, por ejemplo, muchos al entrar en prisión dejan las drogas (a pesar de que hay mercado negro también allí)... (Doctor Renato, 2009).

El quinto tipo aportado por el terapeuta, los "alcohólicos depresivos", no aparece recogida en la tipología de Cancrini, pero si aparece señalada por un psiquiatra alemán Gaupp, quien caracterizó el síndrome "por la aparición de ataques durante los cuales, después de una fase de cambios de humor, aparecía un deseo irresistible de ingerir alcohol, seguido de excesos alcohólicos que iban acompañados o conducían a un pérdida de la consciencia que duraba horas, días e incluso semanas". Uno de los síntomas de esta enfermedad era "la depresión periódica" (Gaupp citado por Estes, Heinemann, et al. 1989:56-57). En la experiencia relatada por el profesional describe:

...a nosotros nos aparece un quinto tipo que no acaba de encajar con ninguno de los otros cuatro y que tendría que ver con otras determinadas condiciones en la infancia. Básicamente con unos padres que se llevan bien entre ellos, pero que, sin embargo, como padres lo hacen mal. Entonces, esto puede dar lugar a desarrollar trastornos tipo *depresión* mayor. Y esto a veces se relaciona con ciertos tipos de alcoholismo, por ejemplo, la típica ama de casa que bebe a escondidas por la vergüenza y todo eso. Detrás de esa forma de beber, muchas veces hay algún trastorno de tipo depresivo. O el señor, digamos, de una cierta edad, que aún no tiene edad de jubilarse pero que se ha quedado en paro y no acaba de encajar en el mundo laboral y no sabe muy bien encontrar su lugar fuera de él, y empieza a acostumbrarse a ir a beber al bar. Casi sin darse cuenta empieza a beber más y más.

Casi todos los que tenemos encajarían en una de estas posibilidades. Este esquema no se ajusta necesariamente a la realidad, no deja de ser una metáfora, una forma de hablar. Pero este esquema nos ayuda a entender mejor a quien tenemos delante, con quien estamos tratando y nos sirve para hacer intervenciones o explicitar hipótesis delante de los pacientes que a veces nos hacen casi aparecer como astrólogos o adivinos (Doctor Renato, 2009).

También se hace referencias a tipologías más clásicas utilizadas en la psicología y psiquiatría, pero finalmente lo abordan desde el enfoque sistémico-relacional, lo que permite visualizar la intersección de discursos:

⁷ Forés define la resiliencia como "la capacidad de un grupo o una persona de afrontar, sobreponerse a las adversidades y resurgir fortalecido o transformado". (2010:25)

...yo hace años estudie los diferentes tipos de alcoholismo, la tipología de Jellinek, decía que hay unos que consumen para desinhibirse, que me parece que era aquella clasificación de alfa, beta, gamma. Otros que son ocasionales, otros tienen dependencia física y psíquica. Habría unos tipos de alcoholismo que este autor señalaba. El Dr. Alonso Fernández que también señalaba otros tipos... pero eso no dice nada para mí, porque es verdad que hay gente que consume ocasionalmente, hay gente que tiene dependencia física y psíquica, hay gente que sólo la tiene psíquica porque ves que no necesita, por ejemplo, una desintoxicación, no hace síndrome de abstinencia. El tema no es si consumes o no consumes, el que está consumiendo para mí está enmascarando algo, el hecho de consumir es una manera de expresar, está expresando un malestar (Doctora Muralla, 2009).

Otra de las tipologías clásicas fue la realizada a partir de DSM-IV o Manual de Psiquiatría, de la que los psicoterapeutas hacen una interesante relectura:

...bueno estamos hablando de alcoholismo, el síntoma principal y evidente que motiva la demanda. Consiste en un uso inadecuado del alcohol. De acuerdo a los criterios del DSM-IV, el Manual de Psiquiatría por excelencia, el más utilizado y reconocido en el mundo, en el que yo no creo, pero en el que debo basarme muchas veces para trabajar, tendríamos cómo cuatro posibilidades con problemas de alcohol, 1) el abuso de alcohol, 2) la dependencia del alcohol, 3) la intoxicación por alcohol, y 4) la abstinencia por alcohol. 1) El abuso del alcohol: sería un uso excesivo, inmoderado y peligroso del alcohol, que se da de vez en cuando, no de una forma continua y cotidiana. Hay personas que durante la semana no beben nada y en fin de semana beben demasiado. Conducen bebidos y se ponen en situaciones de riesgo, esto es un ejemplo de abuso de alcohol. 2) la dependencia del alcohol: serían pues personas que toman alcohol de forma también peligrosa, arriesgada, que puede llegar a ser dañina para la salud y que toman cotidianamente. A menudo las personas dependientes del alcohol, no pueden dejarlo de golpe sino con ayuda farmacológica. 4) Síndrome de abstinencia al alcohol que llamamos delirium tremens, que es bastante peligroso, incluso más peligroso que el de la heroína. Por lo tanto, hay que vigilarlo y hay que tratarlo farmacológicamente. Normalmente, aquí lo que vemos entre nuestros pacientes es abuso y dependencia. Porque cuando alguien viene con criterio de dependencia se le dan los fármacos adecuados para que no desarrollen el síndrome de abstinencia. Por último, 3) la intoxicación por alcohol pues se entiende que es un hecho puntual en un momento dado un día o quizás sólo aquel día o quizás no, pero digamos aquel día esa persona ha bebido demasiado y ha llegado a un punto que quizás pueda peligrar su vida o ha hecho un coma etílico. Esto se suele ver en los servicios de urgencias, tampoco aquí. Estos serían cuatro que reporta el DSM-IV que son las cuatro posibilidades de problemas con el alcohol (Doctor Renato, 2009).

En muchos de los terapeutas hay discursos de resistencia a no establecer tipologías, incluso se ha cuestionado la pregunta que realiza la investigadora ¿Cuáles serían los distintos tipos de personas con problemas de alcohol?. Señala uno de los profesionales que la pregunta es como de "prototipo", como si el interés fuese establecer una tipología determinada, pero lo interesante fue el resultado de los discursos, finalmente obliga a dar cuenta de una tipología que entra en contradicción con el mismo enfoque sistémico-relacional que no pone el peso en la sustancia solamente sino en la problemática relacional de la persona que hace que se refugie en una determinada sustancia. Por ello la puesta en escena con la metáfora del "traje

a la medida” o el “menú a la carta” da cuenta de que a cada persona un tratamiento según lo requiera.

No obstante, se instruye sobre un discurso que oscila entre la igualdad/diferencia e inclusión/exclusión, pues cuando afirma una de las profesionales (grupo II) que las personas que tienen problemas de drogodependencias "son un problema para la sociedad" de alguna manera da cuenta de que siguen existiendo discursos bastante conservadores. Veamos:

...todos van en el mismo saco, para no tratar a nadie diferente. No se diferencia entre uno que consume hachís, alcohol o, por ejemplo, drogas. Son todos consumidores que no cuidan su salud ni su sociedad. “*Son problema para la sociedad*”. (Abir, 2009).
“No utilizo ninguna clasificación, pero yo personalmente no me gusta etiquetarlos”. (Doctora Valeria, 2009).

A mi entender aquí no hacemos diferencias de esto. Cuando yo les hago una visita sí que preguntamos qué cantidad toma y la frecuencia, todo esto lo preguntamos y valoramos si necesita una derivación y/o tratamiento pero no especificamos el tipo. (Remei M., 2009)

A nivel de hacer una radiografía o una imagen general, no me atrevería a hacerlo, puede ser una sintomatología diferente está claro. No sería capaz de decirte si los pacientes son iguales, para mí es difícil crear un *prototipo de paciente*, pues si estás afuera mirando puedes decir, "sí, todos son iguales". Si te sientas a hablar con las personas te das cuenta de que las situaciones, los problemas son igual, ahora las experiencias sociales y culturales son diferentes pero acaban teniendo un problema similar. Y lo resuelven de manera diferente, no hay un prototipo obvio, sino muchísimos prototipos. Y tampoco tiene un protocolo para trabajar con ellos... Hacer tu trabajo con la persona, teniendo cuidado de que no se bloquee, se te bloquea y pufffff. Pero no hay una manera de buscar un prototipo ni porque se vistan igual, se entiende contigo pero con el otro no. *Yo creo que me haces una pregunta muy de prototipo, teniendo en cuenta que el paciente de heroína muchas veces bebe alcohol también y viceversa*. Y no es la sustancia sino la problemática que tenga él detrás que haga que se refugie en una sustancia o en otra. (Sergi E., 2009)

Una distinción encontrada por una profesional que trabajó en Atención Primaria y actualmente labora en el CAS, hace una diferenciación entre los pacientes que acuden a la atención primaria y los al CAS, y también ilustra algunas diferencias en los abordajes en ambos niveles de atención en la red de Salud Pública:

...yo digo que se ve muy diferente desde aquí, yo he estado en atención primaria antes de entrar aquí, en atención primaria la visión también es muy diferente. Alcoholismo se utilizaría para la persona que abusa del alcohol, como una enfermedad. Lo único que quizás cuando estaba en atención primaria, lo basaba mucho en el tema del alcohol, de la droga en sí. Y desde que estoy aquí lo veo de otra forma, que a veces el abuso del alcohol se ha producido por problemas familiares, de trabajo, otras cosas que lo ha llevado a buscar una cosa para salirse de los problemas que llevase, que a lo mejor no es tratar la desintoxicación del alcohol que veíamos antes sino tratar el problema de base y solucionar también lo demás. (Doctora Norma, 2009).

Otro de los tipos que surgen es lo que actualmente se llama Patología Dual que explican los problemas mentales y de toxicomanías que puede tener un individuo, también las personas que consumen día a día, por temporadas, o que tienen un acontecimiento en su vida infeliz

y los que tienen una larga trayectoria de consumo. En fin, muchos tipos y muchos pronósticos, dos profesionales señalan según su experiencia:

- 1) *hay personas que tienen un problema psiquiátrico de base* que lo que hacen es consumir para encontrarse un poquito mejor pero que el problema principal... puede ser una depresión, ansiedad, un problema psicótico de base, que son las que más consumen alcohol u otras drogas. (Doctora Laia, 2009) Y lo que sería la Patología Dual que acompaña este trastorno. La otra patología sería el trastorno de personalidad subyacente o trastorno clínico. Así podemos hablar de una persona con un trastorno de personalidad obsesivo que bebe, de un trastorno de personalidad paranoide que bebe o un trastorno de personalidad esquizotípico. De esas personas tan raras que beben. Digamos que ya son trastornos de personalidad o trastornos clínicos que puede haber y que paralelamente tienen una adicción, la del alcohol. Clasificamos tanto en relación a la sustancia como en relación al trastorno psicopatológico. (Doctora Batalla, 2009)
- 2) *Las personas con trastornos de personalidad* que también utilizan las sustancias, son personas que tienen un problema que también pesa mucho y que al juntarse con el consumo son dos. Pero que a mi me gusta separar el alcohol y punto. Yo entiendo que el alcohol tiene que ver cómo calma la depresión, la ansiedad, éstas cosas, ¿no?. Luego de personas que beben, hay muchos tipos de personas que beben cada día y no pueden parar.
- 3) *Hay personas que están temporadas sin beber* que son más compulsivos pero a lo mejor están dos semanas o meses sin beber, luego hay una historia y pierden el control de manera muy rápida, pero no beben de manera continua sino a temporadas.
- 4) *Hay personas que tienen una vida más normalizada* y que tienen un bache en su vida, que puede ser una separación, la muerte de algún familiar o un cambio de vida porque llega a los cuarenta, por ejemplo, y que en ese momento de crisis los procesos de verse mayor y están contestones, pues no sabe cómo va entrar a eso, son personas que más o menos están normalizadas pero que en determinados momentos de su vida una cosa les afecta mucho y pueden beber, se queda allí y ya está.
- 5) *Luego la típica persona que lleva bebiendo de muchos años* con patologías más graves.
- 6) *La persona que puede utilizar el consumo en un momento dado*; tengo este problema lo soluciono y ya mi vida sigue más o menos normal.
- 7) *La persona que está peor a nivel psicológico* y que a menudo cuando se encuentra mal recurre a la sustancia pero no una vez cada mil años, sino de manera más habitual.
- 8) *Hay un tipo de personas como más graves*, más enfermas, pero por la situación que tienen ellos de base, la situación familiar, la situación social, necesitan un acompañamiento de muchos más años.
- 9) *personas que tienen a lo mejor un trabajo, una vida más o menos normal* vienen aquí por una crisis puntual y luego ya se les acompaña en eso, se les soluciona y continúan bien; es la gente más, digamos, con problemas puntuales y con problemas que se repiten más, que son las que suelen estar más tiempo aquí. Por ejemplo, en un problema de dependencia, en un momento difícil, si la cosa va funcionando se les acompaña y ya está.
- 10) *personas con problemas que beben [al mínimo problema]*, hay problemas con los hijos beben, hay problemas en el trabajo vuelven a beber; pero eso está normalmente asociado con una persona tiene menos recursos para tirar adelante y que necesita más ayuda o más tiempo, ¿no? (Doctora Laia, 2009)

Como pudimos ver aparecen como diez tipos según la experiencia de dos de las terapeutas. Para enriquecer la tipología consideramos importante la incorporación de un criterio que aportan los terapeutas, que observan grandes diferencias en las personas basadas en si tienen recursos o no para “tirar adelante”, pues en esa medida podrán salir de la problemática o al contrario se irá profundizando el problema:

...no es lo mismo una persona que tenga un entorno familiar que lo entiende, que le acompaña, que tenga un trabajo, que una persona, por ejemplo, que está durmiendo en la calle, que ha perdido a toda la familia porque la familia también tiene problemas o porque la

familia se ha cansado de él, no es lo mismo tener que solucionar una cosa; “bueno tengo un problema de alcohol, pero tengo un trabajo, la familia me acompaña a terapia, me comprende, me ayuda” no es lo mismo que una persona a lo mejor está solo o sola, no tiene a lo mejor donde dormir, no tiene un trabajo que mantener, no tiene a lo mejor dinero para hacer frente a eso o la familia se ha cansado de tantas repeticiones o simplemente en la familia hay más personas con problemas y no están para ayudarlo, pues no es lo mismo... entonces el tratamiento se hace mas largo o menos... [a partir de si tienen más o menos recursos] (Doctora Laia, 2009).

También es necesario distinguir a las personas que están en situación de riesgo y exclusión social pues han sido abandonadas por su familia y tienen todas las relaciones sociales deterioradas. Se distingue de la persona que tiene “más recursos” como un techo para vivir y una familia pero con malestares relacionales entre los miembros. Se plantea diferente para los que viven en la calle, quienes tendrían “menos recursos” y son muy estigmatizados, pero a la vez el “grupo de alcohol”⁸ es percibido como “unido” pues viven en masías o casas de campo en condiciones deplorables.

Hay unas características proporcionadas por la educadora social (Grupo II) sobre el referido grupo de alcohol: "son acogedores", "viven en las casas abandonadas o masías", "cuidadores" con el grupo, "cobran una pensión por enfermedad", pueden tener "temas judiciales", este tipo de persona es descrito de la siguiente manera:

Si, si, hay distintos tipos de alcoholismo, el alcohólico que está en la calle y casi dirías que es normal que beba en esa situación que tiene, y está la gente que hace abusos del alcohol en momentos puntuales de su vida porque detrás hay un malestar, un dolor, ¿no? porque no es solo la sustancia sino todo lo que rodea, influye en el entorno, entonces hay gente que hace consumos abusivos en momentos puntuales, luego está el alcohólico de calle que bebe cada día...

...el alcohólico que está viviendo en una casa ocupada, que cobra una pensión por enfermedad y, si no la tiene, otro recurso económico que seguramente la va liando por ahí, tiene temas judiciales o pequeñas faltas judiciales que están un poco pendientes, pues nada más se levantan tienen que beber para no tener un síndrome de abstinencia grave...

Vive en la calle o en *masías*⁹ abandonadas en las afueras de [la ciudad], ¿no? es el típico señor que lleva un carrito, bueno también está, claro, que tiene pues unos treinta, treinta y cinco y hasta sesenta, que son gente que normalmente son solteros, que no se preocupan mucho por las horas de comer... o no se...

Claro, “el grupo de alcohol” es un grupo más unido que el de otras sustancias y esto si lo ves, porque se reúnen en las plazoletas para beber juntos, cuando no tiene uno tiene el otro, porque supongo que es un consumo que es muy asequible, supongo que es por esto, ¿no? ahora no hay tanto grupillo, pero los que hay también se reúnen igual en las masías y consumen juntos normalmente, ¡vale!

Si, pero ellos están viviendo y muchas veces con el permiso pues son sitios que están abandonados y normalmente los alcohólicos son muy acogedores, *vull dir*¹⁰, enseguida que viene una persona y no tiene donde dormir pues la acaban trayendo donde duerme, “ay, quédate aquí unos días, no pasa nada, vale” que es diferente de los usuarios de drogas así

⁸ Aportado por una de las educadoras sociales

⁹ Casas de campo normalmente aisladas y con cierta cantidad de terreno para usos agrícolas y ganaderos en Cataluña.

¹⁰ Frase en catalán, en castellano se traduce por “quiero decir”

coca, de heroína que es un consumo más individualizado, “uhmm, esto para mí” es diferente. Porque antes había un chico que actuaba un poco como de hermano mayor de todos los otros, ¡vale! Y hacía mucho grupo, entonces este chico murió y desde entonces se han ido dispersando. Sí, era un poco como el cuidador de todos, ¡vale!. Cuando se reunían y consumían juntos alcohol, igual cannabis también.

Pepe, eran dos, el Pepe se ingresó en una comunidad terapéutica, también era un señor divorciado, ¿no? que no se hablaba con su familia, porque normalmente son gente que se han dejado de hablar con su familia, que se han quedado solos y entonces forman este grupo y se encuentran en las diferentes plazoletas normalmente los tipos de cartón de vino Don Simón (se ríe) que están todos allí, que también es un grupo más acogedor. (Esmeralda S., 2009)

Otras tipologías se establecen a partir de problemas físicos u orgánicos, y se establecen criterios según la edad: hombre de mediana edad sólo sin trabajo, el consumidor más joven, y las mujeres que presentan “un alcoholismo silencioso”:

...si que hay un aspecto muy concreto del *alcohólico per se* con una importante patología orgánica derivada del alcohol, en este caso la cirrosis hepática es un prototipo de alcoholismo que no necesariamente tiene que haber una dependencia física o psíquica, pero que hay una consecuencia orgánica grave, que generalmente se concreta en hombres y que necesitan una atención médica a causa de la hepatopatía y muchas veces el alcohol ya ha quedado pospuesto pero genera una gran asistencia por la enfermedad y en este caso bueno pues trasplantes o lo que sea; luego estaría otro grupo...*hombres de mediana edad con alcoholismo importante*, o sea, frecuentemente dosis elevadas de alcohol pero al mismo tiempo con grandes repercusiones sobretodo sociales, más que clínicas, sociales; que a través de la relación pierden la familia, que se encuentran solos y que eso aumenta más el riesgo de beber, a la larga harán patología. Y luego está el *consumidor más compulsivo*, no de fiesta, *el más joven*, con un consumo más lúdico, se da más en varones y que últimamente va muy acompañado del consumo de cocaína. No se podría definir como criterio de diagnóstico un alcoholismo porque no hay, *cada vez*¹¹ el aumento, *el que necesite tomar cada día*, pero si que hay consecuencias a nivel de relación o accidentes por el consumo elevado del alcohol. Y luego está el *grupo de mujeres* que también es un tema muy complejo, es un alcoholismo muy silencioso, a veces no detectado del todo a veces con una gran implicación psiquiátrica o relacional o emocional, dile como quieras (Doctora Tecla, 2009).

Lo cierto es que remiten a muchos tipos de individuos “personas que beben una vez a la semana, personas que consumen en una sesión mucho alcohol y luego están días sin consumir, personas que beben cada día, depende cuando viene, ya lo ves” (Miguelina G., 2009). Esta diversidad permite establecer algunos rasgos desde los más dependientes al alcohol y los que abusan temporalmente, aparece diferenciado el problema de alcohol en las mujeres de edad que tienen un consumo oculto con otras características del consumo que hacen las mujeres más jóvenes. A partir del género “...tenemos desde la chica de 20 años hasta la señora de 70, todas las edades. Y señores tenemos igual, tenemos chavales de veintitantos hasta abuelos de 80, todas las edades; es que hay de todo” (Rubí P., 2009).

Otro aspecto es el consumo en una forma lúdica, pues “muchas gente piensa que si no

¹¹ Frase en catalán, en castellano se traduce por “cada vez”

consumes alcohol no te lo vas a pasar bien, es como raro, si lo consumes no pasa nada, igual que las chicas que ahora consumen casi igual que los hombres, o sea que eso es un gran problema” (Doctora Norma, 2009)

Hay una dimensión relacionada con el placer que ha llevado a cambios en las pautas de consumo :

...lo que si que hemos ido viendo y lo hemos visto cambiar en el transcurso de los años son tipologías que se corresponderían más a las pautas de consumo que a los problemas de fondo, por ejemplo, pues antes no existían tanto como existen ahora los consumidores de alcohol y cocaína. Ahora esto se da mucho en ambientes de fiesta, en ambientes de lo más normalizado, no en ambientes específicos para drogadictos o de gente no se qué, ¡no!. En ambientes de bar, discotecas, de fiesta hay muchas gentes que sus drogas preferidas para ir de fiesta son el alcohol y la cocaína. Y además combinan muy bien, en el sentido de que la cocaína ayuda a disminuir los efectos desagradables del alcohol y el alcohol ayuda a reducir los efectos desagradables de la cocaína. Pues el único que sale perjudicado es el hígado, pero la persona que está muy mareada en un momento dado, pues toma cocaína y ya está centrado. O en un momento dado ha tomado demasiada cocaína y está muy nervioso, toma alcohol y se apacigua un poco, puede pasar horas y horas así, utilizando una droga para contrarrestar los efectos de la otra. Y también puede acabar en un servicio de urgencias hecho polvo o mendigando cigarrillos completamente desorientado. Pero la sensación global es que “puedo aguantar mucho en esta fiesta”. En definitiva, los consumidores a lo que van es a aguantar muchas horas de fiesta o las más horas posibles. (Doctor Renato, 2009)

Este nuevo perfil de fiesta muestra la necesidad de ir a las “fiestas” pero no sólo eso, sino “que las fiestas duren mucho”. Esto hace sugerir a dicho profesional que “el resto de su vida fuera de la fiesta es bastante desagradable o poco satisfactoria y que por eso necesitan tanta fiesta después”. El malestar, las penas, las alegrías del “mundo competitivo” en el que vivimos, denotan una organización social “bastante despiadada”, una organización social “que cuida poco a los miembros de esta sociedad o no los cuida bien”, vivimos en una sociedad “poco cuidadora o maltratadora, y entre los síntomas que acaban desarrollándose está la necesidad de evadirse mucho mentalmente tomando muchas drogas para poder soportarlo”, los caminos de las pcpa están atravesados de “cuestiones sociales”. Argumenta de manera muy esclarecedora que el auge de los fiesteros es por el malestar pues:

Quizás vivimos en una sociedad tal que sobre el papel es de las más libres que hemos tenido en la historia y quizás en la práctica cotidiana se nos hace sentir más prisioneros, más esclavizados, más maltratados, más abandonados ¿no?. Todo esto es un caldo de cultivo para que tengamos mucha necesidad de drogas, de emborracharnos, de olvidarnos. Yo creo que esto explica el auge de los *fiesteros*. (Doctor Renato, 2009)

Otra subdivisión de la tipología según este mismo profesional es la de “un señor de una cierta edad que piensa que beber es un signo de hombría. Digamos que este es un tipo tradicional que está en declive, cada vez tenemos menos de estos”. (Doctor Renato, 2009).

5.4. BREVE PERFIL DE LOS TRATAMIENTOS DE LAS PCPA

Una profesional grupo (I) los define por perfiles de antes y ahora, considera que es importante conocer:

...la procedencia de las personas...tenía unas características que a lo mejor ahora es difícil encontrar gente como la que había antes... en aquel momento los pacientes venían de digestivo. Era la gente que su organismo ya estaba afectado por el alcohol, era gente que ya tenía un trastorno físico y orgánico secundario al alcohol. La mayoría de ellos eran hepatópatas en diferentes grados si tú quieres, pero hepatópatas que venían del servicio de digestivo... la trayectoria de consumo era larga... era gente que al menos tenía 30 y pico en adelante y que había venido al hospital y tenían un problema de alcohol muy grave ya (Doctora Martínez, 2010).

En cuanto al ahora, menciona que “el abanico es mucho más amplio” pues alguien que viene con problemas de alcohol, “luego pasa a tomar coca, ya sabes que empieza con un historial amarillo y acaba con uno rojo, porque en definitiva lo que hace que es beber muchísimo y ya todo se ha ido un poco de la mano, pero a veces se da en la persona un buen pronóstico” (Doctora Martínez, 2010). Estaría bien mirarse la gráfica de edad de la memoria de estos dos o tres últimos años, verás que está muy repartida, la campana es muy amplia de las edades de consulta por problemas con alcohol, se plantea en la actualidad:

...dónde está la variabilidad, sería dónde está la gente mayor que son generalmente bebedores crónicos que habrán pasado sus períodos de abstinencia y sus periodos de consumo dependiendo un poco de cómo les iba y luego ya toda esta gente más joven, que además seguramente de estos más jóvenes habrá una parte que serán bebedores de este patrón que te decía más anglosajón: de fin de semana, de grandes cantidades, de ir a buscar el colocón. Yo creó que son más regulares, no buscan el colocón de entrada que se les va de la mano. (Doctora Martínez, 2010).

Otra profesional (grupo I) hace referencia al perfil de tratamiento de la persona con problemas de alcohol:

...yo pienso que el paciente alcohólico es fiel, si tu enganchas bien con el paciente y con la familia es más fiel, asiste más a las visitas, son más dependientes las mujeres que los hombres, se enganchan más a las terapias las mujeres que los hombres, es la sensación mía, ¡eh! La verdad es que llevo más hombres que mujeres en realidad. Y el paciente joven de alcohol también va muy bien, los más duros de tratar son los de cincuenta, porque después de que tengan más problemas con la bebida por muchas cosas: por la familia; de 45 a 55 si han perdido mucho nivel familiar cuesta más, porque puede ser que a nivel laboral también hayan perdido; sólo, remontarse es muy duro. Claro, a los 50 años con quién te relacionas más es con la familia y con el trabajo, si todo eso lo has perdido y lo has perdido por el alcohol, que es la vergüenza, algo debe haber en ellos que les da no se... hay diferentes perfiles, los de edad, más jóvenes, quizás los que más asisten son los de 30 a 45 que son los que más se cuestionan, “es que no quiero que mis hijos pasen por lo que yo he pasado” y eso le da ánimos a salir, a reponerse y la pareja le ayuda para que los niños no vean y ayuden al marido, creo que esto se puede mejorar no me lo había planteado nunca. Lo que yo veo es

que en la gente mayor es más difícil, porque al final de la vida ya muchas cosas no importan (Doctora Valeria, 2009).

Las personas que han bebido toda la vida tienen una presión mayor, pues las parejas han aguantado este “alcoholismo”, reciben amenazas por parte de su pareja, “si no dejas de beber te voy a dejar, te voy a dejar” son amenazas continuas que nunca se llevan a cabo, lo cual hace muy permisiva la conducta de la pcpa, muy permitida por el entorno. Los profesionales distinguen en el tratamiento la persona que acata más las instrucciones, la imaginan “más cumplida”, “te cuestiona menos”, “son más de portarse bien”, “acuden más a las visitas”:

...Cuando llega una persona con una determinada edad que no entiende porque ahora la señora insiste cuando le ha estado aguantando cincuenta años, no? o veinte. Hay ese perfil de señor más grande, también hay un perfil de señoras que se sienten muy solas porque tienen hijos a su cargo, separadas o que no se entienden con la pareja, que esa sobrecarga de tener que encargarse de los hijos a veces es muy grande y desde allí beben para poder... no se pueden hacer cargo de todo... Históricamente llevan muchos años también bebiendo para solucionar las cosas que les cuesta. Y después hay un perfil, menos yo creo, porque sería más de coca pero también hay un chico joven de alcohol también. Bueno con la edad de más o menos de independizarse de los padres no? que bebe y a veces juega a las máquinas también porque el alcohol a veces hay la asociación de beber y jugar a las máquinas. Y hay algún perfil de gente joven. Bueno los alcohólicos en general son gente bastante más cumplida que la gente, a lo mejor, de coca. Son gente más de tirarse de que “si, todo está bien” ¿no? Un poco lo que hablamos hoy en la reunión, son como más conciliadores mientras no beban. Cuando beben es otra historia. Pero como a lo mejor la persona de heroína, de coca se enfada más, se embronca más, te cuestiona más. En un nivel terapéutico, un señor o una señora de alcohol es si... te cuestionan menos, son más de portarse bien. Insisto, lo cual no quiere decir que la persona esté cambiando ¡eh! Porque puede decir si, si, si, si pero yo salgo y yo he estado pensando en no se quien y a lo mejor no te ha podido ni escuchar. Pero sí que es cierto que son en general son más... acuden más a las visitas, ¿no?. Bueno más o menos. (Doctora Laia, 2009)

Una profesional menciona que “hay una gente más capacitada que otra para seguir adelante con su vida y hay otros que dices ¿a qué viene? Hay otros que vienen porque querían conseguir algo, ¿sabes? Ejemplo, saber que en cuanto tenga el informe no volverá más”, entonces, son soluciones pragmáticas pues lo que pretenden solucionar “administrativamente” y no reconocer su problema con la sustancia. La gente que está más capacitada a seguir adelante con su vida puede tener una buena dosis de resiliencia (Doctora Muralla, 2009).

Otra de las distinciones entre las personas con problemas de drogodependencias, es que los jóvenes acuden solos y por su cuenta, según la percepción de una de las profesionales “a lo mejor alguien les ha dicho te estas pasando o a lo mejor algún problema el fin de semana con peleas o alguna cosa allí a lo mejor se dan cuenta de que la cosa se le va de las manos”.

(Doctora Norma, 2009). Al contrario piensa que la gente mayor, en algunos casos, va acompañada: “cuando son gente con el problema más cronicado vienen acompañados o derivados por su médico de atención primaria”. (Doctora Norma, 2009).

Se pueden ubicar dos perfiles, quienes reconocen que hay un problema con la sustancia, en este caso, con el alcohol, en este sentido acuden con la actitud en la que reconocen que hay un problema, se colocan en manos del CAS “...pide ayuda y pide tratamiento y que a lo mejor vienen con la idea de que el tratamiento deben ser unas pastillas y luego esto ya lo reconvertimos aquí, le explicamos que no será así...” (Rubí P., 2009). Hay otro grupo, que no reconoce que tiene problemas con el alcohol:

...son personas muy negadoras, niegan el problema; vienen un poco condicionados por las circunstancias, por la familia... la mujer de pronto se empeñó si no haces algo con esto yo te dejo o los hijos también les mandan mensajes iguales; forzado por problemas judiciales por multas de tráfico que han tenido... hay gente que le han retirado el carnet de conducir, por alcoholemia. Viene un poco forzados por las consecuencias del consumo de alcohol y los problemas que han tenido en su entorno por el consumo de alcohol, pero para ellos no hay una percepción de que tengan un problema “es que mi mujer se ha puesto muy pesada”, “es que me pillaron un día bebiendo y ahora creen que soy un borracho” (Rubí P., 2009).

Una profesional (Grupo I) piensa que hay diferencias en ambos perfiles porque “es muy distinto empezar el proceso aceptando que tienes un problema y que necesitas ayuda y otros que lo van negando, niegan consumos, dicen en realidad una tercera parte de lo que beben, que no beben todos los días, van negando y a partir de aquí niegan otras cosas, entonces esto dificulta mucho el proceso”. (Rubí P., 2009).

5.5. LA RELACIÓN TERAPEUTA-USUARIO ¿CERCANAS O DISTANTES?

Otra de las preguntas claves para indagar las representaciones fue ¿desde cuándo se relacionaban con pcpa? Sólo dos profesionales (Grupo I) señalaron que tenían experiencias o conocían problemáticas relacionadas con el consumo de drogas en el contexto más cercano. Señala uno de los profesionales: “toda la vida ha habido algún alcohólico a mi alrededor, pero la visión que tenía a partir de mis experiencias personales, era más bien positiva” (Doctor Renato, 2009). Pero el resto de profesionales señaló que las relaciones que tenía con las pcpa eran sólo las que tenía a partir del CAS en los diferentes recursos: *enfermería* en los cuales se atienden las primeras visitas de alcohol y se atiende una media de cuatro personas a la semana aproximadamente; *inserción laboral* que se relaciona con las personas que “...no es que tenga una relación muy directa tampoco... están en un proceso

de tratamiento bastante avanzado...llegan cuando están un poco mejor y dispuestos a trabajar” (Topacio, 2009); *Centro de Calor y Café* en los cuales los profesionales se “convierten en una especie de referente para ellos” (Esmeralda S., 2009); o en *trabajos anteriores*: Comunidades Terapéuticas, Atención Primaria; enfatizando los profesionales que no conocen esos problemas de manera próxima sino más bien distante a través del dispositivo.

Sobre el trato entre terapeutas y usuarios, hay algunas posiciones de los profesionales que se asumen de diversas maneras como: “cuidadora del paciente”, “atención absoluta... dentro de las posibilidades”, “escucha abierta” “accesibles”, “empático”, “asertivo”, “confiando en el usuario”, “de buen trato”, “seguridad...supongo más que por vieja que por diabla ¿no?”, [anteriormente] “paternalista”, [actualmente] “cooperativa”, “corresponsable”. El comportamiento de los profesionales debería ser “no culpabilizar”, “no juzgar”, “no minimizar”, “no reñir”, “no castigar”, “no criminalizar”, “no descalificar”, “no establecer una relación de policías y ladrones... ni una relación paranoica” con el usuario que impida tener un trato adecuado o de respeto hacia el “paciente”.

Una educadora social aporta que “los educadores sociales son percibidos como “amigables” por los usuarios pero “intentas un poco que haya una relación de confianza, tampoco una cosa que sea muy estrecha”, se trata de establecer “un límite diferencial entre quién es el profesional y quién es el que viene a pedirte ayuda”, a pesar de ello afirma “si que es cierto que nos saltamos la barrera, en vez de dar la mano damos hasta el codo, yo creo que eso a veces puede dar lugar a confusión por parte del paciente o usuario”, en estos casos, se intenta siempre “poner freno” (Topacio M., 2009). Es un vínculo “de confianza y de referencia... más no de amistad” en el que se trata de equilibrar “las necesidades del usuario, las necesidades que yo veo, las necesidades de la institución y las que yo también tengo como profesional” que permitan hacer “pactos” entre las partes involucradas (Esmeralda S., 2009).

Pero esto también incluye a una profesional (Grupo I) quien afirma: “según quien me dicen tus niños, hablan de mis pacientes como mis niños”. Pero asume que la profesional que tiene “un carácter” que hace que las personas con problemas de alcohol sean percibidas por la misma como “gente triste, un poco apocadas y por mi carácter les anima a no ver tan negro ¿no? y me siento que los quiero o que los llego a querer, eso hace que el enganche sea mejor y eso hace que la terapia sea más llevadera” (Doctora Valeria, 2009).

Otras posiciones son de emplazamiento, especialmente en las primeras fases que “la persona está muy negadora, a mi no me pasa nada, no me voy a enganchar en...” La profesional le señala “que si que te pasa, hay gente que te viene bebida a la sesión y te dice que no está bebiendo”. A veces se deja pasar si son las primeras sesiones pero se le señala en la siguiente. Es darle un tiempo prudencial “a lo mejor la semana que viene o dentro de dos trato de ser clara y de contar con los recursos que ellos tienen”. Se trata de poner en marcha “los recursos, lo único es que están allí parados”. En esa medida se le va “traspasando a él la autonomía pues la idea no es que sea el terapeuta sino que él pueda ser autónomo... pero la idea es que hay que ir hacia allá, hacia la autonomía del paciente”. (Doctora Laia, 2009).

Se les preguntó a los profesionales sobre las estrategias o incentivos para la lograr una interacción efectiva con el/la usuario/a. Los profesionales (Grupo I) señalan que no incentivan con alguna “recompensa” "no ponen tareas", y lo que sí han hecho es un vínculo.

Si un paciente de alcohol no viene a la visita yo no le doy una próxima visita, si él quiere ya la pedirá. Pero con algún paciente con el que he hecho algún vínculo o que *mi corazón me dice que no han venido por alguna cosa* o yo pienso que a lo mejor, pues a veces tienen mucha vergüenza, porque les he mandado deberes si ellos ponen de su parte para hacer el cambio, si no han hecho los deberes no vienen porque cuesta o por fallar, aprecian tanto al terapeuta que no le quieren fallar. Y bueno yo a veces los llamo o les envío cartas, en eso si se le puede llamar recompensa o incentivo para que vuelvan. Si el terapeuta llama y él vuelve es porque hay un buen vínculo. (Doctora Valeria, 2009)

El vínculo es planteado cuando la psicoterapeuta dice que llama o escribe cartas para que el usuario sepa que se quiere comunicar con él o ella; esta posición no es divergente de una de las profesionales (Grupo II) que es médico y plantea en su caso que se ocupa de hacer “la desintoxicación y un seguimiento un poco más a menudo, luego como el tratamiento es médico son como un poco más conscientes y después con la psicoterapia depende de un buen *enganche* con el psicoterapeuta. Si con el terapeuta ha tenido una buena relación es más fácil venir a menudo” (Doctora Norma, 2009).

En algunas ocasiones no se genera una relación adecuada de usuario y terapeuta; una relación de confianza que permita trabajar tanto al usuario como al profesional y al respecto señala una de las profesionales (Grupo I):

Hay pacientes que te generan también mucha contradicción, los terapeutas también tenemos sentimientos. Y aunque estamos acostumbrados a manejar nuestros propios sentimientos y a procurar que no perturben las dinámicas de las terapias, una persona te cae mejor que otra, es evidente. El recelo puede ser mutuo, si te miran con recelo, tú acabarás mirando con recelo. Una desconfianza dificulta la comunicación. Y a veces se necesita tiempo, pero claro, si la persona se va, pues queda con esa sensación de que no se ha conectado; pero claro eso

depende de las personas. Yo no te sabría diferenciar porque unas personas encajan en una terapia y vienen con una actitud de dejarse ayudar y hay otras personas que ponen muchísimas defensas y no conectan con el terapeuta. (Doctora Batalla, 2009)

Se establecen lazos con algunas personas, a pesar de que se deslindan las relaciones personales, pero el parecer de otra profesional se trata de establecer un buen grado de “confianza y creando un buen clima”. (Doctora Muralla, 2009). Entre los profesionales (grupo I) hay posiciones divergentes en cuanto a los incentivos para que el usuario acuda a la consulta, ya se planteó anteriormente sobre la necesidad del vínculo, la confianza y el buen clima. No obstante, otra profesional (grupo I) señala que los drogodependientes “son personas que no se motivan, que les cuesta mucho aceptar ayuda, hay una susceptibilidad, un orgullo, que también les cuesta aceptar que tienen problemas... no sé que se debería hacer, pero creo que se tendría que trabajar más en el comunitario, y más en la primaria, ¿no? en la calle. Bueno pues esta gente en vez de ir al bar todo el día que puedan tener otras alternativas, pero esto es difícil entrar en este tipo de personas”. (Doctora Tecla, 2009). Otras aproximaciones del grupo I señalan que se trata de “observar y no juzgar. Si hago algún tipo de alianza intento que sea con el paciente, sobre todo en aquellos casos que tienen familias que acusan mucho”. En la mayoría de los casos, la persona o “paciente identificado” o el “síntoma de la familia” es muy acusado por la misma, “lo acusan por lo mal que se porta: llega tarde, gasta dinero, no trabaja”. En este sentido, se procura lograr con cada parte de la relación familiar “una complicidad” (Doctora Batalla, 2009).

Otra estrategia consiste, según otro profesional (grupo I), en ir “jugando un poco con la convocatoria, por ejemplo, como en determinados momentos de una psicoterapia puede ser conveniente una convocatoria frecuente, de una visita cada dos semanas que es lo máximo que nos podemos permitir aquí, aunque quizá sería preferible una visita semanal”. (Doctor Renato, 2009). En líneas generales, se juega a una mayor aproximación y alianza con la persona que facilite una mayor adherencia al tratamiento y una regularidad en el mismo.

Una de las profesionales (Grupo II) plantea algo similar sobre “un poco es que acompañemos a la personas pero luego que la persona se pueda espabilar por sí misma” también se trata de que la persona vaya tomando conciencia de los “cambios y mejoras” que ha realizado porque en general “les cuesta verlos” y el psicoterapeuta, en este caso, es la persona encargada de rescatar los cambios y de ver el proceso de mejoría de la persona. (Doctora Laia, 2009)

Otra perspectiva de la proximidad o cercanía a través del dispositivo, son las ideas que surgen sobre la persona con problemas de alcohol desde la Atención Primaria y desde el CAS pueden ser ilustradas a partir de una de las profesionales (Grupo II), quien trabajó unos años en Atención Primaria, y señalaba la diferencia que existe entre la persona drogodependiente que acude a un CAS y una persona que va a la primaria: “ellos saben lo que vienen a buscar aquí y que aquí se les puede ayudar”. Los que acuden al CAS “todos entre comillas están diagnosticados ya es manifiesto que están por problemas de alcohol. Es decir, cuando vienen aquí es porque tienen un problema de adicciones” (Doctora Norma, 2009).

En Atención Primaria “la cosa va como más disfrazada”, pues la persona no dice que tiene problemas de alcohol, pero lo dirá de otra manera “tengo problemas con mi pareja” y la mujer dirá “es que mi marido es como muy agresivo” sin mencionar nunca la sustancia (Doctora Norma, 2009). Otra manera es cuando vienen a recoger los exámenes o “analíticas” que habían solicitado previamente y se detecta algún parámetro alterado y se conversa en relación a los consumos o se pueden aplicar los “cuestionarios de detección validados¹² (AUDIT, MAST, MALT)” y algunos “parámetros biológicos (GGT, AST, ALT, TDC y VCM)”¹³. (Doctora Muralla, 2009)

El proceso en Atención Primaria está guiado por el Médico de Familia, en la misma "se tratan las desintoxicaciones pero ya a nivel psicológico, terapéutico se remiten acá, por que tampoco es que estén muy formados, se remiten casos complicados, claro en la primaria siempre se intenta desintoxicar y orientar pero cuando la persona no tira, si que se remite". (Doctora Norma, 2009). Sobre las percepciones que se generan en los Centros de Atención Primaria, afirma que la persona con problemas de drogodependencias “se ve como una persona que molesta, que es un alcohólico que viene al centro que se tumba por allí, ves más el problema desde la sustancia y desde que estoy aquí [CAS] veo la otra parte, lo ves diferente... en Primaria los ven así, muy agresivos, viéndolo así lo veías mal pues se veía de otra forma ¿no?". (Doctora Norma, 2009)

¹² AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) es la prueba de la identificación de los trastornos por uso del alcohol, es la herramienta de detección mejor valorada y más utilizada, y también la recomendada por la OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo español para detectar estos trastornos; MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) Es un cuestionario autoadministrado de 25 preguntas útiles para identificar el reconocimiento subjetivo de una serie de problemas derivados del abuso de alcohol; MALT (Munchner Alkoholismus Test) es un cuestionario muy utilizado para el diagnóstico de dependencia alcohólica. (Rosón Hernandez, 2008; Sáiz, P.A., et al. 2002).

¹³ Los parámetros biológicos del consumo alcohólico son: los enzimas hepáticos (-glutamyl transferasa (GGT) y las aminotransferasas aspartatoaminotransferasa (AST) y alaninamino transferasa (ALT), la transferrina deficiente en carbohidratos o desialotransferrina (TDC) y el volumen corpuscular medio (VCM). (Rosón Hernandez, 2008).

Durante su estancia en Atención Primaria señalaba que diferenciaba entre los que se conocían y “los desconocidos”, éstos últimos:

...van a buscar la receta y si no se la das se ponen agresivos, normalmente son pacientes que no conoces y que pertenecen a otro ambulatorio... Los pacientes que conoces... son diferentes, yo tenía tres o cuatro pacientes con problemas de adicciones y nunca tuve problemas con ellos... saben que estás para ayudarlos, saben los límites, lo que pueden pedir y lo que no pueden pedir. Tenía algún paciente que le contaba las pastillas y sabía que no podía darle de más, pues vale, y lo hacía estricto, era un chico gitano, que se veía un poquito así, pero luego muy bien. (Doctora Norma, 2009)

También revela sus ideas sobre la gente que atendía y los episodios durante su estancia en Atención Primaria:

Tenia asignados unos 2500 pacientes, tenía gente normalita que venía del pueblo, gente inmigrante, sobre todo marroquí, otros que tenían problemas con los padres y había gente problemática que había tenido problemas con otros médicos, pero conmigo todo fue muy normal, tenía un par de pacientes alcohólicos con mucho problema familiar y social, que tenía problemas con la policía, que los han atropellado, que le había caído la casa encima, a pesar de todo tenía muy buena relación, pero me han meado la consulta... pero alguna cosa se puede hacer con él y siempre se intentaba ayudarlos como se podía. (Doctora Norma, 2009)

Reconoce que su visión le ha cambiado desde que está trabajando con personas con problemas de drogas en el CAS:

...cuando ves a una persona con su historia de vida, que la ha pasado muy mal, te pones en el lugar del paciente, aquí estas más pendiente de lo que le pasa al paciente y a su familia, a pesar de que sólo viene por el problema de sustancia, allí hay de todo, se le ve no sólo su propia problemática si no en relación con su familia, se integra mucho todo. (Doctora Norma, 2009)

Es importante la interacción con terapeutas y usuarios para modificar las ideas previas que se tenían la persona con problemas de drogodependencias. El caso de la Doctora Norma ilustra un antes y un después en la relación con los usuarios. En todo caso, la misma visión integrativa de los profesionales y el trabajo en equipo desde el enfoque sistémico permite una mayor unificación, no sólo del equipo sino de los usuarios.

5.6. EL TRAJE A LA MEDIDA: ELECCIÓN DEL TERAPEUTA, LA CONFECCIÓN DE TRATAMIENTOS Y TERAPÉUTICAS DESDE LOS PROFESIONALES SISTÉMICOS

El traje a la medida concibe que cada persona es un mundo, precisamente "el trabajo psicoterapéutico es como bastante artístico, es muy creativo" (Doctora Batalla, 2009). Los terapeutas tienen una serie de conceptos más o menos generales pero luego con cada

persona tienen que crear pautas, tratamientos particulares, “trajes a la medida”, para ver como se adecua a la realidad de la persona y cómo se crea un vínculo entre el usuario y el terapeuta. De qué manera se pueden ir definiendo o redefiniendo los problemas que tiene. Conciben que “cada persona tiene sus razones de ser y es diferente”. Con cada persona tienen un trato diferenciado dependiendo si hay un buen vínculo o una relación terapéutica establecida. Y luego está presente “el propio estilo del terapeuta que a veces choca con el estilo del paciente” (Doctora Batalla, 2009). Lo contrapuesto a esto sería la “transferencia” que se da entre las personas, la empatía.

La creación del traje a la medida se realiza mediante la asistencia al usuario y a la familia, para ello debe seguir los siguientes pasos: en primer lugar, una vez que el usuario y/o la familia acude al servicio por iniciativa propia o derivada por diferentes instituciones, sostiene una entrevista con el/la trabajadora social se analiza la demanda y se informa de la situación familiar, sanitaria, psicológica, penal... del usuario. Eso permite hacer una evaluación y plantearle los recursos disponibles adecuados a sus circunstancias y el tipo de tratamiento que se realizará en el servicio. Es lo que llaman algunos terapeutas, en lugar de “traje a la medida” como metáfora, la denominación “*menú del día*”, pues se ajusta a las necesidades de cada individuo. El circuito de atención a los usuarios constituye una perspectiva integral (abordaje biopsicosocial), además de tratar el consumo, en el proceso terapéutico se acompaña al usuario teniendo en cuenta la salud, el bienestar interno y el entorno cercano. Gracias a un equipo interdisciplinario, se trabaja con la persona “dependiendo de las necesidades del individuo que se trata”. (Miguelina G., 2009). Para crear una buena relación terapéutica, una de las personas claves es la trabajadora social, quien puede determinar el grado de posible empatía entre un terapeuta y una persona que acude por primera vez: “es la persona con quien hace el primer contacto el paciente que viene aquí, [ella] ya nos conoce muy bien a todos los psicoterapeutas. Sabe muchas veces si la persona que está delante encajará mejor con un terapeuta o con otro”. (Doctora Batalla, 2009). El rol que cumple la trabajadora social formada en sistémica es considerada como la base o apoyo que permite guiar la elaboración del “traje a la medida”: “ella ya sabe cómo nosotros intervenimos... ya le informa o prepara a la persona, que trabajamos mucho más profundamente que el hecho de la sustancia, pero bueno no siempre llega como uno quiere, ¿no?”. (Doctora Tecla, 2009)

Este encaje inicial entre usuario y terapeuta se trata de “relaciones humanas que se van produciendo...son relaciones terapéuticas”. En su caso “ella sabe que hay pacientes que

conmigo, por ejemplo, no encajarán: en cambio con otro terapeuta sí. ¿Y a qué se debe? pues, a pequeños matices que sería muy difíciles de definir". (Doctora Batalla, 2009). Hace referencia a "aspectos intuitivos", que "no se pueden casi medir. Supongo que eso está bien ¿no?, que no se pueda medir todo". (Doctora Batalla, 2009). A pesar de su posición como profesional de una institución biomédica señala:

No creo que lo deseable sea que todo tienda a la evidencia científica, que todo tenga que tener una evidencia científica en sentido estricto para saber si es eficaz. En psicología es muy difícil y en relaciones humanas. De todas maneras pienso que se ha de evaluar más, cualitativamente más que cuantitativamente, no se pueden aplicar los mismos parámetros médicos y biológicos a las ciencias sociales, a las ciencias humanas, hay que buscar otros parámetros. Hay que evaluar para saber si lo estamos haciendo bien o no lo estamos haciendo bien y reproducir lo que estemos haciendo bien en otros sitios... ¿no? (Doctora Batalla, 2009)

En la primera visita con la trabajadora social, la persona aporta información sobre la familia, para lo cual se elabora un "genograma" de la familia que incluye hasta tres generaciones, para este propósito acude el "paciente identificado" con su familia si la tiene. Se abordan unas fases en el «contrato terapéutico» desde la perspectiva bio-psico-social que permita a la persona abordar el tema judicial [si la persona los tiene], el tema económico, el tema laboral, el tema de la salud, psicoterapia, documentación en regla, vivienda, entre otros aspectos que ameriten una coordinación por parte del equipo del CAS con otras instituciones. El tratamiento como "traje a la medida" concibe que "a cada persona un tratamiento según lo requiera". Tendrá entonces un proceso terapéutico en el cuál estarán guiados por los terapeutas o referentes (psicoterapia, enfermería, educación social, inserción laboral). Se identifican sus problemas y se decidirá su pauta médica, psicoterapéutica o social. Se adapta y diversifica según cada persona.

La segunda parte del proceso terapéutico, que es posterior a la entrevista con el/la trabajadora social, es la atención por el equipo de enfermería, en esta visita con este profesional se realizará un Protocolo de Salud donde se le proporcionara educación sanitaria para mejorar su estado de salud y prevenir posibles riesgos causados por consumo de sustancias. En esta visita sólo acude el paciente por las preguntas sobre su vida "que es mejor hacerla solos" (Rubí, P., 2009). El equipo de enfermería se divide entre los que atienden a las personas y los que distribuyen la metadona a los usuarios que participan en el programa. Entonces, tres enfermeros se distribuyen el trabajo que según las sustancias: alcohol, cocaína, heroína [que son los usuarios que más acuden]. Para atender las primeras demandas de tratamiento de alcohol está asignada una de las enfermeras, Rubí P., pero eso

no quiere decir que al faltar uno de los enfermeros o al estar ocupado/a se dejen de atender por esa causa.

En esta parte inicial del proceso, se llena un formulario o “cuestionario” genérico para los usuarios, independientemente de la sustancia por la cual acudan, en el que se recaba información sobre:

...el motivo de entrada: aquí ponemos la sustancia por la que la persona pide ayuda. Aquí hacemos un poco de *historia toxicológica*, esto significa todas las sustancias que estás consumiendo, que te digo raramente encontrarás una historia en la que aparezca sólo una sustancia, normalmente hay una serie de sustancias, a veces encuentras a una persona que las está consumiendo simultáneamente o tampoco es raro ver en una persona que va pasando de una sustancia a otra, tomando pastillas, tomando alcohol, pasa la cocaína por ejemplo. Hay que ver un poco la historia de los consumos.

Preguntamos específicamente por cada sustancia, ellos te cuentan lo que quieren evidentemente, nosotros apuntamos lo que ellos nos cuentan, vale! Les preguntamos por ingresos hechos en alguna unidad de desintoxicación o en alguna comunidad terapéutica... Y entonces, ya hacemos el interrogatorio para ver un poco el estado de salud y cómo lleva el estado de la salud la persona. Preguntamos por alergias, por medicamentos que está tomando, enfermedades que tenga; en los de alcohol muchas veces salen problemas de hígado... Les preguntamos sobre si están vacunados. Les preguntamos si tienen pareja fija, estable. Y se han consumido alguna vez drogas por vía endovenosa, esto para ver si hay riesgo de haberse contagiado de alguna enfermedad por vía endovenosa: hepatitis, sida. Si utilizan preservativos en sus relaciones sexuales a veces un poco para valorar lo mismo. Si es una mujer le preguntamos si va al ginecólogo habitualmente o si va de año en año. La visita se recomienda anual. A partir de los 41 años puede ser cada dos años. Nosotros recomendamos una visita anual. Bueno como son gente que descuida bastante su salud; normalmente aquí hay unas enfermedades que no están controladas y hay gente que a pesar de que tienen alguna enfermedad no acude al médico, te encuentras a señoras que no van al ginecólogo, te encuentras a unos señores que no usan preservativos en sus relaciones sexuales, te encuentras cosas de este tipo. Aunque aparentemente sea una señora que tiene la apariencia física, te lo digo esto porque alguna enfermera nueva que ha entrado a trabajar como que le costaba y decía, hombre, le preguntáis eso a todo el mundo.

Creo que se tiene que preguntar con toda normalidad y que se tiene que preguntar a todo el mundo, da lo mismo si tiene 20 años y si tiene 40 o si tiene 50. Si tiene 70 en su momento habrá tenido relaciones sexuales o las tiene en este momento, puede haber tenido riesgo con prostitutas y hay que preguntar. Les preguntamos si alguna vez se han hecho un análisis para ver si tiene el virus de la hepatitis, normalmente no lo tienen. Hay algunos que sí lo tienen, si lo tienen es un indicativo de algo si se lo hicieron es porque alguna vez ellos se han preocupado y han ido a mirarse. Si han ido a mirarse es por qué han hecho una conducta en la que creen que se han podido contagiar. (Rubí P., 2009)

En las personas que llegan por primera vez y niegan su problema, ante la pregunta ¿cuánto bebes? el/la usuario/a responde “Lo normal”; no queda preciso “¿cuánto es lo normal?” (Doctora Batalla, 2009). Estes, Heinemann et al. (1989:13) señalan que hay que distinguir la táctica de la negación de la confusión epistemológica que consiste en que la persona “ignora lo que le está sucediendo”.

O también, en muchos casos, demanda un tratamiento de alcohol pero luego verifican "que aparte pueden estar consumiendo otras sustancias. La persona de entrada lo que pide es

tratamiento para el alcohol... Pero te digo que es habitual que aparte del alcohol consuman otras sustancias: cocaína, benzodiacepinas, hay algunos que es sólo alcohol y nada más, pero que no es raro ver otras sustancias que acompañan". (Rubí P., 2009)

Los profesionales reconocen que la tendencia actual es que una persona no sólo consume una sustancia, lo que se encuentra más a menudo es que una persona puede consumir al mismo tiempo, alcohol, cocaína, marihuana. O también que en su itinerario asistencial inició con una sustancia, por ejemplo, heroína y luego vuelve a consulta por consumo de alcohol. Se habla entonces de policonsumos o politoxicomanía.

En cuanto a los antecedentes familiares de las personas, señalan los profesionales que detrás de una demanda de alcohol subyacen problemáticas relacionadas con el mismo alcohol u otras sustancias consumidas por el individuo o por parte de los miembros de la familia, que muchas veces se comentan, pero otras se ocultan. Por ejemplo, "algún hermano que esté consumiendo alguna sustancia; y muchas veces están presentes enfermedades mentales en algunos de los miembros de la familia, casi siempre está presente "alguna depresión del padre o de la madre por una pérdida, esto es una constante". (Rubí P., 2009).

Una de las profesionales de enfermería (Grupo II) habla de lo que considera "las constantes" de las personas con problemas de alcohol, en cuanto a hábitos de limpieza, limpieza bucodental¹⁴ y cuidados señala:

...la boca está siempre mal cuidada, es lo que más se repite quizás. Eso de no cuidarse a sí mismo, es una constante. No cuidarse los dientes es siempre igual, todos tienen gingivitis, piorrea, si tienen buen esmalte pero a lo mejor tienen caries o sino las encías las tienen mal. Y los que tienen caries acostumbran a tener más de una caries o pueden tener piezas rotas porque no van al dentista. (Rubí P., 2009)

En cuanto a la alimentación:

Muchas veces los alcohólicos comen muy mal, eso también es una constante. Cuando no tienen horarios de comer, el alcohol quita el hambre y lo que es más común es que hagan una comida al mediodía sólo, cuando se levantan ya beben alcohol. No desayunan, comen al mediodía algo, por la tarde vuelven a beber antes de trabajar, a veces no cenan o cenan muy poco. Intentan hacer una comida sólo al día. Son más regulares si tienen familia, pero si no tienen familia es más difícil. (Rubí P., 2009)

En cuanto a las deposiciones frecuentes, en "los alcohólicos es habitual que tenga episodios de diarrea, si consumen mucho alcohol suele haber diarrea acompañándolo... unos lo relacionan y dicen 'sí, esto es por el alcohol' otros no y es algo que les preocupa... Un poco

¹⁴ Existe un programa buco-dental dirigido a los usuarios del servicio a los cuales consumos han derivado en problemas bucodentales. Esto no es un programa gratuito pero si resulta más económico que acudir a un dentista por cuenta propia.

para tranquilizarles se le dice que al dejar de beber las diarreas desaparecerán". (Rubí P., 2009)

En cuanto a la limpieza plantea la profesional que lo más común es ducharse "cada dos o tres días normalmente". Y el ejercicio físico "no lo practica nadie". Un hecho repetitivo, según la enfermera, es la dificultad en la mayoría de la pcpa para dormir, "que intentan paliar con el alcohol y dicen los que beben mucho cada día no tienen problemas para dormir y los tienen cuando dejan de beber". Los que hacen abusos de alcohol algunos días de la semana, "el día que bebe si que duerme pero el día que no bebe le cuesta dormir". Personas que tienen dichos patrones de consumo "usan el alcohol para poder dormir". (Rubí P., 2009). En líneas generales, se aporta que lo más recurrente "es que no se cuidan la salud, es dejadez". (Rubí P., 2009).

El tercer paso de la confección del "traje a la medida", implica el inicio de la consulta con el psicoterapeuta que ha sido asignado por la trabajadora social para atender a la pcpa. Los psicoterapeutas, como ya dijimos anteriormente, aplican el modelo sistémico relacional, éste no sólo contempla la persona que tiene la drogodependencia, sino que también se incluye el tratamiento de su entorno relacional.

Las visitas serán regulares, en un primer momento, más constantes y luego se van espaciando a medida que mejora la persona. La psicoterapia tendrá como objetivo observar los consumos y trabajar para que la persona y su entorno realicen aquellos cambios necesarios para lograr una actitud positiva respecto a sí mismos y a todo su sistema relacional. En estas sesiones psicoterapéuticas también se trabajan las posibles recaídas en el consumo de sustancias, las sesiones pueden hacerse de manera individual, familiar o grupal, siguiendo un enfoque sistémico relacional. Dentro de ésta se puede trabajar con:

- a) La terapia individual, la cual permite analizar y comprender la problemática del usuario y los mecanismos que sustentan la dependencia a ciertas sustancias, ya que eso es muy importante para la reestructuración de la personalidad del usuario.
- b) La terapia familiar, que tiene como objetivo principal mejorar las relaciones familiares. También supone el inicio de la resocialización, para establecer una mejor comunicación entre los diversos miembros del grupo familiar, aumentando así la confianza del usuario en él mismo y en las posibilidades de rehabilitación.
- c) Las terapias grupales, que consiste en reunir un grupo de personas que están en tratamiento por alcohol, con la finalidad de compartir experiencias en común y expresar su problemática actual en relación con la sustancia y en sus relaciones y en el contexto social.

Son dirigidas por dos terapeutas.

Desde la perspectiva sistémica-relacional, una profesional (Grupo I) señala lo que es la psicoterapia:

La psicoterapia permite hacer unas hipótesis de que es lo que le está pudiendo pasar a esta persona, porqué ha llegado a este punto. Y permitir que se explique y cuente lo que le pasa y el terapeuta saber ir ordenando esa información y resituarla para elaborarse una hipótesis de lo que le pueda estar pasando. A veces resituarse el pasado pero con ánimos de situarnos en el presente y con la intención de mejorar el futuro, un poco a grosso modo esto sería un proceso terapéutico. (Doctora Batalla, 2009)

Los profesionales (Grupo I) describen más en detalle el proceso terapéutico, aportando incluso las técnicas y rituales que utilizan desde la perspectiva sistémica relacional; en tal sentido señala el doctor Renato que la primera visita con la persona “es como una metáfora de todo el proceso terapéutico”; esto quiere decir que, según como se desenvuelva la primera visita, marcará todo lo que vendrá después, para ello es importante crear un consenso con la persona y formular “especie de proyecto o plan de lo que se va a hacer en ese caso concreto”, para ello es indispensable “un buen clima”, “buen rollo”, “trabajar la empatía”:

...Crear un ambiente de confianza con el paciente y sus familiares si viene acompañado por ellos. Después lo segundo más importante es procurar sentar las bases de lo que vamos a hacer. No es tan simple como decir "éste señor es alcohólico, cúenlo de su alcoholismo". No, es ver en qué contexto se enmarca este comportamiento con el alcohol y/o qué otros problemas, preocupaciones y conflictos hay en la familia. Cómo pueden influir unas cosas en las otras y qué es concretamente lo que vamos a trabajar aquí en función de lo que demanda el paciente, de lo que demandan sus familiares o acompañantes y de lo que nosotros tenemos capacidad o recursos para ofrecer. (Doctor Renato, 2009)

Se trata de que las personas salgan con la sensación de que han empezado un proceso, que no se solucionará en la primera visita sino es el inicio para empezar a solucionarlo por lo que se pacta una “tregua” con la familia hasta la próxima visita. En la segunda visita se procura hacer una visita con la pcpa o “paciente identificado” pues desde la perspectiva sistémica relacional “es el síntoma de la enfermedad familiar... pues es paciente en tanto y en cuanto todos los demás lo identifican como paciente”, en esta visita:

...le paso como una especie de cuestionario, una entrevista guiada, para explorar su infancia desde los cero a los 16 años. Básicamente lo que exploro son los conceptos de *conyugalidad*, que tiene que ver cómo se llevaban sus padres como pareja, como matrimonio entre ellos, y el concepto de *parentalidad* que tiene que ver con cómo realizaban sus funciones parentales, los padres con respecto al hijo/paciente que está aquí. Entonces en función de que me salga una *conyugalidad disarmónica* (en la que los padres no se llevaban bien) o *armónica* (si que se llevaban bien) o en función que me salga *parentalidad conservada* (cumplen las funciones parentales con más o menos carencias... que han hecho lo mínimo que se podía esperar de ellos como padres) o la *parentalidad deteriorada* (cuando por condiciones de negligencia o de maltrato no llegan a esos mínimos)... (Doctor Renato, 2009)

Estas primeras interpretaciones son fuente de explicaciones o métaforas que dan lugar a hipótesis “que tenga sentido para el terapeuta y sobre todo para el paciente” que permita en el proceso terapeutico hacer los cambios para transformar la realidad de la persona. Lograr esta comprensión no es fácil pero, por lo menos, sirve para elaborar una interpretación que le da un nuevo sentido a las creencias y comportamientos de las personas en un momento dado. Según este profesional “un buen indicador de si la sesión de psicoterapia está marchando bien o mal, es que el paciente hable más que el terapeuta, cuando el terapeuta habla más que el paciente es que va muy mal (se ríe). Se está haciendo terapia el propio terapeuta”. No hace referencia al “modelo psicoanalítico” en el que el terapeuta no dice nada y al paciente se le incita a hablar. Lo que se intenta es hacer “una conversación, pero mis intervenciones en esa conversación son como insertando preguntas o comentarios para que el otro pueda seguir reflexionando y hablando”. Mientras está hablando la persona “se está hablando a sí mismo y está construyéndose una nueva visión de las cosas”. Puede dar cuenta de “la visión que tradicionalmente tiene de las cosas, lo cual nos permite comprender por qué hace lo que hace”. (Doctor Renato, 2009)

En un primer momento se asignan consultas semanales pero luego, como ya se dijo, se va espaciando hasta que la persona acuda generalmente cada mes a la consulta hasta su recuperación y/o alta médica en el mejor de los casos. Aquí el tratamiento farmacológico es complementario.

5.6.1. CORTE Y CONFECCIÓN: DESINTOXICACIÓN Y DESHABITUACIÓN

Hay dos fases en el tratamiento de las drogodependencias: cuando la persona tiene síntomas físicos por la dependencia de la sustancia, se realiza la *desintoxicación*, que permite evitar el síndrome de abstinencia con medicaciones pautadas por el médico. Veamos síntomas:

...serían por la mañana sobre todo, tienes temblor, tienes náuseas, tienes vómitos, estas muy ansioso, por la noche no puedes dormir, claro si esto lo tiene que aguantar muchos días, puede hacer un delirium tremens, con alteraciones visuales, auditivas, alteración psicomotriz... consiste en un tratamiento de ocho o nueve días con unas pastillas que palía todo eso. (Doctora Muralla, 2009)

Muchas veces, este paso no es necesario en los usuarios del CAS pues:

...para la mayoría no programamos desintoxicación por muchos motivos algunos ya han dejado de beber, llevan poco tiempo abstinentes, cuando llega aquí han dejado de beber por su cuenta... muchas veces no hace falta porque vienen cuando ya han hecho ingreso hospitalario, han ido a urgencias lo que te decía antes, las circunstancias ha pasado algo que la familia ha dicho hasta aquí hemos llegado y él también se ha asustado y ha dejado de beber. Te llega aquí que llevo dos semanas sin beber, claro, ya no hace falta desintoxicación. (Rubí P., 2009)

De igual manera, complementa una de las profesionales (Grupo II) del área médica: “si sólo hay abusos en el consumo no hace falta realizar el proceso de desintoxicación”. Se plantea una pauta de desintoxicación con medicación para evitar el síndrome de abstinencia. Se intenta en este proceso inicial prevenir recaídas, por lo que hay una medicación “para evitar la ansiedad de beber (craving). También les damos vitaminas”. (Doctora Norma, 2009). Otra de las enfermeras añade que la desintoxicación puede ser ambulatoria u hospitalaria, en este último caso, se le hace una derivación a la pcpa; de igual manera, esta misma profesional añade que enfermería se encarga de hacer seguimiento a las personas que están “en tratamiento con metadona y no hacen psicoterapia” (Remei M., 2009). Otra de las profesionales (Grupo I) añade que los usuarios por problemas de alcohol se les proveen de “tratamiento farmacológico para tratar la depresión o la ansiedad”, con antidepresivos y ansiolíticos respectivamente (Doctora Batalla, 2009). En esta fase también puede intervenir el médico de familia “para suministrarle la medicación ambulatoria (por distancia del Servicio de Drogodependencias y que la persona no tenga red familiar, ni social). (Miguelina G., 2009)

La otra fase consiste en la *deshabitación* tal como señala una profesional “lo difícil no es dejarlo, lo difícil es no volver” en esta fase se aborda el proceso terapéutico, que incluye: “lo psicoterapéutico, social, judicial, laboral... que por esto es un equipo interdisciplinario”. (Miguelina G., 2009). En esta fase es primordial el *tratamiento psicológico* o “*la psicoterapia*”: La “psicoterapia” es entre comillas porque puedes hacerlo más profundo o menos profundo, a veces es un acompañamiento, de sentido común. (Doctora Muralla, 2009). Este proceso no necesariamente lo quiere la pcpa, y sólo va al médico para la desintoxicación para hacerle un seguimiento. En la fase de deshabitación, la duración es indeterminada, una de las profesionales (Grupo I) dice que puede llevar entre cinco y diez años pero si no hay problemas médicos importantes puede darse el alta entre seis meses y un año.

5.6.2. PRUEBA Y AJUSTE: DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO AL RETIRO A LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Así como los sastres han tomado la medida en un momento dado, luego tienen que hacer pruebas iniciales para ver como el traje le sienta en el cuerpo del individuo, así mismo los terapeutas prueban el camino del tratamiento ambulatorio y si no funciona se recomienda “un ajuste” o mejor un trabajo más minucioso. En tal sentido, si en el tratamiento a nivel ambulatorio el individuo no logra controlar su consumo, existe la posibilidad de hacer “un ajuste” para derivarlo a una comunidad terapéutica. Cancrini señala que las comunidades terapéuticas a semejanza de “las comunidades de monjes de la baja edad media... son un signo de confianza en la vida” (1991:183). Una profesional (Grupo I) afirma que:

Estas comunidades tienen varios espacios permanecen allí entre nueve meses y un año y a veces te ayudan a reinsertarte, unas funcionan de una manera, otras de otra.... En las comunidades terapéuticas viven allí, comen allí y duermen allí, no puede salir a comprar nada afuera, exigen unas normas, hay otros pacientes que tienen los mismos problemas que ellos y tienen el soporte de los monitores, de los terapeutas. (Doctora Muralla, 2009)

Hay varios trayectos o itinerarios asistenciales que “depende de si viene y esta bebiendo o si viene y no esta bebiendo” (Jaume A. 2010). También “depende si quiere dejar de beber o no quiere dejar de beber, porque hay gente que viene porque quiere bajar los consumos”. (Jaume A. 2010). Además amerita una evaluación de su pauta de consumo: si el abuso de la sustancia es puntual o compulsiva, si hay un abuso o una dependencia.

Las combinaciones a nivel ambulatorio, incluyen en muchos casos, la desintoxicación: “si esta bebiendo y quiere dejar de beber del todo, se programa la visita con el trabajador social y con enfermería para que una de las doctoras le haga una pauta de desintoxicación, que a través de una medicación elimina los consumos y minimiza el síndrome de abstinencia. Otra posibilidad es optar por la bebida moderada, entonces, “si quiere ir bajando los consumos sin dejar de beber el trabajo terapéutico se va haciendo”. (Jaume A., 2010) Esto quiere decir que se plantea en casi todos los casos, la psicoterapia, aunque hay gente que no la realiza y desde el punto de vista de una de las profesionales (Grupo I), el proceso de psicoterapia es desde la perspectiva del paciente “...muy dura porque luego vienen las historias, los rollos, desnudarte delante de alguien que acaba de conocer, que me va a decir ésta a mí [terapeuta] que ya yo no sepa. No es fácil, una psicoterapia no es fácil, cuesta”. (Doctora Valeria, 2009)

5.6.3. COSTURA Y ¿DISEÑO FINAL?: REDUCCIÓN DE DAÑOS EN ALCOHOL: ¿ENTRE EL CONTROL Y LA ABSTINENCIA?

El enfoque de la reducción de daños les permite a los sujetos recuperar el control de sus vidas y de su salud; en caso de que sigan consumiendo proporciona herramientas y estrategias que dicho consumo repercuta en lo menos posible a su organismo y así poderle “dar alegría y cosa buena” para el cuerpo del individuo (Daniel M., 2009) para controlar mejor los daños sin riesgos severos a la salud. El enfoque de reducción de daños aportado por los terapeutas en relación con las drogas coloca a la persona que consume como protagonista para gestionar su propio proceso de salud. Se parte de la idea central de que “en cualquier sustancia el objetivo es siempre la disminución de riesgos/[daños]” (Remei M., 2009). Una de las psicoterapeutas señala la manera cómo lo aborda en su práctica psicoterapéutica:

...en la persona hay que ver ¿Cuánto consume? ¿Qué le está afectando, ¿cómo le está afectando? si laboralmente, haces una buena historia... yo siempre les pregunto ¿qué es lo que quieren hacer? Vale, porque a veces me da la sensación de que los profesionales damos por supuesto lo que creemos que tendrían que hacer. Y nos pasamos por alto que a lo mejor... como si ellos no estuvieran, ¡Tienes que hacer esto, lo otro! Entonces mi manera de hacer, es lo que ellos quieran hacer. Cuando les preguntan esto, terminan sorprendidos, ¿no?. Pero claro, ellos lo que esperan es que tu les digas tal y cual, para luego ellos decir SI o NO, pero un poco poderles preguntar. Luego, si tu ves que la persona se está haciendo daño, se empeña en seguir bebiendo pero eso les está perjudicando, entonces si que evidentemente, si está consumiendo mucho, primero es bajar el consumo, porque si una persona viene todos los días colocado, tampoco tiene mucho sentido hablar de estas cosas pues ni se va a enterar. Pero si consumiendo en un nivel mínimo intentamos ir abordando ¿qué le pasa en las relaciones con los demás? ¿Qué dificultades puede tener? ¿Cómo se siente en casa? Todo esto, porque normalmente tiene que ver el sentirse mal con el mundo que le rodea, que es una excusa para beber... Es un proceso más o menos largo, depende de la persona (Doctora Laia, 2009).

Otra de las psicoterapeutas coincide plenamente con esta perspectiva a pesar de que dice "avanzo mucho en lo que quiera el paciente", pero distingue entre los individuos que deberían estar abstinentes por su problemática psíquica o de salud y los individuos que luego de un trabajo psicoterapéutico puedan controlar su consumo:

...hay gente que tiene tal grado que tú como terapeuta piensas "este no puede volver a beber más" porque la va liar o tiene una patología psíquica y piensas que no puede, pero hay otros que dicen es que yo se que la estoy pasando mal pero a mí me gustaría poder llegar a beberme un buen vaso de vino y es que de pensar que nunca más van a volver a beber, también para ellos es muy duro. (Doctora Valeria, 2009)

La reducción de daños implica que "al principio que no [beban] para que ellos vean la diferencia entre estar sereno a estar siempre ebrio, pues a lo mejor se van dando cuenta que

es mejor saber controlar y algunos les va muy bien". También plantea que la gente pueda "construirse bien unos límites a tener una abstinencia absoluta" (Doctora Valeria, 2009)

También se plantea la disminución de riesgos/daños en la medida que participan y se integran en los diferentes dispositivos creados por la institución: Centro de Calor y Café, Casal de Dones, GAM para usuarios de los servicios. Una de las educadoras sociales plantea la importancia de esta participación en la disminución de riesgos.

No, es una disminución del consumo, porque piensa, yo planteo mientras están allí no están fuera en la calle consumiendo, vale, es un sitio retardador del consumo o que lo reduce en todo el tiempo que están allí, que hacen alguna actividad, que pueden hablar con alguien que a veces se siente que no habla con nadie y si relaciona con otras personas sólo es para tema de consumo, entonces también puede leer el diario estar un poco. Tener consciencia, hoy es lunes, mañana es martes porque a veces todos los días son iguales, ¿no? pues también les va bien y hace que se sientan un poco mejor, entonces esto produce pequeños cambios, ¿no? que es lo que se busca que ellos mismos vean el cambio. (Esmeralda S., 2009)

Según la educadora también se reducen los riesgos "cuando la persona se ducha", "tiene una comida", "higiene", "gana en calidad de vida". Se considera el Centro de Día como "un centro que retrasa este consumo" pues están haciendo actividades, recogiendo jeringuillas, en reuniones. Las personas que acuden al centro de día "son personas que debido a todas las circunstancias que llevan: no tener familia, de estar solos, de estar en la calle están más cronificados, que es difícil que lleguen a la abstinencia". La mayoría de las personas que acude al Centro de Día "está consumiendo activamente" pero cuando está en el centro no debe "distorsionar con su consumo", para ello se evita su entrada al mismo. La reducción de daños para estas personas está planteada por el tiempo que hacen permanencia en el centro (Esmeralda S., 2009)

A pesar de la reducción de daños aplicada al alcohol, lo que se pretende es llegar a la abstinencia cuando hay perjuicio a la salud:

Y respecto a la reducción de daños y riesgos que siempre se trabaja para llegar a la abstinencia y también para un consumo que no haga daño, vale, una persona puede decir "yo no quiero ser abstínente totalmente, quiero reducir mi consumo hasta tomarme dos cervezas al día" quiero atajar siempre que la persona lo pueda controlar, ¿por qué no? pienso yo. (Esmeralda S., 2009).

Algunos de los terapeutas también apuestan por la abstinencia cuando las personas no pueden controlar sus consumos, pero en muchos casos dicen que es iniciativa de la persona, "depende de los casos, aunque el objetivo final suele ser la abstinencia, cuando observamos que no puede hacer un "uso" que no le perjudique". (Doctora Muralla, 2009). Se trata de que la persona retome su rol protagónico y su vida de la manera más

normalizada posible.

En los niveles de dependencia se intenta "mantener una abstinencia cuando a nivel médico es aconsejable". En el bebedor abusivo que se le podría decir "bueno no tienes daño, en vez de beberte cuatro cubatas el fin de semana, bébete dos, ¿no?. En esto también se trabaja mucho, pero dependerá de cada individuo. En ambos casos se plantea que las personas tengan una vida "lo más normalizada posible" (Doctora Tecla, 2009). En primer momento, la persona debe ir bajando los consumos o, si es muy dependiente de la sustancia, se hace la desintoxicación. Le recomiendan a la persona que no consuma alcohol en ese periodo pues los medicamentos son incompatibles con el alcohol. Pero de plano no hay una negación a que la persona pueda retomar sus consumos a futuro de manera controlada pues a la larga "es punitivo decirle 'no bebas más alcohol' depende de cómo es la persona, es un poco la reducción de daños", tal como sigue:

Creo que reduzca daños, no que siga bebiendo pero si que pueda ser capaz de, algún día, beber alcohol en determinada ocasión, pero sin llegar a pasarse. A ver, que el paciente pueda llegar a "controlarse". Más que decir "no voy a beber más nunca en mi vida", es como más difícil. Y muchas veces cuando la gente ve que sus problemas se arreglan, se solucionan puede tomarlo de una forma más lúdica, como de celebración más que una cosa diaria. A veces, la abstinencia es bastante complicada.

Lo que si hacemos cuando se hace la desintoxicación, es "no pruebes alcohol a partir de ahora, ni cervezas, ningún tipo del alcohol, ni nada" al principio porque estás justo reduciendo el consumo del patrón de abuso. (Doctora Norma, 2009)

Pero en los procesos de deshabitación de la bebida muchas veces no es necesario el proceso de desintoxicación porque no son consumidores habituales sino de fin de semana o cada cierto tiempo, por lo tanto:

Otra cosa es que algunos no beben cada día. Hay muchas historias que te explican que hacen abusos de alcohol dos días a la semana, un día la semana pero lo que pasa es que este abuso de alcohol le da muchos problemas porque se ponen agresivos, se meten en peleas y quieren dejar de beber, pero si no hay un consumo diario la desintoxicación no tiene ningún sentido hacerla, o sea que hay muchos casos en la que no consideramos necesario hacer la desintoxicación o que el propio paciente no quiere, te lo dice claramente "es que yo no quiero dejar de beber, yo sólo vengo porque quiero beber menos. (Rubí P., 2009)

El proyecto de beber menos muchas veces es compatible si la persona pone de su parte, pero en otros casos produce angustia por lo que se debe atender de la mejor manera posible para no ir en detrimento de la autonomía de la persona:

...bueno vale, ese es tu proyecto. Yo siempre les pregunto a ellos qué es lo que quieren, qué es lo que pretenden, pienso que es importante tener en cuenta esto, porque ellos vienen con una idea, pienso que de nada vale que nosotros le digamos "no, no, no usted tiene que dejar de beber" esto así no puede ser, pienso que no sirve de nada. Trabajamos con lo que quiera, con lo que él tenga en la mente, puede ir cambiando durante el tiempo o durante el proceso. Si él dice yo lo que me planteo es beber menos, ah muy bien ¿y cree que es capaz ya de empezar a bajar un poquito el consumo de alcohol? Ah, si pues podría probar. Vale, de aquí

a que tenga la próxima visita si quiere, pues según lo que te dice que beba, ¿no?, puede quitar la cerveza esta y empezar a bajar. En vez de beberse tres cervezas, se bebe dos. Y el carajillo del mediodía también se lo puede quitar. Y si ve que va bien, para la otra semana o dentro de dos semanas, como usted vea, le quita otra cerveza. Y qué dicen pues “sí, a lo mejor lo puedo hacer”.

...otros dicen “sí que me gustaría pero no voy a poder, porque a ver como lo hago” y es que se angustian y tú les dices “tampoco hace falta, tranquilo, ¿no? Si ahora no es el momento... lo puedes dejar para un poquito más adelante y a ver qué pasa”. (Rubí P., 2009)

También, hay intervenciones del terapeuta en la decisión de la abstinencia o en reducir riesgos por el consumo de alcohol. Bajo el enfoque de reducción de daños se generaliza cada vez más la estrategia que permite “la ayuda como una estrategia terapéutica bien establecida para los bebedores excesivos o para individuos con un diagnóstico que bordea la dependencia, pero no quieren dejar de beber” (VV.AA, 2001:55). Se trata entonces de respetar lo que quiera el paciente sin que llegue a un autoengaño, por ello siempre hay un periodo de abstinencia para ver cómo responde la persona a ella y ya luego tomar la decisión si reinicia los consumos de manera controlada.

Pienso que, en teoría, si un alcohólico ha dejado de beber porque de alguna manera ha resuelto o trabajado adecuadamente el conflicto de fondo que explicaba ese uso inadecuado del alcohol, a no ser que su cuerpo lo tenga muy deteriorado, en principio puede beber como cualquier otra persona, con moderación...lo que se trata de ver es hasta qué punto detrás de esa demanda hay una idea razonable o hasta qué punto hay un autoengaño para pensar yo lo controlo, cuando en realidad no lo controlo y ese tipo de cosas. Yo normalmente les hago una propuesta si me llegan a proponer eso, yo les digo "vamos a trabajar por la abstinencia de momento, cuando lleves unos meses, un tiempo abstinentes, durante el tiempo que hemos ido viendo que ya tienes el control, que si no quieres estar sin beber, entonces es allí cuando puedes empezar a intentar la bebida moderada". Pero pasar de la bebida abusiva a la bebida moderada plantea el riesgo de que uno no acabe de encontrar bien los límites entre cuando todavía está haciendo bebida moderada y cuando se está pasando de la raya. Entonces yo normalmente suelo proponer esta prueba, no porque técnicamente o por alguna razón fisiológica o médica tenga que ser así, sino porque me parece una buena manera de que el paciente pueda hacerse como un test a sí mismo, hasta que punto si yo quiero beber moderadamente, por el placer de beber o porque no tengo por que renunciar y hasta qué punto por esa pulsión adictiva, por ese conflicto que aún no está resuelto. Entonces, “ponte a prueba, deja de beber a ver si puedes estar un tiempo sin beber, pues entonces puedes volver a beber por qué no, moderadamente”. En algunas personas funciona, en otras no. (Doctor Renato, 2009)

El respeto a su autonomía muchas veces no coincide con lo que quieren los familiares de la persona y se plantea dicha situación a los profesionales de la siguiente manera:

...la idea es llegar adonde el paciente quiera. Claro una cosa es lo que el paciente quiere y otra lo que el familiar quiere. Muchas veces es la esposa del señor que bebe, otras los padres del chico que bebe y normalmente son los otros los que quieren la abstinencia, normalmente el paciente nunca quiere la abstinencia y quiere seguir bebiendo pero sin tener tantos problemas. (Doctora Batalla, 2009)

Los problemas surgen especialmente en la parte jurídica, daños físicos, orgánicos de la

persona que hace insostenible el proyecto de seguir bebiendo por parte de ella, tal como la plantea la siguiente psicoterapeuta:

...aquellas personas donde realmente el problema de la bebida es evidente, que le está haciendo mucho daño tanto a nivel orgánico como a nivel familiar, social o laboral. En el trabajo ha tenido broncas, ha tenido accidentes, le han retirado el carnet, “quizás que te pares un poco con ese tratamiento farmacológico”. Les proponemos a ellos una tregua, para ver cómo están sin beber un tiempo. Pero que el objetivo final no es ni la abstinencia ni que sigan bebiendo. El objetivo es que se den cuenta ellos mismos y que decidan desde la libertad, en la medida de lo posible, cuál es el estilo de vida que quieren llevar. Hay veces que están atrapados en el estilo de vida del abuso y no se dan cuenta cómo puede ser su vida sin abusos, con abstinencia. Muchos se dan cuenta que hasta sin beber están mejor y siguen, otros están sin beber una temporada y vuelven a beber y a veces vuelven a beber con moderación, realmente pueden llegar a moderarse. (Doctora Batalla, 2009)

Al acudir al dispositivo muchas veces se señala la manera normalizada de beber por parte de las personas. Sin embargo, el planteamiento de muchos profesionales es que poco a poco van tomando conciencia de su problema y a donde quiere llegar para dar soluciones o para seguir con la misma situación, pero uno de los enfermeros plantea la enorme variedad visto desde el enfoque de reducción de daños:

Hablamos de reducción de daños en el alcohol ¡eh! Yo veo mucha variedad y yo creo que hay muchas respuestas ¿cuál es nuestra primera reacción ante la demanda de un paciente con problemas de alcohol? primero, al menos argumentar la realidad ¿no?. La mayoría de la gente que viene considera más bien normal su consumo de alcohol. Un joven que viene dice "yo bebo normal, 10 cubatas el fin de semana". También hay gente que no bebe nada y otra que tiene los consumos muy elevados y el problema está aquí. Yo les digo "si sólo bebes eso, me extraña que estés aquí. Si una persona está aquí es porque realmente puede ser mucho alcohol, pero bueno... tampoco hay que criticarlos "no tienes que beber" esto lo decide cada persona me imagino. Yo porque le diga a alguien que deje de beber, no creo que deje de beber. Si viene aquí es porque a lo mejor cree que tiene que hacerlo y en eso lo podemos ayudar pero no para juzgar ni para... simplemente confrontar la realidad y que la persona decida. *“Si necesita ayuda se la podemos dar”* (Sergi E., 009)

En un abordaje mucho más clásico se le podría decir a la persona “No, esto es una recaída, ya ves que aunque pasen cinco años siempre estás en peligro de recaer, y por lo tanto, tú tienes que mantenerte alejado y quizá tu familia tiene razón en estar tan asustada y tan enfadada. Quizás lo que deberías hacer es salir de allí y estar un tiempo encerrado en una comunidad terapéutica, apartado de todo”. (Doctor Renato, 2009) Esto se plantearía en un abordaje clásico de los terapeutas de drogas y alcohol, poniendo el acento en “el demonio que se supone que hay dentro de la sustancia... que te atrapa, es algo que no se puede controlar y menos tú que eres un paciente, pobre desgraciado, que no puedes controlar nada”. Se toman a partir de allí “medidas mecánicas: hay que encerrarte, darte una medicación para que vayas atontado y no tengas voluntad ni para recaer”. Se considera, según este profesional, que “éste abordaje... ha hecho mucho daño y ha cronificado

problemas que se podían haber resuelto en poco tiempo y que ahora no se pueden resolver porque se han cronificado. Y en este error yo creo que hemos caído todos”. (Doctor Renato, 2009).

Se plantea este profesional un cambio de paradigma “...lo que siente uno es haber trabajado en el pasado con otro paradigma, porque es cierto que tengo pacientes que están cronificados desde hace 20 años, aunque más o menos van tirando”. Las personas se vuelven más dependientes de la institución, por lo que el profesional piensa “nunca podrán dejar de estar en relación con nosotros, nunca podrán acabar de tomar la responsabilidad de sus propias vidas, tienen además problemas graves a nivel de salud orgánica que les impiden muchas cosas”. Se plantea que “quizás esas personas si hace 14 o 15 años hubiéramos abordado sus problemas de otra manera estarían curados. Pero nadie nace aprendido”. (Doctor Renato, 2009).

Este planteamiento crítico obliga a plantearse dilemas éticos en el abordaje de las drogodependencias, pues había una visión tradicional sobre cómo había que manejar las recaídas, sobre cómo había “que manejar a los toxicómanos en general”, que es “muy restrictivo, muy alarmista” y que considera que “una persona que haya superado su adicción y que incluso lleve años sin consumir, si en una ocasión porque ha pasado algo especial, hace un consumo, esto ya se considera una recaída y hay que volver a empezar” (Doctor Renato, 2009).

Bajo el enfoque anterior “todos los pacientes acababan siendo crónicos”. La mayoría de los programas apuntaban a la abstinencia total de la sustancia, entonces, “sólo se curaban los que eran suficientemente rígidos, los que cambiaban su adicción a las drogas por una adicción al evangelio o a cualquier creencia alternativa, con la condición que fuera rígida y sectaria. A veces se curaban durante algunos años y luego volvían recaer a la primera contrariedad”. Era muy difícil conseguir entonces “cambios definitivos, y de allí viene esta fama que aún tenemos socialmente de que, bueno, las drogadicciones son una enfermedad que no se puede curar, que no sale nadie...” Haciendo un balance el Doctor Renato luego de 17 años en Drogodependencias plantea “en cuanto a nuestros pacientes yo no te diría que sale todo el mundo pero casi”. Aquí cabe matizar lo que el profesional entiende “por salir”:

Hay gente que abandona su adicción completamente y hay también mucha otra gente que, sin llegar a abandonarla del todo, alcanza una estabilidad que se basa en mantener un mínimo contacto con nosotros, tomar una determinada medicación y hacer algunos consumos puntuales que de vez en cuando se permiten porque son compatibles con una vida socialmente integrada, con ser independientes, autosuficientes, mantener un trabajo,

mantener una familia y criar unos hijos... Entonces la respuesta es que para mi sale mucha gente, pero entendiendo por salir no sólo la desaparición de los síntomas sino que se produzca una mejora suficiente para que pueda haber una estabilidad (aún cuando persista sintomatología a cierto nivel). (Doctor Renato, 2009)

5.7. DESCOSER EL TRAJE: RECAÍDAS Y/O CONSUMOS PUNTUALES

Recaídas o la vuelta al consumo después de un periodo de abstinencia, “ocurren cuando fallas en las estrategias de estabilización y el de mantenimiento de la abstinencia. Después de esta fase aparecen sentimientos de culpa, fracaso que reduce el sentido de autoeficacia” y de control de la conducta del consumo. (VV.AA, 2004:150).

La recaída en la bebida “és tan inevitable com per la majoria de la gen ho és la “recaiguda” en buscar i trovar l’aliment o la conducta sexual... Per a l’alcohòlic, recaure en la beguda és tan natural com fer-ho en els altres impulsos primaris. No ser vençut per l’alcohol representa una proesa que normalment no pot ser feta sense ajuda... (Miller y Gold, 1991: 5). La recaiguda és el *sine qua non* de l’alcoholisme. (Miller y Gold, 1991: 84).

Las recaídas son vistas como “desliz”, “un fallo”, “un fracaso” por parte de los usuarios. Una resignificación por los profesionales de las recaídas es que “son buenas para que la persona se de cuenta de que siempre tiene que estar alerta”, “es un volver a empezar”, “que es natural”, “son normales”, “positivizar las cosas”, “es poder reconocerla, superarlas y nosotros podemos ayudar a analizarlas”, “no quiere decir que sea continua”, “es reaprender de la recaída”, “No quiere decir no pasa nada, yo controlo, yo controlo”, “las drogas no las controlamos...son ellas las que nos controlan”, “no hay que estar seguros con las drogas”.

Todo este proceso que forma parte del proceso terapéutico es visto de manera negativa por el usuario, según los terapeutas “para ellos recaer es muy duro y hay gente que lleva cuatro años sin beber y por cualquier tontería recae... me sabe muy mal por ellos y por la familia porque la familia piensa que va a ser continuo y ellos se hacen mucho daño” (Doctora Valeria, 2009).

Hay que ver el mensaje de la recaída desde la perspectiva sistémico-relacional, en éste sentido se manejan los sentimientos de la persona con respecto al suceso:

En las adicciones suelen ser un síntoma de que algo no va bien, intentamos ver qué es lo que ha podido influir en esa recaída, que sentimientos internos o que factores externos han podido intervenir y a veces sí que son cosas muy graves que tienen un mensaje de las recaídas, qué intenta decir esa recaída en ese momento. Y en otras personas tampoco es tan grave, la recaída forma parte del proceso y no es tan grave digamos, se puede superar con mucha facilidad. Y hay gente que sigue recayendo cada mes; y hay gente que no sale de la

recaída por así decirlo. (Doctora Batalla, 2009)

Por lo tanto, el tema de las recaídas requiere un abordaje amplio pues se considera que una persona puede recaer no sólo en la misma sustancia sino con otra diferente, es decir, son peregrinaciones por las diversas sustancias. Para los terapeutas todas las sustancias tienen el mismo peso y se pueden equiparar, por ejemplo, que a la pcpa “le hayan dado el alta por alcohol y ahora viene por cocaína” (Jaume, A., 2010). Según la filosofía sistémico-relacional “las recaídas forman parte del proceso de tratamiento”, cuando la persona tiene problemas relacionales, se siente “más triste”, “ha tenido conflicto con la pareja”, “está decaído”, “enfadado” o más “enérgico”, beber entonces “es un recurso”. (Doctora Valeria, 2009). Una perspectiva más pragmática (tipo I) señala que la recaída se aborda “sin ningún problema, nosotros no trabajamos en programas libres de droga. La recaída es parte del proceso de tratamiento. Si recae al darle el alta se hace nuevamente el circuito”. (Miguelina, G., 2009)

Una de las profesionales (Grupo II) distingue entre “recaídas de la leche”¹⁵ que se basan en un consumo puntual, y la persona vuelve a venir a comentarle al terapeuta la situación por la que ha pasado y de la cual muchas veces se siente culpable; y las “recaídas hasta Castilla”¹⁶ que recaen de manera continuada y se permiten de todo en perjuicio de su salud. Los profesionales (Grupo I) hablan de que las recaídas se pueden resignificar como “consumos puntuales” para lograr un efecto en la persona en cuanto pudo lograr detener y controlar finalmente el consumo. Un buen manejo de las recaídas, según el doctor Renato, es no etiquetarlo como “recaída”; la persona necesita una “explicación” de lo que pudo haber pasado que la resitúe en relación con el acontecimiento. Es importante entonces elaborar, mediante la palabra, “una historia que se ajuste más o menos a la realidad, o sea una fantasía”, se plantea recrear una historia entre terapeuta y persona que permita resituar al sujeto en relación con la recaída y resignificar la situación para reforzar el proceso de tratamiento (Doctor Renato, 2009).

Es el arte de la seducción por la palabra o por los artes terapéuticos, explicada por el doctor Renato:

Como nosotros trabajamos con la palabra, en psicoterapia muchas veces lo que interesa no es llegar a la verdad, si no crear alguna verdad que sea útil para funcionar mejor, aunque a lo mejor no sea una verdad completamente objetivable, digamos, a menudo dialécticamente lo que procuro es *positivizar las cosas*, buscar el aspecto más positivo de cada situación, porque

¹⁵ Son consumos puntuales que generalmente logran detener y que logran resituar con el terapeuta.

¹⁶ Son consumos constantes, que ocurren cada cierto tiempo y de los cuales la pcpa no asume ninguna responsabilidad.

eso normalmente suele *reforzar las capacidades del paciente*. Le da mas *confianza en sí mismo*, *sube su autoestima*, le da como *más recursos para llevar las cosas bien* y para que ese consumo puntual se quede allí y no vaya a más... Normalmente mi tendencia es a positivizar, a intentar sacar lo mejor de cada cosa. (Doctor Renato, 2009)

Hay otras ocasiones en que lo que se pretende es que la persona vea una determinada realidad un poco cruda porque el usuario tiende a ver todo muy positivo, veamos:

En contadas ocasiones he hecho todo lo contrario, porque también hay algún tipo de pacientes que tienen mucha tendencia a engañarse a sí mismos. A quien lo ve todo demasiado bonito, pues en ese sentido señalarle la parte más negativa de lo que ha pasado puede ser una manera de que toque con los pies en el suelo. Un principio de realidad, digamos, pero eso en contadísimas ocasiones, lo tengo que ver muy claro para hacer algo así. (Doctor Renato, 2009)

Una profesional (Grupo II) que piensa que se puede rescatar a la persona sobre el suceso de la recaída, por ejemplo, que pudo detener su consumo a los 3 días cuando antes podría haber estado hasta un mes seguido consumiendo. “hay que sacar lo positivo para que la persona pueda ir evolucionando”, “es acompañar a la persona a que pueda ir aceptando ciertas situaciones que le gustan o que duelen, que escuecen o que avergüenzan o que enfadan o que culpan sin recurrir al alcohol”. Se intenta entonces normalizar porque hay personas que piensan que son “frágiles” o que todas las cosas les pasan a ellos. Normalizar “no quiere decir que justifique el que sea normal que beba sino esas situaciones” de muertes, conflicto con la familia, perdida del trabajo... a cualquier persona le ocurren sucesos adversos en la vida. Pero hay “el estigma este de alcohólico, lidioso”. Entonces, son “personas, si te pones a ver es María o es Pablo o es... que ahora tiene un problema con esto”. (Doctora Laia, 2009). Entonces, los terapeutas venden su traje a la medida de esta manera, las zurcidas pueden ser reinterpretadas de diferentes maneras. En tal sentido, puede haber una “zurcida” que amerite “rehacer” o reaprender dentro del mismo proceso terapéutico. Se habla, así, de construir una historia entre profesional y usuario para reafirmar el proceso de tratamiento.

En la actualidad el enfoque de las drogodependencias está obligado a una revisión; en este caso, las recaídas en el consumo, como se ha visto a partir de las narrativas de los profesionales, pueden ser planteadas de otra manera y de hecho ya se están viendo cambios graduales, pero perviven y resisten formas de abordajes clásicas, por ejemplo, en el DSM-IV “se admite que una adicción está en remisión o está superándose aunque siga habiendo algunos consumos puntuales durante el proceso” (Doctor Renato, 2009). No se trata de decir: “bueno has vuelto a consumir, por qué lo has hecho...”. El escenario de la terapia se convierte en “un confesionario, te libero, te absuelvo... la cuestión es ver qué otras cosas

se han movido allí detrás, qué ha pasado alrededor de ese consumo, qué significados se le debe dar, qué consecuencias tiene y las respuestas serán diferentes para cada caso”. (Doctor Renato, 2009) Sin muchos aspavientos se trata de resignificar la “recaída” para afianzar el proceso psicoterapéutico y de autonomía de la persona.

5.8. EL ACABADO DEL TRAJE: LAS ALTAS MÉDICAS Y LAS CURACIONES

La mayoría de los profesionales opinan que es posible la “curación”, “recuperación”, “remontable” de la persona con problemas de alcohol, pero esta curación es relativa en todos los planteamientos, depende si se entiende “que curarse es no beber”. Sostienen que siempre habrá más cosas que curar relacionadas con el alcohol, en este caso, las relaciones y el contexto de la persona. En todo caso, “se curan ellos mismos... porque todo es potencialmente curable cuando se habla de enfermedades psíquicas... que no comporte un importante deterioro neuronal”, también implica la influencia de “factores sociales, conflictos familiares, enfermedades orgánicas” y la verdadera intención del actor social, que no es “paciente” sino “actuante” (Doctor Renato, 2009).

En un primer momento, suele hablarse de enfermedad para que la persona se quite la etiqueta o el estigma de “alcohólico”, “vicioso”, “un falta de vergüenza”; pero poco a poco hay que ir quitando la etiqueta de “enfermo” porque, como estoy “enfermo para qué voy a luchar”, especialmente si tienen “más recursos” para salir adelante tanto personales y familiares como económicos; es diferente a “los borrachitos de la calle, que no tienen a nadie, que viven en la calle”, en este caso el proceso se plantea difícil. (Doctora Valeria, 2009).

La etiqueta de “alcohólico” es la más cuestionada por los profesionales, “se dice históricamente «alcohólico para toda la vida» bueno yo no lo comparto... cuando no hay nada más que te dé sentido, allí tienes algo que te da como una identidad... ser alcohólico es ser alguien” (Doctora Laia, 2009).

Aquí conviene puntualizar el punto de vista de la enfermedad relacionada con el alcohol ¿es una enfermedad? Según el parecer de una de las profesionales (Grupo I) no es una enfermedad “digamos que es otra clase de enfermedad. No es el tipo de enfermedad al que estamos acostumbrados”. Otra de las puntualizaciones es “¿curamos cuando se le dio el alta? ¿no lo curamos? ¿y qué, cuando tiene una recaída? Viene y se le abre la historia otra

vez.” Por otra parte, “hay personas que ya están bien en todos los aspectos y continúan con el tratamiento. No se le da el alta porque deje de beber. Se le da cuando ha podido trabajar con los problemas relacionados con el consumo de alcohol”. (Miguelina G., 2009)

5.9. LA PÉRDIDA DEL TRAJE: EL ABANDONO DE TRATAMIENTO

Así como hay un porcentaje de personas que se “curan” también hay un porcentaje de personas que se “cronifican” y/o abandonan el tratamiento. Cuando una pcpa abandona el tratamiento “pienso que tiene que ver con que sus expectativas y tus expectativas no coinciden”. Las expectativas de la pcpa “es porque venían a buscar a lo mejor algo milagroso... un remedio milagroso... y rápido de un día para otro”, “que les hagamos dejar de beber cuando son ellos los que tienen que dejar de beber” o “que convenzamos a su pareja de que beber no es tan malo” o “que cambiemos su realidad” (Doctora Batalla, 2009). También se añade las presiones exteriores para que la persona acuda al CAS, como la familia, la pareja, ordenes judiciales; pero señalan que también hay muchas personas que cambian de actitud, de acudir forzadas a involucrarse con el tratamiento, por el respeto y la ayuda que encuentran en el CAS.

Otra de las interpretaciones de una profesional (Grupo II) “Hay personas que no les gusta venir aquí [CAS] porque este sitio está etiquetado como un sitio para los toxicómanos, para los heroinómanos. Que si te ven entrar por la puerta piensan que eres uno de ellos” (Doctora Laia, 2009). Es el estigma del individuo que acude al CAS, que lo hace “desacreditable” (Goffman, 1989). En varias observaciones se ha evidenciado como los individuos, antes de entrar en el CAS, miran de lado a lado un par de veces, sólo para tener la seguridad de que ninguno de los conocidos ande por allí y los viese entrando a dicho lugar.

Hay gente que deja de venir porque acude a otros recursos “la privada, el centro de salud mental”; en algunos casos les sale bien pero, según las referencias de un profesional (Grupo II), muchas personas vuelven de nuevo y en peores condiciones. Pues “el tratamiento no depende tanto de lo que nosotros hagamos o dejemos de hacer, que más o menos siempre viene a ser lo mismo, sino que depende de la realidad del problema y de los detalles del problema” de la pcpa (Doctor Renato, 2009). Problematizar entonces sobre el abandono del tratamiento amerita plantearse sobre el abandono de la persona que atente incluso hasta

contra su propia vida, como en los casos de suicidios; o seguir unas pautas de consumo perjudiciales que van minando la vida de la persona porque no le encuentra ningún sentido a la misma. El Doctor Renato comparte el ejemplo de un hombre de 36 años de edad, quien perdió trabajo y posición social, actualmente vive con su familia de origen en unas condiciones deplorables de salud:

De repente un día se dio cuenta que estaba fatal de salud, estaba arruinado, debía dinero por todas partes. Y se hundió toda su vida y dejó de tener fiestas, dejó de tomar alcohol y cocaína, dejó de tener 50 amantes, perdió todos sus negocios y tuvo que ser recogido y de alguna manera mantenido por su familia de origen. Lo que no dejó es la cerveza, sigue bebiendo a pesar de que lo está matando....Realmente al punto en que ha llegado, ¿le interesa el esfuerzo de dejar de beber del todo? Para ver si así puede recuperar un poquitín y puede alargar unos pocos años más su vida o teniendo en cuenta todo lo que ha tenido y que ya no va a tener nunca más, pues sería mejor *abandonarse* y morir cuanto antes mejor. Está en este punto existencial y tengo que respetar su decisión sea cual sea. Para mi hacer psicoterapia con un señor que viene con este discurso, es si finalmente apuesta por la vida, ayudarle, ofrecerle técnicas, razonamientos o lo que sea para dejar estas cervezas. Pero si finalmente apuesta por la muerte o por abandonarse, entonces que tome más o menos cervezas ya dejaría de ser importante, mi tarea como psicoterapeuta es acompañarle a la muerte: llegar hasta donde se pueda, ayudarle a encontrar sentido a su existencia, que pueda tener una buena muerte dentro de sus posibilidades cuando le llegue el momento, ayudarle a aguantar esta agonía hasta entonces (Doctor Renato, 2009).

Cuando deja de venir un paciente, los terapeutas consideran distintas hipótesis sobre la causa de su no asistencia; lo podemos ejemplificar con lo que afirma una profesional (Grupo I) sobre su cambio de percepciones cuando era joven y en la actualidad, con más años de experiencia:

...cuando era más joven pensaba que había hecho una cosa mal, que había perdido un cliente, me culpabilizaba más buscando en mi inexperiencia la causa. Ahora que voy a hacer 25 años que trabajo aquí y claro veo que hay muchas causas, muchas situaciones. Pues bueno, no me siento culpable porque la gente deje de venir, pienso que no era el momento para esa persona y probablemente quizás yo no he sabido rescatar aquellos elementos terapéuticos que hubiesen adherido al paciente a la terapia y que probablemente volverán, pienso que todas las personas necesitan un tiempo. Y a veces haces una intervención que piensas que no ha tenido ningún valor, pero al cabo de X tiempo vuelve esa persona, tú dijiste algo o él recibió algo que a lo mejor en ese momento no lo valorabas como importante pero él sí, lo recuerda. Y es como *echar una semilla y dejar que germine*. A veces una sola sesión. Si la persona no vuelve y abandona no quiere decir que no sirva la intervención, ahora pienso así, por poco que haya sido la intervención en algún momento servirá, sino, germinará. ...cuando eres joven te críticas mucho y te cuestionas como persona. Ahora pienso que no es que no lo hayas hecho ni mejor ni peor, es que simplemente es así y ya está. No puedes pretender que todo paciente quede retenido y *seducido por tus artes terapéuticos* (se ríe), si lo conseguimos bien y sino también. (Doctora Batalla, 2009)

La metáfora de la “echar la semilla y dejar que germine” es muy sugerente, pues supone respetar y dejar un grado de autonomía a las personas. Aunque algunos señalan que cuando dejan de ir al CAS, es porque las pcpa “se limitan porque piensan que han hecho algo mal

[recaída] o a veces también pienso que ellos piensan que uno no puede hacer nada más que orientarlos” (Doctora Valeria, 2009). El abandono por recaída es el más recurrente pues “la mayoría de las veces es porque la cosa no ha ido del todo bien, ellos lo entienden como un fracaso y no se atreven a venir a explicártelo...y es eso lo que no quieren explicarte, que han fracasado” (Doctora Norma, 2009).

Cuando la persona acude habitualmente al CAS y luego deja de venir por cualquier circunstancia, se “le devuelve la responsabilidad al paciente que en definitiva es de lo que se trata. Cada persona es responsable de su evolución, de su tratamiento y todo es respetable”. (Doctora Batalla, 2009). En este sentido, en una primera etapa hay casos en los que se involucran mucho los profesionales “con el interés de que vayan bien...” No obstante, “si estas personas dejan de venir, el que tu las vayas llamando vendrán para quedar bien contigo pero no porque vean la necesidad...”. Se plantea luego que cuando la persona “crea que necesita ayuda ya que la pida, ¿no? también es terapéutico esto dejar que sean ellos que vean la necesidad” (Doctora Tecla, 2009).

Otro tipo de abandono es cuando no siguen una parte del tratamiento “hay gente que viene por una demanda de cannabis y no quiere trabajar nada, no considera que tiene un problema”, “hay gente que viene un poco forzada por su situación, forzado por la mujer, por el hombre, por los padres... vienen aquí pero consideran que no tendrían que estar aquí”. Sin embargo, aun cuando se de este abandono del tratamiento, los profesionales (Grupo II) nunca consideran que ha sido “un fracaso”, pueden pensar que volverán después... “el que vuelva es significativo” (Jaume A., 2010); pero hay una profesional (Grupo II) que desde su percepción califica que algunas personas si “están destinados al fracaso” independientemente de la sustancia (Doctora Tecla, 2009)¹⁷. Los profesionales (Grupo II) reconocen que “hay otros recursos que ayudan” (Doctora Laia, 2009). Las causas de los abandonos no se conocen a menos que se lo planteen como objetivo, tal como aportó una de las profesionales, que se lo planteó como objetivo de investigación en el CAS:

De un total de 104 usuarios de los que era referente durante el año 2008 se produjeron 17 altas voluntarias. Llamé a los 17 usuarios. Dos estuvieron ilocalizables. Seis continuaban abstinentes y consideraban una mejora en su funcionamiento cotidiano (tres eran alcohólicos). Dos volvieron a solicitar reinicio (ninguno de alcohol). Uno en tratamiento con un psiquiatra privado por considerar la periodicidad mensual escasa (dependencia a la cocaína y al alcohol). Uno por motivos de desplazamiento volvió a reiniciar tratamiento en el

¹⁷ Vale decir que a esta profesional le cuesta hablar en castellano, se observa duda antes de afirmar dicho señalamiento. No obstante, las entrevistas fueron revisadas por cada uno de ellos y no hubo cambios de parte de esta profesional en su aseveración.

centro de salud mental más cercano (dependencia al alcohol y trastorno distímico). Uno por trabajar fuera de la provincia (abuso de cocaína y del alcohol). Cuatro opinaron que no necesitaban ayuda por distintos motivos: desacuerdo al solicitar la incorporación de su pareja en la sesión, desinterés en dialogar sobre las causas y consecuencias, en aquel momento vino presionada por la familia. Y el último consideró que no sirvió de ayuda el esperar una solución. (Doctora Muralla, 2009)

Otra profesional (Grupo II) se pregunta “¿qué habrá pasado para que no haya venido?”; consideraba en un primer momento las posibilidades negativas: que “haya pasado algo fuera de que haya podido estar mal” o que “la persona tenga una recaída”; refiere que eso lo pensaba antes, pero ahora piensa que “a lo mejor le ha salido un imprevisto” y también se pregunta y hace una revisión, “¿de qué hablamos la sesión anterior?, ¿qué temas tocamos que tengan que ver con que la persona no vuelva a venir?” (Doctora Laia, 2009). Hay temas que se manejan en psicoterapia que cuesta aceptarlos porque les remueve muchas cosas de la vida, “no soportan que se pueda abordar la problemática que hay detrás del consumo o una dependencia” (Miguelina G., 2009). También, mediante las observaciones y el registro de los discursos, tanto de pacientes como terapeutas en la Terapia Grupal de alcohol, se señala que los acontecimientos más importantes de la vida de una persona como cumpleaños, navidades, día de los muertos... son fechas que afectan a su ánimo por los sentimientos de soledad, el no haber logrado ciertas cosas que se habían propuesto, etc.

Con respecto a si llamar o no al usuario, la profesional (Grupo II) señala “Yo eso lo hago diferente, depende de la persona, yo a veces pienso antes de hacer una llamada a esa persona tiene que aprender a venir”. Entre otras posibilidades señala que “hay personas que les cuesta más... hay personas que no vienen porque no quieren venir a ver al terapeuta, porque no quieren venir aquí o porque ellos no tienen ningún problema” (Doctora Laia, 2009). Un parecer distinto tiene uno de los profesionales (Grupo I) para él es mejor no llamarles para no pedir explicaciones que quizás la persona no quiere dar; en este sentido, consiste en respetarles su decisión “es dejarle la autonomía completa al paciente de decidir lo que va a hacer con su vida al "margen" o no del servicio. El profesional hace énfasis si hay que hacer "una selección natural que la hagan ellos mismos” (Doctor Renato, 2009). Se nota una divergencia de actuación en una profesional (tipo I) en cuanto a las llamadas a los usuarios pues señala que:

A veces no me viene alguien desde hace tiempo y digo ¿qué raro? ¿Qué le habrá pasado? Y le pregunto a V... ¿pero bueno no te ha llamado? ¿No te ha dicho nada? Y si no, lo voy yo a llamar, y cuando lo llamo yo le digo ¿qué, te ha pasado alguna cosa?, que no has venido. Hombre, porque son gente que ya conozco, sí son gente con la que ya hay una relación establecida. Hay otros que creo dejan de venir porque no obtienen sus expectativas, también porque pueden estar muy bien o muy mal. (Doctora Muralla, 2009)

Hay posiciones más subjetivas "...hay personas con las que tienes una empatía importante, que bueno por lo que sea te implicas más y que cuando fallan te preocupan y llamas, ¿no?. Y otros que dices mejor que ni venga. No se, es un poco el contexto (se ríe)". (Doctora Tecla, 2009).

5.10. LA DERROTA DEL SASTRE/TERAPEUTA: LOS USUARIOS "BARRACUDAS"

Otra de las profesionales (grupo I) aportaba una de las metáforas que surgen al interior del dispositivo sobre un tipo de usuario, que se designa como "barracuda"¹⁸. Esta denominación se queda al interior de la institución, para insumo de los profesionales en el análisis de los casos, y no es compartida con los usuarios. Esto nos informa sobre la trayectoria y experiencia de los profesionales desde una perspectiva más sociocultural que biomédica, veamos su planteamiento:

...este es el tipo de personas que han hecho muchos tratamientos y en todos fracasan, nosotros le llamamos *barracuda*, que es un pescado. Son pacientes barracuda que van quemando recursos, que van probando todo y confirmando que nada les sirve. Llegan aquí también a quemar este recurso para confirmar que nada funciona y que la culpa está fuera de ellos. No asumen ninguna responsabilidad. Vienen a ver qué encuentran pero para confirmar que no hay nada, es la expectativa del no cambio (Doctora Batalla, 2009).

Las barracudas, en muchos casos, "han hecho un peregrinaje por diferentes recursos". Según su visión le gusta "la gente cuando viene así más virginal, es un problema ¿no? Este tipo de persona va agotando los recursos, en su itinerario asistencial puede que haya pasado por Alcohólicos Anónimos, Comunidades Terapéuticas; ha hecho ingresos en Hospitales, ha sido tratado ambulatoriamente por psiquiatras y psicólogos y "nada les sirve". Ésta es la construcción del usuario compartida muchas veces por su familia, al constatar que lo que le es ofrecido por la institución y los profesionales del CAS "tampoco les sirve", que ya viene de realizar un recorrido en el que están "un poco viciados por las relaciones terapéuticas, muchas de ellas fracasadas"... No obstante, en el CAS "se encuentran con algo diferente a lo que habían probado y a veces puede ser un enriquecimiento, pues tantas cosas que han hecho se suma a otra cosa más que hacen". (Doctora Batalla, 2009). La detección de este

¹⁸ La designación surge del libro de Joel S. Bergman "Pescando barracudas", el término barracuda es la metáfora que utiliza el autor para referirse a "la familia difícil o resistente... que ha demostrado poseer una impresionante capacidad para derrotar psicoterapeutas" (1987:15) son resistentes al cambio que terminan quemando o desgastando al terapeuta. Es una metáfora que da cuenta "del potencial riesgo letal que el trabajo con algunas de estas familias implica para la salud y el bienestar del terapeuta. (1987:11)

usuario “barracuda” se hace desde un primer instante, y luego ya se canaliza en el resto de la trayectoria realizada en el CAS u otros servicios dentro o fuera de la red:

... ya (Miguelina G.) pregunta en la primera entrevista y que luego en las visitas posteriores va saliendo, pesa mucho saber su recorrido. El paciente barracuda te había dicho era el que hacía muchos recorridos, pero otros, sin ser barracuda, han recorrido a otros servicios unos dentro del sistema sanitario y otros paralelos al sistema sanitario, digamos, por ejemplo, los Alcohólicos Anónimos, otros tipos de grupos de autoayuda o grupos religiosos y muchos también han pasado primero por servicios estrictamente médicos, digestólogos, médico de primaria, problemas hepáticos o tienen asociado el alcoholismo a otros factores de riesgo: hipertensión, el azúcar, la diabetes y van haciendo un recorrido médico de enfermedades asociadas con el alcohol hasta que llegan a parar aquí por el tema del alcohol; es de estos casos que suelen venir derivados por el médico de cabecera con una lista de antecedentes médicos: la diabetes tal, tal... y el alcohol. Empezamos a tratar el alcohol que a lo mejor es lo primero que se tenía que tratar y se hubiesen evitado a lo mejor muchos otros problemas. (Doctora Batalla, 2009)

Trabajar con este tipo de usuarios "es difícil porque ya presumen el no cambio", "se cronifican" entonces, "ya van con esta predisposición al fracaso" (Doctora Batalla, 2009). Con las personas percibidas como *barracudas*, según la idea de los terapeutas, se plantea arduo el trabajo de psicoterapia.

Se plantea el derecho del terapeuta de “marcar un final y eso a veces es terapéutico”; marcar un final de la etapa terapeuta consiste en varias posibilidades:

...puede llevar a una derivación, le puedes decir “bueno me parece que durante un tiempo le he llevado aquí y ahora le corresponde otro profesional, otro tipo de terapia o de seguimiento”, es lo que hacemos, por ejemplo, cuando derivamos algún paciente de psicoterapia a tratamiento de enfermería. Sobre todo con los de metadona, más que con los alcohólicos. En ocasiones, a los alcohólicos los derivamos al médico de cabecera. Por ejemplo, si observas que lo que necesita el paciente es que cada pocos días alguien le visite brevemente y recete aquel antidepresivo o aquel ansiolítico y a nivel psicoterapéutico parece que ya no necesita nada más, lo derivas. Entonces haces una nota al médico de cabecera para que lo siga y le das el alta. Aunque tú veas que hay muchas cosas que aún se pueden trabajar. (Doctora Batalla, 2009).

El cambio consiste trabajar en unas determinadas direcciones que las resume la profesional en tres opciones: seguir igual; cambiar para romper cosas (separación cuando se trata de parejas) o cambiar para empezar nuevas cosas (Doctora Batalla, 2009).

5.11. LA AMPLIACIÓN DEL TALLER DEL SASTRE: LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL SANITARIA COMO UN RETO PARA LOS TERAPEUTAS DEL CAS

La competencia intercultural es un nuevo planteamiento que requiere habilidades y constituye una importante práctica artesanal, es poder ser artífices en el mundo profesional y científico que se gestiona, en este caso de las drogodependencias. Siguiendo con el paralelismo con los sastres y los terapeutas, se convierten en "especialistas del traje a medida", quienes con conocimiento, sentimiento y paciencia van poco a poco transformando la "tela" que tiene en sus manos para que le quede bien a la persona que le encarga el trabajo. La competencia intercultural pretende que el sastre sea un forjador del diseño a medida de cualquier "prenda/diagnóstico" con aquellos "tejidos/tratamientos" que el usuario elija, desde la elección del tejido hasta su presentación final con la pruebas en la persona, con un corte artesanal, hacen que siempre a gusto del "medico-usuario" se consiga que esté satisfecho del trabajo.

En Cataluña, desde el 2001 se estableció la figura del Mediador Intercultural Sanitario en la Red de Salud Pública con la Llei 1/2001 de 15 de marzo sobre Mediación, "fue considerada una ley pionera en España mediante la cual se reguló la mediación familiar" (Antonin Martin, 2010:224). En el CAS, en el 2008 se inició la figura del Mediador Intercultural Sanitario con la participación de Abir en el Servicio, debido a "la avalancha de inmigrantes de origen marroquí y se vio que es necesario para enseñar a los pacientes magrebíes cómo funciona el sistema sanitario aquí". (Abir, 2009). En este sentido, Antonín Martin (2010:225) señala que: "los mediadores facilitan la comunicación lingüística y cultural, mejorando las relaciones transitivas entre profesionales de la salud, usuarios y mediadores, hecho que aumenta el grado de confianza y seguridad que se establece en las relaciones mediador-usuario y usuario-profesional y por tanto un nivel de satisfacción de todos ellos". La Mediadora Intercultural del CAS refiere que ahora la función de mediador cultural ha cambiado "con el curso que hemos hecho, nos han enseñado que no debemos ser traductores y ya está, porque el traductor no dará respuesta a la necesidad que hay. Ahora estamos haciendo un trabajo más amplio, hacemos promoción de educación para la salud, asesoramos a profesionales y asesoramos también a inmigrantes". (Abir, 2009).

Antonin Martin (2010:14) quien ha trabajado con la Mediación Intercultural en el Sistema de Salud de Cataluña expresa sobre esta modalidad que:

...se encuentra todavía en proceso de consolidación profesional si se la compara con la

situación de otros países u otras profesiones de ámbitos sociales. En nuestro contexto, la mediación como profesión, las funciones de los mediadores, la necesaria formación en competencias interculturales de todos los profesionales de la salud, la mediación realizada por autóctonos o migrantes o las relaciones que los mediadores establecen con el resto de los profesionales, asociaciones o voluntarios son sólo algunos de los aspectos que necesitan consolidarse. Aunque, las políticas sanitarias comienzan a dar pasos que permiten pensar que nos encontramos en el inicio de un nuevo contexto y se constata con el número de centros sanitarios que solicitan la atención de un mediador sigue aumentando, la mediación intercultural en salud no está reconocida como una actividad socialmente valorada.

En el CAS donde se realizó la investigación, se puede afirmar que el mediador intercultural sanitario ha tenido una buena acogida y los usuarios magrebíes son atendidos una vez a la semana por dicha profesional quien los atiende junto al terapeuta, esta es la causa señalada por la misma: no hay muchos que acuden a tratarse y hay “muchoa irregularidad” en la asistencia a las consultas. Considera importante su labor porque muchas veces en el diálogo con los “otros” no se manejan muchos aspectos de la cultura, lo que podría dar lugar muchas veces a diagnósticos errados, pues factores como la falta de fluidez en la comunicación por cuestiones de idioma, diferencias en las expresiones, uso de metáforas adecuadas al contexto de origen o estilos de comunicación, en muchos casos impiden una buena labor terapéutica.

La mediadora intercultural refiere sobre la necesidad de la figura que desempeña: “para que el paciente tenga una comprensión más exacta de lo que les dicen los profesionales, y para que el profesional también se entere un poquito sobre los pacientes magrebíes, los magrebíes utilizamos metáforas en nuestro hablar más que hablar directamente y a lo mejor se crea un desentendimiento”. (Abir, 2009). Antonin Martin (2010:226) pone en escena con su trabajo que “las mediadoras siguen realizando un rol de colaboración respecto a los profesionales sanitarios quienes no las ven como un profesional más del equipo de salud. Sus actuaciones no constan en los registros médicos o enfermeras por lo que, en la práctica, sus actuaciones se vuelven invisibles en el momento de valorar o evaluar sus actividades o competencias”.

Por otro lado, también se han realizado talleres para los profesionales de salud de varios CAS para adquirir una formación en competencias interculturales; en este sentido, en el año 2009 se organizó la *Formació en Transculturalitat pels programes municipals sobre drogues*, que de alguna manera demuestran el esfuerzo y la preocupación por el tema de las migraciones y la descripción de las realidades que comúnmente se encuentran en un centro de esa envergadura.

Los terapeutas se han dedicado a ampliar su visión sobre la problemática que atienden desde el enfoque de reducción de daños; la visión de la problemática de las drogas desde una perspectiva multidimensional y la voluntad integrativa y dialógica les han dado una solidez. No obstante, su preocupación central, en estos momentos, es atender la oleada de inmigrantes de diversos países que se han establecido en ese espacio y que empiezan a acudir al servicio con problemas relacionados con el consumo de drogas. El reto entonces es adquirir competencias para comprender los aspectos de la cultura de origen de los migrantes que atienden. En este caso, la única mediadora con la que cuentan es una mediadora magrebí pero ya empiezan a asistir al servicio gente de Europa del Este, o América del Sur. En éste último caso, a pesar de compartir el mismo idioma, español, muchos aspectos socioculturales no son conocidos, lo que se traduce en un mayor esfuerzo por parte de los terapeutas para comprender las creencias, valores y prácticas de los sujetos que provienen de esa región; por lo que algunos están participando en grupos de investigación, realizan sus estudios o cursos en antropología, y realizan cursos y talleres como equipo para ampliar su competencia intercultural.

Repensar aspectos de las diferencias culturales y el reto de la interculturalidad desde la perspectiva de los terapeutas es considerado como una prioridad. La accesibilidad social y los procesos de restablecimiento, en este caso de la drogodependencia, en términos compartidos, que sean soporte de conocimiento, afectivos e institucionales, es la tríada sobre la que se pretende avanzar, a pesar de la trivialización que de esta enorme complejidad hace la aplicación automática de conceptos que sólo ven desde una misma dirección. No obstante, el obstáculo mayor es la medida de la retracción paulatina de posiciones esencialistas que “fijan la cultura”, “la verdad”, la “autoridad”, “los otros” en espacios inabordables, cuando pueden ser más cercanos y amplios. Un mundo cada vez más descentrado y fragmentado, a la vez que globalizado, ha dado aun nuevo pie a los esfuerzos deconstructivos. Por último, vale la pena repensar una institución de salud la cual tiene que ver como instrumento técnico con el contexto donde opera. De igual manera, la calidad de la salud depende de la incorporación de cada vez más sofisticada tecnología y, finalmente, la calidad depende de la consideración del trasfondo histórico del presente.

5.12. LOS SASTRES PARA LOS TRATAMIENTOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS: LA IMPREGNACIÓN DE LOS PROCESOS DE MARGINACIÓN

En el inicio, la organización de la Red de Atención a Drogas, se generó por “una serie de iniciativas de gente que siente la necesidad de crear unos servicios específicos, pero a su vez por el rechazo de la Red de Salud Mental a problemas de este tipo, a problemas de drogodependencia y adicciones”. Entonces, a partir de este rechazo “se ha generado esta marginación”. (Doctora Martínez, 2010). Al desplegarse los “mecanismos de rechazo” surge “una dificultad de identificación” con el dispositivo (Doctora Martínez, 2010).

Por parte de algunos profesionales, han surgido planteamientos en cuanto a los procesos de marginación social al interior de la institución y en el marco de sistema sanitario, con referencia a los pacientes, la manera como los terapeutas son percibidos por otros profesionales y cómo cargan con el estigma de las personas que atienden, las desigualdades económicas entre los profesionales, que dan cuenta de un panorama variopinto del CAS en cuanto a los procesos de “marginación”. Este planteamiento no es general en todos los profesionales, pero incluso los que tienen más años de experiencia no niegan que en un principio había procesos de segregación, tal como señala una médica psiquiatra: “esto era algo que ya no nos acordamos, pero ocurría con el resto de dispositivos”. (Doctora Martínez, 2010). Refiere que “la sensación de que nos tienen como profesionales de segunda yo tengo la grata impresión de que está cambiado muchísimo, porque bueno, es aquella negación que se hacen ante lo desconocido”. (Doctora Martínez, 2010). En los inicios, los procesos de marginación son explicados por “nuestra propia inseguridad porque estábamos ante algo nuevo”, “éramos más vulnerables”, “teníamos poca identidad”, “éramos muy jóvenes”, “teníamos poco discurso elaborado” y “teníamos que afrontar constantemente situaciones nuevas para las que no estábamos preparados”. Y esto se traducía en un “proceso molesto” que se verificaba en “un rechazo al usuario importante, al usuario y a todo lo que tenía que ver con él, también estábamos incluidos nosotros” (Doctora Martínez, 2010). Una de las pioneras del CAS (Grupo I), señala su experiencia que emerge desde el seno de salud mental y por ello no se siente ni marginada ni como profesional de segunda:

...siempre entendí que yo me fui de allí para organizar una cosa nueva y diferente porque entendía que no estaba bien atendido esto, por suerte coincidí con otros compañeros y pudimos crear este servicio. En realidad fue una decisión mía irme a organizar esto.... Y ciertamente fue muy mal vivido por mi entorno más inmediato en salud mental y he recibido

muchos desplantes, pero siempre pensé que ellos no entendían (se ríe), molesta pero hasta cierto punto porque al final yo tenía la sensación de conocer bien de dentro esos recursos y en cambio tenía la impresión de que ellos no querían conocernos, les molestábamos constantemente. (Doctora Martínez, 2010)

En este sentido, refiere que luego ha cambiado la situación y la realidad de otros dispositivos especializadas es más dura “en otras partes piensa que la mayoría de los servicios no están dentro de una institución sanitaria ni mucho menos. Están como si fuera una tienda en medio de la calle...En la actualidad en todos los hospitales hay un servicio de drogas, pero todavía hay otros servicios que no están dentro de los hospitales” (Doctora Martínez, 2010).

Este desconocimiento de los profesionales que laboran en los CAS y la molestia de los psiquiatras se traduce en lo que dice otra de las psiquiatras (Grupo I) quien señala que para el que no trabaja en drogodependencias el “trabajar con los drogodependientes es bastante frustrante para el psiquiatra. Hay que aprender a trabajar con ellos. Yo conozco muchos psiquiatras que lo que quieren es trabajar con lo agudo para obtener resultados, bueno como muchos médicos ¿no?”. El psiquiatra en general, "diagnostica y trata, entonces si la persona consume sustancia no se puede hacer un diagnóstico bien ¿sabes?" Y al estar en un CAS "hay que tener una mente más abierta, algunos psiquiatras pueden ser más cuadrículados en este aspecto". (Doctora Muralla, 2009).

La relación con individuos estigmatizados produce lo que llama Goffman (1989) “un tipo de persona sabia” que se relaciona con el individuo a través de la estructura social:

Cuando empezamos a trabajar en este campo, nadie quería trabajar en esto. Porque huyy los drogadictos y tal...! los alcohólicos, pues son intratables, son malas personas. Los psiquiatras se sentían mucho más cómodos trabajando con depresivos, psicóticos y ¿quién trabajaba en esto? Trabajábamos los que teníamos cierta vocación. Los que teníamos cierta motivación por el estudio de las drogas. O los que éramos tan novatos que no encontrábamos plaza en ninguna parte y aquí, como no quería trabajar nadie, podíamos empezar a trabajar sin tener mucha experiencia. No estoy hablando de alguien en concreto, estoy hablando de manera general. (Doctor Renato, 2009)

Otra de las profesionales (Grupo II), quien provenía de Atención Primaria, señala su propia experiencia antes de entrar a trabajar en el CAS "...si me hubieran dicho hace cinco años que si quería trabajar aquí yo les hubiera dicho que no, ni loca, imposible". Al respecto, sus compañeros de trabajo de primaria la cuestionaron cuando les comunico que se iba a trabajar a Drogodependencias le dijeron: “Ah, estas loca” (Doctora Norma, 2009).

En cuanto a los usuarios, se ha intentado “normalizar toda esa historia”. Pues ha consistido en que se vayan percibiendo como iguales, pero al interior del CAS a los usuarios les

emergen ideas “para diferenciarse” del resto de las personas que acuden, en este sentido, se segrega a determinadas personas con problemas de drogas específicos. En aras de la normalización, recalcan que no son “junkies” sino gente “que tiene problemas con la heroína, remover todas estas etiquetas que se ponen ellos, ¡eh!”. Se las ponen entre sí mismos, “hay unos señores de alcohol entonces... eso pasa también con los de cocaína, los de heroína son diferentes, pero es como si se sintieran diferentes por ser de alcohol, el alcohol parece no es tan grave”. La construcción que hacen de ellos mismos les impide ver que “no se ven como drogodependientes, como alcohólicos, que es diferente”. Intentando ver su problema con el alcohol “como un mal menor”. La persona que llega por primera vez al CAS dice “uufff yo estoy bien, pero si que socialmente como que pesa más el tener un problema de drogas que no [de alcohol]... pero entre ellos”. (Doctora Laia, 2009)

Las desigualdades en cuanto a la remuneración de los profesionales, son referidas por una de las profesionales (Grupo II), a unos les paga el ayuntamiento y sus salarios suelen ser más bajos con respecto a los profesionales que contrata el hospital. En el recurso Centro de Día o de Calor y Café para usuarios, trabajan “personas del hospital y personas del Ayuntamiento, somos educadores pero cobramos sueldos diferentes, tenemos horarios diferentes. Entonces esto pues también dices ¡hombre! pues no es justo ¿no?” (Esmeralda, S., 2009). La diferencia de remuneraciones radica, según la educadora, en que “el hospital remunera un poco más porque en el hospital tienes unos objetivos, te pagan al final de año, los del ayuntamiento no, y lo estás haciendo igual, entonces bueno son cosas que tu dices también que sería bueno mejorar”. (Esmeralda, S., 2009).

Hay disconformidad en relación a la coordinación con otros servicios, este es un planteamiento general de todos los profesionales:

A veces no coinciden como se deberían llevar los casos, dicen “éste caso lo hubiésemos podido llevar de otra manera” pero sin tener en cuenta a veces de cómo trabajamos. En algunos casos sí que pienso que hay un momento de desvalorización. A veces nos dicen ¿cómo puede ser que haya hecho esto con este paciente? Siempre hay algunas razones, pero lo que no hay es esa confluencia. (Jaume A., 2010)

Una de las dificultades más importantes, según el parecer de una de las profesionales con gran trayectoria, es externa, es la falta de coordinación con otras instituciones, situación que es percibida como:

...isomorfismo, el servicio de drogodependencias tiene la misma estigmatización en cierto modo que los pacientes. Personas que por otros estamentos sanitarios y no sanitarios aún hay la estigmatización, por el alcohol quizás el de menos, como si los pacientes fueran de segunda, pero entonces como si nosotros fuéramos profesionales de segunda y lo que es muy difícil y yo creo que es importantísimo mejorar es la relación con otros medios sanitarios, dentro del hospital, como con los médicos de primaria y los psiquiatras. Un trabajo en red, el

poder trabajar en red de verdad, porque es muy bonito, ¿no? a nivel político se está hablando de trabajar en red; esto a nivel filosófico a nivel de planteamiento es muy bonito, pero la realidad está costando mucho, entonces, es esto lo que conviene profundizar y trabajar a fondo. (Doctora Tecla, 2009)

Esta cita de algún modo resume la marginación social de los usuarios, profesionales y de la institución. Evidentemente, el trabajo en red es la apuesta de la Red de Salud Pública española pues permite el contacto entre los dispositivos, recursos, profesionales para la atención de los usuarios. El trabajo en red permite “conectar diferentes servicios que participan en un caso particular; facilita el acompañamiento en los distintos momentos del proceso de intervención; permite el lento trabajo de resignificar los relatos del individuo, de la familia y de los profesionales implicados, para obtener un soporte narrativo en el que basar la estrategia de intervención; posibilita la lectura de retroacciones que reorienten los objetivos mínimos a perseguir, y el sostenimiento paciente del proceso pese a los altibajos” (Linares citado por Borràs en: Grup Igia y colaboradores, 2008:108).

De igual manera, uno de los profesionales (grupo I) señala que en algunos momentos hay discrepancias al interior del equipo en cuanto al “traje a la medida” de una persona, es decir, los sastres invisibilizan su trabajo, no pueden ver la costura al no poderse de acuerdo con respecto a un usuario, pero en general señala que hay relaciones de cordialidad dentro del grupo:

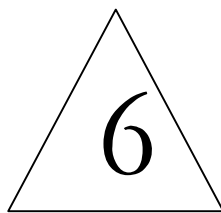
Y entre los profesionales del mismo equipo, en mi caso, sí que a veces piensa que sientes que puede haber fricciones entre el terapeuta y el trabajador social. Actualmente pienso que puede haber una fricción concreta en cuanto a algo de algún paciente, así cosas puntuales pero no hay fricción entre los profesionales. Cuando se da algún caso siempre se resuelve y ya. (Jaume A., 2010)

Como en el cuento clásico del "nuevo traje del emperador", el equipo se observa cohesionado y coordinado, cuando no lo logran es cuando han pasado momentos de descoordinación, en este sentido, "el traje es invisible" y al ponérselo, en realidad se encuentran "desnudos" ante su confianza y el acuerdo entre todos. La coordinación entre el equipo es primordial para no invisibilizar el traje que se ha confeccionado.

Para finalizar este capítulo, brota una crítica a la biomedicina cuando una de las profesionales (Grupo I) reflexiona y hace una analogía con su práctica médica cuando dice: “muchos médicos lo que quieren con el tratamiento es curar”, pero “hay una parte de la medicina que no cura y no van a curar nunca. Total ¿qué se cura? Las anginas, pero hay enfermedades que no se curan y allí el médico tiene que tolerar la frustración porque se le

van a morir”. Señala que los años de experiencia le permiten darse cuenta de dicha realidad para tolerar las frustraciones. “Viene alguien y te dice que hoy llegó Jorge que tiene delirio, inicias un tratamiento y lo suprimes con medicación”. La terapeuta cuestiona de manera muy crítica el poder de la medicina, “es un poder pues despierta narcisismo en el médico”, poniendo en evidencia las relaciones de hegemonía/subalternidad entre médico y paciente, y entre los mismos médicos. Retomando su propia práctica médica la interpreta con una metáfora “trabajar en las drogodependencias es como limpiar la casa, que limpias y al rato todo esta sucio” señalando los límites del sistema médico. También aporta que “se consiguen cosas a veces con algunos y otras veces no lo has conseguido y tu misma dices ¿es que no puede salir dos veces bien?, ¿no? porque vuelven a recaer” (Doctora Muralla, 2009).

Para terminar este capítulo considero necesario retomar la metáfora del “sastre”, “traje a la medida” que me parecieron inspiradoras para analizar el abordaje del tratamiento de las drogas desde la perspectiva de los profesionales. En el enfoque sistémico relacional, los terapeutas analizan o *bihvanan* en la práctica el mundo de las personas con problemas de alcohol y sus propios retos/oportunidades en el contexto cambiante del Servicio de Drogodependencias. El sastre corta la tela y cose sus trajes conforme es necesario, según su experiencia. Si la tela se ha cortado bien la tela, el traje será bueno y muy útil; si la ha cortado mal, no le quedará bien al que lo debe usar. De igual manera, el terapeuta despliega sus “artes terapéuticos”, si la confección del tratamiento se ha planteado bien, la persona saldrá adelante con sus propios recursos y los facilitados por el dispositivo; si lo ha confeccionado mal, la persona no avanzará hacia su “curación”. En esta propuesta siempre es necesario un justo medio pues las personas son las protagonistas en su proceso de mejoría, y tienen sus propias representaciones y prácticas en cuanto a su padecimiento y tratamiento como se verá en el siguiente capítulo.



**NARRATIVAS SOBRE EL PADECIMIENTO Y
TRATAMIENTOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS
PCPA**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS
Carmen Laura Paz Reverol
DL:T. 1708-2011

¿Me preguntas por qué
compro arroz y flores?
Compro arroz para vivir y flores
para tener algo por lo que vivir»
Confucio

El contenido de este capítulo son las narrativas expresadas por las personas con problemas de alcohol que han sido recogidas durante la investigación. Sus protagonistas, hombres y mujeres, aportan sus ideas en cuanto a la enfermedad y a la ubicación de ésta en su cuerpo; el tratamiento y el sentido de éste para los mismos; la curación o ausencia de ella; sus prácticas y los cuidados que realizan, entre otros aspectos.

6.1. LA IDEA DE LA PCPA SOBRE SU ENFERMEDAD

En nuestro trabajo de campo hemos podido observar como una constante que casi ninguna de las entrevistadas –salvo una- reconocen que tienen una enfermedad relacionada con el alcohol. Para las mujeres la idea presente es que no hay una relación con alcohol propiamente “sino en relación a la depresión. ¡Hombre! A ver, si me dices que soy alcohólica porque he consumido mucho alcohol, pues que tengo que decir, que sí”. (Elena, 2009). En muchos casos señalan que al empezar a tomar antidepresivos desaparecía la necesidad de consumir alcohol, tal como señala una de las mujeres:

La enfermedad es depresión, cuando me sentía deprimida o por falta de algo buscaba el alcohol y me sentía mejor. Desde ese momento, me sentía mejor por un momento pero luego me sentía fatal, estaba tan borracha que perdía el sentido o me caía, tropezaba. Desde ese momento, se va a volver la depresión más fuerte. Lo que pasa es que como bebía no me van a dar antidepresivos. La condición era dejar de beber para empezar un tratamiento con antidepresivos. Desde que tengo tratamiento ni pienso beber ahora. Estoy con un tratamiento antidepresivo y la verdad es que me va bien, no necesito tomar alcohol. El alcohol no ayuda, el alcohol hacía olvidarme de todo pero ahora no hace falta, para sentirme alegre, para olvidarme de todo; ahora me siento mejor, no necesito el alcohol para nada. (Libertad, 2009)

Los enfoques de género y salud definen la morbilidad diferencial como “el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen la atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino”. (Valls-Llobet, 2009:160)

En este sentido, las mujeres subrayan los problemas relacionados con la depresión, ansiedad, insomnio antes que su problema con la bebida. Valls-Llobet plantea que, en la morbilidad diferencial, la depresión y la ansiedad, entre otras, entran en la definición pues

“se presentan con una mayor prevalencia (alta prevalencia) en el sexo femenino y son causa de muerte prematura, enfermedad o discapacidad entre las mujeres que entre los hombres” (2009:160). Tres mujeres que identifican la enfermedad como depresión señalan:

...posterior a diagnosticarme la depresión fue cuando yo empecé a beber. O sea, no bebí y caí en la depresión, tenía depresión y posterior a caer en la depresión, estando tratándome con la depresión fue cuando yo empecé a beber. Empecé a beber porque no veía solución con mi depresión. ¡Error! Pero yo lo veía así, yo veía que por lo menos me tomaba un par de cervecitas y no tenía esas ganas de llorar, que eso me angustia. Pero claro luego era peor, porque claro cuando me daba cuenta de lo que había hecho, me sentía todavía más deprimida y entonces ¿cómo lo solucionaba? Pues bebiendo más. (Elena, 2009)

La depresión la tengo desde niña, 9-10 años tenía el ánimo por el suelo, cansancio, siempre coincidía con mi menstruación, no bebía, claro, pero lloraba, no quería ir al cole, me vestía de negro, tenía ganas de morir, todas esas cosas. (Libertad, 2009)

...es un problema con poder dormir, yo lo necesito para dormir. ¿Crees que soy alcohólica? ¿Eres? me decían, no sé por eso te lo pregunto. Pero nunca me habían explicado que era un problema. Aquí en el CAS me dijeron tu problema es éste. Yo tenía conciencia de que algo a mi me pasaba, pero no sabía cómo controlar la situación, como poner límites a las ansiedades. (Shüli'wala, 2009)

Valls-Llobet (2009:295-296) señala que las condicionantes de género pueden ser consideradas un riesgo para la salud mental, especialmente en los casos de depresión que se considera una de las principales causas de discapacidad en las mujeres. “Cada vez se conocen más los efectos de la doble jornada laboral y doméstica. Las mujeres con una posición social baja en las escalas de ocupación, que tienen un bajo control sobre el trabajo doméstico y bajo control en el trabajo asalariado” se encuentran con mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad.

Hay mujeres que reconocen sus dificultades con el alcohol pero aclaran que no es un problema porque no afecta a su salud física, se consideran “un bicho, todo lo que como yo lo desgasto por eso no engordo”, pero obvia los efectos que le produce a nivel mental (Fenicia, 2009). Otra declara que su enfermedad es el “alcoholismo” el cual le fue diagnosticado en el año 1987 cuando acudía a otro CAS de la Red de Salud Pública, señala que su jefe la acosaba sexualmente en el trabajo, lo que evidentemente le producía mucho estrés. A partir de allí empezó a consumir alcohol y a aumentar de peso.

Otras señales de alarma, como los suicidios, se ocultan a los profesionales. Menciono el caso de Magdalena, quien no reconoce sus verdaderas intenciones de acabar con su vida para no ser ingresada en un centro de salud mental y para evitar ser convertida en un “zombi viviente”:

...ese diagnóstico ya lo sabía yo, el día de San Juan mezclé, me tomé mi botella de cava y un bote de pastillas y me fui a la cama. No me encontré allí. Me llevaron en una ambulancia al hospital, al (Centro de Salud Mental), de allí me enviaron a Drogodependencias, me dijeron

de unas visitas aquí [CAS] y las acepté porque yo allá no [Centro de Salud Mental]. Ya me hablaron que allá eran puras pastillas, pastillas y pastillas. Aquí no me dan ninguna pastilla, hablas y coges hora para hablar. Te tratan como si estuvieras esquizofrénica total [Centro de Salud Mental], por eso dije que no. Algunos compañeros me han dicho que allá es así. No se qué es peor ir allí y parecer un zombi, no me podían obligar a ingresarme. La próxima te ingresaremos directamente, me dijeron. Les dije la próxima vez si les doy oportunidad, porque a lo mejor ya no habrá próxima vez, la próxima vez acabo conmigo ¿entiendes?. La próxima vez que quiera acabar con mi vida ya sé que me tengo que tomar una sobredosis, porque no voy a dejar que me lleven al manicomio a que me maten allí como un muerto viviente. ¡No! (Magdalena, 2009)

En las mujeres, la idea sobre la enfermedad aparece planteada con sentimientos de vergüenza y culpabilidad, por eso el ocultamiento del padecimiento por parte de las mismas. Valls-Llobet (2009:161-162) señala que es necesario construir una ciencia ligada a las diferencias y a la perspectiva de género, para ello hay que tener en cuenta “el diagnóstico diferencial de las enfermedades y del malestar de las mujeres. La morbilidad prevalente en el sexo femenino se inicia con los trastornos de la menstruación... que tienen como consecuencia las anemias y las deficiencias en la reserva de hierro”. Señala la autora que las enfermedades autoinmunes son de alto dominio femenino e igualmente las endocrinológicas (tiroides, diabetes, suprarrenales) que se enlazan con carencias metabólicas y de vitaminas. En cuanto a las mujeres entrevistadas, también señalan que aparte de los problemas de depresión, tienen problemas con la tiroides y con la falta de hierro, algunas hacen alusión a la posible influencia de las estaciones del año:

Yo noto que no sé si ¿es el tiempo, el invierno o qué? soy una persona muy depresiva. En el invierno me afectan más las cosas, ya de pequeña en el colegio también me pasaba. Llevo un año tomando antidepresivos desde que cogí la depresión esta. Tomó también para la tiroides que dicen que la tengo descompensada y hierro porque estoy todo el mes sangrando. Aparte sigo tomando alcohol, no tanto como antes, pero si un par de veces a la semana una o dos o el fin de semana, sólo si me apetece porque a veces no. De todas maneras, me planteé dejarlo porque lo bebo por costumbre... me atraía, pero ahora no me acostumbro a pedir una limonada. (Magdalena, 2009)

Una de las mujeres señala que su enfermedad es “el alcoholismo”, pero también afirma que se añaden otras enfermedades como la bronquitis y el tabaquismo, éste último es un problema muy común en las personas entrevistadas, tal como dice Pepa “¿enfermedad? ¡hombre! A parte del alcoholismo, lo que tengo es bronquitis crónica, pero este año no he caído, me da en el verano, soy una de las primeras en ponerme las vacunas. Las paso muy gordas con la bronquitis y fumo dos paquetes diarios”. (Pepa, 2009)

Otra de las ideas más comunes es la negación de la enfermedad, es decir, se señala que es una enfermedad pero sin darle un nombre relacionado con el alcohol, se trata de algo que no se puede “controlar”, no se puede “parar”, si se prueba el alcohol no se podrá detener

luego. Al respecto señala “sí, es una enfermedad porque no la podía controlar, ahora salgo con los compañeros y yo sé que si lo pruebo no lo puedo parar, yo en la noche tengo que beber para dormir”. (Shüli’wala, 2009)

Independientemente de las etiquetas utilizadas para designar la enfermedad, hay una relación entre el alcohol y los problemas ocurridos en la niñez. Hay un reconocimiento de la enfermedad a partir de situaciones traumáticas de la niñez, como la violación por uno de los miembros de la familia, hecho que marca la vida de algunas mujeres, de allí se explica el continuo abuso del alcohol para encontrar un alivio:

Sí, tengo una enfermedad que no puede sacar el problema que tengo en el cual me han destruido la vida cuando era pequeña. ¡No puedo sacarlo!. No tengo odio a esa persona, pero creo que quedé marcada para toda la vida, quedé muy marcada. Eso no me deja ser totalmente como yo quiero ser. No me deja, no me deja, yo veo a alguien que me quiere un poquitín, y ya lo aparto. Cuando alguien me quiere demasiado o está intentando quererme demasiado hago lo que sea para apartarlo. (Fenicia, 2009)

Gómez Moya afirma que “aunque el abuso sexual en sus diversas formas, incesto, vejación, violación, ocurre tanto en hombres como en mujeres, la incidencia y prevalencia de los abusos sexuales es mayor en mujeres” (Gómez Moya, 2005: 98).

Hay pcpa que niegan sistemáticamente sus problemas relacionados con el alcohol e incluso la existencia del padecimiento; en el caso de Afrodita no considera que haya un problema relacionado con el alcohol ni con otras drogas, sólo va al CAS a buscar preservativos porque es una colaboradora en las actividades de promoción a la salud, “yo no soy alcohólica, yo voy al CAS sólo a retirar mis preservativos y los tengo para mi uso y se los doy a las chicas de la calle, y ya, de resto me la mantengo en mi casa”. Hace alusión a los “otros” y dice “no soy como esta gente que está aquí que va a coger metadona ¡No!” y a la vez amplía diciendo: “Si, porque todas esas cosas del alcohol no van conmigo, para mi no van porque yo no soy alcohólica. Yo me bebo en la semana uno o dos cuba libre y vino en las comidas y ya está, lo normal”. (Afrodita, 2009)

Por su parte, los hombres reconocen que su padecimiento relacionado con el alcohol tiene que ver con los problemas con su pareja, la separación, la dependencia del alcohol, también por trastornos mentales, insomnio, “ataques de ansiedad”. Sólo uno señala que no sabe con que está relacionado su padecimiento, supone que hay un diagnóstico en su historia médica, comenta durante la entrevista que un psiquiatra del Centro de Salud Mental le comentó que está muy “*enpsiquiatrado*” porque se encuentra, según el profesional, “muy encajonado bajo una disciplina y unas normas muy rígidas, todo lo que sea desorden a mí me altera. Me altera pero mucho”. (Jocker, 2009). Otros hombres se refieren a las consecuencias de su

enfermedad relacionada con el alcohol, otras drogas o por contacto sexual como: hepatitis C, Hepatitis B, cirrosis, pancreatitis.

En los hombres hay algunas representaciones que explican que no es una enfermedad, el problema es que está “desabrigado por la sociedad”, este desabrigo está relacionado con problemas sociales, relacionales, de salud y laborales de la persona:

No, creo que estoy desabrigado por la sociedad, pero no es una enfermedad. Estoy por dejar el alcohol mucho más rápido que mucha gente, pero no encuentro la salida. Yo no puedo estar tirado en la calle como una polilla. Que me digan búscate un trabajo, ¿por qué no te vas trabajar? Si encuentro un trabajo como jardinero ¿cómo me muevo? ¿Voy al banco y lo atraco? Eso tendría que mirarlo mucha gente, pero no lo mira, no le interesa ese tema. Cada persona que está en la calle tirada, durmiendo en el suelo, ese hombre lo que necesita es ayuda, no le pises la cabeza que no le gusta. ¡Vale! que todo el mundo no es ayudado porque hay gente que no le gusta, si te acercas que pone la cartera, pero hay gente que no, no todo el mundo es igual. (As, 2009)

Otros sujetos se proponen ir reduciendo poco a poco el consumo más no de llegar a la abstinencia:

Te voy a decir las palabras que me dijeron en la clínica [CAS], en la clínica no miento, en el hospital el alcohol no de golpe, de poco a poco, yo comprendí esas palabras... Ya no puedo caminar solito, tengo miedo, de noche tengo miedo, de día si me mareo puedo decirle a alguna persona, a la policía o cualquiera. El alcohol lo estoy largando paso a paso, no lo puedo hacer de golpe, eso es, paso a paso eso es lo que estoy haciendo, paso a paso. Me da nervios pensando en tantas cosas... yo se que estoy bien pero tengo problemas con mi salud, problemas de trabajo, problemas de mi hijo, todo va subiendo, eso es el problema que hay. Pero el alcohol y la droga eso no, drogas no nunca, no me interesan esas tonterías, ni quiero... (Joao, 2009)

Otras formas de sentirse “desabrigados” es el no importarle a los demás, el que no interesen por la enfermedad de la pcpa “sí, tengo una enfermedad pero mucha gente pasaba de mí” (Azúcar, 2009). Hay otra pcpa que plantea que su padecimiento es debido a problemas mentales y por discapacidad en el que la sustancia no ha tenido influencia:

Sí, es que la tengo verificalo en mi historia, tengo trastorno mental, distimia, autoestima es más psicológico, pero a lo mejor me ha influido el alcohol, pero yo creo que el alcohol no ha influido tanto. Es mi manera de ser y la enfermedad que tengo trastorno mental y tengo varias cosas discapacidad en un 46% me han observado ese porcentaje. (Cupido, 2009)

En el caso de los hombres, se revela la problemática directamente relacionada con el alcohol, se añaden así otras influencias que inducen al consumo, por ejemplo: la pérdida de memoria, las amistades, la prohibición de la religión a la que pertenece el individuo:

También tuve unas cosas con el alcohol, la verdad también el alcohol te arruina. Empiezas por una botella, luego te tienes que beber diez. Pero es la verdad, las cosas son así. Beber para olvidar, pero yo te digo no para olvidar, beber para reírme, para pasear bien con

amigos... No es el alcohol yo pienso que son las amistades, el alcohol si uno está bien con las amistades, si estás en un sitio bien, no te puede afectar la memoria ni el cuerpo. La memoria da al cuerpo y el cuerpo da a la memoria... Si, el consumo de alcohol puede que de problemas, dificultades en la memoria, dificultades de salud. Es *beber para olvidar* pero nunca se olvida nada. Bebes para olvidar y vives para pasar. Pero el alcohol te lleva a hacer cosas malas, el alcohol también es una trampa para la persona. El alcohol no es bueno. Por ejemplo, hablemos del Islam, en el Islam se prohíbe el alcohol y se prohíben los juegos. No hay que gastar el dinero en tonterías, porque como hay muchas tonterías, pongamos el caso por ejemplo el mío, en vez de irme a mi casa me paso por la máquina y me gasto todo el dinero, por eso es que pasa todo. (Daniel M., 2009)

Otros hacen referencia a la enfermedad “alcohólica” o a una dependencia que no es necesariamente una enfermedad y a las consecuencias del “alcoholismo”:

Sí, sí, es alcoholismo (Erasmus, 2009)

Sí, yo creo que estoy enfermo, claro que estoy enfermo. (Noe, 2009)

...a los 50 años me dio una cirrosis y una hepatitis B y yo creo que si tengo una enfermedad... el virus de la hepatitis B pero ya tengo los anticuerpos. (Lucas, 2009)

¿una enfermedad? Una dependencia si, ¿qué se le puede llamar enfermedad? Mmmm yo no lo sé hasta qué punto, pero una dependencia si que me parece que es bastante fuerte. Si te quieres quitar el alcohol porque te causa problemas, necesitas ayuda. Hay gente que se las puede quitar por sí solos pero depende de qué personas, es bastante difícil. Yo por mi parte he conseguido dejar de beber, estuve como 6, 7, 8 meses sin beber pero no fue fácil.

...tendremos esta enfermedad y la tendremos para toda la vida. (J.A. Terapia Grupal, 2009)

Otra de las personas reconocen la enfermedad de los “otros”, los “drogadictos”, pero no la padece él sino los demás usuarios que acuden al Centro de Actividades. Es la sensación de la diferencia del individuo que consume alcohol, que mira con otros ojos a los sujetos que consumen otras drogas; en este caso, el alcohol no se considera una droga:

...es una enfermedad. Hombre, yo personas de esas conozco mucho dónde está la [Esmeralda en el centro de día], que son drogadictos, que es una enfermedad, porque es una enfermedad, porque mira yo nunca me he puesto un porro en la boca, nunca me lo he puesto y he estado en los peores sitios del mundo y nunca me ha dado por eso, ni uno. He estado en Alemania un montón de años, he estado en Ibiza, tú sabes todos los maleantes que hay en Ibiza, donde se consume toda la droga porque allí están los cantantes. He estado en Ibiza y a mí nunca me ha dado por ponerme un cigarro en la boca, nunca. Fíjate que no se ni liarlo. Esa es una cosa que no me ha dado nunca. (Pepe, 2009)

Otra de las formas de reconocimiento de la enfermedad es la falta de control, colocarse la etiqueta de enfermo y en momentos ansiedad, si no se consiguen bebidas alcohólicas aptas para el consumo, se recurre a los alcoholes no aptos para el consumo humano como colonias, alcohol; esto lo explica de la siguiente manera Rod:

Si, yo soy un enfermo, eso sí lo tengo clarísimo... Tú, lo que pasa es que no entiendes el problema “*el alcohol se te mete en la sangre y cuando es así lo sacas de donde sea*”, si no hay vino buscas lo que tiene alcohol: en colonia, alcohol para las heridas, es alcohol. Es igual que la droga que te hace daño, el alcohol está en cualquier parte pero si tú eres cocainómano no lo resuelves tan fácil. (Rod, 2009)

A veces no hay ninguna idea concreta sobre el padecimiento y se puede consumir por muchos motivos, acontecimientos, experiencias de felicidad o de infelicidad, de euforia o de enfado, con problemas o sin tenerlos, por cansancio o por monotonía del acontecer diario. Son estados indistintos que suponen una vuelta al consumo y/o abstinencia en espiral, o mejor, un retorno cíclico dependiendo del estado de la persona, tal como señala a continuación Jocker:

No tengo explicación, estoy cansado ya (se ríe)... no lo sé la verdad, no lo sé porque a veces lo hago porque lo hago, otras porque me gusta la fiesta, otras veces lo hago porque estoy cabreado;... yo creo que los consumos son así, como no seas ya un junkie de estos ya que solamente vive para el consumo ¿no?. Yo no he tenido problemas para consumir, lo mismo puedo estar alegre o estar triste. A veces por la fiesta y a veces por qué me encuentro mal porque pienso que no va haber solución al problema y me pongo peor. (Jocker, 2009)

Hay explicaciones que están vinculadas a procesos vitales de las personas, a procesos de socialización en la sociedad en que vive el individuo. El siguiente caso hace referencia a ritos iniciáticos, al contexto político de la transición de la dictadura a la democracia:

...imagínate que ésta es toda tu vida, se puede prolongar más pero bueno para simplificar, entonces, tú estás en un pequeño intermedio en el que te encuentras en esa situación: ahora te va bien, ahora te va mal, ahora te va bien, ahora te va mal... pero ¿cómo has llegado ese estado? ¿Por allí hay un problema conyugal de fondo que no se aprecia? Y tú lo entenderás perfectamente. En la tradición judeocristiana hasta en los 12 años el niño está al cuidado de la madre y a partir de allí su padre vela por su educación ya sea religiosa, profesional o mil cosas. Entonces a partir de los 12 años, me imagino que en tu país pasará exactamente igual, empiezan los ritos iniciáticos: se empieza a fumar ese cigarrillo a escondidas, a los 13 o 14 años la primera borrachera para hacerte más hombre, para estar a la altura. Luego eso te conduce entre la pubertad y la adolescencia para seguir consumiendo poquito pero luego llega ya cuando eres joven ya las cosas se complican más, te acostumbras a ese tipo de costumbres, valga la redundancia. A mí me gustaría saber por estadística ¿cuántas personas entre 45 y 55 años, es decir, nacidas entre 1954 y 1964, es decir, cinco años antes que yo y cinco años después que yo; comparativamente a la población ¿cuántos alcohólicos hay con respecto a otras épocas? Porque estoy completamente seguro que esas dos fechas serían muy significativas, esos 10 años. Porque éramos los jóvenes que vivimos en la transición de la tiranía de un dictador, estábamos fuertes, seguros ¿Quién se reunió en la clandestinidad o escogió la otra vía? Simplemente como te decía, después te acostumbras y a lo mejor la vida te da un varapalo, una contrariedad, no te das cuenta y a lo mejor por tu carácter no lo quieres afrontar pero que refugiarse un poco en el alcohol porque es lo que has conocido desde que eras pequeño, puede que eso te haga sentir más hombre o más diferente yo lo veo así... No sé si se viera mal ni que tuvieras conciencia tú de ello sino obligado, sino de obligado cumplimiento era algo natural, era algo natural. Era algo que todo joven que se preciara de serlo sabría que tendría que fumarse ese primer cigarro, estaban los adolescentes que eran un poquito más grandes que tú que te llevaban de la mano, era como una iniciación chamánica, es exactamente lo mismo. Los jóvenes del pueblo criados por el hechicero o el brujo, gurú llámalo como quieras introducían al paramundo en las culturas incas, aztecas y en la tradición judeocristiana está el vino, las bacanales de Roma le rendían culto al rey Baco, que era el rey del vino, que es una tradición heredada. Lo que pasa es que en momentos de dificultades en esto se disparó pienso. (Joselo, 2009)

Las representaciones de la enfermedad, en hombres y mujeres, es diversa y variada. En la cita anterior, Joselo justifica su padecimiento relacionado con el alcohol, deja entrever algunos aspectos relacionados con la socialización en distintas sociedades, en las que incluye su tránsito de la adolescencia a la adultez en su sociedad de origen. En las narrativas se señalan problemas adicionales cuyo centro no es precisamente el alcohol, sino las angustias, las depresiones, el sufrimiento pero también surge el placer; entonces, placer/displacer aparecen relacionados con otros padecimientos de la memoria y la necesidad de beber para olvidar.

En contados casos, se mencionó la palabra “alcoholismo” para referirse a la enfermedad. Las personas con problemas de alcohol reconocen otros padecimientos o síntomas por los cuales recurren a la asistencia médica, tales como: depresión, ansiedad, insomnio, cirrosis y otras enfermedades mentales y físicas. Hay sujetos que reconocen la problemática relacionada con el alcohol ligado con los criterios de abuso o dependencia de dicha sustancia

6.2. LA UBICACIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL CUERPO

Le Bretón (1992) afirma que existen varias representaciones sobre el cuerpo en occidente. En este apartado veremos saberes sobre los cuerpos relacionados con los problemas de alcohol diversos y, con frecuencia, bastante indeterminados. En los sujetos que participan en esta investigación predomina una representación del cuerpo como máquina, como coche, como coche en movimiento:

“Mi cuerpo es una máquina, se descompone, se cansa por los amigos, por la familia, chismes, va afectando la memoria”.(Daniel M., 2009)
“El cuerpo es un coche” (Rod, 2009)
...porque el cuerpo no puede estar parado. “El cuerpo se tiene que estar moviendo. Tienes que mover el chasis” (se ríe). (As, 2009)

Cuando esta máquina se descompone hay que llevarla al mecánico -en este caso el terapeuta o profesional de la salud- para que lo arregle. La visión del tratamiento siempre estará disponible, pues la máquina en cualquier momento puede descomponerse y hay que llevarla a reparar.

La mayoría de las mujeres y hombres ubican la enfermedad en la cabeza:

¿del alcohol? Aquí [señala la cabeza] porque el alcohol no te deja pensar con claridad ¿sabes? No eres consciente tu de lo que estás haciendo y te estás matando poquito a poco y tú no te

das cuenta, no te das cuenta. Y por mucho que la gente de fuera lo esté viendo y te lo diga, no les crees, no les crees, dices “son cosas tuyas. Déjame en paz que yo así, estoy muy bien” ¿sabes? Me volví como... nunca había mentido. Me volví muy mentirosa y muy encerrada en mi misma. Las cosas que no me gustaba que me las dijeran pues me ponía toda chula y “Bah, vete a la mierda” si, pues como que la única que tenía razón era yo, los demás querían perjudicarme cuando verdaderamente la única que me estaba perjudicando era yo y yo estaba perjudicando a toda mi gente porque les he hecho sufrir mucho viéndome como me estaba deteriorando y eso ahora lo veo con una claridad bárbara, pero bárbara, cosa que con el alcohol no lo veía. (Elena, 2009)

...en el cerebro, totalmente (Libertad, 2009)

...Supongo que en mi cabeza, eso es una cosa de que bebes porque quieres. (Magdalena, 2009)

...en el cerebro, porque todo es mental y yo me creo que tomando el alcohol se me quitan los problemas y luego las tengo peores. (Pepita, 2009)

También se ubica en el vientre y en el pecho, garganta y corazón:

En esto (vientre), cuando bebo alcohol me duele mucho esto, me sube al cerebro y me baja. El estómago también me afecta porque cuando bebo no como y me duele... por los nervios vomité, tenía los nervios aquí metidos, después no pude dormir, lo que tengo ahora es sueño. (Fenicia, 2009)

...en el pecho [en el centro], en la garganta y el corazón. (Shūli'wala, 2009)

En los hombres, hay explicaciones sobre el cuerpo afectado por el alcohol y el café, específicamente “el cerebro”, “la mente”, “la cabeza”; en la primera cita se puede apreciar la descripción de As quien hace una la analogía entre el cuerpo y el coche o automóvil:

El sistema nervioso está aquí arriba en las neuronas, después está el cerebro, su ropaje. Y aquí hay una especie de agua, que cuando tomas alcohol o café, esto se rompe y se unen las dos partes... esta es una parte del cerebro de la izquierda y esta es la derecha, aquí ay un agua. Cuando consumes las rompes por aquí, entonces no se comunica una con la otra y pierdes estabilidad en el cuerpo (se ríe). Entonces, están después las neuronas por aquí po, po, po y aquí hay una especie de H que son las que se comunican, ellas se mueven muy rápido y como no me ha gustado aprender más medicina aquí me detendré (se ríe). Es una parte, después del corazón, el corazón que bombea la sangre al cerebro y el pulmón le da oxígeno, pues si no es así la sangre no anda. Así como sin la gasolina tampoco andaría el coche... después viene la parte del estómago, es así la función del cuerpo, es como un coche. Es que los coches los han sacado de la función del cuerpo de las personas. (As, 2009)

...yo personalmente creo que es en la mente, pues por ejemplo en mi caso me encuentro mal y yo digo “he bebido y me encuentro mal” y me lo creo aún más de lo que se creen los otros; y hay otras personas que beben, son agresivos pero ellos piensan que están bien y no les afecta tanto en su mente. Entonces, yo me encontrado con gente que ha bebido conmigo y al otro día han estado bien. Yo si he bebido mucho al otro día estoy hecho polvo, me encuentro muy nervioso, no quiero salir para nada, me encuentro mal. Por eso te digo que creo que es más en lo psicológico de la persona. Yo, por ejemplo, en mi caso creo que soy muy influyente, en las cosas negativas, en las preocupaciones. Como pienso en mi madre, a veces me preocupo mucho, entonces eso me hace pues desanimarme y sobre todo si bebo alcohol ¡cuando lo bebía! ¡vamos! Yo lo ubicaría en la mente de la persona. (Cupido, 2009)

Aquí [señala la cabeza] porque a veces me da un toque porque tengo que reflexionar mucho, porque si no me llevaría a la locura. (Erasmus, 2009)

Abundan otras representaciones del cuerpo como si tuviese una bomba dentro, relacionado con el rechazo social que padece el individuo:

Algunas veces me he ahogado, como si tuviera una bomba en mi cuerpo, como si el corazón tuviera una pesadilla. De hecho cuando se te va la olla se te va por algo... entré un día a un bar de Reus, entré con unos amigos con quienes hacía tiempo venía bebiendo alcohol. Una dueña del bar me ha dicho yo quiero este euro, yo le digo ¿por qué quieres este euro? Para tomarme una copa mis amigos y yo. Yo le dicho no, este euro es mío, si yo quiero invitar a ustedes los invito... Ellos piensan que nosotros somos nada y dicen, vamos a reírnos de los moros. (Daniel M., 2009)

Hay ideas sobre el dolor, la anatomía humana, y la explicación de las causas de los tipos de dolor en el cuerpo del sujeto:

Yo mira, tengo el defecto de que como he hecho mucho deporte, además la anatomía humana siempre me ha gustado mucho, yo sé perfectamente lo que me duele y donde me duele y con la intensidad que está doliendo. Cuando yo te digo que me está doliendo es que me está doliendo de veras. En realidad, yo tengo un umbral de dolor muy alto. Entonces, yo sé es si el hígado está doliendo aquí es porque lo tengo inflamado, si me está doliendo más y me duele aquí está superinflamado. Si tengo molestias aquí sé que es el páncreas. Si me dan un puñetazo en el estómago sé que me pueden romper el bazo. Si es en el oído puede ser un poco de cera o puede ser algún tipo de descompresión... hasta incluso yo tengo una sensibilidad, hay cosas que yo puedo hacer sin necesidad de mirarlas, por ejemplo, coger las llaves de casa simplemente las identifico con el tacto, pero eso es por los años que yo he hecho escalada, tenía que saber si una piedra estaba adherida, no adherida, la consistencia, si era granito... o con los ojos cerrados saber hacer un nudo... (Joselo, 2009)

También hay una concepción del cuerpo que se repara del exceso de “toxinas” en el cuerpo y/o cerebro:

...tú llevas todo el día más que bebiendo, fumando, llega un momento en que las toxinas te comerían. Pero si las voy limpiando, aunque beba o fume, pero voy limpiando las toxinas día tras día, y limpiándolas, sacándolas, porque para mí no es una maravilla que estén dentro, no las quiero, ni siquiera verlas. Yo digo que a mí me enseñaron bien para hacer las cosas (As, 2009)

...en el cerebro claro, en una parte del cerebro que está dañada creo yo y que necesita pues alguna medicación o una cosa que le haga para restablecer su vida. Hay algo en el cerebro, la toxina esa, lo que sea, es del cerebro y lo necesita. Es del cerebro necesita el alcohol y el problema está en el cerebro. Es la parte que se daña muscularmente por el alcohol. El alcohol hace que tu musculatura baje. Eso lo he leído en un libro. (Noe, 2009)

Otros hombres señalan que la enfermedad se ubica en el hígado, cuando tienen afectado éste órgano por causa del consumo del alcohol mantenido en el tiempo. Otro señala que se ubica en la cabeza pero por los riesgos de exclusión social que ha padecido desde que llegó a España, veamos:

...en la cabeza, en la barriga, como te he dicho yo dormí sobre cartón. En España muchas veces dormí sobre cartón. Pensamos que estamos en Europa pero cuando nos damos cuenta estamos en África. En Marruecos blancos y negros, en España color es eso es lo que yo veo. ¿Por qué en Marruecos blanco y negro y en España color? Porque cuando la gente llegaba aquí pensaba que iba a encontrar el dinero en grandes cantidades pero cuando llega aquí no hay dinero. Yo estaba trabajando como comerciante y ahora estoy recogiendo colillas en la calle. Mi madre llorando dice ¿dónde está mi hijo? Mirad, tu hijo está recogiendo colillas de la calle. Por eso tengo que seguir aquí en España, pero cuando voy a Marruecos hablo para que

todo el país lo escuche, para que los marroquíes se queden tranquilos y no mueran más en las pateras. Claro, siempre muere gente en las pateras. ¿Cuándo vienes aquí qué haces? Beber, emborracharte, pelearse y nadie está feliz, nadie está cómodo. Ellos piensan que la gente aquí en Europa como decimos nosotros, Europa tiene sus costumbres, tiene sus culturas. Nosotros tenemos nuestra cultura, nuestras costumbres. Desde un punto de vista somos viajeros, desde que llegamos somos viajeros, la mayoría viajamos para pasear, para ser turista. No importa si no hay dinero, con poco te la pasas tres meses como turista y te devuelves a tu tierra. Pero si empiezas a trabajar, dices yo voy a trabajar y nadie te deja trabajar, nadie te quiere. El dinero no te sirve para nada porque el dinero no te da la felicidad. A lo mejor te ayuda pero no te da la felicidad. El dinero es como si fuera papel, las personas no son papel, son personas, tienen sus raíces, sus costumbres, su cultura. (Daniel M. 2009)

Hay narrativas que evidencian el sufrimiento, la soledad y la desesperanza:

...se ubica en el sentido de la falta de sentimientos en nuestro corazón, el amor que tal y cual. Y que hablar claro no hay corazón y no hay solución. Se miran las personas pero no se miran... eso indica que los corazones están duros. En este sentido, mi corazón va como va la marcha del mundo. Tal como va la marcha del mundo. Ahora mismo ayer en [el Centro de actividades] con las dos chicas, a mí me demuestran esas chicas que están corrompidas. Hay muchas chicas y hay muchos chicos muy mal. (Lucas, 2009)
[señala el pecho/corazón, hace silencio] porque allí está la causa de todo. (Rod, 2009)

Hay concepciones sobre el cuerpo como totalidad para la ubicación del padecimiento y se considera la mente como “traicionera”:

...no se, yo creo que... es todo el cuerpo no es solamente la mente ¿no? En un momento dado es el cuerpo que lo pide, lo necesita el cuerpo, si que estamos de acuerdo que el cuerpo lo hace funcionar la mente pero para funcionar bien el cuerpo necesita el alcohol. Llega un momento en que estás bien al consumir, te encuentras bien, pero como no tengas dinero para consumir te pasas de bronca y luego ya la lías. Es el cerebro que te incita al alcohol para transmitir unas funciones, porque no se, yo cuando consumía se me quitaba todo. Sólo con el alcohol ya se me quitaba todo. Pienso que no es en la mente es en el cuerpo, lo que pasa que es en el cuerpo donde lo sentimos, pero la mente es muy traicionera. (Pantracio, 2009)

Las molestias en el cuerpo por causa del alcohol podemos verlas en el siguiente cuadro, muchas de estas, en el caso de las mujeres, hacen referencia a problemas menstruales, “cólicos”, problemas de piel, problemas del riñón, depresión, olvido. En el caso de los hombres, plantean que no tienen ninguna molestia o dicen desconocer las posibles molestias, otros por su parte señalan perturbaciones en el estómago, en el hígado, en la memoria, en el cuerpo, cirrosis, hepatitis, pancreatitis.

Cuadro 1. Molestias en el cuerpo en las pcpa por causa del alcohol.

Fenicia	(Aquí señalando hígado) estaba inflamada, cuando bebía mucha cerveza me notaba inflamada. Hígado, el páncreas, me dio un cólico un día que fue tremendo, se hinchó y me tuvieron que pinchar para sacar los análisis... hace dos semanas que tenían la regla, ahora me baja con un montón de coágulos... porque tenía una hemorragia y tenía unas
---------	---

	piedrecillas. ...estoy tomando unas pastillas para limpiar todo lo del alcohol, ¿será por eso? pero ya no sabía que hacer. Fui al médico de cabecera me mandó hacer análisis de todo. Me puso abajo en el papel, análisis de drogas y de cannabis. ¡Eh, que no te dicho cannabis! Cannabis es un porro y yo nunca me he fumado un porro. (se ríe)
Libertad	En la piel, se me veía como la piel más rojiza, el color de la cara y de la piel me cambió. Me veía extraña, ahora que me ven todo el mundo me dice que me veo mejor. Tenía como una vasculitis o las venas más pequeñas, los ojos más pequeños y manchados.
Magdalena	En la cabeza, no quería vivir un día más. Me relajaba pero me hundía más. Los problemas no me los solucionaba el alcohol, al día siguiente estaban allí otra vez.
Pepa	En la cabeza, al día siguiente no me acordaba de nada.
Shulí'wala	En el cerebro.
As	Ninguna molestia
Azúcar	No lo sé y no lo quiero saber, pero es por el alcohol. No he llegado a tener cirrosis, porque si tuviera cirrosis ya no estuviera hablando con usted.
Cupido	En el estómago y en el hígado
Daniel M.	Con la memoria ya no puedo recordar cosas, pero ya se está mejorando un poquito, porque estoy tomando mucha pastilla, mucha porquería también. El estómago fuhhhh. De pronto la memoria se cansa, a veces hago ejercicios pero como estoy cansado, algunas veces la boca seca, sabes.
Erasmus	En todo el cuerpo
Joao	Me tenía que sentar otra vez, tomar un vaso de agua o leche y un cigarro en la boca, mirar la tele y descansar más un poquito. Y después si me recuperaba....
Jocker	¡Hombre! en el hígado, porque tengo la hepatitis C... ahora me estoy tomando el Diazepan para dormir me va bastante bien. Estuve en Dual, tuve una pequeña recaída hace un par de semanas por ir al Centro de Día que no quería ir... Cogí dos pastillas porque me dolía la cabeza y se me fue la pelota... nada más que fue eso: 2 pastillas, 4 cervezas y todo el día de locura. ¡Hombre! Si que tengo ganas de consumir para qué te voy a engañar; eso siempre va a vivir conmigo y con cualquier "tóxico" ¿entiendes? Con cualquier toxicómano siempre va ir acompañado, pero si no tengo problemas, si no tengo obstáculos en mi vida los puedo superar. No te digo que a lo mejor un día tenga una recaída pero no de esa manera violenta...
Joselo	Yo empecé a tener molestias en el estómago, la digestión porque yo recuerdo que cuando estaban más joven te ponían a correr, te ponían a 10 kilómetros del campamento y yo iba super asfixiado... por eso te digo que quizás la molestia la sentí en alguna digestión más que en el mismo hígado.
Noe	¡Hombre! Yo lo que tenía eran muchos ardores, problemas gástricos, vomitar, beber alcohol. Yo creo que todo mi cuerpo estaba lleno de dolor ¿sabes? Me dolía todo y hasta que no bebía no se me pasaban los dolores. No te exagero, las rodillas, todo en general me dolía.
Pantracio	En el hígado tenía inflamaciones, en el páncreas la pancreatitis me dio

	fuerte y en el estómago tenía muy mala digestión, y ya era muy difícil controlarme, con la cabeza es el descontrol total.
Pepe	En ninguna parte. Yo no me he emborrachado nunca. Yo bebo lo normal.
Rod	De momento ninguna, pero supongo que el hígado.

Las molestias señaladas por cada una de las personas con problemas de alcohol tratan de descubrir la subjetividad por la que cada uno de los sujetos esboza sus relaciones no sólo con su cuerpo sino con los otros. En tal sentido, planteamos a partir de Laplantine (1999:265) que “existe una distancia considerable entre la interpretación de la enfermedad por la mayoría de los enfermos y la que manifiesta la mayoría de los médicos”. En cuanto a la construcción de la enfermedad por los enfermos, se trata de la construcción del cuerpo social y cultural, que “está inserto en la trama del sentido... cuando se establece provisoriamente una ruptura en la transparencia de la relación física con el mundo del actor (dolor, enfermedad, comportamiento no habitual, etc.)”(Le Breton, 1992:33).

6.3. ORIGEN Y CAUSA DE LA ENFERMEDAD

Todas las sociedades y todas las culturas, cuando producen la significación acerca de la enfermedad, señalan el origen de la misma y sus causas, Good (2003:91) plantea que “el individuo experimenta determinadas sensaciones corporales, las valora (o las relaciona con determinada dolencia) utilizando las representaciones de la enfermedad (modelos explicativos) de que disponga, y luego opta por un tratamiento consultado a la red profana de referencia”. En cuanto a las causas Laplantine (1999: 260) apunta:

...para la inmensa mayoría de los hombres y mujeres, poco o muy medicalizados, lo que en principio se comprende cuando se presentan los procesos patológicos no son los factores que precipitan el contraer la enfermedad, sino las causas y más aún la causa –que, según el caso, puede ser “el tabaco”, “el alcohol”, “la sal”, “el azúcar”, “el ruido”, “el frío”, “los pimientos”, “las cebollas”, “las mantas”, etc... Tal cosa “viene de”, “está ligada a”, “se debe a” esto o aquello, “entraña”, “da”, “provoca” tal enfermedad.

En el caso que nos ocupa, podemos reconocer la manera como las personas se representan el origen de su padecimiento. Las mujeres señalan: el divorcio, la ruptura con la pareja, “cuando me quitaron a mi hijo/a”, “en el momento que llegué a esta ciudad”, “cuando me casé con una persona que sólo pensaba en sexo”, “lo que me pasó cuando era niña... me violó mi padre”, el fallecimiento de un familiar querido. Por su parte los hombres señalan representaciones del origen de la enfermedad como: “el diablo”; “ha sido por mi

hermano... cuando se acostaba con mi mujer y me engañaba”; “cuando murió mi madre... antes de morir me dijo que la culpa la tenía yo”; “por los amigos”, ; “el consumo fue abusivo a partir del servicio militar”; “el desorden de la vida”; “bebo por culpa de la sociedad”; “un cúmulo de circunstancias”; exceso de bebida alcohólica, el consumo prematuro, la mala vida, fallecimiento de un familiar querido.

Las representaciones del origen de la enfermedad en mujeres y hombres son caracterizadas de la siguiente manera: “por la soledad”, “frustración”, “vacío”, “por el daño en el corazón”, “mi inseguridad”, “timidez”, “desde el 92 he perdido la cabeza”.

Igualmente, las causas de la enfermedad pueden estar asociadas según los hombres a: “la dependencia del alcohol”, “porque mis padres querían decidirlo todo así le hicieran daño a su hijo”, “tuve relaciones sexuales con mi hermana y desde allí no consigo vivir normal”, estar harto de la vida que se lleva, quedarse sin nada en la calle “en plan gitano, me he descarrilado”. La culpa de los otros: amigos, familiares. Otra causa diferente del resto de los discursos la señala uno de los hombres “el cigarro tenía algo, me lo dió un negro con el que tuve problemas, me causó problemas de nervios, ansiedad, cuanto te pones más nervioso te lleva al tabaco o te lleva al alcohol”, se trata de un mal puesto por “la envidia, la maldad, es toda una historia de personajes, es por la envidia, la maldición”.

Los hombres, en cuanto a sus experiencias de sufrimiento, hacen referencias a “insatisfacción con la vida”, “soy un revolucionario, un amigo de las causas perdidas”, “mi manera de ser”, “hay cosas que ni se quitan ni se pueden quitar, yo tengo una pena clavada en el corazón ¿qué me lo alivia? pues el alcohol. Pero qué hace el alcohol, romper todo mi mundo con las demás personas”, “el machismo”.

Las mujeres, por su parte, señalaban las siguientes causas de la enfermedad: el lugar donde se vive “me consumía la vida allí”, “con 14 años intento ser violada por mi jefe”, “el sexo, la primera tuvo que ver con mi padre y la segunda con mi ex marido”, la separación de la pareja, estar harta de la vida que se lleva, “que él me dijera que pagara el piso y que al final era suyo, pero el banco, el catastro todo lo he pagado yo. Me parece tan injusto y que la ley se pusiera de parte de él, no hubiese pagado nada pero si sino pagabas igual te saca el banco”. Otras causas de la enfermedad en las mujeres son las emociones y experiencia del sufrimiento: “la depresión”, “la angustia... sólo tenía ganas de llorar”, “insatisfacción con la vida”, “viene de la infancia... está allí, si lo remueves se te hace mierda”, “malestar”, “soledad”, “los nervios”, “la separación, la soledad y ocuparme de mis hijas, era comerme mucho el coco”.

6.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

Entenderemos el síntoma “como una interpretación que ha elaborado el paciente sobre una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales” (Martínez, A., 1998:647). Estos son señalados por las personas con problemas de alcohol y muchos de ellos constituyen la señal de alarma para buscar ayuda en el sistema biomédico. Entonces, gran número de los síntomas son redefinidos como signos de la enfermedad, los cuáles entenderemos como “una evidencia objetiva de una enfermedad que es perceptible por el profesional” (Martínez, 1998: 647). Del resultado del trabajo etnográfico podemos agrupar los signos y síntomas reconocidos por las personas con problemas de alcohol de la siguiente manera:

- Síntomas físicos: las mujeres señalan “con el alcohol estaba hinchada” (Renacer, 2009); “la cara parecía una manzana”; cansancio, baja de defensas, “a lo que había cualquier virus por allí yo lo cogía: catarros, neumonía, gastroenteritis todo, todo... todos los bichos que había por el aire yo los cogía” (Elena, 2009). Los hombres hacen referencia al síndrome de abstinencia “el levantarme por la mañana fatal, con malestar, con temblores y ver que al tomarme una copa se aliviaba el malestar, no iba colocado, ni borracho estaba normal” (Erasmus, 2009)

- Síntomas asociados a problemas de comportamiento y abandono de sí mismo: las mujeres hacen alusión al nerviosismo, las pérdida de ganas de vivir, falta de autoestima “me pongo muy nerviosa y me da por ir a beber” (Fenicia, 2009), “cuando consumía mucho alcohol tenía ganas de matarme, de acabar con mi vida” (Libertad, 2009). “Empezaba a anestesiarme beber, beber, beber y entonces me iba la cama”. (Magdalena, 2009)¹. Los hombres por su parte señalan apatía por todo lo que acontezca en su entorno:

Todo me da igual cuando bebo, no me importa nada, que si se cae el mundo me da igual. Cuando estas sentado allí bebiendo eso es un momento, luego piensas joder! ¿y si se cayera el mundo? entonces, pienso que quiero ver a mis hijos. En ese momento me cuesta pensar, no piensas en nada, no piensas en padre, madre, hijos... (Rod, 2009)

Problemas con los demás: tanto en hombres como en mujeres se señalan problemas con la pareja, con la familia de origen, con los hijos.

¹ Valls-Llobet (2009:297) señala que los síntomas de salud mental como la ansiedad, la pérdida de memoria, dificultad de concentración, síntomas depresivos e intentos de suicidio, se ha relacionado en los últimos dos años las relaciones de pareja peligrosas, la violencia física y mental entre la pareja y el alcoholismo de la pareja que favorece la victimización de las mujeres”

Acciones extremas y rupturas de los ritmos cotidianos: tanto hombres como mujeres señalan un descuido de su aspecto físico, dejadez, falta de limpieza, deambulación, agitación, insomnio y/o somnolencia, exceso de ingesta de alimentos y en sentido opuesto, inapetencia.

Empiezo encontrarme mal, a tener un picor, pensar, me suben por los pies un escalofrío y ya yo se que me va a pasar algo, ya siento los síntomas. Entonces pienso que me voy a morir, he llegado a pensar que tengo el sida o que tengo una enfermedad un cáncer o algo en el cuerpo. Me encuentro muy mal, es cuando te digo que he andado por el suelo y todo. Tenía los síntomas y me encontraba tan mal sin saber porqué. Porque a lo mejor no me lo diría nada del cuerpo ni las piernas sólo lo psicológico quería superarme pero no lo controlaba. Se encontraba tan mal, tan mal que podría vomitar quería morirme y me tiraba al suelo... A mí me ha afectado más en los nervios, el desequilibrio mental. (Cupido, 2009)

- Síntomas relacionados con el funcionamiento de la cabeza: “en Castellón fue donde me mareé mucho, he perdido la memoria, he perdido el equilibrio”, desgaste cerebral, dolores de cabeza... (Daniel M., 2009). “Eso de la pérdida de la memoria primero y luego la dificultad de hacer cosas con problemas físicos, a la hora de hacer cosas no tenía control sobre el cuerpo y dejadez de todo tipo. Yo vivía en la casa como un okupa, no limpiaba la casa desde hacía yo no se que tiempo, no me bañaba, no hacía nada, nada, nada, dejadez total”. (Pancracio, 2009)

- Signos de naturaleza emocional tales como soledad, ansiedad, tristeza, son repetitivos tanto en hombres como en mujeres, una de las personas señala sentimientos de soledad, vacío y desesperanza:

...las personas que están a mí alrededor tienen el corazón vacío y veo que la gran mayoría tienen el corazón duro, ese problema lo tenemos casi la mayoría”. Yo he estudiado la Biblia. La Biblia más o menos dice “los corazones se endurecerán” en la parte de Reyes... De momento no se puede creer en los sentimientos de las personas, porque la gente en su corazón no tiene sentimientos (Lucas, 2009).

- Síntomas asociados a cambios de identidad: hombres y mujeres señalan “que no eres tú te transformas en otro”, “cuando bebo soy otra persona”, “yo soy un pedazo de pan... pero tengo esta enfermedad...”, “yo cuando bebo me transformo sino bebo soy una persona la mar de afable y la mar de simpática, bromista”. (Pepa, 2009)

- Síntomas de naturaleza social: Estar sin trabajo, sin casa, sin nada es igualmente más señalado por los hombres que por las mujeres.

En los casos planteados, la redefinición del síntoma se hace a partir de la complementación del “terapeuta” y por los exámenes o analíticas que se realiza la persona, a partir de allí se ayudará a buscar cuál es el camino para el tratamiento, bien sea lograr en un primer

momento la abstinencia y luego pasar a la reducción de daños, o viceversa. De allí que la recurrencia al sistema biomédico tiene el poder de transformar el “síntoma” en signo y etiquetar la enfermedad, que no necesariamente sea llamada “alcoholismo” sino los problemas relacionales, sociales que inciden en que la persona se refugie en la sustancia.

Problemas físicos, relacionales y laborales

Los hombres y mujeres en muy pocos casos señalan unos determinados signos o problemas que les haya ocasionado el alcohol, detectados a partir de su recurrencia al CAS, pero otros señalan que no tienen problemas relacionados con el alcohol. A continuación veamos el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Problemas físicos de las pcpa por el consumo de alcohol.

Afrodita	Ninguna, no soy alcohólica
Elena	Tuve unos análisis que los triglicéridos me dieron muy altos
Fenicia	En el vientre, por las hemorragias
Libertad	No, ninguno nunca
Magdalena	No
Pepita	No, nunca
Renacer	Ninguno
Shüli'wala	Me hicieron las analíticas y no había problemas, supongo que el consumo era poco, pero a mí me ha afectado como si fuera una gran cantidad.
As	No, ningún problema.
Azúcar	Yo escupía sangre y seguía bebiendo; cuando escupes sangre es que hay algo grave.
Cupido	...me hicieron pruebas y me dijeron que tenía el hígado más grande de lo normal y sobre todo el estómago, ahora no tengo tantas molestias.
Erasmus	Me dieron ocho pancreatitis (se ríe) y un deliriums tremens también, estuve muy mal.
Hans	No tengo problemas con el alcohol. Yo soy casi ciego y tengo problemas en la pierna, necesito dos prótesis en las caderas.
Joao	No
Jocker	Tengo la hepatitis C

Joselo	Hepatitis B, anteriormente no
Lucas	No, nada. Las personas no me aceptaban a mi por el alcohol, es por eso que llego a un estado de depresión.
Noe	No tengo nada, es una cosa que la verdad yo nunca lo he entendido porque con el daño que hace el alcohol al hígado, y sin embargo, yo nunca he tenido ningún problema y me he hecho cuarenta mil analíticas. Supongo que debe estar un poco cascado pero no con cirrosis ni cosas de esas.
Pantracio	Pancreatitis
Pepe	Yo no tengo nada, ahora es que me siento mal con este tumor
Rod	Ninguno

Las mujeres -excepto una- reconocen que han tenido problemas físicos por el alcohol. En cuanto a los hombres, cuatro dicen tener problemas con el alcohol, el resto dice que no tiene problemas con la sustancia y dos a pesar de que no reconocen que sus problemas tienen que ver con el alcohol, manifiestan que tienen otras patologías pero no las asocian con la sustancia.

Para vincular los síntomas o problemas con los demás por causa del alcohol, la mayoría de las mujeres reconocen haber tenido problemas con los demás, especialmente con la familia, manifiestan en su mayoría que su beber ha sido problemático en sus relaciones con las demás personas; mientras que los hombres reconocen tener problemas con los demás, pero hay algunos que manifiestan no tener problemas o si los tienen suelen tenerlos con amigos o conocidos. Hay dos personas que atribuyen tener problemas con los demás independientemente del consumo o no de la sustancia. Veamos:

Cuadro 3. Problemas con los demás por el consumo de alcohol

Afrodita	No, aquí me llevo bien con todos
Elena	Con mi familia y con mi exmarido porque me veían que me estaba hundiendo y entonces me veían que cada vez iba peor y que estaba mal.
Fenicia	Si, mucha agresividad, caídas en el suelo, vómitos de bilis, peleas sobre todo con la gente, con quienes sea no, buscaba la pelea. Persona que se sentara a mi lado buscaba conversaciones y empezaba a pelear.
Libertad	Si, con mi marido, otras personas, los vecinos lo que sea, no precisamente problemas, pero hay unos que me han visto así y no me hablan. Más que problemas es mala reputación. Alguna vez

	discutí con mi madre estando borracha.
Magdalena	...pues si, a ver a veces me he puesto... es una cosa que no quería decir, a buscar problemas con los demás, por ejemplo, con mi marido, con mi hija.
Pepita	Si, con compañeros de trabajo, con jefes, con un montón de gente.
Renacer	Si, con mi pareja
Shüli'wala	Tenía algunas discusiones con mi ex marido.
As	No, no los he tenido nunca, he tenido problemas pero no fue por el alcohol
Azúcar	mal rollo, peleas y pérdida de amigos.
Cupido	No, nunca he sido agresivo.
Daniel M.	Si, todo el que consume alcohol tiene problemas pienso yo.
Erasmo	Si, en muchas ocasiones con mi pareja, con mi mamá, mi hermano
Joao	No, nunca.
Jocker	Sí, pero da igual si estoy consumido o no, siempre tengo problemas con los demás.
Joselo	No, nunca.
Lucas	No, porque las personas se apartaban y yo me deprimía por eso.
Noe	Una vez no, miles de veces, casi a diario. Una pequeña llamada de atención a un obrero se desbordaba de una manera... luego me sentía muy mal y todo era por el alcohol. Aunque quería controlar la rabia y es que no podía... todo se juntaba, todo estaba en contra mía.
Pancracio	He tenido problemas sociales muy graves por causa del alcohol. Tenían lagunas temporales, hablaba con la gente y luego no me acordaba, había estado en un sitio y luego no me acordaba de que había estado y eso ya era un problema bastante gordo...
Pepe	No, que va. Ningún problema con nadie. Quiero un enemigo, pero no lo encuentro. Yo nunca he tenido problemas con nadie.
Rod	Si, alguna vez en un bar, también en casa he tenido algún problema pero no soy problemático de estar siempre peleando con las personas.

En cuanto a los problemas laborales, las mujeres expresan la negación u ocultamiento de la problemática en su trabajo, sólo una reconoce haber perdido trabajos por su problema con la sustancia. Uno de los primeros planteamientos que se esbozarán será el de Afrodita², quien plantea:

No, no, eso es para quien es alcohólico, para quien bebe mucho alcohol. Yo no soy

² La actitud de esta persona era siempre de que todo estaba bien, “no tengo nada” con ella no pasaba nada, incluso los profesionales del CAS la remitieron a los servicios sociales para lograr una ayuda por enfermedad, y sólo fue ubicada en 10 % de incapacidad, lo cual no se correspondía con su realidad. Vale decir que aún cuando la persona tenía muchas cosas que decir de sus padecimientos, al negar los mismos no la hacían una candidata para obtener la ayuda. Luego los profesionales quisieron apelar por su causa pero no fue posible.

alcohólica ¿no? Eso es para una persona que bebe cada día, para quien está en Alcohólicos Anónimos. Estas preguntas no pueden venir para mí, yo no soy alcohólica, pregúntale a la gente que está aquí yo no soy alcohólica para nada. Están contentos con mi trato ¿sabes? (Afrodita, 2009)

Hay mujeres que señalan que cuando estaban laborando no les afectó su problemática, pero cuando perdieron el trabajo o iniciaron el paro, comenzó la problemática con la sustancia. En tal sentido, Elena (2009) afirma “no tuve ningún problema laboral porque estaba en casa cobrando el paro, entonces, pues para mí era más fácil todavía porque no tenía que dar ningún tipo de explicación a nadie”. Por su parte, Fenicia reconoce que perdió trabajos por causa del alcohol:

...porque bebía y yo no me levantaba para ir a trabajar. Pasaba de todo, no justificaba nada. Pasaba. Cuando me presentaba, yo decía pues “no he venido, he estado mala pero no he ido al médico, estaba con dolor de estómago, estaba con vómitos, si me quieres echar me echas” y así lo hacían. (Fenicia, 2009)

Otras señalan la dificultad de ir a trabajar sin consumir alcohol, una de ellas planteaba que había mañanas antes de ir a trabajar que:

...te levantabas, quería volver a consumir pero si lo hacía no sería buena para nada, no se si era la edad o dependía de lo que sea, pero antes si lo cogía, lo metías en una bolsa de hacer compras, pero ahora cuando bebo alcohol en seguida me afecta es muy rápido el efecto que tiene para mí. Enseguida siento una sensación de flotar, de sentirme bien, de relax... (Shūli'wala, 2009)

Los hombres expresan varios comportamientos, tres de los hombres señalan que sus problemas con la depresión y ansiedad les impedía ir a trabajar y estuvieron de baja por días y hasta por meses. Otros dicen que nunca faltaron a su trabajo por causa del alcohol. Algunos afirman que faltaron al trabajo por accidentes laborales u ocurridos en la casa, pero no relacionan la incidencia del alcohol en los accidentes. Finalmente, dos hombres aseveran que cuando han estado trabajando no han tenido problemas con la sustancia e iniciaron con el paro laboral el incremento de la sustancia. Dos hombres exponen que cuando habían estado bebiendo simplemente no iban a trabajar y no justificaban su ausencia en el trabajo.

Hay una serie de acciones que realizan hombres y mujeres para afrontar su día a día en la casa o en el trabajo para estar en condiciones de funcionalidad en las tareas que tenían que realizar. Las mujeres que se quedaban en casa, muchas de dichas acciones tenían que ver con su ostracismo con la bebida, era tratar de ocultar a su familia el consumo y hacer las mínimas tareas diarias. Una mujer describe su día a día en la siguiente cita:

...en la mañana yo me levantaba, me preparaba y llevaba la niña al cole y ya tenía todo el día

para mí. Al mediodía, yo preparaba la comida, venía [su marido] a comer, intentaba yo comer antes que él y me metía en la cama para cuando él llegaba. Echaba una siesta y se me pasaba lo que había bebido. En cuanto él se iba a trabajar yo volvía otra vez. Entonces, siempre tenía una excusa, le llamaba a mi madre “mamá, jo, que me duele la cabeza vete a buscar a la niña al cole” siempre la buscaba alguno en la tarde para poderme quedar yo en casa sola. Mi madre la recogía del colegio, daba una vuelta con ella le daba la merienda. Luego a las siete y pico cuando salía [su marido] de trabajar le recogía a la niña y venían para casa. Entonces, yo ya no bebía pero ya me había bebido mis dosis de la tarde. (Elena, 2009)

Dos de las mujeres señalan que al salir del trabajo había días que bebían y otros en los que no, pero una de las acciones para ir a trabajar era no beber, beber café o si bebían trataban que ocultar las evidencias:

Ducharme... es que para ir a trabajar no tomaba, lo he cogido más cuando he estado en el paro y los fines de semana. Cuando iba a trabajar trataba de ir sin resaca, es que si no es muy largo en día para ir con resaca y entonces me quedaría dormida. En mi trabajo no lo puedo hacer porque es estar parada todo el día. Procuraba de no ir con resaca, bebía los fines de semana, en las vacaciones. (Magdalena, 2009)

Otras dos mujeres decían que antes de ir a trabajar se bebía un vaso de whisky o un carajillo, también una de ellas procuraba desayunar, tomar agua en el transcurso del día e ir a trabajar. Otras manifiestan que durante las horas de trabajo consumían hasta que las descubrieron o se les fue complejizando la situación al punto que tuvieron que cortar los consumos durante el trabajo. Los hombres por su parte en general afirman que nunca faltaban al trabajo y se tomaban en la mañana su carajillo³, copa de coñac, cerveza, vino o whisky antes de ir a trabajar. Otra de las acciones consistía en rebajar el número de bebidas el día domingo para estar en disposición de trabajar el día lunes y también los que trabajan por turnos señalaban que preferían los turnos de la tarde o noche para estar en mejores condiciones. Uno de ellos afirma que su trabajo estaba relacionado directamente con la bebida pues en el transcurso del día tenía que atender a varios agentes comerciales, agentes de seguros, abogados, actividad que lo obligaba a consumir en los bares, decía: “yo era uno, los otros iban cambiando, se me acumulaban a mí. Como dice George Francis: ‘no hagas nunca negocios con alguien que beba agua, yo lo había leído’”. (Joselo, 2009).

6.4.1. LA RESACA

Para cumplir con los compromisos diarios, tanto hombres como mujeres señalan las

³ El carajillo lleva café y coñac.

estrategias que realizaban para tratar la resaca. A continuación se señalan las aportadas durante la investigación:

1. Empezar a beber lo mismo con lo que culminaste la noche anterior, no la mismas cantidades pero si el mismo tipo de bebida.
2. Tomar el *Bloodimeri*: zumo de tomate, vodka y pimienta⁴.
3. Ejercicio físico y frío.
4. Al otro día se consumen lácteos, agua, zumo de limón, de naranja, vitaminas.
5. Beberse un número fijo de bebidas al día y no pasarse de eso, una de las mujeres se bebía 6 cervezas al día. Tres por la mañana y tres por la tarde.
6. Iniciar en una hora fija del día, por ejemplo, no tomar en la mañana alcohol hasta las 12h.
7. Desechar por el vómito y beber agua todo el día.
8. Consumían una bebida que se llamaba Ferneblanca, era una bebida a base de licor.
9. ¡Stop! Es lo mejor para tratar la resaca, no beber más alcohol.
10. Tomar un café y una copa de orujo, en portugués se llama bagazo.
11. Uno señala “últimamente me lo comía a pelo sin medicación ni nada. Las estadísticas así lo dice, al final tienes que recurrir a la medicina, o no te funciona ya lo que te había funcionado o no lo aguantas”.
12. A partir del tratamiento en el CAS, señala uno de los hombres “Ahora con pastilla, antes te ponías fatal: te duele la cabeza, ahora te tomas una pastilla”.

También surgen apelativos para la resaca conocida comúnmente como “el mono”, el “primo hermano de king kong” que no es más que el síndrome de abstinencia, definido por uno de los sujetos como “la ausencia de la sustancia de lo que habías tomado”. (Joselo, 2009). También hay unas interpretaciones para pasar la resaca realizando ejercicio físico y aplicando el principio exposición al frío, que consiste en:

...haces ejercicio físico, simplemente flexiones, correr, que te de el aire fresco y con respecto al frío, muy sencillo, te das una ducha de agua fría o si estás fuera bañarte en un río, en una poza ya que el agua está en torno a los 14°C. 14°C comparado con los 36,5 °C que tenemos nosotros es mucha diferencia. Te bañas un rato y te da una hipotermia, empiezas por los pies y subes hasta la cabeza. Cuando te metes sientes que te falta la respiración, vale más bañarse

⁴ Uno de los hombres con principios religiosos señala que dejó de tomar Bloodimery, en cuanto supo el significado de la palabra “La sangre de María”, tomarlo era para él un sacrilegio.

en invierno porque si estás a 30°C y te metes a 14°C, hay muchos grados diferencia. En cambio si estás a 9°C y luego te metes a 14°C luego la diferencia son 5°C. Tienes frío cuando sales, luego dentro la sensación no es de tanto frío. En verano sientes más el frío porque percibes el agua más fría. (Joselo, 2009)

Como vemos, hay un principio de homología en el tratamiento de la resaca, se aplica el principio de que lo igual cura lo igual, aspecto que debe ser entendido desde las interpretaciones de los sujetos sobre su problema con el alcohol:

La resaca la tienes porque después de un consumo fuerte de alcohol te pega de una forma muy fuerte el alcohol, claro tienes dolor de cabeza porque has perdido mucho de golpe, ha perdido mucha cantidad te duele la cabeza, te duele todo el cuerpo, estás hecho polvo. Con un poquito de *alcohol suave* el cuerpo se te reactiva: una cerveza y si no una copa de cava, el cava es muy bueno también para el vómito para sentirte bien y no estar con resaca. Te tomas una cerveza lo que pasa es que cómo vuelve a estar otra vez, te sientes mejor porque bebes otra vez para el enganche pero eso es continuar. Eso de consumir mucho a no consumir nada, porque estas durmiendo claro, quedas agotado, entonces se ha de retomar otra vez el consumo. Empiezas a beber una vez que te hayas aliviado. (Pancraccio, 2009)

En este sentido, vemos con el alcohol antes de iniciar el tratamiento es el aliviador del malestar de las personas y es señalado como el remedio para abordar los síntomas físicos del síndrome de abstinencia y en todo caso como “quitapenas” es referido por una de las profesionales del CAS:

Para mí esa diferencia es muy importante los que van a buscar... quitarse del medio por un rato que son los que históricamente hay ya. En Andalucía hay un vino que incluso se llama así el Quitapenas, el Quitapenas es para quitar penas (se ríe) como su nombre indica ¿no?. Enseguida buscan en aquello una autoayuda, una automedicación y el que viene de una situación puramente social, si bien por temas puramente fisiológicos o de relajación de las costumbres, decide que lo necesita y que no puede dejar de beber crea una dependencia fisiológica. Pero cuando se da cuenta lo va controlando más fácilmente. Para el efecto este quita penas la accesibilidad es fácil. (Doctora Martínez, 2010).

Es un individuo que ante los avatares de la vida se angustia, se apasiona, se deprime, tal como explica Guissa es "un adulto que identifica un malestar, escoge un remedio específico, se cura y anticipa al médico con un producto cuyo único defecto es el de ser inapropiado por una mala dosificación" (Guisa, 2000:175). De tal manera, que la resaca es abordada por el modelo de autoatención (Menéndez, 1992) para aliviar los efectos y malestares del síndrome de abstinencia, no obstante, al acudir al CAS señalan que con la medicación sienten menos dichos efectos del consumo de alcohol.

6.4.2. EL MOMENTO LÍMITE DE LA PCPA

Hay momentos claves de las personas con problemas de alcohol en los que la situación se

les escapó de las manos o vivieron una situación límite, veamos las distintas situaciones para hombres y mujeres. Dichos sujetos señalan un “cúmulo de circunstancias” que hacen referencias a su familia de origen, a conflictos con la pareja o hijos, enfermedades físicas o mentales, ruina económica, pérdida del trabajo, de afectos, entre otros aspectos que les permiten relacionar a los sujetos la bebida con los problemas que tienen en sus vidas. Por supuesto en cada persona incidirá unas circunstancias determinadas.

Magdalena y Elena representan a muchas de las pcpa que sienten que sus vidas tuvieron que desmoronarse por completo para que se produjera ese momento decisivo en el que decidieron iniciar tratamiento para los problemas de alcohol. Elena hace referencia a un punto álgido: una hospitalización por exceso de medicamentos ingeridos por la misma “sin darse cuenta”, dicha situación es vivida como una catástrofe por su familia y explica que fue generada por múltiples situaciones. Por su parte, Magdalena expresa que había consumido medicamentos “con conocimiento” de sus consecuencias, sin embargo, negó a los médicos el intento de acabar con su vida y explicaba en la entrevista que en el momento de responder con cuál intención había consumido los medicamentos les explicó a los profesionales que no se dio cuenta de lo que hacía. Pues sabía que si revelaba sus verdaderas intenciones podría ser forzada a ingresar a un centro de salud mental por su intento de suicidio. Veamos el planteamiento de ambas:

Me tomé no sé cuántas pastillas, me quedé dormida, no es que perdiera el conocimiento, como me tomé un montón de pastillas, eran para dormir. Me tomé varias que yo quería dormir, yo quería dormir, estaba muy cansada, estaba muy agobiada, estaba con una angustia horrible. No había parado de llorar en todo el día porque, claro, al principio sí que el alcohol me aliviaba y no lloraba; pero claro cada vez mi cuerpo me pedía más y claro ya llegó un momento en que me hacía llorar más. Entonces, aquel día estaba con una *desesperación total*, no había dejado de llorar en todo el día y estaba muy cansada, muy cansada. Lo que yo recuerdo es que yo decía “yo quiero dormir, yo quiero dormir. Quiero dormir y necesito dormir”.... No quise quedarme en el hospital, al día siguiente cuando ya volví en sí y vino la psiquiatra y me dijo que me iba a ingresar cuatro días y yo le dije que no, que lo sentía mucho pero que ya yo me sentía bien. Me dieron un valium y estuve cuatro días en casa con el valium totalmente *grogui*, dormida. No comía ni nada estaba totalmente dormida. Y entonces nada, siempre había una persona de guardia conmigo, sino estaba mi marido pues estaba mi madre controlándome en todo momento. (Elena, 2009)

...cuando caí y en el hospital y el susto que les dí a mis hijas. La doctora me lo preguntó ¿con qué intención lo has hecho? Le dije que yo no me acordaba que me había tomado las pastillas... Porque si yo decía que *me estaba suicidando* me ingresaban ya. No me daba cuenta, fui tomándomelas sin darme cuenta le dije. (Magdalena, 2009)

Fenicia expresa que sintió vergüenza porque su hijo le echó en cara su problema con el alcohol. Había llegado al punto extremo en el cual tomó consciencia por el conflicto con su hijo:

...cuando pedí ayuda fue cuando me ha dicho mi hijo, ¡No te das cuenta que eres una alcohólica y una borracha! ¿Quieres una cerveza? ¡Toma, aquí tienes una cerveza, bébetela! Me tiró la cerveza en la cara, entonces me quedé tan avergonzada, tan avergonzada me la tiró delante de todo el mundo en el bar al lado de casa.

Pero después seguimos hablando, se quedó mirando por aquí y por allá, igual pido otra cerveza y cuando me ve la otra cerveza arriba de la mesa le dije "ya no le echas cerveza de nuevo a tu mamá", me dijo "no, tranquila no te la echo, tómate un trago" cuando voy a coger la cerveza coge el vaso y me presiona la mano y me dijo ¿tú no te das cuenta no? tú no me vas a ver más hasta que te cures. ¡Tú tienes problemas con el alcohol! ¡Borracha! Ve y mírate, a mí se me caían las lágrimas y yo no dije nada, me calle la boca. Me limpie la cara, me levanté, me fui a casa, me lavé la boca, me cambié y me vine aquí al servicio a partir de allí. (Fenicia, 2009)

Libertad por su parte señala el hastío por la vida que llevaba, el estar en un sitio en el que no se sentía a gusto fue lo que la condujo a consumir más alcohol y llegar a un punto crítico:

...yo quería unas cosas y no las podía alcanzar: como irme a vivir a Andalucía, hacer las cosas que a mí me gustan. Aquí no es que a mí no me gustan pero no me llenan, con tanto que he insistido para ir donde yo quería ir originó mucha confrontación. Yo creo que eso afectó mucho mi matrimonio y los problemas en el matrimonio me afectaron a mí porque quería hacer lo que a mí me gusta. Quería una cierta Libertad y no podía tenerla. Quería ir al sur a mí me gusta mucho. Intenté todo para llevar mi matrimonio allí, que no, que no, no se podía. Era cambiar de ambiente. Me vine con mi marido para estar con él, pero la vida que tengo con él no me gusta ahora. Le digo que no me gusta pero no cambia. Voy a insistir para hacer que mí me guste esta vida. He intentado lo que sea pero de nada sirve. (Libertad, 2009)

Para dos de las mujeres fue crucial darse cuenta que no podían afrontar su problema con la sustancia y decidieron ingresarse a un centro o comunidad terapéutica. Una señala que cuando llegó al CAS "venía buscando el milagrito algo que me ayudara a solucionar el problema y aquí me di cuenta de que dependía era de mí". (Shüli'wala, 2009)

Los hombres expresan que cada día se metían en problemas con otras personas, o que su pareja no quería que consumiera alcohol y lo hacía para ir en contra de la misma. Otros, al contrario señalan que cuando notaron síntomas físicos como pérdida de la memoria, depresión, dependencia de la sustancia, pancreatitis, lagunas mentales, delirium tremens se empezaron a preocupar por su estado de salud. La mayoría de los hombres enfatizan situaciones límites a partir de su malestar, la impotencia y la frustración generados por el consumo en su fase más destructiva. A veces se añadían accidentes físicos (fracturas, accidentes), que al hacer el ingreso por el hospital requerían la remisión al Servicio de Drogodependencias, era la oportunidad de iniciar el tratamiento o de afrontar una "recaída" en el consumo, tal como ilustran los siguientes casos:

Yo al principio mi percepción era que una simple depresión pero no asociaba que esa depresión venía dada por la sustancia. Eso luego me lo explico tanto [la doctora Laia] como

la [doctora Muralla] y la [Doctora Tecla] que pensaba que era simplemente una depresión por las circunstancias que estaba viviendo. Yo seguía bebiendo más o menos normal, no es que llegara con las manos llenas de sangre a casa... no era eso, pero no se no lo había asociado. Entonces, cuando ya se me planteaba así, me dio una especie de afecto-rechazo, yo tengo un espíritu muy grande de contradicción, de alguna manera basta que me digan no vayas por aquí que allá voy yo. Entonces, me genera mucha presión esto, ahora digo tengo depresión y tal sabía que venía dada por la sustancia... Y resulta que jugando al fútbol tuve una contractura en la pierna, estuve así 15 días; y entonces mi amiga Montse le dijo a la Doctora Tecla “sube un momento y échale un vistazo a este chaval”. La Doctora Tecla fue la que inició el proceso; es cúmulo de circunstancias: tener una amiga aquí, que tuvieran la contractura y estar en el hospital, que ella la llamara y empezamos a conocernos, y a partir de allí empezamos a trabajar. (Joselo, 2009)

[4 días de consumo] Sobre todo fue al cortarme la mano, había algo ya que no podía disimularlo. Me corte la mano, fui a urgencias, me cure. Le di un golpe a la puerta del lavabo porque lo que quería era darle al espejo... Ese día había sido absolutamente desbordado que venían de dar vueltas por allí. Entro otra vez al piso, pero me acordé del espejo y dije voy a romperlo, quería quitarme la vida, no sé. ¡Paff! Le dí a la puerta y me corte justo en el mismo sitio. Lo que pasa es que esta fue así y la otra va así. Me cogieron ocho puntos. Y pedí una baja de una semana para desconectarme de mis padres. A partir de ahí me puse en marcha para ver qué pasa conmigo, hablé con la Doctora Muralla, no sé cómo hubiese agarrado la cosa sino me cortó la mano. Vino mi padre y mi madre a buscarme. Estaba viviendo sólo, tenía una gata que soltaba mucho pelo, yo quiero mucho a los animales pero me tenía la casa llena de pelos, no podía ni sentarme en el sofá... En ese momento se me juntó los estados que tenía yo con una cosa del trabajo con la sensación que tenía de cómo está la casa. Una mañana llamo a mi trabajo y les digo “he pasado mala noche, no me esperen para trabajar, estoy malo”. Me fui a empezar un día de consumo total desde las ocho de la mañana, así fue mi recaída... fue detenida pero me ha afectado muchísimo. (Noe, 2009)

Con una de las personas con problemas de alcohol pude observar de cerca la desesperación cuando afrontaba su momento más crítico, Rod estaba en una Comunidad Terapéutica, al salir de la misma el primer fin de semana reinició los consumos, cuando trató de buscar cobijio con sus padres ellos le cerraron las puertas, por lo que tuvo que dormir en la calle el fin de semana. De día buscaba alimento e higiene en el Centro de Actividades. Veamos lo que señala esta persona:

Cuando empiezas con el alcohol tienes que beber y no hay más. En este mismo momento, estoy en la calle, se que cuando ahora salga de aquí si no voy a CT no tengo a donde ir, quiero parar pero el control está perdido. No tienes opción, cuando no tienes nada para comer ni para beber, lo primero que te dan es para beber porque eso te calma. Yo hoy como no me lleven para CT no sé que pasará; esta noche casi me muero del frío. Tomaba algo e iba caminando de aquí para allá... cuando has bebido algo te tranquilizas, ya luego cogí un cartón y he pasado la noche sin comer, como no me lleven a CT *me muero*, si me lleva a CT estaré mejor, si me dan la pauta médica y cojo el tren estaré en CT... (Rod, 2009)

Rod tiene un nivel de tolerancia con la sustancia que le permite realizar la entrevista de una manera coherente y que permite no desestimar la misma e incluirla en la presente investigación. En evidente estado de ebriedad en el momento de la entrevista, señala que en su mochila lleva vino y me lo muestra, sin embargo, indica que al regresar a la CT se

deshará de la bebida que llevaba consigo. En su discurso insiste en que tiene que regresar ese mismo día a la CT y espera que el Servicio de Drogodependencias le cubra el billete de tren y le de pauta médica para volver y retomar su vida en la misma. A pesar de las dificultades que le pudo plantear, ese mismo día volvió a la CT con ayuda del personal del CAS y con autorización del Coordinador de la Comunidad Terapéutica.

Los diversos intentos de dejar el alcohol, incluido el que posiblemente será el último, según los sujetos entrevistados, suelen arrancar de una situación límite o insostenible tal como han señalado anteriormente. La pcpa experimenta una intensa vivencia, según la cual cree que se le escapó de sus manos la situación. Siente que no puede aguantar más, que la realidad los ha superado. Incluso, todo parece igual incluso la muerte, que aparece en algunos de los discursos de las pcpa. En el momento crítico del sujeto no es igual para todos, pero lo común, independientemente del acontecimiento, es que el alcohol está interfiriendo en sus vidas. Para Rod el momento más crítico fue estar tirado en la calle sin un techo en el cual resguardarse. Para otros fue un accidente, problemas con algún miembro de la familia, incidentes peligrosos, problemas médicos o de salud relacionados con la bebida, una hospitalización entre otros acontecimientos.

6.5. TRATAMIENTOS E ITINERARIOS ASISTENCIALES DE LAS PCPA

Alrededor de las personas con problemas de alcohol están presentes personas (familiares, amigos) e instituciones que incidieron en que la misma iniciara su itinerario asistencial en el Servicio de Drogodependencias. Algunas de las mujeres señalan que aunque la iniciativa partió de ellas mismas, lo hacían por un familiar (hijo/a, la pareja, un profesional de la RAD). Uno de los hombres señala que lo remitieron al CAS a través de la cárcel, mientras que los demás plantean que la iniciativa partió de ellos mismos pero con apoyo de la familia, amistades que trabajan en el hospital, remisión del Centro de Salud Mental. Uno de ellos afirma que acudió al CAS por influencia de sus amigos quienes le dijeron “pásate por drogodependencias macho”.

El comienzo del itinerario asistencial por problemas de alcohol en las personas ha sido a través del acceso a la red de salud pública que le ha permitido iniciar tratamiento en el CAS o en otros servicios de la red señalada. El procedimiento en muchos casos contempla una serie de etapas: «desintoxicación», «deshabitación», y «reinserción social». Al iniciar el recorrido en el CAS, se plantea un itinerario asistencial (particular) en el que a cada persona

se le elabora un “traje a la medida” o “menu a la carta” por los “sastres-terapeutas”. Tal como señalan Funes y Romaní (1985), “no pueden deducirse y generalizarse maneras científicas de análisis e intervención” sino cabe individualizarlas según cada caso.

Una de las mujeres accedió al CAS a partir de su ingreso a una de las comunidades terapéuticas, dos hombres y una mujer acudían en otros CAS de otras comarcas luego los derivaron al CAS donde se realizó el estudio. Dos mujeres y dos hombres señalan que su acceso fue por las urgencias del hospital de la zona, otros señalan que fueron derivados por el Centro de Salud Mental. Una de las mujeres señala que la derivación fue realizada por los Servicios Sociales, específicamente el EAIA⁵, luego que le retiraran la custodia de su hijo. El resto de personas accedieron directamente al CAS por iniciativa propia o de sus familiares y amigos. Algunas personas en situación de riesgo social tuvieron acceso al CAS por medio del equipo de profesionales de Educación de Calle, éstos últimos recorren los espacios para contactar drogodependientes con el fin de vincularlos a los diferentes recursos. El acceso de dichos sujetos se hace primero por el centro de actividades para contar con los servicios básicos de higiene y alimentación y luego son enviados al CAS para evaluar sus condiciones de salud.

Las pcpa señalan en su mayoría la buena accesibilidad del CAS, incluso aún trabajando los individuos han tenido facilidades para asistir a las visitas regulares. La mayoría de las personas entrevistadas se trasladan caminando al CAS, otros en tren o autobús y sólo tres mujeres y dos hombres señalan que tienen automóvil y/o motocicleta propio o de familiares para trasladarse a la institución.

En cuanto al tratamiento de las personas con problemas de alcohol mencionan especialmente la medicación para tratar la depresión, ansiedad, insomnio (antidepresivos, tranquilizantes, ansiolíticos, somníferos, interdictores de alcohol). Una de las mujeres señala además que es importante el apoyo de su terapeuta a la cual considera un gran soporte en los momentos en que no sabe qué hacer o a quien consultar.

En cuanto a los hombres, uno de ellos destaca la importancia de la terapia “no, no creo en medicamentos, creo más en la terapia” (As, 2009). Excepto As, los demás hombres y una de las mujeres hacen referencia a la medicación que según ellos es importante para no “ponerse de nervios”. En cuanto a los interdictores del alcohol, tres de ellos señalan:

el [medicamento] es el interdictor, lo tomas por la mañana y por la noche, cuando lo tomas no puedes beber alcohol porque se te hincha la cara, las venas, sudas mucho. No es muy fuerte pero es una especie de seguro por si te encuentras mal o estas pasando un mal rato y

⁵ Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia (EIAI).
288

tomas una decisión pum, pum, pum, pum.... antes de pedir ayuda al psicólogo. Se te va la cabeza y dices ¡Voy a beber! Aunque sabes que vas a pasarlo muy mal. Cuando se te va pasando el rollo, te alegras de haberlo tomado. Antes de pasar por eso es mejor tomar el medicamento, a mí me ha ido muy bien. Pero claro me lo da mi papá. Por mí mismo, en su día, cuando salí del centro es que ni creía en él [medicamento] porque estaba tan seguro ¿sabes?, aunque yo llegué a un fondo bastante fuerte, me vi bastante mal, no sabía ni dónde estaba, tenía agresividad, estaba en el psiquiátrico. (Noe, 2009)

Aquí me la dan pero no se, me dicen cuando tenga ansiedad de beber “bebe las pastillas” y ya está. Sabes que si bebes con las pastillas te vas a sentir mal... pero claro tienes que tener a alguien de tu lado que te diga “tómatala” porque no tengo voluntad para tomármela, para ir a beber ese día. Me pongo muy mal cuando voy a beber y me la he tomado: me pongo roja, latidos fuertes, vómitos. Entonces dices, “hoy voy a beber y no me la tomo; hoy no quiero beber me la tomo”. Entonces te cansas, no es lo mismo yo creo tengo que trabajarlo. Cuando bebo me siento más alegre, más activa, parece mentira yo en mi casa me debo dos copas y limpio, pongo música, pero claro no puedo tomarlo porque yo soy muy nerviosa y yo llevo mucho tiempo ya con la bebida. Ya el cuerpo me lo pide, es como el café con leche por la mañana si no te lo tomas el cuerpo te lo pide, pasa lo mismo. (Renacer, 2009)

...pues igual, lo mismo de siempre, hacen un buen trabajo. Aquí tuve primero al [Doctor Renato], estuve de visita para ver qué podían hacer conmigo, yo se que hay que hacer conmigo darme pastillas siempre... porque la pastilla te hace dormir. Cuando te bebes la pastilla te quedas así tumbado, te quita las ansias de beber, a mí me da ansias de beberme una copa, la pastilla te quita eso (Rod, 2009)

Sugieren la existencia una red de apoyo por parte de la familia para suministrar el medicamento a las pcpa o estar pendiente la familia si se lo tomó o no; en muchas oportunidades dejaban la responsabilidad a los padres del suministro del medicamento pues no confiaban en sí mismos y podían autoengañarse. En uno de los casos esta delegación de la responsabilidad a sus padres es marcada. Sin embargo, a otros les causaba molestia que uno de los padres estuviese pendiente si se habían tomado o no la medicación porque le demostraba a la pcpa que los progenitores no confiaban en ellos. Vale decir en los casos señalados, que los interdictores de alcohol han de tomarse diariamente para no iniciar el consumo de alcohol y, de reiniciar el consumo, la pcpa sentirá físicamente determinados efectos si consume alcohol habiendo ingerido la medicación. No obstante, señalan las pcpa que afirman haber ingerido bebidas alcohólicas durante el tratamiento que, al reiniciar los consumos, suprimen la medicación por uno o varios días para evitar las molestias físicas debido a la incompatibilidad entre alcohol y medicación.

Hay discursos sobre el tratamiento que evidencia el proceso de medicalización de la enfermedad relacionada con el alcohol, además también se puede apreciar la experiencia de unos de los sujetos en una comunidad terapéutica hasta la etapa de reinserción a la sociedad:

...primero consiste en un periodo de *desintoxicación*, esto se hace para estar abstinentes, para estar abstinentes depende de la persona ¿no? dura unos tres meses más o menos el periodo de desintoxicación. Básicamente consiste en eso el periodo de estar abstinentes, luego ya

pasaríamos a una *rehabilitación* que consiste en trabajar con los mecanismos de la persona que le han inducido a beber y hacer que la persona adquiera otros mecanismos. El periodo de tratamiento uno está como en una especie de “*burbuja*” de la vida real, de la sociedad. La idea es volver a reintegrarte en la sociedad. Las primeras salidas son bastante impactantes porque te has acostumbrado a controlar las situaciones que se presentan en el centro, en seguida controlas todas las situaciones que suceden a tu alrededor porque allí todo está controlado. Entonces, cuando sales a la calle empiezas a actuar de la misma manera, lo que pasa lo intentas controlar y eso es imposible, es mucha gente por aquí y por allá, pero poco a poco vas sintiendo que te vas reincorporando. Y además es muy curioso porque en las primeras salidas ves las cosas desde una perspectiva diferente, como si no fuera contigo, como si fuera una película, como si tú estuvieras en el medio y van para aquí y van para allá, es eso (se ríe) (Erasmus, 2009)

Las pcpa el proceso de «desintoxicación», como necesario para recuperar el control, pero otros sujetos señalan que una determinada medicación les “adormece el alma”, les altera, dejan de ser ellos, como una pérdida de identidad.

El tratamiento en sus inicios puede enfocarse desde la reducción de daños, en este sentido es interesante incorporar la interpretación de la persona desde su propia experiencia y las estrategias que elaboran por si mismas para “alargar el alcohol”, pero haciendo suyo el discurso de los profesionales; en la explicación aparece planteada la continuidad del consumo a pesar de la medicación y también la disminución de la ingesta actual en comparación con el anterior consumo:

Me dieron medicina para tomar por causa del alcohol, pero como dice [Esmeralda S.] no puede ser de golpe, lentamente yo voy alargando el alcohol. Después me pincharon el culo porque no tenía ganas que comer. A partir de allí me dió muchas ganas de comer y comí bastante, yo como mucho ahora. Y ahora sí, como mucho, mucho, demasiado. Como también [Esmeralda S.] me dice, la medicina va a ser tomada por la noche, porque por la noche seguro que no tomas y yo, que va, por la noche no tomo. Me tomo tres vasos de agua de 9:30 a 10 pm, tomo la pastilla y me tiro en la cama. Al otro día por la mañana nada de bebidas alcohólicas. De 9:30 a 10 am me voy a casa, eso sí, me como un bocadillo con chorizo, y fiambre, jamón lo que haya y tomo un vasito pequeño de vino con cerveza porque me estoy alimentando y me siento bien, no me siento mareado ni nada, nada, nada. Me siento una persona normal. Antes cuando me mareaba yo tomaba mucho y comía muy poco. Yo me pasé, yo se que me pasé y desde que empezaron estos problemas de marearme yo conseguí tener confianza en los médicos y ahora quiero fumar poco, tomar tres vasos de vino con cerveza al día y comer mucho. (Joao, 2009)

Uno de los hombres que lleva más tiempo en tratamiento explica, “como no tire para adelante, ya no me quiere nadie, porque soy un drogodependiente por todos lados”. Señala que estuvo un tiempo sin acudir al CAS y en la actualidad está comenzando a venir de nuevo con la finalidad de “a ver si una vez por todas... igual no arreglo del todo mi problema, pero si intento reparar algo ¿me entiendes?” (Jocker, 2009).

Una de las personas señala aspectos más subjetivos del tratamiento que tienen que ver con la determinación de la misma para salir adelante, estar convencido de que por medio del

tratamiento podrá tener mejoría: “el tratamiento consiste en ver realmente como eres, otra consiste en sacar esa parte de locura que tienes dentro, sacarla afuera. Ver donde lo haces bien y en qué parte estás pecando”. (Pancracio, 2009). En cuanto a la determinación de cambiar es interesante señalar su visión del problema de una de las personas:

El páncreas no tiene recambio y no se puede jugar. Hay cosas que no puedes jugar con ellas tienes que tomar una decisión o tiras palante o haces lo que tú quieras. El hecho de cambiar implica estar en contacto con el centro este yo lo he tenido presente. Éste es una puerta en la que se podía entrar y así lo hice. No voy a decir lo hubiese hecho antes o después, no voy a decir eso porque igual si lo hubiese hecho antes no lo hubiese tomado con la misma *determinación*. Creo que estoy en un momento en que creo que es importante este momento, me convencí a mi mismo de que quería hacerlo yo creo que eso es muy importante, porque hay muchas personas en este proceso y no lo empiezan convencidos y eso les lleva a abandonar un proceso y a la recaída. Llegan a la recaída porque no están convencidos realmente del daño que les hace el consumo, no son conscientes. Hay que estar consciente de las cosas que pueden llegar a hacer daño. Hay que tener esa convicción yo llegué a ese convencimiento, empecé un camino que llega un poco más allá pero cada uno lo hace a su manera depende de las personalidades... cada uno tiene su tratamiento independiente. (Pancracio, 2009)

En cuanto a la asistencia a la consulta en el CAS, hay personas que niegan que acudan a la institución, afirman que iban antes y ahora no lo hacen. En su mayoría las mujeres tienen una periodicidad de recurrencia a la consulta entre 3 semanas y dos meses. Sólo una de las mujeres tiene la posibilidad de ir al CAS semanalmente gracias a la terapia grupal de alcohol que le permite dicha frecuencia, además de la oportunidad de acudir a consultas individuales para controlar la medicación. Los hombres plantean que asisten con intervalo de 15 días hasta 2 meses. Sólo uno de los hombres manifestó que iba cuando quería, no obstante, es uno de los que menos tiempo lleva acudiendo al CAS y tiene algunos problemas de salud.

En cuanto a las prácticas y cuidados de la pcpa, de la información obtenida por las pcpa es posible agrupar un conjunto de prácticas en el siguiente cuadro para poder apreciarlas, véase:

Cuadro 4: Prácticas realizadas por las pcpa para trabajar con el problema de alcohol

1) Correspondiente a la alimentación:	Consiste en la administración de comidas balanceadas, abundantes líquidos como agua, leche y muchas frutas, no beber alcohol con las comidas.
2) Puntualidad en la administración de los medicamentos:	El suministro de suplementos vitamínicos; además, de antidepresivos, ansiolíticos y en

	algunos casos, somníferos.
3) Práctica del ejercicio físico:	Plantean como importante la pérdida de toxinas mediante la realización de actividades físicas, que incluye el yoga, correr, ir a un gimnasio.
4) Meditación:	Señalan que les sirve en momentos de tranquilidad y manifiestan que no le sirve cuando andan angustiados o deprimidos.
5) Reducir el consumo de alcohol pero no dejarlo:	Aceptan en muchos casos ir disminuyendo poco a poco pero no dejar el consumo completamente.
7) Acudir con frecuencia a una iglesia católica, cristiana o testigos de Jehová:	“para evitar la tentación por la bebida”.
6) Otro grupo de prácticas se concentra en ensayar practicar frente a un espejo la solicitud de otras bebidas como tónicas, bebidas carbonatadas:	“Por favor, una coca-cola”, Por favor, una tónica”...
7) Cuidados del cuerpo:	Atender la higiene del cuerpo, de la ropa y del sitio donde reside.
8) Lectura de libros de autoayuda:	Que les ofrecen a los sujetos una guía para dejar de fumar o beber.
9) Buscar la compañía de otras personas en su vida distintas a las que frecuentaban:	Tales como familia, amigos y profesionales de la salud.
10) Mudarse a las montañas a vivir o a sitios donde la ciudad no fuese tan de fácil acceso:	Para evitar ir a consumir el alcohol y amigos por un tiempo
11) Otras prácticas específicas en los hombres están dirigidas al aislamiento o reclusión de las personas en su propia residencia o vivienda por el fin de semana. Las mujeres tendían que socializar para optar por el consumo:	Para evitar compañías de personas que le inducen a la bebida, especialmente en las noches, evitan salir de sus casas. Los hombres, para lograrlo se dejan de rasurar, salen sólo en la mañana para comprar en el mercado. Las mujeres evitarían tener bebidas alcohólicas en su casa y para consumir tendría que ir a un bar.
12) Para los que están en las comunidades terapéuticas hablan de prácticas como:	Reencontrarse con la naturaleza, pisar la tierra, oír el canto de los pájaros; hacerse la terapia a sí mismos que consiste en una revisión de cómo llevaban sus vidas; pérdida de peso por la no ingesta de alcohol y más conformidad con su aspecto físico.

La mayoría de los sujetos señala las dificultades de continuar dichas prácticas por un buen periodo de tiempo, en muchos casos señalan inconstancia o la dificultad de continuar realizándolas por falta de apoyo familiar, de amistad y económicas.

Las ideas sobre la curación están asociadas con la abstinencia completa, esto se señala tanto para hombres como mujeres, es su opción y creen que deben llegar a ese objetivo. En las mujeres se evidencia en algunos casos la vergüenza, la necesidad de verlo como enfermedad y no como “pecado”, la necesaria ayuda de los médicos para obtener la curación y la explicación del cambio a las personas que rodean a la pcpa:

... yo se que toda mi vida voy a tener este problema de alcohol porque lo sé. Ahora soy consciente de que yo tengo un problema con el alcohol y que lo que tengo que hacer es no beber nunca. (Elena, 2009)

Hay que tener mucha voluntad y esto viene del cerebro. Se puede salir pero no creo que se pueda sólo. A mí me han ayudado mucho aquí. Gracias a Dios aguanto hasta hoy, pero no se puede salir sin ayuda. Yo estoy bien y ahora tengo que consultar y también hablar del tema. Hay que hablar del tema, hay que quitar esa vergüenza, la gente no sabe si uno bebe o no bebe. A los amigos hay que explicarles “ahora no quiero beber, no me ofrezcan alcohol”. Hay que verlo como enfermedad no como un pecado; yo creo que cada uno puede pero hay que hablarlo. En el bar que está junto a la casa, entraba por la puerta y ya me tenían la caña, hasta que un día le dije “hoy no bebo, no puedo beber, estoy en tratamiento”. Yo creo que es necesaria la voluntad de uno pero es difícil cuando otros te incitan a beber. Mi madre se sorprendió, cuando supo que iba a ir me guardó 4 o 5 cervezas, pensaba que había dejado de beber mucho pero que me podría tomar 4 o 5 cervezas. Le dije “te he dicho que no bebía”. (Libertad, 2009)

Otros discursos dan cuenta que es posible la curación y la importancia del protagonismo de la persona en el proceso de curación, se plantea la abstinencia y no necesariamente la intervención del médico, las mujeres afirman:

...yo creo que sí, así como te puedes curar de un resfriado, pero tienes que creer, es decir, tengo que creer yo. Tengo que creer yo y yo creo que si es posible. Me puedes ayudar diciéndome haz esto, lo otro. Sacarme del interior que es lo que me acongoja pero tengo que resolverlo yo. (Magdalena, 2009)

...Si, porque todo es mental y tú te mentalizas que esto no lo has de hacer por lo mal que te pones luego, lo mal que te encuentras, donde llegas a perder los remos y lo dejas automáticamente. No necesitas ayuda de médicos, ni de nadie. Lo dejo porque lo dejo y no lo tomas más y ya está. (Pepita, 2009)

Lo que tengo que hacer es no consumir nada. (Shüli’wala, 2009)

En el caso de los hombres, se plantea que no se puede dejar el alcohol sin ayuda de los profesionales de la salud:

El alcohol no es que sea una cosa difícil de dejar si tienes apoyo, si quieres salir y llega otro que te va pisando la cabeza más para abajo, tendrías que estar sacando tierra. Entonces, pasa al revés no sales, entras y te cuesta más todavía porque no se dan cuenta, no les interesa lo que seas tú ni lo que sean otros sino el primero soy yo. Es una cuestión de tu me respetas a mí y yo te respeto a tí, pero ¿cuánta gente se da cuenta de eso? poca ¡eh! [...] Tu mente no puede llevar una flota entera... no se trata de ser religioso. (As, 2009)

Si, si es que estoy completamente seguro, es muy sencillo y a la vez es muy difícil, lo que se necesita para salir del alcohol es la voluntad de la persona, siempre se necesita ayuda médica o una ayuda de los profesionales, pero la base es querer. (Erasmus, 2009)

Para algunos no tiene remedio, uno de ellos reconoce que lo hizo por sí sólo sin ayuda de nadie, es el discurso de la abstinencia total, producto de sus muchos años en Alcohólicos Anónimos durante el cumplimiento de una condena en la cárcel:

...hay muchas personas que van al centro de día y yo les intentó ayudar y no vale para nada. Los ves siempre colocados, lo que les digas ha entrado por aquí ha salido por aquí [señalando oídos]... yo he cambiado sólo sin ayuda de nadie. Yo empecé a cambiarme a mi mismo y a relacionarme con las mujeres mejor que antes. Sí, lo hice yo solo, ni el doctor Renato, ni Esmeralda ni nadie. Lo tienes que decir así y se acabó. Cuando me ofrecen tabaco digo no fumo. A mí me da igual que hable la [Esmeralda] o el [Doctor Renato] conmigo porque ya no tomo ¡Hasta aquí! y ellos mismos se han dado cuenta, ya no hace falta que se lo diga yo, ya lo ven ellos. (Azúcar, 2009)

Otro afirma que es posible la curación antes de cumplir los cincuenta años, ya luego por encima de dicha edad plantea que es más difícil curarse:

si, si, si que se cura totalmente tiene que poner mucho de ella. Si es joven después se puede curar. Yo, por ejemplo, no soy tan joven, una persona que ha pasado de 50 años es muy difícil que se cure del alcohol porque se encuentra tan mal y su cuerpo siempre ha tenido tanto esa costumbre que será muy difícil aunque él quiera. Igual se quedará tiempo sin beber y lo pasará fatal. Cambiará su aspecto, su mentalidad creo que lo cambiaría pero lo volvería a hacer. Lo que sí te puedo decir es que aquellos que han tomado si son alcohólicos, alcohólicos quizás beberían menos cantidad. Por ejemplo, como mi padre él ya nunca podrá dejar la bebida ni siquiera se lo plantea, porque nunca ha venido y aunque el médico se lo plantee no le hará caso. Yo creo que a esa edad (después de los 50) es muy difícil que se cure. (Cupido, 2009)

Otras ideas relacionan la curación con el grado de “infección” o no del cuerpo, pero también depende de “los nervios” y de la “mala leche”:

...creo que sí, se cura fácil ¿tú sabes por qué? Si no está infectado, por ejemplo, yo cuando fui a médicos el cuerpo mío dicen que todo va bien. Pero tuve una hepatitis pero no sé de dónde viene la hepatitis ¿por el alcohol? No lo sé. Nunca había escuchado sobre la hepatitis. Cuando pregunté ¿qué es la hepatitis? La hepatitis es una enfermedad del hígado. ¡ah! Es una enfermedad que afecta todo, todos los alimentos se van al hígado. Ahora, por ejemplo, trato de controlar la comida, ya no como tanta comida, como un poco de pan seco. Yo mismo me médico, a mí no me hace falta el médico. Si te duele la cabeza el médico te da una pastilla pero si te duele otra cosa el médico no te puede curar. Uno debe curarse a sí mismo todas las cosas malas. Yo tengo un poquito de nervios y tengo un poquito de mala leche ¿por qué tengo un poquito de mala leche? Porque la gente te toma como un perro. ¿Si yo vivo con una gata también me vuelvo gato? ¿No?. (Daniel M., 2009)

Otros con un itinerario asistencial de una larga trayectoria, aportan según su experiencia que no es posible la curación:

No, a mí la experiencia me dice que no, que puedo estar un tiempo sin consumir, pero en cuanto se presente en mi vida, no en mi vida sino en la vida de cualquier persona que tenga problemas con la toxicomanía, se presente un obstáculo en su vida cae al pozo. Yo lo creo así ¡eh! y pienso que las estadísticas también lo dicen así. (Jocker, 2009)

...no, yo creo que si una persona tiene problemas de alcohol ya no se cura, el problema de alcohol lo va a tener toda la vida. Yo soy consciente de que no puedo probar el alcohol porque si lo pruebo voy a recaer. Yo creo que no hay curación, yo creo que ya no hay

marcha atrás una vez que estás en ese punto. La persona que depende del alcohol, aunque deje de consumir tiene que dejar de consumir para siempre, no puede volver a tomar alcohol. Estás mejor pero no estás curado, no te curas de nada, te va a durar para toda la vida. Creo que no tiene curación, yo lo veo así. Si dices estoy curado, ahora me voy a tomar un vinito yo creo que eso no se puede hacer porque cuando te tomas un vinito, a la semana te vas a tomar más de un vinito. (Pancracio, 2009)

No, no se cura para mí. Lo que la Doctora Valeria me ha dicho es que la persona que consume alcohol sino consume alcohol, es normal. Vamos a servirnos un champagne, una cerveza... y ya no pasa más nada. Yo si me tomo una copa de champagne no puedo parar, cuando me voy de la fiesta voy a buscar más, más, más... (Rod, 2009)

Ante el reconocimiento de los límites y fragilidad del individuo enfermo por el alcohol, se recurre a los credos religiosos, la biblia, la creencia en las vírgenes, santos, en la búsqueda de un motivo para vivir y solucionar su problema con el alcohol:

No, el alcohol no tiene solución, el alcohol es el sentido contrario de una persona que tiene que utilizar las leyes de la Biblia. En la Biblia dice *"los borrachos no heredarán el cielo"*. Yo prefiero no pensar en esto, yo sé que está mal hecho lo que yo hago. Todo lo que he hecho ha sido para olvidarme del alcohol. (Lucas, 2009)

...yo pienso que sí. Lo que quizás, te lo voy a explicar en primera persona, yo en estos días atrás estaba muy preocupado y hasta incluso pensaba ¡Ojala hubiera un motivo para vivir aunque fuera una mentira! Llega un momento en que te sientes tan vacío que queda igual completamente todo y digo ¡Ojala hubiera un motivo para vivir aunque fuera una mentira!. La presión es tan grande que llega un momento en que...Yo creo que a las personas que tenemos ese tipo de problemas lo que mejor nos iría es tener un motivo, cualquiera, cualquiera, puede ser: económico, religioso, familiar, amistad. A lo mejor tener un amigo en apuros te hace despertar. Se trata de tener un motivo, una motivación, una ilusión. Pero claro para percibir esa ilusión necesitas establecerlo porque a lo mejor pasa por delante de ti y tu no te das ni cuenta. Pero yo estoy que ya ni llego... claro, eso perfectamente puede ser real o fruto de mi imaginación... cuando hay una serie de concatenaciones, de consecuencias seguidas que conducen a un mismo término eso no es casual. Según dice la ciencia eso no es casual, tiene un significado... es lo mismo que te comentaba antes ¡qué casualidad esa que me intentan robar en el día de la virgen del Carmen! (Joselo, 2009)

La incertidumbre, la indecisión, la soledad, la depresión, la rutina, supone al estar en proceso de abstinencia ponerse más "sensible" ante la posibilidad de quedarse sin trabajo o cualquier otro problema, lo que despierta angustias en la persona y la posibilidad de recaer; sin embargo, a pesar de ello se piensa que es posible la curación:

Si, si siempre diré que sí [es posible la curación]... a ver, yo la paso muy mal y me está costando mucho pero sé de gente que está bien y lleva años. Cada vez que puedo tomo y me siento mal. No me emborracho pero tomo por la mañana alguna vez por lo menos una vez al mes. Quiero pensar que hay gente que no necesita absolutamente nada de alcohol, quiero pensar que hay gente que lo consigue y está bien. Lo que pasa es que ahora no estoy muy positivo... supongo que me afectan más las cosas cotidianas... porque perder un trabajo tampoco es para tanto. Supongo que si estás en un proceso de abstinencia te pones un poco más sensible. El trabajo que estaba haciendo me estaba sumiendo en la depresión absoluta, pero tenía un trabajo y esperaba un puesto mejor con una nómina. Estoy muy contento de tener mi piso pero no estoy en condiciones de irme a vivir al mismo... esa sensación de querer estar tranquilo me lleva a estar muerto. Que quizás lo que debería hacer es espabilarme para hacer cosas pero no me encuentro ahora con ánimos de empezar nada. Por los momentos estoy allí en casa... pero también entiendo que algún día iré a recaer,

explotaré. La soledad es muy fuerte ¿sabes?... me parece todo tan mecánico, es una sensación de que todo está escrito... todo es rutinario. Quiero hacer algo para que eso cambie pero de momento no lo haré, no haré ningún cambio, sólo observo y lo que no me gusta tampoco los cambios. Es que no tengo ganas de nada. El trabajo me ayuda muchísimo, me siento muy lleno y me siento bien... Quedarse sin trabajo es muy jodido ¿sabes? Pero los objetivos los tengo cumplidos, he trabajado lo suficiente como para tener el pan y ya tenía año y pico trabajando, me tocaban seis meses. Supongo que me darán el alta [en el paro] (Noe, 2009)

Las personas con problemas de alcohol en su mayoría plantean ideas sobre la curación, ya sea por sí mismo o con ayuda de los profesionales. Lo cierto es que cada uno de los itinerarios asistenciales es diverso y como vimos en el capítulo anterior, a cada uno se le diseña un determinado traje a la medida. Los terapeutas señalan que mientras persista la problemática que induzca al consumo problemático de la sustancia, en esa medida persistirá el problema y que la abstinencia no implica necesariamente una curación. La curación se logrará según el punto de vista del enfoque sistémico hasta que desaparezca el síntoma de la enfermedad relacionada con el alcohol.

6.6. ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Hay muchos motivos que dificultan seguir asistiendo al CAS, en el caso de las personas entrevistadas se ha retomado el tratamiento luego de superar las condiciones que lo impedían, por ejemplo, el trabajo en el caso de alguna mujer. No obstante, la mayoría de las mujeres –excepto dos– señalan que nunca han dejado de venir al CAS. Dos de los hombres señalan motivos laborales, otros han dejado de venir algún tiempo y luego reaparecen, otro señala que tuvo una “recaída” y le daba vergüenza decírselo a su terapeuta, pero el resto en su mayoría ha estado constante en el tratamiento. Sin embargo, hay alguno que acude cuando puede:

No, pero algunas veces no voy. Lo importante seguir asistiendo porque en el CAS tengo los medicamentos con la [Doctora Tecla, el Doctor Renato y la Dra. Martínez]. Tres médicos, la doctora Tecla del alcohol, La Dra. Martínez de la situación de migración, se ocupa de los problemas que tuvo la migración. Pero la que más me ha ayudado es la Dra. Tecla. Ella es muy bien. Ella empezó a sacar la maldición que tengo. (se ríe) (Daniel M., 2009)

Del dispositivo se suele remitir a las pcpa a comunidades terapéuticas, los mismos usuarios determinan si les conviene o no, sin embargo, en las idas y venidas siempre se acude al centro de referencia, en este caso el CAS:

No, desde que he empezado estoy aquí... antes estuve pero por el tratamiento de la cocaína aquí mismo. Cuando decidí ponerme en tratamiento yo quería ir al mismo centro donde había hecho el tratamiento de la cocaína porque me había ido muy bien, es un centro conductual: ahora haz aquí, ahora haz allá, esto no lo puedes hacer, esto no lo hagas.

Entonces, yo vi que aquello no era lo que necesitaba en aquel momento. Entonces, vi que aquí eras tu mismo el que decidías la dirección a la cual tenías que ir. (Erasmus, 2009)

Hay alejamiento por un tiempo del dispositivo por parte de algunas pcpa por desconfiar de los profesionales al considerar que han fallado en la confidencialidad, pese a la afirmación señala que siempre vuelve de nuevo en cuanto lo requiere:

Sí, porque no me gusta la divulgación, no me gusta la crítica, no me gusta la traición. Con mi médico de cabecera voy y hablé con él y no le comento a nadie ¿entiendes? Le tengo un poco de confianza, un poco pum, pum, pum toma nota, me escucha, me medica y se acabó. Lo puede plantear en su reunión a otros profesionales. Lo que no puedo permitir es, por ejemplo, que nadie que esté por debajo de mi psicóloga toque mi expediente, mi expediente es privado y confidencial. Sé los pasos que tengo que dar pues no quiero que nadie que no sea la [Doctora Batalla] toque mi expediente y lo lea sin mi consentimiento. Sé hasta dónde puedo llegar desde el defensor del pueblo hasta el abogado de guardia, al supremo y hasta el constitucional y la batalla la tengo ganada, seguro ¡eh!. (Jocker, 2009)

Dos de los hombres señalan que desconfían de la medicación y por eso a veces faltan a una cita de control médico, luego retoman la medicación o se acude al CAS para controlar de nuevo el consumo de alcohol; en ambos casos se pudo observar las condiciones en las que retomaron el tratamiento, con mucha depresión, ansiedad y en estado de evidente vuelta al consumo. Uno de los casos señala que “lo necesito [medicación] para controlar un poco mis nervios pero no quiero algo que adormezca mi alma, por eso me ha recetado esto [haciendo referencia a la medicación] para tomarlo por las noches y ya está”. (Joselo, 2009). En el otro caso, el médico de familia recomendaba, el ingreso en el Centro de Salud Mental para su recuperación. Hay otras personas que señalan un consumo esporádico que no ha afectado su constancia en el tratamiento. Como señalé al principio de este apartado, hay algunos que tienen largo tiempo en el tratamiento, en algunos periodos han dejado de asistir al CAS cuando han recaído en el consumo y luego les da vergüenza de acudir donde el terapeuta a comentarle su experiencia:

...eso fue hace muchos años, hace unos 15 años, me trató el [doctor Renato]. Dejé de venir porque había consumido y el [doctor Renato] se fue de vacaciones. Yo me quedé allí sin saber qué hacer, me empezó a dar paranoia, tenía mucha vergüenza. Me daba vergüenza venir y decir que había consumido. (Pancraccio, 2009)

Hay casos de personas a las cuales, especialmente, hombres que se les ha dado el alta por motivos laborales, pero luego reinician otra vez el tratamiento por retomar de nuevo el consumo incontrolado de la sustancia.

En el reinicio del tratamiento, algunas mujeres señalan cambios en cuanto a la medicación, “la diferencia es que antes me daban un tipo de medicación que no valía la pena y seguía bebiendo. La diferencia es que éste no me da ansias de beber, sin embargo, no me la quita.

Lo que me están dando ahora me va de maravilla”. (Fenicia, 2009). Otra mujer señala el cambio de terapeuta y más constancia en la asistencia luego de retomar el tratamiento:

...antes yo sentía que me faltaba aún mucho más, tenía visita cada semana, me ayudó mucho. La terapeuta A. me dijo una vez piensa que yo soy tu ex marido... una de las cosas que me llamó la atención es que se iba como cayendo hasta que la recogí pero lo hacía por las cosas que yo le iba diciendo. Entonces, allí comprendí que me gusta proteger a los demás. Ahora aquí en el grupo uno va trayendo cosas, con A. estaba más acostumbrada y ahora con [la Doctora Laia] me va bien pero es más seria, más joven. Y esto aquí es muy bueno porque tanto A. como [La Doctora Laia] me han dicho “tu puedes dar el paso”. Ellas me han llamado por teléfono “ que no has venido?” Y les explico... pero tienen dos caracteres totalmente opuestos. La diferencia ahora es que quiero hacer cosas nuevas. Ahora siento que es cuando más puedo, conozco más para poder enseñar. (Shüli’wala, 2009)

Los hombres plantean que cuando reiniciaron de nuevo el tratamiento fue con más constancia, más “determinación”, “convencimiento”, “tenerlo claro”, pero uno de los hombres plantea algo distinto del resto:

... porque lo necesito, necesito la medicación y ya está. Yo puedo venir con ella cuando me de la gana... es lo que te he comentado antes yo he empezado a consumir y no lo podía dominar, al final tienes que recurrir a la medicina pero no yo sólo, te estoy hablando en general de todos los que somos del núcleo de toxicómanos: de heroína, de cocaína, de alcohol de lo que sea. Te estoy hablando en general. ¿Sabes por qué? Porque yo he estado 12, 14, 18 meses en Bethel y estaba un monitor sin tener título y está llevando la casa, hay gente que ha llegado... y hay mucha gente que se ha recuperado, hay gente que ha salido y vuelto a caer, han pasado nueve 9 meses y a la vuelta de la esquina vuelven otra vez al centro porque a los cuatro días de salir del centro vuelven a recaer. (Jocker, 2009)

En la mayoría de los casos, tanto hombres como mujeres, después de un abandono de sesiones o un abandono de tratamiento retoman el mismo y según la mayoría de las pcpa lo hacen con más perseverancia.

6.7. SENTIDO DEL TRATAMIENTO: ENTRE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y LA ABSTINENCIA

El grupo de mujeres y hombres plantean que el fin último del tratamiento es llegar a la abstinencia del consumo del alcohol. Ciertamente, inciden unos factores de estímulo en el tratamiento como la recuperación de la confianza de la familia y el hacer nuevas relaciones de amistad, entre otros aspectos que adquieren importancia para la pcpa. La razón última que soporta el peso de la abstinencia puede ser una idea precisa o vaga, recuperar una identidad, reducir un padecimiento familiar, en cada pcpa predominan unas u otras. Otros toman una pequeña cantidad de alcohol en contadas ocasiones, por ejemplo, las fiestas de

bodas, cumpleaños, bautizos de familiares y amigos.

Existe también la idea de un efecto en cadena, en la que se evita consumir una bebida pues sólo basta una para que detrás sobrevengan las demás de forma incontrolada, la persona siente que no lo puede «controlar» y por eso evitan exponerse a los lugares en los que puedan ser susceptibles al consumo de la sustancia. Se plantea la creencia que detrás de una cerveza vendrán las demás o detrás de una copa vendrá la botella, es volver a recorrer la trayectoria hacia la sustancia. Las pcpa se perciben como bebedores “incontrolados” para los que beber una dosis puede ser peligroso. Este discurso es divergente con el de reducción de daños, en el cual uno de los planteamientos supone el consumo moderado de la sustancia.

No, no quiero beber más, no, no quiero hacerlo porque me dado cuenta de que puedo divertirme y puedo hacer muchísimas cosas sin tener que utilizar el alcohol. Pero cuando salga a la calle lo comprobaré, porque como no he salido a la calle todavía. Pero te puedo decir, por ejemplo que, el fin de semana que vinieron a verme mi hija y mi ex marido, a ver que evitamos por supuesto en todo momento de entrar en bares, cafeterías y no sentarme en ninguna mesa, ninguna terraza ni nada, por ejemplo, estábamos en la piscina y a César le apetecía beberse una cerveza y me preguntaba si me molestaba, yo le dije “no, no tengo ningún problema tu tráeme una coca cola”, porque a mi las coca colas me sientan tan bien, como si me estuviera bebiendo bueno vamos. Yo le vi a él como se bebía su cerveza y no me molestó, ni quise, ni nada de nada, no, no lo tengo muy claro no quiero. Además, sabes que pasa yo se que si me bebo una luego van a caer 400 más. Entonces, para evitar que caigan 400 más lo que tengo que hacer es no beberme esa una. (Elena, 2009).

La idea es dejar completamente el alcohol, yo no puedo tomar un vasito de alcohol nada más, ...no, porque viene la botella detrás. (Pepita, 2009)

La idea del tratamiento en mi caso es abstinencia total... aquí no me lo dijeron, yo le comenté a ella [terapeuta] lo que me está haciendo es un seguimiento para ver si me he tomado las medicinas. (Noé, 2009)

Como ya se mencionó en los apartados anteriores, algunos delegan en otras personas la vigilancia y control para no beber, en momentos de angustia, inestabilidad no dudan en acudir a algún miembro del grupo familiar, pareja, amigos:

...quiero dejar de beber completamente y el tratamiento es no beber, ¡Caray! porque sino bebo no tengo nervios. Me da un poco de nervios cuando Jesús se va a trabajar. Él me dice si crees que te encuentras muy nerviosa me llamas por teléfono. Y hay días que me encuentro muy nerviosa, lo llamo y viene. Todavía no estoy del todo estabilizada, ¿no? Ahora mismo tengo ganas de llamarlo. (Fenicia, 2009)

Hay posturas más realistas, se ubican en su realidad actual y sobre lo que están haciendo en el momento y desde allí hacen una aproximación a la misma, tal como señala una de las mujeres:

...ahora no tengo idea, no pienso en el tema. En mi casa a mi marido toma vino, para mí es como si comiera mierda, no me apetece, es que no tengo ganas de comer mierda ¿entiendes?. Lo que hacia antes es totalmente diferente a lo que estoy haciendo ahora. (Libertad, 2009)

Otros sujetos le ponen voz a sus terapeutas y llegan a la conclusión los mismos que lo que se proponen sus terapeutas es que lleguen a la abstinencia, “la idea es dejar completamente el alcohol, [Valeria] no me lo ha dicho pero mi idea es esa ¡vamos! ya no me llama la atención pero estoy acostumbrada. (Magdalena, 2009). Algunos de los mentores han optado por la abstinencia; el mensaje común de todos consiste en dejar de beber completamente y no volver a “recaer”:

Dije ¡se acabó!, ¡se acabó! y se acabó. Yo si quiero puedo. Pero he aconsejado a más de uno pero no oyen, cuando quieren ir se van a lo que van, a drogarse o a colocarse. Aquí la [doctora Muralla] medica la medicación para 20 días y la administro para 20 días. Yo nunca me he pinchado, no tomo heroína, no tomo coca, sólo beber. (Azúcar, 2009)

¡Nunca! Si viene Jesucristo y me dice ¡[Daniel M.], toma alcohol!. No, señor Cristo. Te voy a contar una historia, éste es un sueño precioso, yo soñé con un hombre fuerte y poderoso. Un día soñaba con mi padre agarrado de la mano le he dicho ¿papá este quien es? Él me ha dicho “éste es Jesucristo”. Estaba sentado con un grupito. Había tres planetas, cada planeta era grande. Este sueño no ha podido salir de mi cabeza. Me impresionaron los tres planetas y la figura de Jesucristo. No me dijo nada pero solamente lo vi con su grupito. Tenía vestidos antiguos. Me he dado cuenta que es el poder de Dios. Allí me di cuenta que la gente no está muerta, están vivas. Es la que te ayuda y te aconseja algunas veces. (Daniel M., 2009)

...dejar de tomar completamente alcohol, el que quiera iniciar un tratamiento siendo alcohólico debe dejar el alcohol completamente para retomar su vida. (Erasmus, 2009)

No, desde que es salido del centro no he vuelto a beber ni a consumir. Yo se que ya no puedo volver a probar, porque volver a probar, bueno no pasa nada por una vez, pero volver a probar es una recaída automática porque ya me ha pasado otras veces... hombre, la idea yo creo que es dejar de tomar alcohol, porque alcohólico que es alcohólico para toda la vida, porque la bebida para un alcohólico le hace mucho daño. Yo creo que es dejar la bebida y controlarte a ti mismo para no tener que llegar a esos momentos que te llevan al consumo de alcohol. La idea es saber controlarte en ese momento de ansiedad que te puede llevar al consumo de alcohol. (Pancracio, 2009)

Algunos de los planteamientos de los hombres están basados en determinados aspectos de la reducción de daños, no sólo del alcohol sino de otras drogas, más no se plantean en ningún momento dejar el alcohol, tal como exponen a continuación:

...yo creo que tengo que mentalizarme en lo que consumo cada día, para mí sí, a lo mejor me equivoco. Yo ayer estaba en casa de mi hermana hasta tarde, llegó su marido y todo, estaba bebiéndome una cerveza tranquilo. ¿Quieres otra [As]? Bueno, a eso lo llamo yo control, saber lo que estoy consumiendo. Porque si dejo el alcohol cuatro días y después voy a atajarme hasta tener las patas abajo. Ahora sí tu controlas, el alcohol es parte de la sociedad también igual que todas las drogas que hay, es parte de la sociedad también. Lo que pasa es que ahora se consume bastante, antes a lo mejor era también bastante, pero se entendían las cosas de otra manera, pero si tú tienes un control, tienes un control. Yo empecé a fumar hachís, pero si a veces me pongo muy nervioso y no puedo dormir, me gusta fumarme un porro de María. Eso me relaja y me pone más tranquilo. Cuando no te la has tomado, te empiezas a comer la cabeza, pero ya no tengo 18 años, tengo 42. Entonces te empieza a mover... haces de todo. Tengo unos amigos... oye consígueme María ¿sí? Un petardo, me lo fumo lo uso porque simplemente me relaja, te quedas un poquito más tranquilo, duermes tranquilito. Lo único que si tú tienes tratamiento con una persona y le estás dando pastillas, es lo mismo. Lo que pasa es que la María es más sana. Hasta la aspirina tiene efectos

secundarios y eso lo sabe todo el mundo, yo digo prefiero fumarme un petardo de María que otra cosa. (As, 2009)

...el alcohol no puede largarlo de golpe, me dice [Esmeralda S.], que vaya reduciendo poco a poco. A una mujer que vive con nosotros quería dejar el alcohol de golpe le aconsejé que el alcohol no se puede largar así de rápido, te lo digo porque a mi me dan las informaciones, que te puedes marear ¡eh!, puedes quedarte como una persona loca y tu eres mayor que yo. Poco a poco, despacio, toma una cerveza y luego te tomas una cerveza sin alcohol y ya está, allí se termina. Toma cerveza sin alcohol, no es para que te pongas borracho, poco a poco, poco a poco hasta que te pueda tomar una cerveza sin alcohol. A mi padre también le dije lo mismo y él ha reducido poco a poco, vaya despacio no corriendo. Si corres te puedes romper una pierna. Yo también estoy haciendo igual voy poco a poco, poco a poco... reducir si pero no dejar de tomar alcohol, no porque puede quedar una persona loca. No, que es verdad ¡ah! Porque cuando empecé a tomar cervezas fue hace muchos años y claro largarla de golpe... yo no puedo hacer eso. (Joao, 2009)

Determinados hombres señalan su opción por la bebida controlada, pues no les ha funcionado probar con las bebidas no alcoholizadas, a pesar de ello veamos como justifica su opción por la bebida moderada:

...sí, porque yo he estado tres meses sin beber nada y ahora estoy pendiente de que me tengo que controlar y estoy pendiente de que no me voy a pasar porque si voy al bar y me tomo una naranjada me tendría que tomar tres naranjadas porque como no tiene alcohol se bebe muy rápido. Entonces, me bebo una cerveza mientras me leo el periódico, estoy más tranquilo estoy media hora, voy a casa, como. Yo creo que lo mejor que hago para mí personalmente es controlarme en la bebida, me bebo una y no me bebo más. (Cupido, 2009)

Hay algunas posturas de dependencia completa del CAS por parte de las pcpa y se parte de la convicción del sujeto de que nunca se podrá asumir una autonomía, pero a la vez se tiene el planteamiento de reiniciar de nuevo el circuito de tratamiento sin mayor complicación:

Dejar totalmente los consumos porque sé que no voy a poder ni yo ni nadie. Si tú tienes un perro y le quieres cortar la cola no le vas a cortar un trozo o se la cortas de cuajo o... ¿entiendes? Sí, yo no voy a controlar los consumos; no los voy a controlar ni yo ni nadie. Es cortarlo y saber lo que llevo y si caigo otra vez volver a venir y pedir ayuda. (Jocker, 2009)

Joselo se plantea la abstinencia, pero lograrlo le parece imposible, en momentos emotivos, en fiestas familiares, festividades se remueve el pasado, la soledad, la tristeza por los que ya murieron y hay una vuelta al consumo:

...sinceramente, genera como un poco de angustia, en mi caso sería recomendable dejarlo tajantemente, pero no te voy a engañar el sábado pasado cuando estuvimos de boda de mi sobrina pues se me fue un poco las cosas de las manos, pues cuando emotivamente se me vino todo mi pasado encima. Como le comentaba antes a la [Doctora Laia] vinieron familiares de Sevilla, de Cáceres, de Barcelona... toda una vida. Cuando estaba en la mili me venía en autostop de Granada a aquí que hay 800 km ¡vaya, vaya! (Joselo, 2009)

Las ideas relacionadas con el consumo a partir de los momentos más emotivos o críticos de la pcpa en los que más que una pastilla lo que buscan es un poco de consuelo que consiguen con su terapeuta de referencia:

...pues simplemente me la pasé muy bien, una emotividad increíble, gente que hace años que no la veía solamente en los entierros. En la boda, todo era fiesta, todo muy alegre pues me concedí la licencia a mí mismo, al día siguiente domingo consumí algo de alcohol para estabilizarme un poco y luego ya dejé de consumir. Entonces, el síndrome de abstinencia me vino a partir del lunes por la mañana. Le pedí hora al médico de cabecera quien me remitió aquí el martes y como estaba el servicio saturado y como tenía fecha para el lunes bueno espero... por eso, valora más lo que tienes cuando te hace falta. Porque al fin y al cabo por encima del síndrome de abstinencia o del primo de king kong, por encima de eso es que me sentía muy sólo, no sabía con quién hablar. Había tomado una decisión pero a la vez que sentía muy mal, estaba pasándola muy mal ¿no? Yo no venía a que me diera una pastilla que me vaya tranquilo, no, en mi caso buscaba un poco de consuelo. Buscaba un profesional, porque a mí me puede parecer que lo que necesito es conversación o consuelo pero a lo mejor lo que me está pasando es otra cosa. (Joselo, 2009).

Se les preguntó si antes o durante el tratamiento había algún tipo de control por parte de las pcpa para no consumir más alcohol del que se había planteado. La mayoría señala un consumo controlado de unas dosis diarias, porque lo necesitaban para dormir, o para tratar la depresión, ansiedad pero luego refieren que iban perdiendo los efectos que le producían al inicio:

Pues no lo sé, con esas tres cervezas que me bebía ya me sentía bien, entonces, no necesitaba más. Y yo sabía que si bebía más al día siguiente iba a estar hecha un asco, entonces, lo que hacía era que lo cortaba. Mi cuerpo no me pedía más, lo tenía como muy controlado. (Elena, 2009)

Las mujeres que no han dejado de consumir, han cambiado a otras alternativas para el consumo de alcohol como las cervezas sin alcohol o el “champú⁶ pero sin alcohol” (Fenicia, 2009). Otras de las mujeres explica que una de sus maneras de control es no guardar alcohol en su casa y para consumir tiene que ir al bar, para otra es no salir a comprar una botella en el mercado. Las que tienen bebidas en su casa y que utilizaban el alcohol para dormir señalan que leen libros inspiradores y después intentan hacer actividades diferentes antes de dormir.

En cuanto a los hombres se plantean unos discursos más variados en cuanto al control/descontrol, veamos cada uno de los planteamientos que señalan los mismos, algunas ideas son ambiguas en cuanto al control y lo relegan al aspecto del control por el control en sí, tal como señala a continuación Cupido “...pues pensar solamente en que no debo hacerlo. Controlarme mucho a mí mismo”. (Cupido, 2009)

Alguno de los hombres expresa que al suprimir la causa se eliminaba el problema con el consumo de alcohol, tal como señala Erasmo “no, mi punto débil, mi talón de Aquiles era

⁶ Es una mezcla de bebida carbonatada sabor a limón con cerveza. En los bares que he preguntado señalan que la cerveza utilizada en la dilución es cerveza con alcohol, no como señala la pcpa que es sin alcohol.

mi pareja y lo he superado bien, en ningún momento pensé en ir a beber". (Erasmus, 2009)

Al igual que las mujeres, los hombres señalan la importancia de realizar algunas actividades que le permiten no pensar en ir a consumir alcohol, tales como: escuchar la radio, ver la tele, ir al parque, tocar el piano:

...lo que hago es prender mi radio y le preguntó a mi mujer si necesita ayuda y me dice que no ¡Vale! Me tiro en el sofá o en la cama escuchando música y ya no recuerdo ni de tabaco ni de beber. (Joao, 2009)

Viendo la tele, me siento en el parque, toco el piano. (Lucas, 2009)

Otros señalan que no hay ningún intento para no consumir, es dejarse llevar por el momento, las circunstancias de la persona y lo que le gusta a la misma, en todo caso, confían en el interdictor para evitar el consumo:

...no he dicho que lo controlo, a mí no me puede faltar mi tabaco, las mujeres y las juergas. Mira yo digo yo bebo, y bebo, pero cuando digo no bebo, no bebo, pero el tabaco si que no me lo quiten, la bebida me da igual. Ya vez llevo aquí un mes y si quiero bebida me la traen. Yo le digo a cualquiera, toma cinco euros y me traes cuatro o cinco cervezas, me las tomo. La bebida me da igual, ¿sabes de la bebida lo que te mata? Los amigos, porque que te dicen toma otra y le das, toma otra y otra y otra. Los amigos somos los que nos matamos. (Pepe, 2009)

Como ya señalé uno de los sujetos durante la entrevista tenía en su mochila alcohol, señala la dificultad de su control, en un momento en que dejé solo a la pcpa en la sala de terapia con el grabador en ON. Cuando transcribí la entrevista, se oía claramente el sonido de un cierre que se abre, se saca algo, se destapa un envase y luego se escuchaba de nuevo el sonido del cierre, es decir, que a mi no me queda duda de que haya consumido en la sala de terapia, lugar donde se hizo la entrevista. No obstante, en la entrevista señala que no lo haría dentro del CAS, "¡Huy! yo tengo vino aquí ¡eh! en la mochila (silencio). Lo que pasa es que soy una persona que no voy a sacar el vino del bolso para sentarme aquí a beber. Eso está muy mal". (Rod, 2009).

...lo primero que tengo que hacer es tomarme el [interdictor], cuando te lo tomas te quita todo de la mente todo el pensamiento de plantearte que ahora podrías beber. Te dedicas al trabajo y a las cosas que tienes que hacer y ya está. (Noe, 2009)

En cuanto a los momentos en los que apetecería beber alcohol, el universo de mujeres entrevistadas señala en su mayoría que no desean beber alcohol. Una de las mujeres no señala un momento pero si una cantidad en la que todavía puede controlar el consumo y le transfiere la responsabilidad a la camarera del bar para evitar que siga consumiendo, otra señala consumos puntuales en momentos de ansiedad:

Si, después de la segunda siempre me apetece pedir otra, luego digo ¡No! Me voy a arrepentir. ¡Déjalo!. Ya le dije a la camarera porque ya nos conocemos. ¡No, no, no deja que no voy doblada! Claro porque ella es muy lista. (Magdalena, 2009)

...puntuales sólo. Hay momentos en que tengo ganas cuando me da ansiedad y he dicho No, No, No. Siempre me da de noche. Soy consciente, yo sé que si ahora cojo el alcohol serían

las tres como antes. Si una persona es alcohólica no debe de tomar alcohol. Eso sí lo tengo claro es "No, a la bebida". (Shūli'wala, 2009)

Los hombres señalan momentos en los que les apetece el consumo de alcohol, en los juegos de fútbol, la llegada del verano:

Si, cuando voy al fútbol, pero ahora sí voy al fútbol me tendría que comer un bocadillo o algo, a veces me tomo dos o tres cervezas pero ya no sigo. Cuando se acaba el juego se acabó la bebida. ...usted me puede ver fanático pero yo para mí no soy fanático, soy "seguidor acérrimo", los fanáticos son los que hacen cosas malas, para mí los alcohólicos son los que beben y no se meten con nadie como yo y el que bebe para hacer daño.(cupido, 2009)
...si tienes mucha sed, sí. En verano es cuando más me da sed. En el invierno un vaso de agua y sales corriendo. En el invierno la cerveza no la toco, en el invierno es mejor un vaso de vino. (Pepe, 2009)

En algunos hombres no se plantea un momento, sino que el alcohol es el punto de inicio o la puerta de entrada para el consumo de otras sustancias:

No, alcohol no, lo que te quiero decir es que si consumo alcohol me lleva a la cocaína; si consumo cocaína me lleva al alcohol. Y a veces tengo que recurrir a la heroína para relajarme. Por ejemplo, en estos tres días que estaba consumiendo no me tomaba la medicación porque para qué me la voy a tomar. Estuve cinco días y luego me la empecé a volver a tomar, porque de qué me vale tomar la medicación si estoy consumiendo. (Jocker, 2009)

El punto de convergencia entre la mayoría de los hombres es el de control, ya sea mental o por medicación o interdictores:

No, yo lo tomo cuando yo quiera, porque he perdido la compulsión. A mí no me tiene que dominar el alcohol, yo lo domino a él y no el a mí. Eso se llama terapia mental, terapia mental significa lo que te he dicho antes la filosofía buscar el por qué de las cosas, pero con razón. (As, 2009)
Como la cerveza a mí no me gusta tampoco me llama, con el whisky a veces ni pienso y si pienso me pongo a hacer otra cosa. En cuanto a los medicamentos estoy tomando antidepresivos y para el alcohol tomo el [interdictor] lo que pasa es que lo tomo no porque me sienta inseguro lo tomé por qué me lo ha pedido mi madre para que esté ella más tranquila. (Erasmus, 2009)

Finalmente, otros apuestan por saborear otros líquidos sin alcohol como forma de controlarse de no consumir bebidas alcohólicas:

No, he salido con unos amigos han tomado vino y la verdad no me apetece. Yo me tomo mi vaso de agua y me gusta recrearme con el sabor que tiene el agua. Las aguas tienen un sabor diferente ¿no? He probado muchas clases de agua y tienen un sabor particular. Como he ido mucho a las montañas me gusta el sabor del agua de las fuentes. Yo ando en búsqueda de nuevas sensaciones y me siento muy bien. Yo comentaba dentro del grupo, reunidos con la monitora y el equipo, que yo para buscar dentro de mí un camino a seguir, he buscado en mi recuerdo cosas y he buscado esas cosas para cambiar, buscó en el recuerdo cosas que me gustaban de antes y eso me hace sentirme bien. Hay cosas que me gustaba consumir, entonces busco en mi recuerdo de las cosas que me gustaban y disfruto con eso, por ejemplo, el sabor del agua y comprobar que todas las aguas no tienen el mismo sabor y disfrutar de este sabor del agua... cuando pienso en agua pienso en agua, no pienso ni en

refrescos, ni Coca-Cola, Fanta, a veces me las tomé porque me dicen tómalos... (Pancracio, 2009)

Para finalizar este apartado concluiremos con un cuadro para ver las propuestas de cada hombre o mujer entre el consumo activo, el tiempo sin consumo de alcohol o el tiempo de reducción del consumo en el momento de la entrevista:

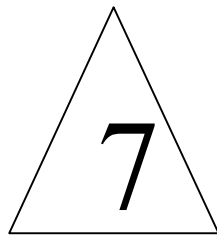
Cuadro 5. Propuestas de reducción o abstinencia de las pcpa

Nombres	Propuestas de reducción o abstinencia	Tiempo sin consumo o tiempo de reducción del consumo
Afrodita	Reducción	Consumo activo
Elena	Abstinencia	3 meses
Fenicia	Abstinencia	2 meses
Libertad	Abstinencia	8 meses
Magdalena	Abstinencia	Consumo esporádico
Pepita	Abstinencia	12 meses
Renacer	Abstinencia	3 meses
Shūli'wala	Abstinencia	6 meses
As	Reducción del consumo	Dos meses
Azúcar	Abstinencia	Cuatro meses
Cupido	Abstinencia	Consumo esporádico
Daniel M.	Abstinencia	3 años
Erasmus	Abstinencia	16 meses
Hans	Reducción	Consumo activo
Joan	Reducción	4 meses
Jocker	Reducción	2 meses
Joselo	Reducción	Una semana
Noe	Abstinencia	12 meses
Pancracio	Abstinencia	14 meses
Pep	Reducción	1 mes
Rod	Abstinencia	Consumo esporádico

Estas propuestas de los sujetos no necesariamente guardan correspondencia con los objetivos acordados con el terapeuta, ni implican necesariamente lo que en realidad hace la persona, ni quiere decir que lo ha conseguido. Es un objetivo un tanto ambiguo y depende de las circunstancias de cada persona. Está presente en la mayoría de los sujetos la idea de que el tratamiento para sus problemas de alcohol es de por vida, lo cual consideran la mejor solución. Entonces, la asistencia continua al dispositivo es necesaria para poder mantener el «control».

Tanto en las propuestas de abstinencia o reducción de la pcpa, en muchos de los casos, el consumo sigue siendo activo o se tienen consumos esporádicos. Estas modificaciones en cada propuesta de las personas plantean —entre otras cosas— una variación en la relación del sujeto con el alcohol u otras sustancias. Al proponerse un determinado objetivo, ya sea de reducción de daños y/o abstinencia, se inicia el trabajo psicoterapéutico para modificar la relación con la sustancia. Aunque tres de los que se plantean la reducción continúan con sus consumos activos sin reducir la dosis que afirmaban. También hay personas que se planteado abstinencia y han tenido consumos esporádicos. Esta perspectiva implica una manera diferente de pensar la abstinencia y la reducción de daños: no es el simple distanciamiento, disminución de la sustancia o privación de la misma —dejando intacta la problemática relacional— implica que el sujeto vaya cambiando la problemática que lo induce al consumo del alcohol. Durante el tratamiento, una de las propuestas generalizadas es la abstinencia que constituye un objetivo empedernidamente buscado; no obstante, en la psicoterapia se le reformula su propuesta en la medida que el foco no está en la sustancia sino en la problemática de la persona. Además, pensado el tratamiento desde el enfoque sistémico-relacional se propone tratar a las pcpa de manera diferenciada, es decir, según su problemática.

En todo caso, probar una gota de alcohol constituye para la mayoría de las personas un factor de riesgo, pero no es sólo probar el alcohol ya que hay unas emociones o sentimientos que inciden en retomar el consumo: la ansiedad, la depresión, la tristeza, la euforia, el aburrimiento... Hay otros aspectos que se convierten en factores de protección como, personas, instituciones ya sea dentro o fuera de la Red de Salud Pública, ayudas, trabajos que se convierten en «soporte» para la persona que está dejando el consumo.



**MARCOS INSTITUCIONALES E ITINERARIOS
ASISTENCIALES DE LAS PCPA**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS
Carmen Laura Paz Reverol
DL:T. 1708-2011

«Quien salva una vida,
salva un mundo entero»
Proverbio Judío

En éste capítulo, no pretendemos polemizar sobre las bondades o no de los diferentes recursos terapéuticos a los cuales asisten las pcpa. Sin embargo, los diversos marcos institucionales y los recorridos de las pcpa por distintos recursos dan cuenta de una experiencia acerca de determinado esquema o plan de tratamiento, y de las influencias positivas o no en la vida de los sujetos.

Los recorridos por diversas asociaciones e instituciones antes de ir al CAS -otros Servicios de Drogodependencias, Comunidades Terapéuticas, iglesias, AA, etc.- son los inicios de un camino o itinerario asistencial por parte de los sujetos para resolver sus problemas con el alcohol. Las ideas de las pcpa sobre cada uno de los servicios son positivas unas, las otras no tanto. También coinciden con periodos de crisis o bienestar, tiempos buenos o malos de esas mismas personas. Solo uno de los entrevistados señala que logró abstenerse de la bebida sólo, sin ayuda de nadie; sin embargo, es posible apreciar la influencia de AA. Casi todos se sometieron a intervenciones de la medicina privada, medicina alternativa, religiones, AA... siguiendo determinados esquemas, con los que no necesariamente las pcpa estaban de acuerdo.

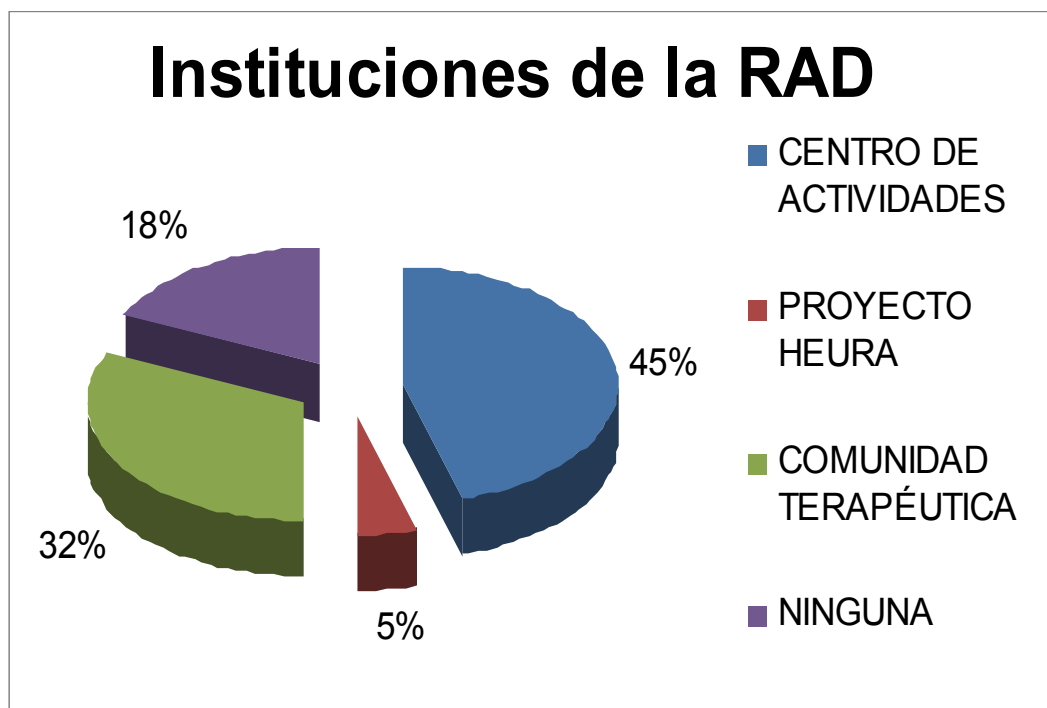
7.1. LA CARRERA CURATIVA Y LOS ITINERARIOS ASISTENCIALES DE LA PERSONA CON PROBLEMAS DE ALCOHOL DENTRO DEL SISTEMA BIOMÉDICO: RECURSOS Y DISPOSITIVOS INSTITUCIONALES

La mayoría de las mujeres y hombres que participan en la presente investigación iniciaron su itinerario asistencial en el CAS donde se realizó el estudio. En alguno de casos, ingresaron primero por algún dispositivo de la Red de Salud Pública, ya sea Comunidad Terapéutica o Centro de Día para luego tener acceso al Servicio de Drogodependencias. Dentro de la Red de Salud Pública, los sujetos han tenido acceso a varios recursos que les han permitido diversificar su itinerario asistencial para atender su problema de alcohol.

Veámoslo por institución: al Centro de Actividades acuden siete hombres y tres mujeres, lo que representa un 45%. En comunidades terapéuticas están dos mujeres y cinco hombres

(32%). En el Proyecto Heura¹ participa uno de los hombres (5%); los restantes, tres mujeres y un hombre (14%), no participan en ninguna de las instituciones de la RAD, exceptuado el CAS donde acuden regularmente a las visitas psicoterapéuticas, ya sea individuales o de grupo. El presente gráfico ilustra la recurrencia de las personas con problemas de alcohol en las instituciones mencionadas dentro de la RAD

Gráfico 12. Instituciones dentro de la RAD.



Los hombres y mujeres que hacen tratamiento ambulatorio pueden asistir al Proyecto Heuras y al Centro de Actividades; generalmente son remitidos por el CAS a dichas instituciones. Alguna de las mujeres llevan años haciendo tratamiento ambulatorio, sin embargo, en oportunidades han considerado el ingreso, ya sea al centro de salud mental o a las comunidades terapéuticas, tal como se aprecia en el siguiente testimonio: “yo ya llevo muchos años aquí, he dicho muchas veces que no quiero que me ingresen, pero si no hay alternativa...”. (Fenicia, 2009).

¹ Es un proyecto de inserción sociolaboral subvencionado por el Departamento de Trabajo e Industria de la Generalidad de Cataluña y el Fondo Social Europeo.

7.1.1. TERAPIA GRUPAL DE ALCOHOL EN EL CAS

Otra de las posibilidades que ofrece el CAS, es la terapia grupal de alcohol dirigida por dos psicoterapeutas, que se inició el año 2008. Esta experiencia se ha ido enriqueciendo poco a poco con las contribuciones del equipo del CAS y de las supervisiones externas. A partir de la participación de una de las mujeres de la investigación en la terapia grupal de alcohol, surgió la inquietud por hacer seguimiento de dicha experiencia, lo que ha permitido ampliar la visión que se tenía de las personas con problemas de alcohol con más continuidad y viendo los aportes de otros sujetos que no participaron en la investigación.

En este sentido, Shüli'wala inició la terapia grupal de alcohol a finales del año 2008, y dice de su experiencia en el grupo:

...ha sido una experiencia enorme. He ido descubriendo facetas más, cosas más. Al ir sacando cosas he ido trabajando lentamente... A mí me da la sensación de que es una cosa que tú dices, es una tontería, pero realmente no es una tontería, porque cuando marchas a casa te llevas el trabajo que me llevo yo y la mente va trabajando sola, yo he sacado muchísimas cosas de la terapia que no creía que fuesen el problema. Me ha ido muy bien (Shüli'wala, 2009)

Una sesión de grupo consiste en las descripciones, por parte de los miembros, de sus experiencias recientes; cada uno habla respetando el derecho de los otros y contribuye a la discusión cuando considera que tiene una idea. El proceso de reflexión sobre la propia experiencia de vida y la de los compañeros del grupo obliga a repensar que no es sólo la bebida lo que hay en común, sino que las respuestas a los problemas, la huida, el miedo, la desesperanza, son aspectos convergentes que permiten entender a la pcpa que no padece solo/a, sino que hay personas que tienen más o menos las mismas experiencias así como también las mismas respuestas ante determinadas situaciones.

Se pudo observar en las terapias de alcohol, el énfasis puesto por las terapeutas en que la pcpa permanezca abstinentes durante el tiempo que acuden a la terapia, dos años. Las terapeutas conducen las sesiones de forma que se puedan fomentar interacciones entre los participantes y canalizar algunos comportamientos no idóneos para detenerlos y neutralizarlos a tiempo. Por ejemplo, cuando un miembro tiene una recaída y comienza a beber, se ponen en escena las habilidades desarrolladas por el grupo para reflexionar sobre la experiencia de la pcpa, buscando los puntos en común para todos; la comprensión, la firmeza para llegar a decisiones firmes y la habilidad para comunicarlas a menudo ayudan al miembro bebedor a recuperar la abstinencia sin incurrir en daños graves ni provocar malestares individuales o grupales.

Otro de los aspectos observados es el ritmo diferenciado de cada una de las personas, pues se encuentran en diferentes etapas de la deshabituación, eso quiere decir que, a pesar del tiempo en el grupo, algunas siguen afectadas por su problemática personal, de salud y social, algunos incluso las ven sin vías de solución, pero otros van dando pasos en el arreglo de su problemática y se encuentran en una etapa avanzada de su rehabilitación.

En la terapia grupal también se pone acento en la confidencialidad, pero ciertamente ha habido incidentes que han demostrado que existe el riesgo de que alguien no respete dicho parámetro. Las profesionales continuamente refuerzan la necesidad de cuidar el grupo resguardando la confidencialidad de todas las sesiones y de los participantes.

Entre los miembros de la terapia grupal suelen concitarse distintas opiniones sobre los problemas relacionados con el alcohol y con la problemática que tiene la persona, estos son vistos por Shüli'wala de la siguiente manera:

Hay quien dice cosas y los demás no están de acuerdo, está muy bien, muy bien. Hay veces que me he enfadado por las cosas que te dicen, pero no nos ofendemos. La terapia me ha ayudado a trabajar en muchas cosas, no quería ni llegar a casa, porque mi marido se puso justo a vivir al lado con su pareja. Eso me daba tanta rabia y con la terapia se empezó a remover todo. Estaba enfadada pero era conmigo. (Shüli'wala, 2009)

Los malestares de las pcpa son redirigidos por las terapeutas; en cuanto se presentaban las situaciones ellas sabían encauzar las numerosas incidencias, tanto individuales como del grupo; por ejemplo, algunos miembros solían encontrarse fuera del espacio de la terapia para consumir, en bares o fiestas. Dichos encuentros propiciaron uniones de pareja, pero también discusiones y malentendidos entre los participantes, que salían a relucir y afectaban el espacio terapéutico. Las profesionales hicieron los ajustes necesarios para resguardar al grupo terapéutico y mejorar la comunicación entre los miembros.

A pesar de los aspectos positivos que se puedan señalar de tales encuentros fuera del espacio terapéutico, como el soporte e integración entre los miembros del grupo, también podría acarrear situaciones no tan positivas como las señaladas anteriormente. En este caso, Shüli'wala estuvo en una relación con uno de los miembros del grupo que no terminó con final feliz, no obstante, dicha situación fue canalizada por las profesionales para establecer y fijar determinados límites. Lo que se puede destacar es que Shüli'wala pensó en la posibilidad de tener pareja y en sus propios cambios pero a la vez se negaba la posibilidad de rehacer su vida por prejuicios de su misma religión y experiencia de vida. Veamos lo que planteaba:

Muy bien, avanzando en las terapias, he estado pensando en lo de la pareja... el cambio dentro del grupo ha sido estupendo. He aprendido un montón de cosas con la terapia y con

la gente que me ha rodeado... Creo que todavía me falta, pero él es una pasada, el alcohol no me hace falta para nada, se me ha quitado el deseo de ir a buscar, ya no tengo ansiedad... (Shüli'wala, 2009)

Considero que la experiencia dentro del grupo le proporcionó a Shüli'wala herramientas para estar dos años con mejor calidad de vida y resolver aspectos de su vida económica, personal y familiar antes de fallecer, en enero de 2011. El grupo le permitió a la mujer compartir algunos aspectos de su vida en la que manejaba sentimientos de soledad, abandono, tristeza que de alguna manera condicionaron su carrera curativa.

Finalmente el proceso grupal está encaminado a tres cosas. Primero, ayuda a que las pcpa se recuperen en abstinencia, se les hace ver que no es correcto pensar que tener problemas con el consumo de alcohol es vicio o pecado. Cuando interactúan con otros sujetos perciben potencialidades de sí mismos y de sus compañeros de grupo. Cuando ven que los demás superan lo que ellos no consideraban posible, comienzan a pensar que pueden reorganizar y trazarse proyectos en su vida sin necesidad de recurrir al alcohol. Segundo, se les clarifican las situaciones en las que se ven involucrados y se les ofrecen alternativas para tratarlas más efectivamente. Por último, los miembros del grupo, al explorar las maneras de reaccionar de sí mismos y de los otros y al buscar los orígenes y causas de dichas conductas, pueden modificar a partir de allí sus pautas de comportamiento.

7.1.2. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Las comunidades terapéuticas (CT) constituyen un recurso específico, que se basa en el ingreso voluntario de la persona con problemas de alcohol y drogas en un medio aislado, dentro de un ambiente terapéutico y por un periodo de tiempo entre 6 y 12 meses. Dichos dispositivos han sido considerados por algunos autores como “instituciones totales” (Funes y Román, 1985:116) por “la intensidad de la intervención, pues el usuario se encuentra participando las 24 horas del día en un recurso terapéutico; la función terapéutica que se le otorga a la vida comunitaria y la educación a través de la cotidianidad; el mayor grado de control y tutela del usuario” (Arza, 2002:103).

Durante este tiempo, actividades diversas como reuniones de grupo o actividades ocupacionales permitirán a la pcpa modificar pautas de comportamiento individual y social, a fin de estar en condiciones de asumir la deshabitación de su dependencia. Arza (2002:102) expone que existen comunidades terapéuticas privadas y públicas:

En las públicas, todos los usuarios son derivados desde los centros ambulatorios. En las privadas, los usuarios pueden acudir por su cuenta (en este caso, el usuario deberá pagar la cuota mensual que determine la comunidad terapéutica, siempre y cuando la comunidad terapéutica tenga un convenio de colaboración con la administración pública derivadora), o haber sido enviados desde centros ambulatorios.

Las comunidades terapéuticas son percibidas por los sujetos de distinta manera y señalan una experiencia diferente en cada una de ellas. Una de las mujeres, refiriéndose a su proceso de adaptación en la comunidad terapéutica, dice que le fue un poco difícil acomodarse a las normas, que son “infinitas y más allá” (Renacer, 2009). A pesar de ello, uno de los primeros cambios que las personas observan son de tipo físico: dos de las mujeres, refieren que lo primero que les pasó fue deshincharse y recuperar la esbeltez de sus cuerpos, ya que seguían una dieta balanceada y con unos horarios regulares, que no seguían en su vida fuera de la comunidad terapéutica. Una de ellas fue ubicada cuando ya tenía dos meses en la comunidad terapéutica y a la otra mujer se le hizo la entrevista antes y en sesiones posteriores de su ingreso a la CT.

En cuanto a los hombres, -en total cinco, que estuvieron entre un mes y catorce meses-, comentan que fueron distintas sus experiencias y momentos en su transcurrir en el marco de dichas instituciones. Uno de ellos se entrevistó antes de ir a la comunidad terapéutica, en su planteamiento se evidencia la necesidad de ir a una institución de ese tipo:

Yo lo que pienso es que hay que sobrevivir pero sobrevivir bien. Yo creo que uno tiene que tener posibilidades en esta vida para vivirla. No sé, a lo mejor me equivoco. Ahora que tengo más posibilidades puedo enfrentar un poco, no afrontar la realidad porque ya está afrontada, es encontrar salidas. Un mundo abierto para poder moverme. Sé que como lo puedo dejar un día, me he propuesto también dejar el tabaco. Intentaré dejar ambos. (As, 2009)

As no realizó todo el circuito dentro de la comunidad terapéutica, uno de los factores que él mismo se planteó fue el tiempo de permanencia en el recurso antes de ingresar en el mismo, lo que deja en evidencia que las personas son las que finalmente deciden y evalúan con antelación los resultados de sus experiencias.

...yo me propuesto estar cuatro meses o más. Eso depende como yo me vea y me encuentre. Aparte, cuando yo tenga el día libre, no tenga nada que hacer iré al pueblo. Iré a un gimnasio pum, pum, pum. Cuando regrese tengo que venir como Rambo y a vivir mejor. Yo creo que sí, haré mi esfuerzo. Al igual que en la mili te enseñan a buscarte la vida, aquí [CT] aprenderé a buscarme la vida. Yo creo que la mente está para rectificarse, no para decir, hago esto y cometí error. Hay que levantar la cabeza otra vez porque *la vida sigue*. (As, 2009)

La propuesta de ir a la comunidad terapéutica no salió de la persona sino del terapeuta de referencia en el CAS, veamos lo que dice al respecto:

...me la propusieron y yo decidí que era una buena idea. Hablé con mi hermana y me dijo “por probarlo no cuesta nada”. Primero que a mí me gustan los sitios como campo o

montaña. Yo he estado muchos años trabajando con mi tío en la montaña. Es una cosa que el campo me gusta. El campo no es decir allí hago un solecito. El campo es bonito para quien le guste... Yo fui allá, me gustó. Se ve que hay buena movida. Hay sus normas como en todos los sitios. Las normas existen en todos lados. Allí no está mal. Sí, porque eso está en las montañas entre dos pueblos. El sitio está bien y ya me irá bien no estar borracho por allí. (As, 2009)

Erasmus fue contactado cuando estaba de permiso de la CT, dice que está muy bien allí, hace referencia que la misma “es un poco conductual, tanto en las tareas que hay que hacer día a día...”. Pese a la anterior afirmación, opina que la actual comunidad terapéutica en la que está le gusta más que el otro centro donde había estado antes. La metáfora que expresan los sujetos para explicar la experiencia en la CT se hace a partir de la analogía entre la burbuja, que es la comunidad terapéutica, y la sociedad como un todo. Entonces, la CT es una “burbuja” dentro de la sociedad. A medida que van mejorando en dicha “burbuja”, en esa medida van haciendo salidas terapéuticas con la familia. Erasmus sostiene que “es mejor estar afuera que allí adentro”, inclusive en algún momento de su itinerario asistencial en la CT decidió no volver a la misma y terminó su circuito abruptamente. (Erasmus, 2009). Esta persona señala que el primer centro donde había estado distaba mucho de lo que a él le parecía que le convenía, las normas del primer centro donde eran de tipo más conductual:

Seguía unas normas que en ese momento no quería cumplir, hay cosas muy básicas, como por ejemplo que te estás comiendo un muslo de pollo y cuando terminabas de comer tenías que enseñar el hueso conforme te lo habías comido todo. Cosas así, que yo no tenía muchas ganas. (Erasmus, 2009)

En su segundo paso por la comunidad terapéutica señala que la misma le ofrece un marco de mayor libertad y capacidad de decisión, lo cual está más acorde con lo que él piensa con respecto a su persona:

Pues que eres tu el que decide lo que quiere hacer, manejas tus sensaciones, tienes una libertad que en otros sitios no la puedes tener. Nosotros, me refiero a los toxicómanos en general, somos personas que nos gusta estar muy al límite de las cosas y nos solemos sobrepasar. En esta CT los límites te los pones tu mismo, en la CT podrías estar allí y consumir perfectamente. Yo tengo acceso al alcohol estando en el centro, o sea, que es tu propia fuerza de voluntad la que te dirige, no hay nadie que te diga nada. (Erasmus, 2009)

Noé aporta con posterioridad su experiencia en la CT, luego ha seguido tratamiento ambulatorio en el CAS:

Yo ingresé en un centro en Manresa, Salut i Comunitat, estuve seis meses, tenían psicólogos, me pagaban una subvención por el CAP. Estuve bastante bien allí los seis o siete meses, hasta que reinicié la etapa de reinserción social, me fue bien, incluso encontré trabajo. Cuando yo lo creí conveniente, los psicólogos y mis padres, esto hará unos años, me fui a vivir a mi piso, me puse a trabajar cerca y estuve como ocho o nueve meses, pero en mi piso no quería estar. (Noe, 2009)

Pancraccio se encuentra en la fase de reinserción social², es decir, luego de haber culminado su estancia en la comunidad terapéutica se hallaba en un piso protegido³ para realizar actividades atinentes a su proceso de reinserción:

...he estado diez meses en un centro haciendo un proceso de rehabilitación, en una Comunidad Terapéutica (Granja Escuela Castellón). Ahora estoy siguiendo el proceso en piso de readaptación. Es un piso más cómodo, lo comparto con unos compañeros que han estado en la misma escuela, para entrenarme socialmente. (Pancraccio, 2009)

En este proceso la persona no está sola, pues hay momentos del día en que acude un monitor que labora en la comunidad terapéutica para verificar las actividades que están haciendo las personas que están en el piso siguiendo una readaptación social. La experiencia de Pancraccio dentro de la comunidad terapéutica ha sido positiva, según su planteamiento, y considera que todos reciben el soporte para salir adelante:

...daban charlas, hacían terapias, hablábamos de todo porque *la comunidad es como una burbuja de lo que es toda la sociedad*. Los problemas que tienes en la sociedad son comparables a los que hay allí dentro. Por ejemplo, el trabajo se realiza a través de esa comparación, puedes encontrar problemas día a día en la comunidad comparándolas con el exterior, eso se utiliza mucho. Un pequeño problema que puedas tener allí te puede llevar a una ansiedad, a un descontrol de tus impulsos ¿no? que es fácil que también te pueda pasar en la calle. Llevas una determinada rutina que es un poco agresiva, que soportas una agresividad que no tienes por qué soportar, te puede llevar a desencadenar un ataque de ansiedad. Eso te puede pasar en una comunidad pequeña al igual que te puede pasar en la calle y eso hay que tenerlo claro. Hay que decir lo que uno siente y ser sincero con uno mismo. Eso es importante, ser sincero con uno mismo, de cara a ti mismo y de cara a la gente, uno sabe cuando uno se está engañando. Crees que estás engañando a los demás pero no los estás engañando, te estás engañando a ti mismo, por eso es importante ser sincero con uno mismo. Tomar conciencia de esto es importante para conseguir tener una vida normal, porque no vamos a llevar una vida más especial que nadie sino una vida normal, sin consumo de alcohol. Muchas veces

² La reinserción se concibe como un proceso socializador, que es asumido de forma conjunta con la asistencia bio-psico-social en el CAS. Se trata de la intervención social que tendrá la pcpa antes, al comenzar, durante y después del tratamiento. Los aspectos sociales no se pueden desligar de las otras dificultades y/o problemáticas de los drogodependientes.

La inserción se inicia desde el momento en que el usuario se plantea la necesidad de ayuda para dejar su drogodependencia y acude al servicio, se integra en un proceso terapéutico global: hay que comenzar un proceso socializador de base.

Durante el proceso se intenta proporcionar al usuario unos pasos para su inserción a la sociedad (cursos de formación ocupacional, piso de reinserción, centros de día, centro de actividades...), se intenta favorecer los mecanismos que faciliten, en la medida de lo posible, la reinserción del usuario en la sociedad, ya que tiene como objetivo principal que el drogodependiente encuentre su lugar en la sociedad para participar satisfactoriamente como persona responsable y autónoma.

No es una etapa después de la desintoxicación y deshabitación, no es la etapa final de un proceso de recuperación, aunque siempre hay que tener en cuenta el momento evolutivo del individuo, el tipo de consumidor, de sustancia, la relación con la sustancia, el contexto, etc. (Arza, 2002)

³ Arza (2002:105) dice que “son residencias provisionales, tuteladas por profesionales, dirigidas a drogodependientes que se encuentran en un estado avanzado de su proceso de rehabilitación, pero que no tienen un lugar idóneo de residencia”. Es un espacio provisional “mientras concluye su proceso de tratamiento en un centro ambulatorio o centro de día y avanza en su progresiva incorporación social”. Los educadores presentes en el piso “realizan una labor de educación a través de la cotidianidad (relaciones interpersonales, creación de hábitos...)”.

comparamos el consumo de alcohol para hacer ciertas cosas para sentirme más... y no es necesario. Hay que mentalizarse que uno puede hacer las cosas sin necesidad de alcohol, pero claro, para eso uno tiene que ser sincero consigo mismo. Saber que tienes problemas y tienes que afrontarlos. No vayas a tomarte de una botella de whisky porque tienes un problema. A partir de un problema que tengas que sepas conducirte asumiendo ese problema que tienes. Creo que a partir de allí empiezas a actuar de una manera normal sin tener que consumir. (Pancracio, 2009)

Ahora el tránsito por el piso protegido plantea la continuidad de todo lo aprendido en la comunidad terapéutica, que cada individuo conviva armónicamente con sus compañeros de piso, pero también que cada uno ejecute sus propias actividades que conducirán al proceso de reinserción social y laboral:

La convivencia, respetarse y mantener una disciplina; que cada uno tiene su trabajo que hacer, cada uno el suyo. Lo que tenemos en común es la vivienda que tenemos que compartir. Hay unas horas que son las de las comidas que son fijas, me puedo retrasar algún día por alguna cosa, pero tienes que comunicarlo. Tienes que dejar apuntadas todas las salidas, hacia dónde y el motivo por el que sales. Más allá del tiempo de duración eso es lo que les interesa, no estás obligado a hacer una cosa en un tiempo determinado, lo importante es que cada uno haga lo que tenga que hacer. (Pancracio, 2009)

El último caso es el de Rod que relata su experiencia en una de las salidas de la comunidad terapéutica; en vez de ir a ver a su familia se fue a consumir alcohol todo el fin de semana y cuando quiso buscar refugio con su familia las puertas no se abrieron. Rod, al quedar en la calle desamparado, sin lugar a dónde ir, decidió que tenía que volver a la comunidad terapéutica con una pauta de desintoxicación y que le proporcionaran el billete de tren para volver a la institución:

Yo me vine para acá el viernes, ahora quiero volver pero no tengo ni para el billete del tren. Yo no puedo ir y quedarme sentado en la estación...Yo soy una persona que las cosas me gusta hablarlas, cuando vaya hablaré con I., yo no me puedo ir allí y pasar el mono allí. Me tienen que dar una pauta de medicación, eso es lo que estoy esperando. Cuando me den la pauta me iré para allá. No tengo opción, si no me recibe I. no lo va hacer nadie. Yo voy con la pauta y allí me dan la medicación. No se si me entiendes... si no voy allí no pararé. Allí no estás encadenado al alcohol. (Rod, 2009)

Esta última comunidad terapéutica tuvo la oportunidad de visitarla en varias ocasiones durante la realización de la investigación, y pude observar que a las personas ciertamente se les deja un marco de decisión de las cosas que quieren hacer, tal como lo han descrito perfectamente Erasmo y Rod. En sus relatos muestran una línea flexible en la “burbuja” que describen que proporciona un mayor protagonismo a las personas, no imputándole las faltas sino dejándoles un marco de libertad para hacer las cosas.

No quiero hacer una defensa a ultranza de lo idónea que pueda ser o no esta comunidad terapéutica en relación con otras, pues no conocí otras excepto por las descripciones que

me proporcionaron los sujetos que participaron en la investigación. Al no poder establecer un punto de comparación, decir algo sería indeterminado, pero considero con Comas (1988) que cuando se habla de comunidades terapéuticas no se hace referencia a algo unívoco sino a realidades distintas, tal como señalan las apreciaciones de los sujetos. En este sentido, tampoco pretendo justificar la conducta de Rod, lo que trato de destacar es que en momentos de crisis las personas tengan la ayuda disponible y que puedan salir de su bache. En un momento determinado, se unifican esfuerzos por parte de los profesionales del CAS y del Coordinador de la comunidad terapéutica para darle respuesta a la necesidad del sujeto.

7.1.3. CENTRO DE ACTIVIDADES O CENTRO DE DÍA:

Otra de las “mini burbujas” que tuve la oportunidad de observar fue el Centro de Actividades, que me permitió ubicar la mayoría de las personas que participaron en la presente investigación.

El Centro de Día, Centro de “Calor y Café” o Centro de Actividades⁴ se trata de un espacio creado en el año 2000 donde se pretende acoger y cubrir algunas necesidades básicas y más severas de las personas con problemas de drogas, como la falta de espacios de higiene personal, falta de trabajo, de actividad ocupacional, la falta de relación o calor humano. Se realizan varias tareas:

1. Asesoramiento
2. Actividades formativas y ocupacionales
3. Actividades de carácter lúdico (cine, excursiones, salidas, etc.)
4. Taller de cocina (para favorecer buenos hábitos alimentarios)
5. Proyecto DI-PI (mantenimiento de la máquina de intercambio de jeringas)
6. Reuniones de Asociación de Usuarios
7. Recogida de jeringas (desde la asociación de usuarios)
8. Reparto de preservativos
9. Talleres orientados a la mejora de la salud y la ocupación del tiempo libre: relajación, costura, música, peluquería, lecto-escritura, manualidades, sexo seguro, prevención de hepatitis, consumo de drogas de menor riesgo... etc.
10. Participación en las diferentes festividades tradicionales (Sant Jordi, Navidad, Carnaval, etc.)
11. Potenciación de hábitos de higiene personal (ducha, lavandería)
12. Prestaciones básicas de alimentación (bocadillos, sopas, café, galletas, cereal...)

⁴ Es un centro abierto durante un número de horas al día, donde las personas con problemas de drogodependencias en seguimiento terapéutico (aunque no necesariamente) van a realizar diversas actividades. Es importante que este tipo de recursos estén ubicados lo más próximo posible a al tejido social existente, ya que son más efectivos cuando se encuentran dentro del contexto social.

Es un Centro de Día del CAS formado por un equipo multidisciplinario compuesto de psicólogos, educadores sociales y monitores que se dedican a la atención de necesidades básicas y la oferta de actividades lúdicas, ocupacionales y de inserción laboral para persona que presentan problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias y carencias básicas de tipo social.

Al poder ver el día a día del Centro de Actividades, se pueden observar las relaciones entre sus miembros, pues es inevitable formar parte de la cotidianidad. Vale decir que la mayoría está contenta por poder contar con un servicio en el que pueden garantizar sus necesidades básicas, aunque también surgen conflictos entre los del grupo y entre algunos del grupo y los monitores.

Se asistió a algunas de las reuniones de los miembros que acuden al Centro de Actividades, escenario que permite plantear las situaciones críticas suscitadas entre los ellos y entre profesionales y usuarios. Uno de los temas que más sale a relucir son conflictos por la comida; una de las usuarias señalaba que uno de los miembros se quejaba fuera del centro sobre la comida y le comentó que sólo le daban “sobras”, al mismo tiempo ella enfatizaba que no tenía quejas del Centro de Actividades.

Cuando entra por primera vez una persona al Centro de Actividades los profesionales que laboran en dicho recurso:

...valoran un poco las necesidades que esta persona tiene y la posibilidad de poder entrar en el Centro de Acogida, se pone al día con la trabajadora social. Hay gente que preferimos que se espere a la Trabajadora Social si están muy desmarchados, ¡vale!, si están muy verdes como se dice, al entrar van a crear problemas dentro del grupo que hay en [Centro de Día] pues esperas un poquito más y vas hablando con él, que te coja un poco de confianza para poder llevarlo cuando esté dentro del Centro de Acogida. (Esmeralda S., 2009)

Según la situación de cada persona se procede a hacer uno u otro itinerario asistencial: si es una persona que continuamente está bebiendo se le aclara que al Centro de Día no puede acudir en esas condiciones “si va a venir siempre bebido al centro de acogida ¿qué pasa? Que allí hay unas normas que no puedes venir consumido cada día, vale, pues si una persona nada más que se levanta necesita beber seguramente va a venir bebido, vale, un consumo que no distorsione pero ya irá reduciendo poco a poco”. (Esmeralda S., 2009)

Una de las pcpa da su parecer sobre los sujetos que acuden al Centro de Actividades:

...Si, voy al Centro de Día pero allí hay personas que no puedes contar con ellos para nada... Viven al día, tan sólo hay 3 o 4 personas que se pueden elegir y son personas. Los demás ¡NO! porque no quieren ni recuperarse ni dejar hacerlo a los demás, sólo quieren tener dinero y amargarle la vida a los demás. (Azúcar, 2009)

No obstante, Azúcar señala que con el Centro de Actividades tuvo la oportunidad de cumplir una parte de su condena bajo fianza, fuera de las celdas de la cárcel y le obligaban a asistir al recurso para retirar su medicación y pasar su día a día en dicho centro:

...una juez de aquí, que me dio la oportunidad, me dijo te voy a dar una oportunidad porque en esta vida no te han dado ninguna oportunidad. Usted va allí se toma la medicación para los nervios pa, pu, pi...y de vez en cuando al centro de día ¿o quiere estar sin salir? Le digo que no. Si estaba cuatro años sin cometer un delito estaría 6 años bajo fianza. Como nunca me habían dado una oportunidad me la dio esa juez. (Azúcar, 2009)

Otro de los sujetos que acude al Centro de Actividades señala aspectos positivos y negativos de dicha institución:

...este es un sitio como te he dicho yo gracias por el ayuntamiento y gracias por la gente que colabora aquí, hay españoles que son malos y hay españoles que son buenos. Hay gente que tiene problemas y la gente siempre lucha, nosotros también colaboramos con esta gente, que sepan qué está pasando hoy en las vidas personales, en las vidas culturales. En la naturaleza nosotros lo que sembramos es lo que recogemos, si tú no siembras tú no recoges, ¡hay que sembrar!. Si siembras algo bueno recoges algo bueno, si tú siembras algo malo recoges algo malo. Si crece un árbol en una tierra buena recoges las semillas, si tú siembras en la montaña no recoges nada, porque es la montaña. Como yo, yo tengo que sembrar para que la gente coma conmigo. Si no puede sembrar, siembras palabras buenas, la gente escucha, te entiende y si no puede sembrar nada, por lo menos unas palabras buenas. Hay gente que ni siquiera te deja hablar palabras buenas por la maldad y por la envidia. Tengo miedo de la envidia y no tengo miedo del hambre, yo no tengo miedo del hambre pero tengo miedo de la envidia, porque la envidia es mala. (Daniel M., 2009)

Los que tienen más tiempo en el Centro de Actividades son los que refieren aspectos negativos, en cambio uno de los sujetos que apenas tenía cuatro meses asistiendo estaba contento con el recurso.

Veamos más de cerca las narrativas de descontento de los sujetos y su parecer del centro:

... hace un montón de tiempo no he estado allí, no me gusta. La gente, cambia mucho, la gente. Antes estaba mucho mejor, había un mejor ambiente, jugamos, puedes dormir y ahora diferente gente. Necesita permiso para lavar, necesita permiso para la lavadora, no puede fumar tabaco de liar, paso, paso. Antes estaba mucho mejor. Los educadores cambian, los monitores cambian. (Hans, 2009)

No, sólo voy al Centro de Día que *es una cueva de lobos*, el centro de día *no tiene ni placa*, no sé ni cómo decirle a eso es un centro social, un presidio no tiene ni una placa de cartón, para mi aquello es un gueto, una cárcel, un manicomio. Entrás bien y sales loco. (Jocker, 2009)

Hay alguno que se siente engañado y cuestiona desde su punto de vista dicho recurso:

...yo te digo los motivos, para mi los motivos fueron engaño 100% y a mi no me gusta que me engañen. Ya se que en [el centro de actividades] hay personas muy capacitadas, pero vi que las monitoras estaban “corrompidas” le permiten a unos una cosa y a otros no. Yo me puedo preparar la comida, con mis 590 € me puedo pagar las comidas, pago el alquiler y me quedan 300 para comer bien sin necesidad de ir a [Centro de Día]... No es porque no hubiese pescado, ni otras cosas... el motivo era el engaño, me engañan, yo creo que me engañan... una de las chicas me dijo tu tienes una estrella pero aquí conmigo no... (Lucas,

2009)

Finalmente, hay personas que no señalan aspectos negativos ni positivos. Se han alejado o van cuando consideran necesario asistir; otros a pesar de que conocen el recurso, evitan acudir al mismo pues implica la higiene o arreglar documentación que no están dispuestos a realizar. Otro de los hombres refería “yo iba a la [...] porque me decían que fuera por mi estado y entonces una amiga mía me decía que fuera allí. Antes iba a diario, ahora voy de cuando en cuando”. (Pepe, 2009)

Algunos desencuentros sutiles y no tan sutiles fueron presenciados por la investigadora y no es necesario detallarlos en este momento, pero tal como señalaba anteriormente, una de las cosas que más causa descontento en los usuarios es la comida, quién cocina, quién hace la limpieza de la vajilla, quién roba o toma sin permiso las cosas. Situaciones que generalmente eran mediadas por los monitores o educadores sociales, quienes también han sido víctimas de sustracción de sus pertenencias.

Arza (2002) hace referencia al perfil de los sujetos susceptibles de ser atendidos en un Centro de Día:

- Drogodependientes con graves problemas de desestructuración física, psicológica y social.
- Con un nivel de autocontrol suficiente para asegurar su asistencia continuada al centro.
- Personas para las que no esté indicada su separación total del medio social.
- Con un soporte familiar capaz de asegurar un mínimo control externo sobre el drogodependiente y de mantener contacto con los técnicos responsables del caso.

Una de las psicoterapeutas señala que algunas de las personas que acuden a los Centros de Día pueden tener problemas psiquiátricos de base, tal como dice “a ver, hay gente que va a centros de día, si está mezclado con problemas psiquiátricos pueden ir al centro de día...” (Doctora Valeria, 2009). Los profesionales de referencia que se ubican en el Centro de Actividades son los monitores y los educadores sociales, quienes acompañan a los usuarios en el proceso de inserción en dicho recurso:

Si, si desde el primer día que entran al [Centro de Día] normalmente los acompaño yo, los acompaña algún educador, vale, se le hace la entrada, se hace la presentación a todos los otros miembros del equipo, no? que el caso está ya hablado de antes, se hace la presentación, mira aquí está fulanita de tal, ¿no? va a venir, le presento a la T. que es la educadora, a la M. que se ocupan de inserción laboral, al E. que es el psicólogo de aquí, a la I. a la L. que son las responsables del funcionamiento del centro, son las monitoras, se les presentan, entonces se les hace la acogida, se les hace la ficha, se le habla de cosas básicas no? para que haya una información que no sólo sea del primer educador que ha contactado con aquella persona, ¿no? que sea compartido con las otras educadoras, se le leen las normas que hay allí, si la persona las acepta pues dependerá, si todavía está muy verde se le pondrá un horario, pues ven dos horas durante la primera semana, vale, cada día, si va bien la semana que viene se abre, si no va bien igual que sea abierto pero igualmente se puede cerrar, que normalmente no hay ningún problema y normalmente ya... pero también ellos ven, jo... mira una

evolución, que bien me he portado, ven como una evolución favorable en ellos y allí es un piso, son dos pisos juntos, en una parte pues hay lavadora, duchas, hay un servicio de ropa que la gente nos da, pues hay chaquetas, para cambiarse, pues si es gente que está en la calle pues a veces va bien, ropa interior también, hay la ducha, se le dan las cuchillas de afeitarse, el jabón... (Esmeralda S., 2009)

Las normas de estos centros son mínimas, tal como señala Arza (2002:113): “prohibición de consumir o traficar drogas en el centro; prohibición de cualquier expresión de violencia en el centro”. En cuanto a la accesibilidad expresa que es “absoluta” pues “no se requiere ningún requisito de acceso, no es necesaria cita previa, la acogida es inmediata”. Siempre y cuando la persona esté en disposición de acatar las normas se le va ampliando el horario de permanencia en el centro de actividades:

Ah sí, bueno cuando se le hace las fechas ya se va pactando con ellos un horario, vale, si es derivado de un terapeuta la persona que viene a [Centro de día] porque mira porque ahora está muy mal y no tiene dinero para el agua o lo que sea, entonces ya es una derivación un poco diferente, entraría directamente, si es una persona muy conocida no vas a hacer el mismo protocolo que una persona en la calle. Si es una persona nueva que contactas con ella en la calle para ver como funciona el grupo para que tampoco no se agobie mucho, entonces después haces esto, dos horas o tres o mediodía, depende como sea la persona si crees que va a tener problemas para recordar qué horario hace mejor es que se lo apuntes pues le dices, oye mira ven tres días a la semana horario completo, vale, desde que abrimos hasta que cerramos, vale; depende, depende de las necesidades y de la demanda que hagan ellos, cuando ellos tiene una demanda se lo tienes que convertir en algo real. (Esmeralda S., 2009)

Se plantea la flexibilidad del Centro de Acogida y la necesidad del espacio para todos los que acuden a él; los educadores hacen énfasis a los usuarios que no es un sitio para resolver los conflictos que hayan tenido en la calle con otras personas que acuden al mismo centro:

Si, además el horario del centro de acogida es libre, si tiene un horario de dos horas o tres horas o lo que sea ya no hace falta que venga a estas horas, puede entrar, salir y estar el rato que le haga falta, si está comiendo tampoco le dirás que ya es tu hora salte, nooo, primero comer y luego te vas, que es muy flexible porque las veces que hay también necesita que seas flexible, que sepa hablarle pues allí en el centro de acogida después de pactar el horario y todo esto, pues pueden ducharse, pueden comer el primer día y estarse el rato que haga falta el primer día y luego ya empiezan con el horario si todo va bien, no ha tenido problemas con nadie. Es un sitio donde han estado tranquilos, donde las cosas de la calle se quedan en la calle porque aquello es un sitio donde todos necesitan estar allí, que estas son las cosas que se les dicen a ellos que si han tenido algún conflicto en la calle y se encuentran una persona con la cual han tenido conflicto, allí no es el sitio de resolverlo, las cosas de la calle se quedan en la calle, que ese es un sitio que necesitan todos, vale, pues entonces estas son las normas un poco... Luego pues allí también hay comedor, una sala multiuso para hacer actividades, está bueno pues la cocina donde se hacen talleres de cocina varias veces a la semana, entonces, la gente tiene que estar allí a la hora para poder comer y la comida la hacen ellos, claro, si allí a veces si uno utiliza la ducha la limpia; si uno se cocina algo, hace un café luego lo tiene que limpiar él, dejar las cosas tal como las ha encontrado si come en la mesa lo mismo, es un poco así. La comida que nos dan pues la dan de la Fundación Banco de Alimentos, y entonces, el día que llega la comida la cargamos todos para arriba y se les da un paquetito de comida el día que la cargan. (Esmeralda S., 2009)

Este recurso, a pesar de las objeciones de los usuarios sobre el espacio, las condiciones en las que se encuentra el mismo, los conflictos entre los usuarios etc., pronto tendrá una nueva sede que les permitirá optimizar el funcionamiento.

7.1.4. PROYECTO HEURA

En cuanto al Proyecto Heura, es un proyecto de inserción sociolaboral subvencionado por el Departamento de Trabajo e Industria de la Generalitat de Cataluña y el Fondo Social Europeo. El proyecto Heura permite el proceso de inserción laboral de personas con trastornos mentales severos dentro de cualquier empresa.

Son pacientes derivados desde el CAS a dicho recurso y los requisitos son:

- Preferiblemente mayores de 18 años.
- Tener la valoración de trastorno mental con un grado de discapacidad de entre 33 y 65%.
- Estabilidad psicopatológica con seguimiento, soporte y recomendación médica.
- Tener interés y motivación para iniciar y recibir soporte en su actividad laboral.
- Tener soporte y colaboración de la familia. (Información aportada por profesionales del CAS)

Uno de los hombres que ha acudido a dicho recurso afirma que se siente muy satisfecho:

...si, el proyecto Heura que te he dicho, a otro sitio no he ido, pero allí hay más cosas de terapia, de escribir, de concentrarte, de saber los motivos de las cosas. (Cupido, 2009)

Uno de los aspectos positivos de la pcpa es que ha podido insertarse laboralmente a medio tiempo:

...me han encontrado trabajo, que es lo principal, y que me alegra mucho y segundo que cuando me encuentro allí pues haciendo las clases aprendo mucho, yo sabía algunas cosas pero otras no, aprendes muchas cosas pero no sabes los motivos y allí he aprendido el porqué sucedían estas cosas en cualquier tema. Aprendes bastante pero no sabes los motivos, pero allí te lo enseñan bastante. Del tema que hablamos cada uno tiene su juicio pero lo vamos leyendo, cada uno va aportando lo suyo y cada uno se va quedando con lo positivo ¡vamos! (Cupido, 2009)

Cuando la pcpa puede insertarse laboralmente, tener el apoyo de dicho proyecto permite su inserción en el ámbito laboral pero antes recibe un proceso de formación que le proporcionará herramientas para desenvolverse en el trabajo; también se considera si el perfil de la empresa se ajusta a las personas que acuden a dicho recurso.

7.1.5. RESIDENCIAS

Otro de los recursos son las residencias, en éste caso destacamos una casa dirigida por religiosos que abriga a personas en edades avanzadas, uno de los sujetos señala que los fines de semana está obligado a permanecer en la residencia y no puede acudir al Centro de Actividades, pues estos no laboran los fines de semana. Eso hace que su “fin de semana” sea “negro”, porque está sólo, “no tengo ni compañía ni nada”. Hace una analogía de la Casa con una jaula, “ahora me siento como en una jaula (se ríe) como si me hubieran metido en una jaula. Poco a poco te metes en la jaula”. (Daniel M., 2009) De igual manera, expresa que no es compatible su religión musulmana con la religión de las personas que dirigen el Centro, pero a pesar de ello trata de adaptarse:

...hay gente de religión, esa línea, ese es su problema. La religión para mí da igual, moros o cristianos cada uno se respeta, está cosa a mí no me come el coco. A mí lo que me come el coco es el trabajo, la dignidad de la persona, la actitud de la persona y la confianza. Ver en quien puedes confiar, la vida es un fandango, el que no lo baila es un tonto. (Daniel M., 2009)

Una de las educadoras sociales señala otro tipo de residencia, la de “los hermanos blancos, de la Cruz Blanca, es una fundación privada y a la gente se cobra una pensión” es decir, de la pensión que recibe el residente se destina un 75% para el pago de la residencia. Entonces “la gente puede estar allí durmiendo, tener unos cuidados, hay un servicio de comedor, es como una residencia”. (Esmeralda S., 2009)

7.1.6. OTROS RECURSOS DE LA RED DE SALUD PÚBLICA

Las personas suelen acudir al médico de familia, ya sea por otros problemas de salud o por los problemas relacionados con el alcohol:

Además de venir acá va al médico de familia, al ambulatorio aparte de nosotros, pues la asistencia es compartida aparte de que pueden ir allí por cualquier otro proceso de enfermedad y se comenta el tema del alcohol y le explican que están aquí, pero nada más, ¡eh! Tampoco no se, no tengo experiencia de que hayan ido a otros centros u otras cosas más naturales, otros tipos de terapias. (Doctora Norma, 2009)

La Red de Salud Pública contempla que puedan asistir a los Servicios Sociales de Atención Primaria y otros recursos:

Si, si aquí hay una *xarxa* o red de servicios, pues está desde servicios sociales de atención primaria y si claro son pacientes que tienen problemas de drogas pero sobre todo tienen un gran problema social, vale, temas de vivienda, temas de comida, temas de ropa, temas de enfermedades también y luego pues hay gente que puede trabajar que no está tan deteriorada y puede trabajar, entonces se les deriva a otro tipo de recursos coordinados con patología

dual, para desintoxicaciones, entonces, esto es más de los médicos y en este caso como el equipo es interdisciplinar, entonces estas personas encargadas de coordinar ya lo hacen. A ver, estamos coordinados con Cáritas, con servicios sociales de Atención Primaria, con la Fundación de Ayuda al Preso y al Necesitado que también son unas señoras que ayudan en temas económicos de alimentación y de ropa, con los servicios de inserción laboral para hacer cursos, digamos con un montón de gente coordinamos, con Comunidades Terapéuticas, coordinamos muchos recursos, con la Casa de Misericordia, con la casa de Transeúntes de Tarragona para que pasen allí unos días, depende vale. (Esmeralda S., 2009)

Una de las posibilidades de la RAD O XAD es el trabajo en red para coordinar los aspectos de salud de las personas que acuden al servicio, en tal caso, se derivan o se abordan los aspectos de salud en los que tiene competencia el CAS:

...bueno pues se lo preguntamos y si te lo cuentan bueno pues si lo sabemos a veces hay pacientes que los estamos viendo a aquí por alcohol y está teniendo visitas en los centros de salud mental por crisis de ansiedad o por una depresión, entonces, hacemos reuniones de coordinación precisamente con el Centro de Salud Mental para ver los que tenemos en común, entonces nos ponemos de acuerdo para ver si lo trataremos exclusivamente aquí. Si creemos que el problema es por el uso de la sustancia o si vemos que predomina más el problema de la patología psiquiátrica pues acordamos que lo puedan llevar allá y nos ponemos de acuerdo, o sea que hay un alto porcentaje de pacientes consumidores que tienen una patología psiquiátrica asociada, la Patología Dual se le dice, pues nos coordinamos con el Centro de Salud Mental. Aparte coordinamos Atención Primaria, que seguro que van, hacemos reuniones de vez en cuando con los médicos de familia pues para coordinar sobre los pacientes que están viniendo a menudo y que los atendemos aquí. Y de allí también van a algún otro recurso, a Alcohólicos Anónimos, a un psicólogo privado, pues hay de todo. (Rubí P., 2009)

Es de señalar que los profesionales suelen estar pendientes de los recursos a los cuales asiste el sujeto, pues suelen confrontar lo que se les dice en un dispositivo con lo que les señalan en algún otro centro. Entonces, tal como explica uno de los profesionales, suele haber el peligro de que disocien, en lugar de integrar, los distintos enfoques y no resulta beneficioso para la persona; así pues, se procura dentro del CAS “asumir los casos en su globalidad”. “Hay pacientes que piensan que cuantas más personas los vean mejor y van a muchos sitios a la vez, con no muy buenos resultados, pero son ellos quienes eligen”. (Doctor Renato, 2009). El hecho de ir a varios sitios a la vez por parte de los sujetos es descrito por el profesional de la siguiente manera:

...También a veces ocurre que alguien está haciendo tratamiento aquí y al mismo tiempo está haciendo tratamiento en el Centro de Salud Mental y a lo mejor al mismo tiempo va a un terapeuta privado porque lo puede ver más a menudo y le parece que es mejor. Mi experiencia es que esto no suele funcionar porque distintos terapeutas funcionamos desde distintos modelos, desde distintas concepciones y es posible que si va a muchos sitios le lleguen mensajes incluso contradictorios. Claro, a diferencia de la medicina general, lo que es la medicina oficial, que tiene un solo modelo, el biomédico, en psicología hay muchos modelos, hay muchas maneras de trabajar diferentes, y, en principio, casi todas son igualmente aceptadas. Como hay diferentes modelos, diferentes enfoques, es posible que se

produzcan mucho más que en medicina general estás contradicciones. Yo personalmente, procuro evitar trabajar con pacientes que acuden a otros sitios, y cuando no tengo más remedio lo que hago es ponerme en contacto telefónico con los otros profesionales, coordinar, ponernos de acuerdo en cuál van a ser los papeles de cada uno o derivarlos, es decir, que más bien lleven el caso ellos y yo pues hacer puntualmente alguna intervención específica; o por el contrario limitar mucho lo que van a hacer ellos para ser yo el que lleva el caso en su globalidad. Porque claro nosotros vemos los casos que atendemos como una cosa global. No se puede escindir una misma persona según sus distintas etiquetas psiquiátricas. No se puede decir bueno como este señor tiene un problema de drogodependencia, un problema de abuso de sustancia o de drogas, por otro lado tiene un trastorno alimentario, y por otro lado ha hecho algún brote psicótico que no se sabe si es por las drogas o no, que haga tratamiento de drogodependencias, al mismo tiempo que haga tratamiento en la URTA (Unitat Rehabilitació dels Trastorns Alimentaris) por trastornos de alimentación y al mismo tiempo en el Centro de Salud Mental para lo otro. Esa es una forma de conseguir que la persona se vuelva más loca ¿no? porque es como el chiste aquel de la secretaria que le preguntan si tiene a punto las cuentas, ella dice “sí, las he repasado tres veces, aquí tiene los tres resultados” ¿entiendes? Claro es muy posible que lo que yo hago estratégicamente por aquí por un lado, en el otro lado como trabajan de otra manera lo boicoteen o viceversa. (Doctor Renato, 2009)

Uno de los enfermeros considera que si la persona acude primero a la Red de Salud Pública puede acceder al CAS, aunque depende de la información que le llegue al individuo en primera instancia:

Su médico habitual, es posible que sea al primero al que acuden pues a veces no acuden directamente a este servicio, luego su médico lo puede derivar aquí. Si la gente considera que tiene un problema con el alcohol puede considerar ir alcohólicos anónimos, si es la primera información que le llega. Si alguien le habla primero de drogodependencias, me imagino que depende de la información previa que tenga. Si está claro que hay gente que acude a Alcohólicos Anónimos pero no creo que sean muchos, no creo que esté muy extendido. No sé qué volumen de población trabajan ellos. (Sergi E., 2009)

Cuando las personas acuden a los centros privados hay menos control de la información por parte del profesional, a menos que las personas hagan un comentario de los puntos discordantes entre uno y otro centro:

Normalmente sí, pero no siempre, a veces cuando ya llevo tiempo de terapia, un día hacen el comentario o me entero por algo que se les escapa de que están acudiendo a otro sitio. Simplemente me dicen “El otro sitio privado me dijo tal cosa”, normalmente tal cosa contradice lo que le acabas de decir. Son situaciones que se prestan a confusiones y a manipulaciones porque claro cuando el paciente me dice “en el otro sitio me han dicho lo contrario que tu” tampoco significa esto que en el otro sitio le hayan dicho lo contrario que yo sino que la interpretación que ha hecho el paciente de lo que le han dicho parece que es lo contrario de lo que le digo yo. Entonces, es un poco liado. Es lo que procuro evitar. (Doctor Renato, 2009)

Los profesionales plantean que se trata de que los usuarios acudan a la Red de Salud Pública por considerar que los servicios que ofrece son compatibles y trabajan en red. La visión del Servicio de Drogodependencias es integrativa en el abordaje de la pcpa, más que

fragmentar la asistencia que pueda recibir lo que trata es de ofrecerle a la persona un enfoque que integre su problemática relacional, consumo de la sustancia y el resto de problemas que presenta. Otros itinerarios realizados en el Modelo Médico Alternativo Subordinado y en el Modelo de Autoatención son desconocidos por el terapeuta, a menos que la persona los comparta con aquél.

7.2. LA CARRERA CURATIVA ENMARCADA EN MODELO MÉDICO ALTERNATIVO SUBORDINADO Y MODELO DE AUTOATENCIÓN.

Menéndez (1990) afirma que el MMH “rechaza otras formas de atención curativa”. No obstante, pese a la aseveración del autor, los profesionales de la salud del CAS estudiado saben de su existencia, y no es que la rechacen, en algunos casos muy puntuales se deriva a las personas a dichos servicios, pero no trabajan de manera integrada.

Lo que nos proponemos en este apartado es revisar las ideas que tienen del Modelo Médico Alternativo Subordinado y del Modelo de Autoatención, no sólo de los sujetos, sino también los profesionales. De las pcpa hay algunas que sólo han realizado el itinerario asistencial dentro del Servicio de Drogodependencias –tres mujeres y tres hombres- que no han pasado por recursos fuera de la Red de Salud Pública, tal como señala una de las mujeres “no, no he estado, aquí tienes mucha gente que ha estado en Alcohólicos Anónimos”. (Afrodita, 2009). Los hombres por su parte son más explícitos en su planteamiento de no haber acudido a otras instancias fuera de la Red de Salud Pública:

...no, yo soy muy cristiano pero no mezclo una cosa con la otra. A mí me vino esta oportunidad y eso que estoy intentando hacer. (Joselo, 2009)

...No, sólo el centro [CT] y aquí, ni Alcohólicos Anónimos no quiero nada de eso. Porque entiendo que esto tiene un principio médico y aquello es un poco ¡puff! Ayudar a todo el mundo, es un poco como más familiar ¿no? Funciona un poco como las sectas ¿sabes? De eso no quiero saber nada. La base es un principio de religión y de ayuda, no tienes una ayuda social ni te vas a lo real ¿sabes? Creo que a mí no me iría bien allí. El alcohol para mí está muy presente ¿sabes? (Noe, 2009)

...No, no he acudido a ningún sitio porque yo creo que aquí la línea que llevan de tratamiento es buena, a mí ya me ha servido. Yo estoy convencido no necesito ir a buscar nada en otro sitio, buscar otro centro y teniendo un centro como éste que es eficaz y trabaja bien; yo creo que las personas que van a buscar en más sitios es porque realmente no está convencida de lo que quiere. Yo sé que existen otros centros pero no he acudido a ninguno. La terapia que sigo es una alternativa de vida normal, voy al gimnasio, miro para aprender cosas como la informática, de hacer excursiones para estar con la naturaleza, de la preservación de la naturaleza de la contaminación y yo creo que sí podré hacer más cosas en el futuro. Ahora me estoy dedicando al piso donde estamos, tengo trabajo que hacer en mi casa en un futuro. (Pancracio, 2009)

Antes de iniciar el tratamiento en el CAS, algunas personas sólo conocían de la existencia

de AA pero no habían acudido a dicha organización:

¡Hombre!, yo no creía nunca los tratamientos, yo creía que los tratamientos eran para los que estaban en Alcohólicos Anónimos, yo pensaba que había sólo eso. A contar mi vida, a escuchar a los demás, escuchar al otro, al otro y al otro, es que no. Cuando caí y me dijeron que había un servicio que era particular, que iba sola. Decidí entonces probarlo con probarlo no perdía nada. Cuando caí en urgencias me lo dijeron. O te vas al [Centro de Salud Mental] o aquí. Al [Centro de Salud Mental] no voy a ir eso lo tengo claro. Entonces decidí por acá, pero le pregunté si era Alcohólicos Anónimos que todos se reúnen. Me dice no es AA, que es una terapia y vas tu sola; y fue cuando empecé a venir acá. (Magdalena, 2009)

A continuación veremos las narrativas de personas que han tenido diferentes experiencias en AA, religiones y terapias alternativas.

7.2.1. VISIÓN SOBRE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA) POR PCPA Y PROFESIONALES.

Cuando les pregunté a las pcpa si habían acudido a organizaciones o instituciones para tratar su problema de alcohol, citaron a AA en primer lugar. De las personas que acudieron a AA –dos mujeres y cuatro hombres– señalan en su mayoría que esta modalidad ha sido ineficaz y manifestaron que AA no les había funcionado:

Ahora, yo estuve en Alcohólicos Anónimos, fui a Alcohólicos Anónimos y no me gustó cómo llevaban el tema ¿sabes?. Porque yo no me veía allí acogida, no sé, veía que mi problema era diferente. Aunque sí que tenía problemas con el alcohol pero mi problema no era lo que ellos hablaban allí, lo que exponían y todo. No me sentí identificada con ellos [chasquido con la lengua]. Fui como a tres o cuatro reuniones pero vi que no me servían para nada, que aquello no me iba a ayudar. Porque yo principalmente lo que tenía problemas era con mi depresión y ellos allí sólo me iban a ayudar a dejar el alcohol, pero claro mi depresión seguía estando allí (Elena, 2009)

...para mí era una secta... se basan en un libro y se basa en unas ideas y esas ideas uno las tiene que seguir. La gente lo que hace es eso seguir las pautas que dan allí para la vida. Aquí [CAS] uno puede tomar medicación, allá te quitan la medicación [AA]. Tienes que hacerlo a pelo. Es muy duro porque si la persona tiene ansiedad, psicosis, y si es culpable o no por lo que hace.... el que tenía dinero aportaba. (Shüli'wala, 2009).

Éstas dos mujeres se oponen a lo que ellas ven como una «secta» y enfatizan el hecho de no tener identificación con los planteamientos de AA⁵. El conocimiento de este recurso es el que más conocen las pcpa “...me enteré porque fui una vez a urgencias y me dieron un papelito en la entrada. Uno sabía de ellos por la tele, por las películas”. (Shüli'wala, 2009). La duración en Alcohólicos Anónimos fue de cuatro meses “pero no me gustó nada”. Señala que “había mucha gente que tenía años sin tomar, había mucha gente que tenía apoyo, yo veo una gran diferencia con respecto a acá. Es una secta, para mí es una secta.

⁵ La piedra angular de AA son los doce pasos sugeridos por la organización para practicarla por cada uno de los miembros de dicha organización.

Piden dinero...” (Shüli’wala, 2009).

La insistencia en el discurso por parte de Shüli’wala estaba dirigida a plantear que AA era una “secta”, pues con la identificación de los miembros al inicio de sus relatos le indicaban la rigidez de las normas para permanecer allí y hace una analogía con la religión católica en su doble cuestionamiento:

...es una terapia, pero cada vez que ibas a hablar tenías que empezar diciendo "Yo soy alcohólico, me llamo tal cual..." es como la Iglesia Católica para mí porque la de los testigos no es igual, es como cuando uno va a *confesarse de los pecados ante el sacerdote, para mí esa no era la solución*. Cuando te sientes mal tienes el teléfono para llamar. Había alguien también en AA que te ponían como padrino. Cuando entras te apadrina alguien, eso quiere decir que se hace cargo de ti, tiene más contacto contigo a ver cómo vas, cómo estas, cómo has pasado el día, verifica si estás alterada o nerviosa pero esa no es la solución, eso no funciona. Ahora hago terapia semanal con un grupo y tengo medicación para la ansiedad. (Shüli’wala, 2009)

El planteamiento anterior cuestiona que AA no tiene terapeutas profesionales y en el CAS cuenta con los profesionales y tiene la medicación para la ansiedad. La experiencia de Shüli’wala en AA le resulta difícil de explicar, “a veces supongo que estaba muy mal y dispuesta a hablar de cosas y el hecho de que nada estuviera pasando allí, tenía que aprenderme todas las normas que no era lo que yo había aprendido en mi religión”. (Shüli’wala, 2009) Según su explicación, pareciera que en algún momento hubo una divergencia entre los planteamientos de AA con la religión que profesaba. Al respecto Shüli’wala señala que hubo una motivación para pertenecer a una religión determinada y para ello dejó el tabaco, pero también estaban presentes otras sustancias las cuales no dejó, “cuando yo dejé de fumar era porque quería ser testigo, pero a partir de que quería ser testigo dejé de fumar. Pero luego fue el café y el alcohol y un mundo de cosas. Lo que pasa es que un gran problema a partir de los años y que a partir de allí no podía dejar el alcohol y fue cuando estuve en AA”. (Shüli’wala, 2009). Entonces, a las personas que profesan religiones como las de Testigo de Jehová puede que no les sea muy atrayente esta modalidad, aparte del ocultamiento de la problemática dentro de la religión.

En el caso de las mujeres, influye también el estigma de la enfermedad, que hace que algunas experiencias no sean de utilidad para las personas. Fletcher (2003:150) cita *Alcohol, Health & Research World*:

...no hay muchas pruebas de que estar en AA beneficie menos a las mujeres que a los hombres. Algunos estudios parecen indicar que las mujeres prefieren métodos de persona a persona más que las participaciones en grupos. Además de abusar del alcohol, las mujeres tienen más tendencia que los hombres a padecer problemas como la depresión, que puede que en las reuniones de AA no se traten adecuadamente. (Muchos de los miembros de AA reciben ayuda adicional, como terapia psicológica o tratamientos contra el alcoholismo). También hemos de observar que en AA hay muchos más hombres que mujeres; la última

encuesta de afiliación reveló que el 66% de sus miembros eran hombres y el 34% mujeres. (Las reuniones de AA para mujeres sólo existen en algunas zonas.)

La propuesta de AA apunta a la abstinencia y la mujer comentaba su experiencia de consumo cuando estuvo en AA:

Es otra manera, pero acabas entendiendo que no sacas nada. Si tú habías consumido había que decirlo a todos, acababa una hecha polvo pues te daban una regañina terrible. Y por haber consumido te daban una regañina terrible, esa no es la solución. (Shüli'wala, 2009)

Uno de los hombres relata una experiencia positiva de AA, él tuvo acceso a AA por medio de la cárcel, señala que en las cárceles donde estuvo siempre encontraba grupos de AA prestando su colaboración, refiere que la mayoría eran “profesionales” a los cuales “les contaba la vida y se quedaban con la boca abierta”. Las reuniones son de carácter abierto y se realizan los domingos en una iglesia o escuela en la que tenían la oportunidad de acudir los presidiarios. Señala que la experiencia dentro de AA le ayudó a arrancarse “todo el peso que tenía encima. Decir la verdad de las cosas que te han pasado”. (Azúcar, 2009). Señala que aprendía de la experiencia de los otros mientras que tenía la oportunidad de comentar la suya y que, evidentemente, tenía sus riesgos y artimañas para seguir consumiendo alcohol en la cárcel:

...ellos también te decían que habían pasado por esto. Eran profesionales pero habían sido también consumidores pero conmigo fliparon, porque yo entraba robar en los consultorios de las enfermeras en la prisión y como se despistara un momento le quitaba los tarros de alcohol de 96° y me los bebía. ¿Entiendes lo que te quiero decir? Me tomaba un tarro de alcohol de 96°, bebía y despistaba a las enfermeras. Sirvió para saber la verdad de toda la gente y decir la mía para que sepan la verdad sobre mí. Te desahogabas, *era como si hablaras con un cura*. (Azúcar, 2009)

Otro de los sujetos señala que Alcohólicos Anónimos el problema que plantea para él es que “todo lo basa en la existencia de un ser supremo, todo lo tienes que hacer o que encarar en vista a un ser superior y tampoco me cuadraba esta película o esta ideología de Alcohólicos Anónimos”. Señala la diferencia con respecto al CAS “Allí no había psicólogos solamente extoxicómanos” (Erasmus, 2009)

Cuestiona Erasmus que la filosofía de AA consiste “en lavar el cerebro, en cambiar el chip que tienes de la sociedad que gira en torno a un ser supremo y a la religión. Todo lo que haces va ir en perjuicio o en beneficio tuyo para la otra vida, digamos”. (Erasmus, 2009). Cuando se le preguntó si recordaba algún principio de AA, señala “no recuerdo nada, sólo iba a mirarme a las chicas. No podíamos, era muy estricto, muy severo. Fuera de estos tiempos, fuera de este siglo. Excesivamente retrógrado. (Erasmus, 2009) En su caso, no continuó con el tratamiento o la ayuda por considerar que “no hay ninguna que valiera la

pena”. Enfatiza sobre su autonomía en el proceso de su curación, “en el sentido, que ya yo había puesto algo de mi parte. Ya ella había iniciado mi proceso de curación. No había acertado con el sitio pero ya yo había dado el primer paso, eso era bastante importante ¿no?” (Erasmus, 2009)

Finalmente Rod, nos aporta su experiencia en AA de la cual señala:

...es muy deprimente, deprimente... estuve sólo dos sesiones. Ellos trabajan a su manera pero es deprimente, primero que hay mucha gente, y decir siempre que uno es un alcohólico, pero es su manera, por ejemplo, “me llamo [Rod] y soy alcohólico...” y luego debes contar cada una de las que te ha pasado. Dices hoy no he bebido mañana procuraré tampoco beber. O llevo tres días sin beber, o llevo 20 días, o llevo 5 años sin beber y espero mañana no beber. Eso es lo que dicen en Alcohólicos Anónimos. Luego cuentas que te ha dejado la mujer, que maté a uno... no me iría bien allí, eso fue hace muchos años. El que beba o no eso lo sabe un médico cuando me ve, no hace falta decirlo, lo sabe ya o me manda a sacar la sangre, para que yo voy a decirlo... (Rod, 2009)

Él mismo señala que la película *Días de vinos y rosas*, “es una pasada, es una película que explica muy bien lo que es la vida de un alcohólico, trata de AA”, señala que estuvo en AA hace como veinte años por mediación de su madre. En cuanto a las prácticas de salud aprendidas en AA señala que no asumió nada “...pues ya sé lo que tengo y ya se quien soy... ya sé lo que son ellos y no me sirvió de nada. Para mi AA eso no... pero la película sí me gustó”. (Rod, 2009)

En este subapartado quisiera señalar la visión de los terapeutas de Alcohólicos Anónimos, para tener una visión global tanto de los sujetos como de los profesionales. Éstos últimos destacan que los sujetos que acuden a AA observan que tienen un discurso muy culpabilizante y a la vez salvador. Los discursos en AA están centrados en el eje individuo-sustancia, en este caso, el “demonio” que representa el alcohol en la vida de las personas:

El tema del alcoholismo, especialmente, me sedujo porque cuando terminé la carrera tuve mis primeras vivencias con los problemas íntimos de la gente. Fue yendo a unas charlas de Alcohólicos Anónimos. Estaba en Barcelona que es donde estudié y me acuerdo de ir a aquellas charlas que hacen los Alcohólicos Anónimos. Recuerdo ver subir al estrado a un señor que decía “Yo soy alcohólico”, me impresionó eso, entonces, te explicaba una historia familiar dramática, que era un señor que bebía, que había pegado a su mujer, su mujer estaba allí. Muy culpatorio [sic.], eso me llamaba la atención, cómo se culpaba y eso de “soy alcohólico”, le pegaba a su mujer pero después ha sido muy salvador. Ha dejado de beber, su mujer le ha ayudado mucho y se mantenía en una abstinencia muy acérrima, todo muy heroico y rígido. Impresionaban mucho las historias, y cada día sin beber y un día más sin beber, ese era el objetivo. Todo estaba muy focalizado en el demonio del alcohol, pero bueno me gustó para entrar, ¡Ostras, qué historia no! Pero luego afortunadamente fui formándome en que las cosas no se tenían que representar así, pero se representan de todas maneras. Es la manera de ayudar a las personas que pertenecen a Alcohólicos Anónimos, pero resulta muy culpabilizador y expiator de culpas. Sí, si vaya. Yo creo que he vuelto alguna vez a alguna reunión de Alcohólicos Anónimos, me parece que siguen con la misma dinámica. Cuando los alcohólicos hacen un acto público, lo primero que dicen es “yo soy alcohólico” aunque haga 10 años que no bebe. Es como un estigma del demonio. (Doctora

Batalla, 2009)

La terapeuta reconoce que el esquema de AA es un discurso más que sirve para explicar una problemática de un sujeto en relación con el alcohol:

De todas maneras pienso que hay algunas cosas que sirven para unos y no para otros. Si definir las cosas así les sirve, pues no pasa nada. Nadie tiene la verdad absoluta de nada. Pienso que en términos generales no es la mejor manera de enfocar las cosas, demonizar. (Doctora Batalla, 2009)

Otra de las terapeutas señala que a las personas que han pasado por AA cuesta más trabajarlas porque: 1) tiene que empezar por quitarle al individuo la etiqueta de alcohólico para toda la vida y, 2) reelaborar la concepción del sujeto de la bebida como pecado; dichos planteamientos distan mucho del enfoque relacional que manejan los terapeutas sistémicos. Para realizar tanto las terapias individuales como la terapia de alcohol se les solicita a las personas que estén abstinentes por un tiempo mientras van manejando sus inquietudes, pero en ningún caso le plantean que deben estar abstinentes de por vida, sino que les enfatizan que puedan tener una vida normal cuyo centro no esté focalizado en el alcohol:

...por ejemplo, en el grupo que abrimos hay personas que beben y eso cuesta bastante porque una señora que era de Alcohólicos Anónimos que beber era pecado casi... Estamos intentando cambiar esa manera de estar. Pero no como una invitación a beber sino cada uno puede elegir lo que mejor le funciona, que antes parecía que “todo el mundo tiene que hacer esto y todo el mundo tiene que pasar por allí, no” Cada persona es un mundo. Entonces, en el grupo que hemos abierto un poco distinto, esto ahora ya no cuesta tanto pero al principio costaba mucho porque la gente que está abstinente se enfadaba con los que estaban bebiendo. Son muy... cuando yo digo beber, no me refiero a beber cada día si he tenido un problema, vale! Yo hablo de si una persona bebe no por necesidad sino porque bueno me tomo una copa y ya está, no lo hago por necesidad que eso sería el margen en que una persona tiene un problema. Pues estamos en ese grupo un poco... porque hay personas que han sido alcohólicos de toda la vida y personas que no y eso ahora mucho mejor, pero ha costado. Ha costado porque a veces cuesta tolerar lo que hace el otro, como el otro puede beber yo también puede beber, no estamos diciendo eso, estamos diciendo que si a ti te ocurre esto mejor que no. Un poco lo que intentamos es quitar la etiqueta de alcohólicos, hay una señora que siempre dice *yo soy alcohólica* pero bueno pues esa señora ha estado quince años en Alcohólicos Anónimos y gracias a que ha estado allí esa señora ha estado un montón de años sin beber pero tenía como una bandera que es alcohólica y tal, que cuando hablaba todo era de alcohol, pero ahora se ha encargado de hablar de sus cosas, de que se sentía rechazada o triste, ya no es alcohol, alcohol, alcohol... pero eso después de unas cuantas sesiones y ahora puede hablar de cómo se siente aunque también hable del alcohol que es un poco la idea. Vamos a hablar de las personas... y este grupo está la cosa en ello, pero al principio era por este tema. Cuando beben se sienten desplazados, no tenidos en cuenta, rechazados, que no valen eso si que se repite. Entonces no es un grupo que no tienen nada que ver; N. al principio nos decía, nos intentaba cuestionar, cuestionaba que en el grupo había que hacer así y tal, ese disgusto que mantenía ella, ahora está más tranquila. Incluso recayó y ha podido parar, el grupo no la castigó pero tampoco le dijo oye que bien. Lo entendió y estuvo unos días bebiendo, que antes una recaída era que tengo tres meses fatal porque he recaído, es nuestra experiencia en acompañarles. Que eso no quiere decir aquí vale todo, eso no quiere decir eso. (Doctora Laia, 2009)

El equipo del CAS plantea que hay una buena comunicación con AA pues reconocen que pueden servir de soporte al CAS cuando no está laborando, porque en AA ofrecen un servicio de 24 horas al público especialmente para personas que estén buscando la abstinencia del consumo de alcohol:

También, a ver no acostumbramos a trabajar con Alcohólicos Anónimos pero si es cierto que no hace mucho vinieron, vino el responsable del grupo de Alcohólicos Anónimos de [ciudad] y estuvimos hablando. Luego fueron los Alcohólicos Anónimos a hacer una charla y luego yo tenía pendiente de llamarlos para que vinieran al Taller de Mujeres, también para que explicasen un poco lo que hacen, porque puede ser todo compatible ¿no? que uno haga tratamiento en el servicio buscando la abstinencia, que sea abstinentes, que vaya a estos recursos de Alcohólicos Anónimos que además ellos si que son servicio 24 horas, nosotros no, tenemos un horario de lunes a viernes y de 9:30 a 6:00, ¿vale?, Alcohólicos Anónimos si uno tiene un problema, si está ansioso, si quiere consumir, tiene unos teléfonos y sirve de autoayuda, ¿no? y esto también puede ser perfectamente compatible, es más hay mucha gente que está en varios servicios. (Esmeralda S., 2009)

A pesar de ello, Esmeralda reconoce que la mayoría de los sujetos que han ido a AA suele abandonarlo, planteamiento que coincide con el de los sujetos entrevistados, entre los cuales no encontramos ninguna de las personas que hayan aceptado y hayan continuado con el esquema de AA:

Sí, yo he tenido gente que ha ido a Alcohólicos Anónimos, ahora no tengo ¿eh? La gente va a Alcohólicos Anónimos y suele abandonar. Conocí un señor que ya no va, ese señor estaba muy mal y ahora está muy bien. Una chica que fue pero ahora dejó de ir, ahora está pensando en volver a ir más que nada para encontrar amigas; por otro lado, tengo algunos que los comparto con el Centro de Salud Mental pero son muy pocos, porque normalmente hacemos o todo para mí o todo para ti, pero algunos se acaban retirando ya sea de aquí o de allá, o yo los retiré de aquí o ellos lo retiran de allá. (Esmeralda S., 2009)

Otra profesional señala que es más compatible acudir a dos o más recursos de la misma Red de Salud Pública, por ejemplo, el médico de familia y el CAS, y otro terapeuta señala que también pueden acudir a los GAM creadas dentro del dispositivo, pero reconocen que algunos acuden tanto al CAS como a AA, en todo caso los profesionales suelen remitirlos a AA cuando la persona lo solicita directamente:

Algunas veces sí, hay algunos que comparten con Alcohólicos Anónimos, poquita cosa, a nivel de alcohol no hay gran cosa más o que vayan a un tratamiento con el médico de cabecera que sería lo habitual. Si, cuando lo hacen lo dicen. (Doctora Tecla, 2009)
Bueno, sí, hay casos en los que alguien pues acude paralelamente a asociaciones como Alcohólicos Anónimos o alguna Asociación como ARSU⁶, que ARSU está mucho más cercana a nuestro Servei, estamos muy al corriente de lo que pasa en ARSU, estamos muy implicados. Con AA, tenemos contacto telefónico, si nos preguntan podemos dirigirles allí, pero es otro espacio diferente. (Doctor Renato, 2009)

Estas reflexiones no pretenden ser generalizadoras de la visión de AA, sería interesante

⁶ Una asociación de usuarios, de auto-ayuda.

incorporar las representaciones de personas que acudan al mismo tiempo al CAS y a AA. Sólo se pudo conocer un caso adicional a los presentados, el de una de las participantes que acudía a la terapia de alcohol, quien estuvo 15 años en AA, en su discurso estaba marcada su pertenencia a AA, su etiqueta de alcohólica para toda la vida fue difícil abandonarla, sin posibilidad de salir de dicho esquema. Sin embargo, consideramos que el camino de AA es válido para algunas personas y para otras no, tal como vimos en las narrativas de los sujetos que participaron en la presente investigación. Lo importante es que cada una de las pcpa descubra la mejor alternativa que le permita solucionar su problema con el alcohol y pueda mejorar en calidad de vida y salud.

7.2.2. RELIGIONES

Otros recursos son las iglesias cristianas evangélicas o Testigos de Jehová. Sólo una de la pcpa acudía regularmente a los ritos de su religión, pero escondiendo su problemática relacionada con el alcohol, por temor al rechazo de sus compañeros de culto. Su discurso denota el estigma de ser alcohólica y Testigo de Jehová al mismo tiempo. Sin embargo, ha sido persistente dentro de su religión pero ocultando sus padecimientos, expresa la mujer “yo creo que siempre he sido constante, a mi me ha salvado el hecho que te he dicho quería morirme y pedía perdón porque la vida es un milagro de Dios. Si deseas morirte es muy fuerte, es como decirle [a Dios] desprecio lo que me das... pero como he sido Testigo siempre, llevo 23 o 24 años”. (Shüli’wala, 2009).

En su iglesia desconocen su problemática con el alcohol “y aunque he tenido la confianza no lo he hecho porque quizás son muy extremistas en ciertas cosas. Prefiero que no lo conozcan, prefiero buscar ayuda fuera antes de que conozcan mi problema”. (Shüli’wala, 2009). Indagando un poco más en las normas de su religión⁷ refería que si los miembros de la misma se enteraban de su situación, en un primer momento podrían tenderle la mano

⁷ Por invitación de esta entrevistada acudí en dos oportunidades al Salón del reino donde acudía. Uno de los temas presentados en la reunión fue el de dolor y el sufrimiento humano. En los momentos actuales todo está impregnado de una negatividad, guerra, destrucción, muerte, enfermedades y destrucción hasta la venida de Jesucristo a cumplir su segundo mandato personal en la tierra. Sólo los que profesen la verdadera religión –indudablemente la de los Testigos de Jehová– podrán salvarse y serán gobernados por su salvador. Remarcan mucho la distinción con respecto a la iglesia católica, en el Salón del Reino todos se conocen, saludan, son amables los unos a los otros, se precian de ser incluyentes y estudiar la Biblia. Dicen que no son una iglesia sino el Salón del Reino. No obstante, en la oportunidad en la cual acudí a una de las reuniones habían mucha insistencia en saber cómo y donde conocí a la persona que me invitó, mi respuesta fue evasiva, pues ante la posibilidad del temor de la mujer de ser estigmatizada en su propia religión, no pensaba dejarla en evidencia ni de señalar ningún indicio del lugar en el cual la conocí que comprometiera su permanencia en su religión de adscripción.

pero si la conducta persistía, podrían expulsarla de la misma, como de hecho ocurrió con su hijo mayor que consumía drogas y señala que fue expulsado de los Testigo de Jehová.

En la religión a que profesaba Shüli'wala está bien visto consumir moderadamente alcohol, pues tal como señala:

...en la Biblia está puesto de que *un poco de vino alegra el corazón*, puedes tomar lo que ordena el señor. A ver, yo con la intención de emborracharme no lo hago nunca. Tres copas no es para que te provoqué una borrachera pero si, me sienta mal... no puedo parar. Y cuando estoy haciendo algo me lo bebo, pero no porque me lo prohíban los testigos sino la Biblia, la borrachera. La borrachera es mala, pero el vino es bueno. Aparte de eso, fallos todo el mundo tiene y lo importante es que te levantes e intentes continuar para adelante. En la medida que tú tengas fuerza él se da cuenta de cuánto es tu debilidad y hasta donde puedes esforzarse por conseguirlo; cómo estás anímicamente, emocionalmente. Pero hay veces que no puedes o he visto que no he podido. (Shüli'wala, 2009)

En el marco de su religión Shüli'wala pudo dejar el tabaco hace muchos años cuando se inició en dicha religión, pero en esa época también consumía alcohol:

sí, yo dejé el tabaco hace tiempo, pero yo fumaba cuatro cajetillas diarias. Lo dejé hace 24 años. Empecé a estudiar hace 24 años, no llegaba a 25. Yo estaba estudiando con una mano y la colilla encendida en la otra. Y las pobres muchachas cuando iban a casa de sus familias decían ¡Uuufff!! Colgaban en los abrigos en la calle para evitar que apeste a tabaco. Y ya luego cuando me veían por la calle me escondía, ya luego tienes que actuar, pero no fue de la noche a la mañana. Me metía la mano en el bolsillo y decía uno solo, uno más. (se ríe). Luego me lo ponía en la mano y me decía ¿esto te domina? Y lo botaba, luego sacaba otro y me lo fumaba. Hasta que un buen día dije se acabó. Una noche levanté la persiana, lo tiré por la ventana, al otro día lo recogí y lo tiré a la basura ¡no más!. Y mi ex continuaba fumando y yo no fumaba ¡no, no definitivamente!, ¡nunca más!... Pero para esa época ya bebía también, pues para esa época estaba muy mal, tenía problemas, problemas, de todo. Porque no podía dormir, no podía trabajar... (Shüli'wala, 2009)

Hay también negativas de invitaciones para asistir a la iglesia, tal como señala la siguiente mujer, “no, nada pero si me han dicho para ir. Unos bolivianos me dijeron para ir a una iglesia evangélica. No voy, no me gusta... Soy el diablo... soy clara”. (Fenicia, 2009).

Uno de los hombres estuvo en la organización Reto, señala su experiencia en la misma:

...los de Reto los conocía porque estaban cerca de donde yo estaba viviendo en Zaragoza. Y cerca de donde vivía yo tenían una tienda que venden muebles, de segunda mano... ya sabía que se dedicaba al problema de la desintoxicación y toxicómanos. Fue cuando fui con ellos, estuve 13 meses en la organización. Reto es una organización religiosa y su método consiste en cambiar la adicción que tengas por un amor hacia un Dios que pintan ellos excesivamente desmesurado, por las noches en las habitaciones nos ponían salmos religiosos, cuando dormíamos por los altavoces. Lo veo un poco sectario en el sentido éste. Estábamos en un sitio encerrados y además escuchando evangelios, escuchando cosas de la Biblia. (Erasmus, 2009)

Otro de los sujetos plantea su creencia en la religión católica pero remarca la desconfianza en los sacerdotes:

...yo pienso que hay que ir a la Iglesia todos los días a pedir por mis cosas (llora), Dios me cura y hace que todo vaya bien. Los curas de las iglesias yo los respeto mucho pero en los curas no confío. Yo me tiro en el sofá o en la cama y pienso en mi madre y en mi padre y ya está, los saludo y ya está. Les pido que me ayuden en todo. Hay muchas cosas que tengo por suerte. Soy una persona muy arrugada también, todos los días miro una foto de mi hijo, mi ahijado y rezo por ellos. (Joao, 2009)

Los profesionales suelen ubicar la relación de algunas sustancias con el origen étnico y la recurrencia a alguna religión, tal como señala una de las profesionales “con los de alcohol no, así como con los de metadona y gitanos si, bueno heroína. Los gitanos que van mucho con los evangelistas, pero ya alcohólicos no. (Doctora Tecla, 2009). Otra de las profesionales señala que “muy poquitos vienen de otras autoayudas, vienen algunos evangélicos, utilizamos en el tratamiento la red de la Generalitat”. (Miguelina G., 2009)

7.2.3. TERAPIAS ALTERNATIVAS

Dos de las mujeres señalan que acudieron a espacios de terapias alternativas para hacerse tratamientos de kinestesia, constelaciones familiares o hipnosis, cuya recomendación fue realizada por una de las terapeutas del CAS. En este sentido, Magdalena comparte su experiencia de cuando acudió con regularidad a dichas terapias alternativas:

Me dio la información [la doctora Valeria] para ir a Tarragona, [nombre del centro] ¿no sé si lo conoces? Hacen Kinestesia, constelaciones familiares, ¿no lo has oído nunca? Me hice una constelación familiar y me fue estupendo, eso fue hace un año. A partir de ahí me sentí como nueva, se lo dije a [la doctora Valeria], hasta que tuve problemas con una compañera de trabajo ¡Bah! Son todas unas superficiales. A los dos días todas me miraban entrar, una a una me miraban y no podía. Me hice la kinestesia, la constelación va muy bien ¡eh! Te digo me fue estupendo, salí como una persona nueva, sentí una paz, una tranquilidad, muy, muy bien. Me dijeron con el tiempo saldrán muchas cosas que dirás ¡Uy! de qué me viene esto a ahora... Hice varias visitas, con [la doctora Valeria] también me pasaron algunas cosas. No se lo que había pero salía nueva. Hicimos varias terapias hasta que me dijo que me veía muy bien. Si quieres continuar, tu misma, pero teniendo [a la doctora Valeria], era suficiente, es por el dinero, entonces con [la doctora Valeria] podía continuar. (Magdalena, 2009)

Magdalena ha estado desde hace mucho tiempo acudiendo a diversas terapias y ha practicado yoga, así como meditación; señala sobre las mismas que:

...meditación, yoga, cuando estoy tranquila porque si me pongo nerviosa ya no me sirve. El yoga hace muchos años que lo aprendí, cuando quedé embarazada de la pequeña, hace 15 años, iba a un centro de yoga. Cuando estoy nerviosa no lo hago porque no me centro, entonces, el yoga lo tienes que dejar. (Magdalena, 2009)

En cuanto a los resultados de dichos tratamientos, señala que le ha ayudado a llevar su situación, en algunos momentos le proporciona “una tranquilidad, una cosa que no la podía llevar. Estoy bien, tengo una paz interior muy grande. Me siento mucho más segura y tiras

para adelante ¡Madre mía!” (Magdalena, 2009)

Tres de los hombres señalan realizar prácticas orientales, chamánicas, acupuntura, masajes:

...he aprendido mucho de ellos, porque siempre me ha gustado, no estudiar, pero sí leer un poquín. Si me ha gustado, he escuchado en programas de la radio muchas cosas. ¿Por qué tú sabes lo que es un chamán? ¿no? ¿Sabéis lo que es un chamán? Me ha gustado, me ha gustado, después cada uno tiene sus prácticas y su forma de ver la vida. Me gusta cómo ven la vida y me ha ayudado en mi vida. Me gustan las prácticas tanto de Sudamérica como del norte, porque creo que tienen más razón que nosotros. Imagínese, nuestros indios de Norteamérica que su cultura era más sana que la de nosotros. Si hay algún fallo se corrige y ya, el alcohol y la droga no llevan a ningún lado, pero trabajan con ese tema los indios. (As, 2009)

...Me empezaron unos dolores en la espalda muy fuertes y también se me combinaban con dolores de cabeza. Era diferente, me dolía muchísimo la espalda, me daba vértigos, me daban dolores de cabeza, me desmayaba y me caía. Ésa era otra faceta, eso me lo quitó al año y medio un masajista y todo me venía de la espalda. Me dijo que tenía la espalda muy dura, que la tenía toda llena de nudos, es que no me podía poner derecho ni nada. Entonces el masajista me lo quitó todo. Después de eso yo me puse beber alcohol de nuevo yendo al masajista y yendo al gimnasio. Ya luego no me volvió más ni el dolor de espalda ni el dolor de cabeza. (Pancraccio, 2009)

...la acupuntura pues tampoco me sirvió de nada, me quitaba un poco la ansiedad, pero el problema del alcoholismo era un poco más profundo, no es un problema de ansiedad. (Erasmus, 2009)

Los terapeutas del CAS perciben como “fidelidad” cuando los usuarios sólo acuden al CAS y hacen otras terapias alternativas, tal como afirma una de las profesionales “alguno va a masajes pero son fieles, no hacen muchas cosas más allá de lo nuestro”. (Doctora Valeria, 2009). La Doctora Valeria suele recomendarles a las personas que atiende, en algunos momentos, que realicen terapias alternativas, cuando observa que las personas están bloqueadas en sus emociones o sentimientos “...yo sí que les mando a hacer porque a veces están bloqueados, hay una señora (Magdalena) la mandé hacer Kinestesia y le va bien, ella estaba muy bloqueada pero ahora le va muy bien, sigue viniendo aquí. El hecho de que tú también les puedas mandar a hacer otra terapia alternativa, incluso viniendo aquí también les ayuda”. (Doctora Valeria, 2009) En el CAS la terapeuta plantea su libertad de actuación dentro del dispositivo en relación con los usuarios; los profesionales tienen la posibilidad de tomar la decisión de recomendar a las personas que atienden el que puedan acudir a terapias alternativas, pues consideran que pueden ser beneficiosas para el mismo proceso de psicoterapia:

...la suerte que tenemos de trabajar en este servicio es que como, a ver, a no ser supongo que venga a hacer aquí acupuntura por decir algo, tenemos mucha libertad de trabajar. No se meten en la forma de trabajar de ninguno y eso pienso que a mí me tranquiliza. Y que con la tranquilidad si quieren ver cómo trabajamos con sólo ver las cámaras ya es suficiente, pero eso creo que es una gran tranquilidad que da este servicio porque trabajamos cada uno como mejor sabemos. Trabajamos también, si necesitas ayuda, siempre tienes a un compañero para

consultarle sobre un paciente que ves bloqueado. Eso es bueno y sano, pues con este trabajo lidias mucho con el sufrimiento porque es uno, es otro y es otro... claro a lo mejor un día puedes ver seis, claro son seis mundos diferentes y dentro de 15 días se apuntan todos yyyyyy pero como a mí me gusta tanto lo disfruto. (Doctora Valeria, 2009)

Un profesional afirma que pueden darse casos en los que acuden a una terapia privada, o si las personas realizan otros cursos y actividades, lo cual incide en que la persona pueda compartir con otras actividades su tratamiento en el CAS:

Hay casos en que luego vienen y hacen una terapia en Barcelona o alguna terapia privada. A veces pienso que también influye algún curso que haga afuera, una formación, si va al gimnasio, si hace un poco de yoga, pero siempre se trata de compaginar con el trabajo que se hace aquí. Los educadores sociales siempre ayudan a que asistan a algún curso. Cada quien tiene su seguimiento y su entrenamiento. (Jaume A., 2010)

Las personas tienden a ver su problema de salud “desmembrado” y suelen acudir a varios centros incluso, como se ha mencionado anteriormente, dentro la misma red de salud pública:

...Normalmente lo cuentan, a ver te pueden contar lo que quieran ¡eh! Pero tu exploras le preguntas si está yendo a otros espacios, si va a salud mental, si va cuánto tiempo lleva, si va a Alcohólicos Anónimos, porque a veces la gente al ir a cincuenta sitios en cada sitio encuentran una cosa, quedan como divididos y a veces son expertos en a lo mejor... me estoy acordando de un señor que combina alcohol y juegos y que también va al centro de salud mental porque tiene crisis de ansiedad; este señor estaba yendo al centro de salud mental cada vez que se encontraba mal, tenía crisis de ansiedad pero bebía y eso al principio estaba como separado, muy disociado y era como poderle decir a veces bebes, a veces tienes crisis pero es lo mismo, y poder unificar, no es que hay varios problemas, sino que es el mismo pero tiene diferentes formas. Vale, porque también eso tranquiliza, que cuando estás mal a veces bebes y a veces cuando estás mal te angustia y tienes una crisis, pero lo que importa es que estás mal por algo, vamos a trabajar eso. Parece que tengo un problema de alcohol o un multiproblema, sabes. Yo intento unificar criterios y trabajas sobre todo el malestar que hay debajo. El malestar se manifiesta de muchas maneras, el alcohol es una faceta pero hay otras y la persona puede coincidir de varias maneras para expresarlo, desde ponerse violento a meterse en la cama y dormir, a jugar a las máquinas, no se. Intentando trabajar con la persona más que con los síntomas. Y que cuando hay varios síntomas intentar que vea que depende como esté es más fácil que haga lo que otro. Entiendes un poco. (Doctora Laia, 2009)

El enfoque relacional les permite a los terapeutas tener una visión global de la problemática del sujeto, por lo que suele indagar a los centros a los cuales acude, incluyendo la religión y otras creencias que pueda tener la persona, para dar un enfoque integrativo y no desmembrado a la persona con problemas drogodependencias.

7.3. APRECIACIÓN SOBRE EL TERAPEUTA Y PROFESIONALES DEL CAS

En líneas generales, la apreciación sobre el terapeuta, por parte de los sujetos que

participaron en la investigación, es buena. La relación terapéutica es vista de manera positiva, los profesionales son vistos como soporte, como ayuda en momentos de angustia, depresión, y sufrimiento. En el caso de las mujeres se observa que la relación con el terapeuta es buena, fluida, abierta, según lo que ellas expresan; sin embargo, alguna afirma que hay un trato “duro” pero necesario por parte de los terapeutas:

...no sé cómo explicarte, la relación con el terapeuta, pues yo tengo un problema, por ejemplo, en casa yo me pongo muy nerviosa y yo lo comento con [Esmeralda] ella me escucha. Yo le digo a la Doctora Muralla que no me dé tanta medicación, que me dé sólo la medicación necesaria. Aquí yo veo que ellos te escuchan, ellos mismos procuran que tú te relajés. (Fenicia, 2009)

...bien, bien, a veces que me gusta venir, hablar con ella, la veo un poco como una amiga. A ver no, dices hoy tengo que ir al médico como una cosa que te pesa, no. (Libertad, 2009)

...buena, una relación bien, el trato lo recibo como persona precisamente, como persona que soy. (Magdalena, 2009)

... estoy muy contenta con ellas. Ahora me siento más comprendida aunque la doctora Valeria es muy dura, tiene una manera que te toca, es a veces muy dura. Me dice "te he dado caña para todo el mes" y es dura si. La Doctora Martínez está pendiente de mi medicación, me la cambia, y de ella no recibo caña, sólo que con su forma ya pega (se ríe). Bien, es un poco dura ¡eh! (Pepita, 2009)

...Muy bien, cuando ingresé al centro no quería que me visitara otra que no fuera ella, porque le he contado muchas cosas de mi vida. Ya la he ido conociendo, pero tuve que aceptar que ahora la Doctora Laia está aquí y yo estoy allá. Tuve que pasar por otra psicóloga pero yo no quería. Tengo mucha confianza en ella y tuve que acostumbrarme a la otra. Cuando me tenía que decir las cosas me las ha dicho, yo decía me está apretando por aquí, pero es realmente como son las cosas. Y muy bien, la verdad que muy bien. La próxima visita que tenga con ella la tendré con mi madre y mi hermana, porque mi madre y mi hermana no tienen muy buena relación. Va a tratar de reunirnos a las tres a ver qué podemos sacar de eso. (Renacer, 2009)

...muy buena, si me tiene que decir algo no te lo dice así directamente, no se corta pero busca la manera de decírtelo lo mejor que pueda. (Shüli'wala, 2009)

En las narrativas de los hombres se expresa una relación buena con el/la terapeuta, aunque se observa que está más presente la “prudencia” y la confianza en la confidencialidad:

La Dra. [Norma] dice que ella no es psicóloga, no dudo de la profesionalidad de los otros pero me encuentro muy a gusto con ella hablando me ven más cosas, me tienen más tiempo preguntando. Con los otros me tardaba menos tiempo, en media hora ya había acabado conmigo y solamente llevo tres visitas con ella. Me gusta su manera de trabajar y de actuar... yo con todos estos bien, pero con ella me encuentro más seguro para dialogar. Me pregunta más cosas de las que los otros me preguntaban, más tiempo, me encuentro más seguro con ella en general, como si tuviera más confianza, pero de los otros no tengo quejas, pero me gusta más con ella. (Cupido, 2009)

...esto es bueno también como la gente CAS, hay buenos médicos está la doctora [Tecla], el Dr. [Renato], la doctora como se llama esta, una mujer [Doctora Martínez], es también buena y bien. Ahora saliendo poco a poco, ha mejorado la atención. (Daniel M., 2009)

Pues muy bien, sabe mucho de lo que yo necesitaba profesionalmente, de llamar a casa si tenía un altercado, él se preocupa por mí. (Erasmo, 2009)

Muy abierta, yo cuando hablo con la terapeuta yo confío en el secretismo, en la confidencialidad que tiene que tener, pues hablamos de todo, de todo lo relacionado con mi problema, con mi entorno familiar, etc. yo eso lo tengo muy claro, si tú vas a un médico o vas a un abogado y empiezas a mentir difícilmente te va a poder ayudar, tiene que haber el

secretismo. Es que la mayoría de la gente que tiene éste problema no cree en la confidencialidad, pues hay que confiar. Hay que ser prudente con el médico y con el abogado si no para qué vas a ir. (Joselo, 2009)

...no se, con el terapeuta tengo casi una amistad desde hace 15 años o más es que no me acuerdo exactamente. Cuando volví recordaba que había estado hablando con él, recordaba que era una persona que sabía hablar, que era muy agradable hablar con él, entonces, pedí estar con él y también le conté por qué dejé de venir porque me había quedado esa cosa adentro ¿no?. (Pancracio, 2009)

No obstante Noé, quien tiene algunos años vinculado a los servicios de la Red de Salud Pública dice que su relación con su terapeuta se vuelve "...últimamente rutinaria, pero no digo que sea mala, sólo rutinaria. Como que falta algo de chispa ¿sabes? No por ella sino por parte de mi también. Mucha rutina". (Noe, 2009)

Están presentes otras posturas del no fiarse completamente del terapeuta, tal como señala una las pcpa, "...la veo como una profesional, la tengo que tratar como es. Eso no significa que dentro de lo que me diga me puedo creer tres, dos o todas, depende de lo bien que ella piense" (As, 2009). Otros como Azúcar expresan fastidio, pues considera que las cosas se vuelven repetitivas en el transcurso de los años de tratamiento:

...pues normal, las preguntas no preguntarla tantas veces... es que no quiero tener visitas con él... para que me caliente la cabeza. Sabe lo que es un dolor de cabeza de repetirme las mismas cosas. Yo no digo que no haga su faena, yo lo que digo es que repite mucho las cosas. No hace falta repetir tanto las cosas, si él o ella es sordo ¡vale! que se lo repita, pero yo tengo muy buen oído...No me gusta que se meta en la familia mía, que hable conmigo, pero que no se meta con mi familia. Mi familia no tiene nada que ver con esto, quien sea. Si quiere hablar con mi familia se acabó el cuento. Con el que tiene que hablar es con el que tiene el poder, la familia no tiene ningún poder. Yo se lo dicho a él, yo no digo que sea él, todos. (Azúcar, 2009)

El trato de los profesionales hacia los sujetos es visto por las pcpa como "respetuoso", "considerado", "como debe ser", no como paciente sino como persona a pesar de que puedan acudir a la cita médica bebidos, haber tenido una recaída o estar reacios a realizar psicoterapia, las pcpa refieren que se muestran comprensivos o algunas veces los "regañan", el profesional es visto como una parte importante del proceso terapéutico, aún cuando haya habido discordancia con el mismo:

Recibo un trato como persona, como cualquier persona, no como una persona con problemas de alcohol, de drogas o de fumadora, o de jugadora, como una persona normal. (Fenicia, 2009)

Bien, me respeta como persona y bueno el cariño no me hace falta, el trato es bueno. (Pepa, 2009)

...más que como paciente es como persona (Shūli'wala, 2009)

...todo muy bien, a veces yo he llegado muy enfadado, muy cabreado, muy mosqueado porque me he visto tirado, hecho una mierda y, sin embargo, nunca me han dicho pum, pum, pum, nada, todo lo contrario, han intentado ayudarme, cultivar un poco la mente. (As,

2009)

...bien, me han ayudado mucho. Esos médicos saben muy bien cómo deben tratar a una persona, si tienes el mono del alcohol te dan pastillas. Como ahora ya no bebo alcohol estoy tomando pastillas. Ahora el alcohol ya no me gusta. (Daniel M., 2009)

...muy buena, me sabe llevar bien, pero yo al principio cuando acudí no quería psicoterapia. Simplemente quería medicación y me llevaba la [Doctora Tecla] y me decía, hay un chico el [Doctor Renato] que te iría bien. Y como que era un poco reacio, pero luego tuve una recaída y dije que si, ella me dijo que me iría muy bien. Me ha ido muy bien con el [doctor Renato]. (Erasmus, 2009)

...yo pienso que es una buena persona, lo que pasa es que me bloqueo con ella ...bien porque me escucha y yo a veces no se... supongo que alguna vez ha tenido que llamar la atención porque había consumido, porque iba embobado y siempre ha sido la misma. Ella me ha visto consumido y me ha visto trastornado y siempre ha sido la misma. (Jocker, 2009)

...siempre me he sentido bien tratado, siempre me he sentido considerado como persona. (Joselo, 2009)

...a mi me parece que bien (Lucas, 2009)

...Bien, bien, bien yo hablo abiertamente con ella y ella conmigo, pero que tampoco ¿sabes? No lo sé, cuando estabas allí en el centro estabas más con la psicóloga y te llevaba mejor. Ella hace su trabajo a lo mejor me gustaría más continuo, yo que se. (Noe, 2009)

...bien, todo muy correcto, muy positivo. (Pancracio, 2009)

...me regaña cuando me ve así, me dice “[Rod], ya está bien” ella me dijo que si me pasaba algo que la llamara, lo que pasa es que perdí su teléfono. (Rod, 2009)

No obstante, hay cosas que no se dicen al terapeuta, especialmente las cosas o situaciones que son consideradas poco comunes o extrañas, por ejemplo, sueños, intuiciones, tal como refiere la siguiente mujer:

Si, con [la doctora Valeria] no hablo mucho de esto, lo hablo con el psiquiatra, por ejemplo, me encontré con una mujer en mi sueño, y me dijo una cosa que ya yo sabía pero la había olvidado. Tenía que llamar a alguien y me lo dijo ella. Yo no conozco a la mujer en persona, es una artista. Son cosas demasiado extrañas que no me hacen sufrir tanto con la tristeza. Llega un momento en que estoy muy mal. Estoy aquí cuando quiero estar en otro lado. Esto divide con mi marido y con mis amigos pero hay cosas buenas y cosas malas. Él es muy buena persona yo no soy muy buena persona. (Libertad, 2009)

Aún cuando determinadas formas de proceder sean consideradas idóneas por parte de los profesionales, algunos de los sujetos no las razonan así. Pepa se sintió traicionada ante el cambio del terapeuta de referencia, pero como vimos en el capítulo anterior, uno de los “ajustes” por parte de los terapeutas al considerar el no cambio en la persona, es cambiar el terapeuta que lleva el tratamiento o poner en práctica alguna otra estrategia que los mismos piensen vaya en beneficio de la pcpa. En la misma cita se incorpora el parecer de Jocker a quien también se cambió el profesional de referencia y lo consideró positivo a pesar de que expresa el malestar por su historia médica que en algún momento fue “divulgada” a un miembro de la familia:

Bien, sólo me falló una persona que fue el [Doctor Renato] que me llevaba a mí antes y la chica de la entrada me dijo que yo estaba borracha y yo no había bebido nada. Después él vino insultándome y tal “es que así no llegamos a ningún sitio, es que estamos estancados, te

voy a cambiar de doctora” entonces, le dije “cámbiame” me sentí abandonada, me dijo que era imposible que dejara de beber, entonces, él me falló. Le dije que me podía hacer el análisis allí mismo, que me hiciera los análisis de sangre, yo no estaba bebida para nada. Lo que estaba era cabreada por la hora en que llegaba, había pasado una hora y no me atendían, pasaba una chica y luego otro paciente. ¡Hombre! ya era excesivo. Llegué a casa y no estaba bebida. ¿Y si estoy bebida qué, no tengo derecho al tratamiento o qué?. Tenía que tirar para adelante conmigo y me dejó, me puso con la [doctora Martínez] y con la [doctora Valeria]... (Pepa, 2009)

Al principio fue el [doctor Renato] pero ahora es la [doctora Batalla] hicimos un arreglo pero como veía que no iba tirando... me cambió; y como sabía como era y me entendía, he tenido más confianza en ella ¿me entiendes? Porque ya he visto tantas prisiones y lo que menos quiero sentir es que me traicionen. Porque si yo ahora estoy hablando contigo, que sé que eres una profesional, eso es privado ¿me entiendes? sé cuáles son los derechos del paciente y sé adonde dirigirme si se divulga una entrevista entre profesional y paciente, sé adonde dirigirme. Y si tengo que ir hasta el Tribunal Supremo como voy hasta el Tribunal Supremo, al Constitucional y al que haga falta porque sé cómo funcionan las leyes ¿entiendes? Para defender mis derechos como ciudadano. Mi familia no tiene derecho a ver mi expediente médico porque aquí no lo entienden... mi expediente no es ningún juguete que lo pueda tocar todo el mundo. Es que parece que todo el mundo tiene acceso al expediente. Es lo que te he comentado antes, me hace falta abrirme un poco con la [Doctora Batalla], porque yo sé que es una buena persona, primero estaba muy cargado con ella pero después me he dado cuenta que es una buena profesional; gracias a ella hice una desintoxicación aquí en drogodependencias, pero mi expediente es confidencial entre ella y yo. (Jocker, 2009)

Se le hizo una pregunta a las pcpa sobre su consideración de si el terapeuta que les atiende “sabe” lo que está haciendo, la pregunta generalmente les causaba humor, risa y la mayoría expresa su deferencia para con su terapeuta pues en la mayoría de los casos la afirmación era positiva, las mujeres señalan:

Total (se ríe) (Magdalena, 2009)

...sí, ya me conocía (Pepa, 2009)

Siiiiiiii (se ríe) ella sabe que he hecho muchas de las mías. De alguna manera ella me dice que sabe que yo puedo cambiar. Fue una sorpresa cuando le dije que me iba a la comunidad.

(Renacer, 2009)

...y tanto si, si, si (se ríe) en un principio yo también me lo preguntaba al verlos tan jóvenes. Después me di cuenta de que sí saben lo que están haciendo. Acuérdate que uno viene con la idea de que aquí te van a hablar y te van a solucionar el problema, pero no, lo tienes que solucionar tú con base en luchar y poner en práctica cosas que te dicen aquí. (Shüli’wala, 2009)

Hay diferencias en la opinión de los hombres sobre si su terapeuta considera que “sabe” lo que hace y expresan que se vuelven repetitivos o no llegan a enterarse a fondo del problema de la persona o la relación se vuelve tan monótona que la terapeuta puede volverse “pesada”, “dormirse en los laureles”, “discrepante”; también reafirman que pueden ser “listos”, “cumplen las condiciones”. Rod hace una analogía del terapeuta con el mecánico, en ningún caso hay que echarle la culpa al mecánico sino al dueño del automóvil, en este caso, debe volver a llevarlo a reparar:

...yo creo que sí y cuando yo hablo con ella me dice, bueno no puedes seguir con la vida así,

siempre con las mismas tonterías porque no es así. Yo creo que es así, hay que ser consciente de la vida un poquito. Es meterse mucho dentro de ti mismo pero sin salir. (As, 2009)

...dice a veces unas tonterías que nooo, no me cuadran. Yo tenía que haber sido psicólogo. Sí, por qué me vuelve a repetir las cosas diferentes, con tal de que me lo diga una vez, no estoy sordo. *Se hace pesado, se hace pesadito...* y de la psiquiatra pare de contar. (Azúcar, 2009)

...en cuanto a manera de atender y esto sí, pero no se el trasfondo de la enfermedad y el por qué, o a lo mejor la enfermedad soy yo mismo. Eso nunca lo he llegado a entender. Si es que ellos no lo saben o es que no lo pueden conocer, pero al parecer son muy listos, pero parece que en el fondo no lo han reconocido nunca el por qué de ese motivo. Aún que yo achaco el motivo al descontrol que tuve en el momento de mi separación y los problemas familiares que he tenido. (Cupido, 2009)

Sí, claro te pregunta por todo y tengo que contarle todo para que sepa dónde voy y qué hago. Cuando recuerdo cosas le digo esto y esto, porque la memoria no tiene capacidad para recordarlo todo. Por ejemplo, yo me recordaba a los ocho años cuando mi padre me llevaba a la escuela. Ahora recuerdo todo. Lo que yo he olvidado es por que yo he trabajado mucho y he luchado mucho...(Daniel M., 2009)

Sí, yo al principio tenía una opinión de mi pareja y ella tenía otra evidentemente, creía que estaba equivocado. Con el tiempo le di la razón y ya se acerca más a la suya. (Erasmus, 2009)

Sí, (se ríe) yo pienso que sí (Jocker, 2009)

...estoy seguro, aunque a veces hay cosas que *discrepo* o que no las entiendo. Cuando discrepaba al principio no le decía nada. Es que a veces uno sobre todo si estuvieras hablando con..., esto no es marxismo ni es nada ¡eh!, cuando estás hablando con un hombre parece que a lo mejor te equivocas, según me dice la experiencia eso no tiene nada que ver, porque a lo mejor el que tienes adelante es un tonto que puede ser muy profesional, tener un título muy bonito y no servir absolutamente para nada. Lo más importante es ser persona y mi terapeuta reúne las condiciones. (Joselo, 2009)

sí, todo lo que pienso se lo digo a la doctora Muralla. (Lucas, 2009)

...Sí, supongo que con el tiempo se va *durmiendo en los laureles*. Aunque se supone que sí ¡Vamos! Y más con el trato diario a diferentes personas con el mismo tema. Supongo que saben lo que están haciendo. Dormirse en los laureles significa que te estás acostumbrando que cada día siempre lo mismo, un poco es porque como lo dominas y lo controlas lo llevas con menos ahínco y laboriosidad, supongo que es así, eso se aplica en cualquier tipo de cosas. Es una forma de hablar que aquí hay, antes de ir a trabajar te duermes en los laureles. Como lo sabes te relajas. (Noe, 2009)

Por supuesto que sabe muy bien lo que está haciendo (se ríe) (Pancracio, 2009)

...yo creo que sí que sabe ¡eh! Me aconseja bien, ella sabe hacer su trabajo. Lo hace muy bien. [Doctora Valeria]. Para mí, ella sabe hacer lo que tiene que hacer, es como te he dicho antes, el que tiene que hacer los cambios soy yo. En este caso ellos son los mecánicos, nosotros seríamos como los coches, cuando se daña el coche no le puedo echar la culpa al mecánico, tengo que ir a repararlo otra vez. El mecánico hace su trabajo. Como yo soy mecánico te hablo lo de mi profesión, no le puedo echar la culpa al mecánico e irme a quejar con su patrón. (Rod, 2009)

El hecho de que los profesionales puedan llamarlos por sus nombres es algo que valoran los sujetos, especialmente las mujeres; los hombres manifiestan que los terapeutas también tienen que soportar que los usuarios acudan al CAS indispuestos, “cabreados”, “borrachos”, “rebotados” que es más de lo que las pcpa esperan de los mismos, algún otro señala que observa el comportamiento de los usuarios que vienen “cabreados” más no es recíproca la conducta por parte de los profesionales; otro se queja de que no ha encontrado el medicamento adecuado:

Me parece que es gente que son profesionales, se merecen el respeto y que se les escuche. (Fenicia, 2009)

...son muy buenos, están pendientes de lo que toca hacer, todos tienen un comportamiento exactamente igual. Si les disgustase su oficio se les notaría pero se ve que les gusta. Muy bueno, tanto con la Doctora [Martínez] como con el personal, yo estoy encantada. A mí me llama muchísimo la atención que te puedan llamar por tu nombre y eso me parece imposible porque por aquí pasa cantidad de gente. El nombre se lo deben apuntar en algún sitio. (Shüli'wala, 2009)

...yo creo que bien, yo si te voy a decir una cosa, yo he estado muy emborrachado y cabreado, he venido muy mal creo que agradecer las cosas también. No tengo la razón yo sólo, creo que también me han aguantado. (As, 2009)

...ya que digo que la manera de relacionarse conmigo perfecta, lo que no he encontrado es el medicamento, porque me han cambiado de pastillas y he probado 14 o 15 diferentes pero a mí no me ha hecho nada. Entonces cuando he bebido alcohol me han hecho menos porque no me han hecho efecto. (Cupido, 2009)

...hay algunas buenas, hay algunas que... en Marruecos decimos que las enfermeras tienen que tratar al enfermo como un niño recién nacido. Si en el CAS me han tratado bien, la Dra. [Martínez] y la Dra. [Tecla], el Dr. [Renato] esta es que la gente que se ha portado muy bien conmigo, estas tres personas se han portado muy bien conmigo. (Daniel M., 2009)

...muy bien, buenas personas, la Esmeralda me dio un papel y me vio una doctora, la enfermera y todos. Muy buenas personas no puedo decir nada de ellos. (Joao, 2009)

...supongo que buena, lo que pasa es que a la primera yo no he entendido nada, ya venía rebotado por un lado y me quise convertir en un símbolo de la justicia (se ríe) (Jocker, 2009)

...yo tengo seis años viniendo y te puedo asegurar que a pesar de haber cambiado una cara, el espíritu es el mismo... Es como te he dicho antes, muy bueno (Joselo, 2009)

...muy bien, nunca jamás he tenido un problema aquí aunque he visto muchas cosas, gente cabreada reclamando por esto y por lo otro, pero no es gente de aquí, es gente que viene de afuera. No es gente que trabaja aquí es gente que viene de fuera. Pero la gente que trabaja aquí nunca la he visto cabreada. (Rod, 2009)

Hay rasgos más detallados de los profesionales que refieren los sujetos y es la “coherencia”, es decir, la coherencia que hay en la relación de madre e hijo en donde los cuidados no se escatiman: dicha analogía se puede ver en la relación terapeuta-pcpa, según el sujeto. La misma persona también destaca que debe haber “convencimiento” para seguir adelante con su proyecto para solventar su problemática relacionada con el alcohol:

...yo creo que trabaja muy bien, creo que se basa mucho en la *coherencia*, el tema social lo manejan muy bien, es un tejido en relación a la coherencia entre las cosas... que hay entre una madre y un hijo, entre una cosa y otra, lo que te puede llevar a una cosa y lo que te puede llevar a otra, es todo un trabajo bastante bueno que te hacen, yo estoy contento con el trabajo que hacen aquí, por ejemplo lo que han hecho conmigo. Los terapeutas están en un trabajo muy importante. Ese trabajo se les escapa de las manos cuando hay casos individuales que no tiene un *convencimiento*, porque hay gente que está convencida y tiene éxito con gente que está convencida... yo vengo dándole vueltas, desde hace días, a este tema al tema de la coherencia... hay un apartado en la teoría que esta coherencia se escapa, entonces no hay forma de hacer coherente esa parte del proceso. Si una persona no quiere ir más allá entonces yo creo que la coherencia se rompe, hay que buscar ese camino de la coherencia para que la persona pueda terminar el tratamiento satisfactoriamente. (Pancraccio, 2009)

Una valoración de los profesionales la señala una de las pcpa “para mí un 10 todos, son muy buenos profesionales, muy bien formados, con mucha capacidad, mucho interés y

muy humanos, sobre todo muy humanos”. (Pancracio, 2009). A pesar de algunas discrepancias entre los sujetos entrevistados, se puede afirmar que la valoración del terapeuta es positiva, cada uno expresa, según su experiencia, que es un importante soporte en momentos de soledad y dificultad, lo que ha permitido una continuidad de la relación terapéutica en el tiempo.

7.4. APRECIACIÓN SOBRE EL CAS

Sobre el Servicio de Drogodependencias, las mujeres aprecian lo que pueden encontrar en el mismo: “preservativos”, “lubricantes”, “los problemas que han podido resolver con sus hijos”, detener “el maltrato de sus parejas”, personas que vienen en muy mal estado físico y han sido atendidas, otras mejoran, otras mueren. El CAS es una institución de referencia para las personas que acuden al mismo, les ayuda a no ahogarse en un “pozo hondo”, es una institución con profesionales que dan confianza, apoyo. Las mujeres piensan que la institución brinda una excelente atención:

...voy cada 2 meses con [el doctor Renato]. Yo voy a veces a buscar cosas que necesito: preservativos, lubricantes y esas cosas. No, no, no llevo allí para buscar mis lubricantes y para las chicas de la carretera. [...] Vengo aquí y al Casal de Dones. (Afrodita, 2009)

...muy bien estoy muy contenta, ya tengo muchos años aquí, antes de 2006 la [Doctora Muralla] lo sabe, me ha ayudado mucho con lo de mi pequeña y también con los maltratos. Yo creo que es un servicio que es muy útil para mucha gente, para toda la gente que suele venir aquí. Hay gente que ha venido muy mal y lo han cuidado. Personas que han venido, han dejado de venir y después han muerto. Yo dejé de venir y vine cuando me echaron. Cuando te pones en tratamiento y ellos te dan una confianza, te dan una visita porque ellos tienen sus horarios pero siempre están pendientes de ti, cuando no vienes te dan un toque o si no llaman. (Fenicia, 2009)

Muy bien, muy bien. A mí me parece muy bien, yo que nunca he tenido problemas para entenderme con nadie, que hablo a veces como hablo, me han atendido muy bien tanto tú, como [Valeria], como [Norma]. Tampoco es que soy una persona muy cerrada, he visto bastante bien la cosa. (Libertad, 2009)

...lo que he conocido, muy bien. Muy bien, pero me da una rabia... porque me está afectando la situación del trabajo. No sé cómo se puede quitar esto ¡oye! Me pongo muy mal cuando me preguntan (llora)... Hoy en día no se puede ser tan sensible, si no te comen. El alcohol me animaba más. Aquí es muy evolucionado, menos mal que existe algo así porque si no la gente se va a meter en el pozo más hondo que haya. (Magdalena, 2009)

Muy bueno, muy bueno, muy bueno, es de mucha ayuda, escuchan mucho. Cuando tienes alguna dificultad de estar allí te apoyan. Yo estoy muy bien allí. Muy bien, cuando tengo una cita me llaman para recordármelo. El servicio es muy bueno. (Renacer, 2009).

La atención es muy buena, es que la doctora [Muralla] es un caramelo y Angela también, es mucha la generosidad por parte de ellas. Al principio no es que las rechazase, pero no me acostumbraba mucho, pero la forma de trabajar es estupenda y estoy muy contenta con la atención que se brinda aquí. (Shūli'wala, 2009)

Los hombres por su parte no divergen mucho de la opinión de las mujeres, señalan la importancia de que los profesionales de drogodependencias puedan tener una visión amplia sobre la problemática de cada pcpa. La meta final puede ser beber con moderación o la abstinencia, independientemente de ambas metas, a la pcpa se le transmite un mensaje claro de no beber durante algún tiempo o empezar a beber menos al iniciar el tratamiento, para ver si los problemas se empiezan a solucionar.

Acudir al Servicio de Drogodependencias ofrece una vía para el tratamiento psicoterapéutico para las personas con problemas de drogas, pues el estado español cubre los gastos de una terapia larga con profesionales de referencia en el campo de las drogodependencias, salud mental y otros servicios de la red; algunos sujetos reconocen la importancia de la Red de Salud Pública y que la misma pueda ofrecer el Servicio de Drogodependencias.

Otro destaca que esta institución es diferente a otras que ha tenido la oportunidad de contactar. Sin embargo, una de las pcpa opina que el CAS debería tener más normas coercitivas para los que reciben las ayudas sociales y condicionarlos a no darles el pago cuando dé positivo su consumo de sustancias. Ciertamente, los profesionales han señalado que esa era la visión antigua sobre las drogas en la que los sujetos eran perseguidos por las recaídas o reinicio del consumo, eran acosados para que no consumieran, uno de los sujetos comparte esa visión antigua y piensa que debería ponerse en práctica. La nueva visión tiene un enfoque más humanista y respetuoso con las personas.

...me parecen muy bien, tienen su opinión y yo la mía, pero está bien. Intentan decirme yo veo esto así, de esta manera y como dicen que piensan mejor dos cabezas que una sola, creo que es bonito ¿no?. me parece muy bien, de verdad ¡eh! No todo el mundo puede pagar médicos, no todo el mundo puede pagar un psicólogo. En eso España creo que es uno de los mejores países que hay. (As, 2009)

...ya le he dicho que aquí no hay problema... aquí no me pasará como en el Centro de Día de T., tuve muchos problemas allí y estaba hecho una mierda. Y dependía del ayuntamiento y dependía del hospital y se cerró porque empezó como esta a meter la gente la pata. Por lo menos allí iban los enfermeros y las enfermeras y te revisaban. Y si daba positivo ese mes no cobrabas y si te volvía a dar positivo te quitaban la paga. Eran más fuertes que aquí. Las pruebas te las hacían allí y había los mismos profesionales que aquí: educadores, psicólogos, todo. Yo estuve un año allí y lo cerraron. Si, las personas que no quieren venir a mejorarse que no vengán, porque vienen colocados y viene a liarla; el que menos culpa tiene es el que más hecha. Y cuando quieran colocarse que vayan y se coloque, vengán cuando estén en condiciones. (Azúcar, 2009)

Los sujetos señalan las ventajas de estar en tratamiento médico y que puedan tener la oportunidad de dialogar, conversar, y que los profesionales puedan mediar en algunas relaciones personales:

...yo diría en general bien, en la manera de actuar, de conversar, dialogar ¡vamos! Pero lo que

no encuentro es que me hayan dado las pastillas exactas para que yo pueda dormir más. Sobre todo yo durante todo el día estoy bastante bien como ahora, pero cuando llega la noche es cuando me encuentro mal. Antes era peor porque no lo tenía tan asumido, pero ahora, ya te digo, cada hora y media o cada dos despierto. Yo quisiera unas pastillas para dormir pero que no te dejen tan atontado, pero que por lo menos pudiera a estar cinco o seis horas durmiendo, pero es que yo cada hora y media o dos pum, pum, pum y si esto es muy nervioso es más frecuente. Si estoy muy nervioso y pensativo por una duda o un problema que tenga, entonces me despierto aun más. (Cupido, 2009)

...bueno me han tratado bien, me dan las pastillas, me hicieron preguntas... el centro de salud bien, gracias a Dios que tiene buenos médicos en todas las partes, yo pienso que están preparados, hay médicos muy buenos. (Daniel M., 2009)

Muy buena, en realidad, especialmente con el psicoterapeuta con el Doctor Renato, con la psiquiatra. Muy bien, muy bien. Yo siempre estoy pendiente con el Doctor Renato si tengo algún problema lo llamo por teléfono. Se ha ofrecido a hacer de mediador con mi pareja con el rollo de los asuntos míos y los asuntos suyos. Y la verdad me ha ido muy bien. Mejor imposible. (Erasmus, 2009)

tanto las enfermeras como las doctoras 100% (Joao, 2009)

Uno de las pcpa señala que sólo los psicólogos y psiquiatras deben estar informados de la experiencia del sujeto; en su planteamiento expone la falta de aceptación de los profesionales de las ciencias sociales, específicamente los educadores sociales/monitores, con algunos de los cuales han surgido conflictos en el centro de actividad, de allí su rechazo a que este profesional esté al tanto de su situación, a pesar de todo considera que el CAS es bueno:

En el [Centro de Salud Mental] buenísimos, te lo digo de verdad, y aquí yo pienso que también pero, no se, hay una dinámica de las reuniones especiales sobre temas de pacientes en particular, cuando se hablen de experiencias deberían tener acceso a los profesionales de verdad. Si hay psicólogos, psicólogos y si hay psiquiatras, psiquiatras solamente, porque, por ejemplo, a un educador sólo se les debe informar, el psicólogo y el psiquiatra les puede advertir sobre un usuario pero no contarle su experiencia. (Jocker, 2009)

El resto considera que han podido resolver las cosas, que se sienten cómodos en el mismo, otros expresan que el equipo de “ayuda social” es muy competente pues les han ayudado a resolver su problemática relacionada con la parte familiar, laboral y social:

...muy bien, yo estoy contento, yo estoy muy contento de haber dado con la gente que hay aquí. No se si en otros sitios es igual pero la gente que hay aquí es un 10, gente muy competente como los médicos, psicólogos, psiquiatras muy bien; también hay el equipo de ayuda que también me han ayudado mucho los de ayuda social, que trabajan con el CAS, ahora no recuerdo como se llaman, las ayudas sociales. Este equipo es también muy competente. Ahora no recuerdo como se llaman. En general yo lo veo muy bien, pues ya te lo acabo de decir, el servicio no se si se puede superar su postura... mi opinión es satisfactoria como te lo decía el primer día, supongo que se tendría que mejorar algo (Pancracio, 2009)

En el grupo de personas entrevistadas, la mayoría realiza atención ambulatoria en el CAS, señalan que su transcurso por el CAS ha sido el proceso terapéutico más relevante,

incluyendo a los que están o han pasado por las Comunidades Terapéuticas, pues el CAS les permitió su acceso a otros servicios de la RAD.

7.5. ¿QUÉ SE PUEDE MEJORAR EN EL CAS? VOCES DE LOS PACIENTES

Las propuestas dirigidas al servicio por parte de las personas con problemas de alcohol y otras drogas son las que a continuación se desarrollan en este apartado. Las mujeres consideran necesario fortalecer la parte de actividades de integración en el servicio, para ello recomiendan realizar un día de puertas abiertas, realizar actividades en grupo, como una salida de todo el centro, que las personas que acudan al centro tengan la oportunidad de realizar actividades en conjunto, tal como un taller de “pintura organizado por el centro”, un picnic, terapia de grupo, que haya más apoyo en la familia y apoyo entre los sujetos que sufren la misma problemática:

Para mejorar, hacer un día para conocernos entre nosotros. Como un día de Puertas Abiertas, como una cosa de futbol con premios, para conocernos, para hacer una salida, cada vez que vengo no conozco a nadie, no sé si eso es bueno o malo no lo se, es una idea... sin hablar demasiado de problemas sino para conocernos, se haría una actividad juntos, como pintura, no se, un picnic, un día diferente, un concurso, un espectáculo, sin hablar demasiado de cosas íntimas, no hace falta. Nos iría bien de conocernos, de hablar con otra gente, que no estamos solos con el problema, porque igual estás solo, igual tienes más apoyo familiar pero bueno. No se si sería bien o no pero es una idea que tengo de este sitio. Una cosa de apoyarnos entre nosotros. (Libertad, 2009)

Hay que considerar que muchas personas cuentan con pocos contactos, especialmente las que provienen de otros países tienen muy poca red social:

...lo propongo porque como no conozco a mucha gente... Hay personas que tienen problemas y, son más sensibles, se pueden reunir para charlar un poco, hacer un picnic aquí o fuera... el que no quiera que no venga ese día. En relación a mí, personalmente, yo lo veo muy bien el servicio que me da a mí... es que bueno es una cosa que yo digo. Nosotros es que siempre estamos solos con el problema, no tenemos idea de cómo le va al otro, a ver cómo vive las cosas el otro, ayudarnos mutuamente, dijo que es para conocernos.... pero no es una idea terapéutica sino para compartir. (Libertad, 2009)

Las que participan en el centro de actividades consideran que “se hagan más actividades en el centro donde vamos, hay que meterse en cosas para hacer. Hay personas que nos metemos en las cosas para hacer porque buscamos trabajo. Queremos entonces más actividades”. (Fenicia, 2009)

Una de las mujeres que ha tenido acceso a las terapias alternativas considera necesario el

ofrecimiento de dicho servicio dentro de la red pública de salud:

No lo se, supongo que se incluyan las terapias alternativas, falta un poco como algo que te completes tu espacio alguna terapia para tus vicios: la fisioterapia.., algo que te permita trabajar con tu autoestima, hacia dentro. Si en tu trabajo no lo pides y en casa no lo sientes, estaría muy bien que te dieran talleres de estas terapias para que tú mismo puedas moverte. (Magdalena, 2009)

Una mujer señala que el único aspecto a mejorar sería el horario, pues considera que no se cumple con las horas de cita fijadas:

Nada, lo que te dije sobre el horario. Nada, no tengo quejas. Bueno el horario que nunca lo cumplen y tengo que esperar hasta 1 hora, 1 hora y media. Vuelvo a bajar, vuelvo a subir. Y cuando llegas cinco minutos tarde ya no te puede visitar. De eso si me quejo, del horario que no lo cumplen, pero por lo demás ningún problema. Me he enfadado por el horario ¿sabes? hay que tener paciencia, me dicen, pero una paciencia de hora y pico es excesivo. (Pepa, 2009)

La mayoría de las pcpa coinciden con lo planteado en el capítulo 3 por los terapeutas que lo que tendría que mejorarse es acortar el espacio entre las visitas psicoterapéuticas, es decir, que haya una mayor frecuencia de las visitas. De igual manera, destaca que el espacio debería ser más grande, así mismo cuando llega el verano o la primavera no se cuenta con aire acondicionado en algunas de las salas de terapia y se utilizan ventiladores portátiles:

...yo creo que las visitas tendrían que ser más a menudo, por lo menos dos veces al mes. Yo cuando estaba aquí solía llamar por teléfono para pedir una visita antes de la fecha porque me sentía mal. No lo sé, pero lo que he hablado con la Doctora Laia es que me gustaría que no fuera tan pequeño que sea un poquito más grande. Por lo demás nada, bien. Ah, lo que si mejoraría sería lo de las visitas, que te dan visita cada dos o tres meses o de un mes para adelante, lo que sí me gustaría es que la visita más a menudo. (Renacer, 2009)

No sé, que las visitas no sean tan tarde, se tarda mucho a veces, tiene que ser cuando uno las necesita, o una de dos, ponerlas más cerca, que hay mucho paro. (Azúcar, 2009)

...pues hombre, a mi me gustaría quizás más frecuencia, tener visitas con más frecuencia. Todo muy bien, y lo único que me gustaría es esto, entiendo que hay mucha gente. Si pudiera mejorar algo haría eso si fueran un poco más seguidas las visitas. (Erasmus, 2009)

...ninguna, a ver a mi me llaman por teléfono, siempre y cuando lo necesito me atienden. Toda la ayuda la tengo. El aire acondicionado, (se ríe) digo que si ellos están trabajando de una manera cómoda para mí está bien. (Shūli'wala, 2009)

En cuanto a los hombres señalan que no hay nada que mejorar considerando que la mayoría de las cosas las pueden resolver en el Centro de Salud o en el Centro de Actividades:

...es que es una cosa que no me puedo quejar, porque hay países que la están pasando peor. Por lo menos aquí tienes para ducharte, para lavar la ropa, para comer. Eso sale de los impuestos, pero hay países que no tienen eso. Yo creo que el servicio sanitario en España es uno de los mejores del mundo, yo creo que ninguna cosa mejoraría. (As, 2009)

“Nada, que siga todo igual”. (Azúcar, 2009)

“...está bien como está.” (Erasmus, 2009)

...yo ahora, ya te he dicho ya me encuentro mejor, me pregunta más cosas... no se, de aspectos en cuanto a los despachos no tengo ninguna queja. No tengo nada que mejorar me

encuentro a gusto cuando estoy aquí de momento ¿no?. (Cupido, 2009)
...pues bien, no tengo nada que decir. ¡Vaya! las personas me tratan con respeto, si viene alguna persona mal de los nervios lo mejoran. (Lucas, 2009)
...el servicio es correcto en todo momento, no se si haya mucho que mejorar, las personas tienen una capacidad y las instituciones también. El servicio es correcto en la medida de lo posible, por lo menos aquí. (Pancracio, 2009)

Otro de los sujetos privilegia los estudios de los profesionales que laboran en el CAS y considera importante que lo mantengan informado de lo que le sucede, de su padecimiento, de su estado de salud:

...el servicio, por mi personalidad, es como si fuera un indicador que indica cosas y es capaz de sacarte cosas. Ellos tienen estudios, tienen formaciones, tienen muchas cosas y ellos lo saben como nosotros no lo sabemos... cuando uno estudia una carrera no la estudia porque si, al estudiar leyes uno sabe cómo lo tiene que hacer. Nosotros vivimos en la calle diariamente, por ejemplo, yo soy vendedor ambulante y ellos estudiando. Yo cuando dejé el comercio me fui al campo, pero no me gusta el campo. Cuando estaba trabajando en el comercio estaba muy limpio y muy elegante. En el campo estaba sucio y lleno de barro....
...yo soy un paciente del CAS y me tiene que decir la enfermedad que yo tengo, las cosas por las que me debo cuidar, esto también es muy importante. Así la gente no va en la oscuridad ¿sabes? Si estoy enfermo de una cosa me tienen que decir mira, Daniel, ésta es la enfermedad que tú tienes, de éstas son las cosas que te tienes que cuidar y este es el medicamento que te tienes que tomar. Sólo me ha dicho que tengo un poquito de hepatitis B, ahora lo estoy controlando porque no bebo, dice que tengo un poquito de colesterol. Dice que tengo que esto, esto... y yo digo mejor me muero y ya está (se ríe). (Daniel M., 2009)

Otro de los sujetos señala que lo que se debía mejorar es que los educadores no tengan acceso a la historia ni al padecimiento de cada sujeto, propone que lo separaría, es decir, segmentaría desde su punto de vista lo biopsicosocial, que tanto ha tardado y aún tarda en integrarse:

¡Hombre! Yo no mejoraría nada más aparte de lo que ya he dicho... yo mejoraría pues, separaría lo que es el tema profesional entre psicólogos en las reuniones de lo que son educadores y monitores, los separaría ¿me entiendes? (Jocker, 2009)

Algunos de los hombres ponen un toque de humor a su planteamiento y proponen que debería incorporarse algún profesional más en el equipo para que mejore la atención coincidiendo con lo planteado por los profesionales en el capítulo 3:

Pues no sé, que nos pongan café (se ríe) estaría muy contento, que pongan unos cafés y unas pastas, no se. El ser humano en las condiciones más extremas es cuando es más solidario. Cuando tienen la barriga llena empieza la cabeza a pensar diferente... pues yo pienso que quizás haya falta, no te lo digo por mí o porque yo lo necesite, sería para todos, quizás algún profesional más. Digamos que es para los que ya están no estén tan cargados de faena, entonces, quizás algo más de personal. (Joselo, 2009)
...esta gente tiene mucho trabajo quizás mas personal... me gustaría que dieran jamón con café y ya está (se ríe) (Rod, 2009)
...en el trato personal siempre son amables. Me imagino que la persona que trabaja aquí tiene que tener muy claro que a la persona que viene aquí hay que tratarla muy bien, con amabilidad y con buenas maneras. Me imagino que esto es lo que se hace... tener más

capacidad de entendimiento. En principio ésta bien, es que no lo sé, supongo que sería el personal, inyectarle un poco más de personal. Supongo que lo que se necesita es algo superior a lo que hay, más salas de terapias, más personal... es que también depende de muchas cosas. (Noe, 2009)

Otra persona considera que deberían reforzarse los aspectos de “control” del individuo como para reforzar el “biopoder” para subyugar los cuerpos y las mentes de los individuos, tal como señala Foucault, planteamiento que es contrario al que predomina en el CAS, en el cual el individuo debe tener más autonomía y controlar por si mismo lo que quiere en su vida y que cuente con una guía y una orientación oportuna para reducir riesgos y daños:

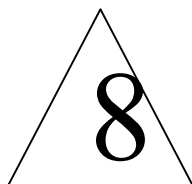
Algunos señalamientostodo lo que te había dicho, ese aspecto de dar el tratamiento personal hasta que la gente se convenza de que tiene que hacer esto, para que se convenza de que lo necesita, que realmente es un enfermo y que necesita tratamiento; porque hay gente que piensa que no lo necesita, hay gente que inicia el tratamiento porque lo obligan, no porque tiene un problema, no se lo toman como una cosa que tengan que llegar a un objetivo, no lo ven como unos objetivos si no como algo que están haciendo porque lo tiene que hacer (obligación). Tienes que pensar que hay mucha gente que viene aquí, por ejemplo, vienen a buscar metadona, se llevan medicación y luego se ponen una parte de la metadona y la otra la venden, viene y vuelve a hacer lo mismo y continúan drogándose. Viene a buscar la medicación para hacerse la vida un poquito más fácil, no hacen un tratamiento como tienen que hacer un tratamiento. Hay mucha gente así en la calle y se les está ayudando pero con qué fin; y lo mismo pasa con el alcohol, no se bebe alcohol tres días antes de venir a la analítica: no bebe alcohol, no se droga, no esnifa cocaína; pero en cuanto salen de allí que han pasado la analítica se van a consumir, de esto sabemos todos porque es una semana la que hay para que no se refleje. Esas analíticas yo creo que se tendrían que intensificar y dirigirlo a personas que realmente se quieran curar; pero igual me parece una buena labor la que están haciendo aunque hay mucho trabajo que hacer allí pero, claro, el individuo también cuenta, yo creo que no haya que darle una ayuda para hacerle la vida más fácil y que siga drogándose, yo creo que allí falta trabajo por hacer a nivel social. (Pantracio, 2009)

Otra de las representaciones de los sujetos es su molestia y no aceptación del sistema de video integrado, es decir, lo que se considera una fortaleza para el profesional no es considerado de muy buena manera por algunos sujetos:

Lo único que me ha chocado aquí es lo de la cámara y lo de la gente que viene que cada uno va a su bola, nadie te habla allí y me he sentido muy mal. Hay cosas que me sientan mal... quitaría las pantallas y las camaritas porque no me gustan, eso de que me estén mirando... pero considero que es necesario, es decir, lo entiendo. Me molesta pero no digo nada, porque es normal; por el tipo de gente que acude aquí pero yo soy un tipo normal, yo no voy a hacer nada, pero aquí viene cada personaje que... (Rod, 2009)

Este capítulo se propuso presentar los variados marcos institucionales e itinerarios asistenciales de las pcpa, a través de las cuales se han ido configurando las representaciones y prácticas de los sujetos a partir de su experiencia para solventar su problema de salud. Queda expresado en la mayoría de los sujetos la aceptación y valoración positiva de un dispositivo al que consideran que pueden acudir en cualquier momento y que les sirve de soporte para atender su problemática física y social. A pesar de la recurrencia a otros

esquemas de tratamiento, las personas continúan asistiendo al CAS porque destacan la importancia de ser atendido por profesionales, tener una medicación, solventar problemas sociolaborales y familiares. Sobre el CAS y el terapeuta aparecen planteados aspectos que denotan diferencias y similitudes entre las pcpa, en la mayoría de las mujeres se observan actitudes de aceptación y en los hombres, además de la aceptación vemos elementos de rechazo.



**LA VIDA DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE
ALCOHOL ¿AUTONOMÍA O APEGO AL DISPOSITIVO?**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS
Carmen Laura Paz Reverol
DL:T. 1708-2011

«Quien tiene un porqué vivir
Puede resistir cualquier cómo»

Friedrich Nietzsche

Pero, ¿no hay que preguntarse, como respecto de las primeras formas del contrato de trabajo, en el principio de la industrialización, si la imposición de esta matriz contractual no equivale a exigir a los individuos más desestabilizados que se conduzcan como sujetos autónomos? Pues "montar un proyecto profesional" o, mejor aún, construir un "itinerario de vida", no es tan sencillo, por ejemplo, cuando se está desempleado o se corre el riesgo de ser desalojado de la casa en que se vive. Se trata incluso de una exigencia que les costaría satisfacer a muchos sujetos bien integrados, que siempre han seguido trayectorias demarcadas. (Castel, 2004:468)

8.1. SOBRE LA VIDA DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL: ENTRE LA MARGINACIÓN Y LA INNOVACIÓN

Las personas con problemas de alcohol, igual que las demás, responden a su situación a partir de factores subjetivos y existenciales, en tal sentido, reelaboran los acontecimientos de su contexto y producen una interpretación subjetiva de la realidad a partir de las cuales redefinen su posicionamiento frente a la situación, que será la base desde la cual tomarán sus decisiones.

En este capítulo se recogen los pensamientos sobre la vida y los haceres a partir de los cuales las pcpa toman una decisión importante en su vida, la decisión de dejar y/o moderar el consumo de alcohol. Hay que diferenciar entre el propósito y la consecución del objetivo permanente de conseguir dejar definitivamente el alcohol o reducir daños relacionados a su consumo; cabe distinguir que en el recorrido de su itinerario asistencial, los sujetos avanzan o retroceden en función de variadas justificaciones. Nos planteamos plasmar sus proyectos en el corto, mediano y largo plazo, mediante sus narrativas intentaremos dar cuenta de cuáles son sus aspiraciones, qué es lo que piensan de su vida y/o de su muerte. El desenlace para dos de las personas, Shüli'wala y Pepe, ha sido la muerte, la cual no ilustramos desde un punto de vista negativo sino como el final de un ciclo vital y sus testimonios dejados servirán para ampliar nuestras reflexiones.

Teniendo en cuenta a los autores con los cuales diseñamos las perspectivas teóricas para el abordaje de las personas con problemas de alcohol (pcpa), consideraremos a Merton (1964), Román (1996, 1999), San Román (1989), Arza (2002). Tras el análisis de las

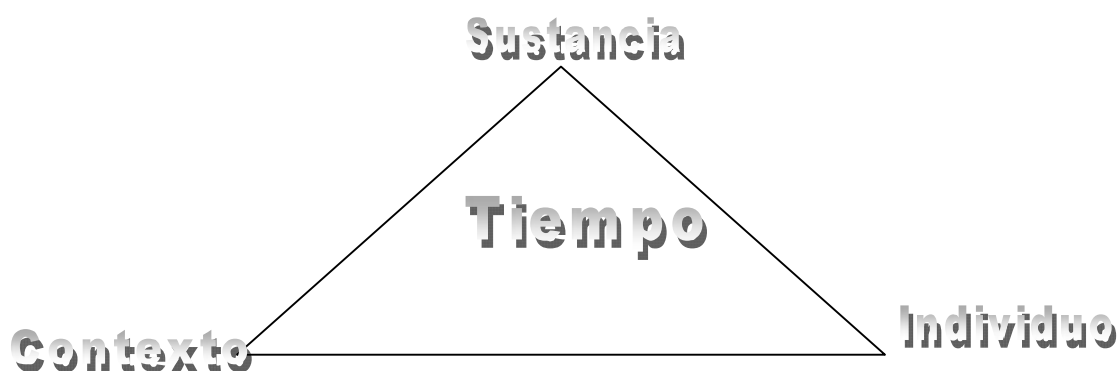
narrativas de las personas con problemas de alcohol, es necesario poder establecer tipos de personas en los que evidentemente influye: la edad, el grado de maduración, la situación en la que se encuentre la persona (deprimida, alegre, con muchos problemas y preocupaciones), el apoyo o no de la familia, el tiempo de tratamiento en el CAS, el grado de vinculación con recursos institucionales y los intereses alternativos en su vida. A partir de la tercera hipótesis inicial suponemos con San Román (1989: 115) la marginalidad se tratará como “una variable que puede estar ausente y, si lo está, puede aparecer en distintos, modos”. Con esta investigación me planteo entonces la utilidad del concepto de marginalidad en las ciencias sociales, entonces, al plantearme si hay en los sujetos alguna “característica y razón común a las situaciones que calificamos en marginadas en la vida social”. Aclaro, no se trata de calificar a las personas como marginales o no, sino que en un momento de sus vidas se enfrentan a situaciones de marginalidad o no.

Los perfiles de los hombres parecen adecuarse al tipo conformista y ritualista, pero también se encuentran rasgos de tipo rebelde así como también hay perfiles de retraimiento. En las mujeres vemos que los perfiles de éstas parecen adecuarse al tipo innovador y rebelde pero también hay perfiles de conformismo y retraimiento. Estas clasificaciones a partir de Merton no son rígidas, en tal sentido, se utiliza con preferencia la oscilación entre la marginación y la innovación por parte de las pcpa, en ellos se da la variabilidad de los comportamientos y posiciones de marginalidad/innovación entre las pcpa, como algo dinámico y en constante cambio, dependiendo de los recursos del sujeto y del soporte familiar e institucional. Se propone una flexibilidad de la tipología aportada por Merton (1964) pues cada uno de nosotros puede tener ese tipo de respuesta en algún momento, las considero como interpretaciones a partir de lo que la persona espera de la vida y de lo que me aportó cada una en un momento determinado y que por supuesto al cambiar las situaciones la marginalidad puede avanzar, retroceder o desaparecer.

En la innovación de las pcpa, es necesario visualizar su configuración, en tal sentido, Romaní (1996:305) plantea analizar el nivel de “las prácticas y discursos de los que podríamos llamar «innovadores culturales» que... [proviene] de gentes que tuvieron «áreas sensibles» de conflicto en relación a la sociabilidad, al uso de ciertos fármacos, a la sexualidad, a la construcción de género, a su movilidad geográfica y a su construcción étnica, etc.”. En estos «innovadores culturales» o sujetos es necesario ver su interacción con la sustancia y el contexto, en la que Arza (2002) añade un elemento que me parece importante antes de clasificar rígidamente la tipología de Merton, dicho elemento añadido

para comprender este modelo que es el **factor tiempo**, es decir, que al asumir el modelo multidimensional del consumo en la persona: sustancia, individuo y contexto, incluyendo en el análisis el factor tiempo como elemento que mediatiza permanentemente las características de cada uno de estos elementos y de sus interacciones. Se expresa gráficamente tal como sigue:

Figura 13. Individuo-Sustancia-Contexto-Tiempo:



A partir de la realización de la investigación, añadiría otros dos factores para completar seis interacciones, sería **recursos**: la disponibilidad o no de la pcpa de recursos económicos, familiares, laborales, participación en GAM, pensiones y, los **factores**: entenderemos los factores de riesgo/protección que aplica tanto el individuo como a la vinculación del mismo a la institución sanitaria. Dichos recursos y factores hacen menos o más proclives a las personas de permanecer en situaciones de marginalidad o les ayuda a salir de dicha condición. El juego de todos los tipos de personas y las interacciones incidirán o no en el proceso de marginación vs. innovación de la pcpa; esto me parece vital desde un punto de vista teórico pues permite la comprensión de ciertas características y tendencias de las personas con problemas de alcohol y a su variación. Veamos algunas caracterizaciones a partir de los sujetos:

8.1.1. AFRODITA: ¡SOY CATALANA!

Afrodita aspira a una estabilidad laboral y de pareja. Ella acude al dispositivo de una manera inconstante, a pesar de ello siempre ha estado vinculada al dispositivo, ha conseguido el apoyo por parte de los profesionales para canalizar ayudas y pensiones; quizás con un poco más de claridad pueda seguir adelante con su vida. En las siguientes palabras están presentes sus aspiraciones:

...estar bien con mi familia, estar bien aquí y ya está. Cumplir con mi trabajo y ya está. Me gustaría trabajar de personal de la limpieza urbana, de limpiar las calles eso me gusta, ya en la tarde estaría en casa y en la noche espero a mi chico, lo conocí en el ayuntamiento, estaba divorciado. Yo le dije que estaba aquí, que estaba sola. Él tenía muchos problemas ¡eh!. Ahora estoy metiendo currículum, espero que me salga ese trabajo, me gusta. Me dicen que a lo mejor para el verano. Ese trabajito me gustaría, estar limpiando así un poquito por las calles, recogiendo y ya está. Podría estar más en casa y venir más aquí. Esa es mi ilusión. (Afrodita, 2009)

En cuanto a su problema con el alcohol y otras drogas considera que no tiene problemas, en este sentido parece adecuarse más al tipo rebelde para lograr por medios alternativos lo que quiere pero a la vez aspira cambiar algunas cosas en su vida con ayuda institucionalizada.

8.1.2. ELENA: BAJAR A LA REALIDAD

Esta mujer describe su nueva oportunidad al ingresar en una comunidad terapéutica. Se trasladó desde el País Vasco hasta Cataluña para iniciar su itinerario asistencial, refiere que su problema ha sido no por el consumo de alcohol sino por la depresión. Comenta que su consumo estaba causando distorsión en sus relaciones familiares:

...yo veía que no tenía ningún problema hasta que yo no me vi ingresada aquella noche, y yo decía "sí, yo lo puedo dejar cuando quiera". No veía yo que tenía algún problema cuando toda mi gente de alrededor si que lo estaba viendo que verdaderamente tenía un problema, pero yo les decía 'Bah, estáis locos vosotros, dejadme en paz, jolín'. Con mi madre venía 'jo... [Elena] por favor' y yo 'Jo, mamá déjame en paz', como muy chula, muy egoísta, muy egoísta porque sólo veía mi punto de vista y no veía que tenía ningún problema ¿Sabes? Yo decía 'si lo puedo dejar cuando quiera yo' pero no era así. No, no era así, yo me levantaba y estaba pensando dónde iba a ir a comprar alcohol para llevármelo a mi casa y bebérmelo. Tenía amigas, pero yo preferiría hacerlo sola en casa, aunque no era consciente en qué agujero me estaba metiendo, pero me daba vergüenza también ¿sabes? De que la gente me viera así. Entonces, prefería quedarme en mi casa sola y hacerlo a gusto sola sin que nadie

tuviera que decirme nada, me daba vergüenza sobre lo que pensarían de mí. Lo escondía todo. (Elena, 2009)

Elena señala los beneficios de su estancia en la CT, refiere que antes de entrar a la misma su vida iba perdiendo sentido. Al entrar en la institución recobró las ganas de vivir por el contacto con la naturaleza, la tierra, el trinar de los pájaros. Enfatizaba que tenía buenos recursos familiares y económicos para salir adelante, lo que pudiera indicar algunos respuestas de innovación y rebeldía para buscar por sí misma los medios para abordar su problemática.

8.1.3. FENICIA: EL TRABAJO ESPERADO, LA VIDA CONTINUÍA

Esta mujer, a pesar de las múltiples adversidades ha conseguido salir adelante, afirma que sólo le faltaría un trabajo:

Quiero un trabajo ya, cada día me estoy consumiendo porque me siento inútil. Siento que soy una persona que tengo vida pero no encuentro un maldito trabajo. Hay mucho trabajo en el campo, me dicen que mire, que mire, que mire. Voy al paro y me dicen que vaya a trabajar al campo. Me siento como desesperada, como con un susto, algo. A mi me gustaría hacer algo, así sea estudiar, quería terminar el curso este que tengo de Auxiliar a Domicilio, lo hice en el 2006 y me dicen que no está completo, que el curriculum no está completo. Tendría que ir a una prueba de residencia... (Fenicia, 2009)

Esta cita resume su impotencia al no poder conseguir un trabajo. En cuanto lo consiga afirma que su vida continuaría con más tranquilidad y también cuenta con el apoyo de una pareja que no vive con ella pero se siente apoyada por la misma. A pesar de ello en muchos momentos se siente vulnerable, pero expresa que lo más importante es el apoyo que recibe de su pareja actual, se añade que poco a poco aprende a confiar en las personas que le rodean y a tener relaciones más “sanas”.

Con respecto a su consumo de alcohol señala “últimamente no me gusta, he probado un poquitín de vino, me tomo un vasillo o dos los sábados o los domingos y nada más. Me levanto por las mañanas y me tomo una pastilla para no beber. Tengo alcohol en casa, no lo he tocado para nada, conforme lo he dejado allí esta”. (Fenicia, 2009). Su propuesta está basada en la reducción de daños y su tipo pudiese ubicarse con rasgos de innovación y rebeldía, pero en determinados momentos se conforma y acepta su realidad.

8.1.4. LIBERTAD: «CON LAS ALAS AL VIENTO»

Título la narrativa de Libertad de esta manera porque señala su predilección por este título de una canción de Rocío Jurado. Es una de las mujeres con las que he podido hacer más seguimiento de su itinerario asistencial, tiene un año dada de alta en el CAS. Con ayuda de su terapeuta abandonó los consumos problemáticos de alcohol. Ambas decidieron que había completado el trabajo necesario para poder hacer funcionar su vida de manera estable. Tiene dos años sin tomar alcohol, optó por la abstinencia. Comenta que ahora sólo toma antidepresivos cuando los necesita. Ante la posibilidad o no de consumir de nuevo alcohol señala:

No, no creo, porque me pone muy mal consumirlo, ahora estoy en tratamiento con antidepresivos y no puedo tomar. Si tomo una vez estaré borracha. Lo que me gustaría es seguir así, es que me siento bien sin beber, igual estaba más alegre cuando bebía, tenía mis momentos de alegría, cuando empezaba a beber no sabía si iba acá o a otro lado, no sabes como te va a caer las cosas, puedes caer en la risa o en la depresión, no quiero correr ese riesgo. (Libertad, 2009)

No ha logrado que ella y su marido se vayan a vivir a Andalucía pero ha redefinido su deseo haciendo una decoración en su piso con estilo andaluz y también acuden con asiduidad al centro Andaluz. Sobre su deseo de ir a vivir a Andalucía refiere:

Me hubiera gustado irme a vivir a Andalucía pero hay cosas que no se pueden. No es que no me guste Cataluña pero me gusta más Andalucía. Son adorables, allá es otra cosa tengo más amigos, tengo más contactos. Aquí ni te miran. Pensaba que la vida aquí era la misma. Venimos a L'Ametlla porque tenía mucha depresión pero yo pensaba que era momentáneo, no era para estar tanto tiempo. Si un día él se va, yo me voy a Suiza o a Andalucía lo tengo claro. No es que yo quiera que él se vaya, a mí me gustaría vivir con él allí pero él no quiere, ya lo hemos hablado. Mi sueño es vivir en Andalucía... allá hay muchos vinos. Me gusta Andalucía toda. He ido a Huelva, Cadiz... Jaén no, Málaga poca cosa, Almería un poco también, he ido a todo lo que podido. Es mi sueño estar allí, mi marido me dice 'tu vete que si puedes', pero él fue quien me enseñó todo eso e irme sin él no podría, es para vivirlo con él. Siempre que podemos vamos a una fiesta... No sé, a ver yo te digo que quiero ir con mi marido porque lo quiero, pero él no va al sitio que yo quiero, por eso acudí al alcohol, me liberaba totalmente pero ha sido una vida totalmente con el alcohol. He visto cosas horribles ¿sabes? Porque vivir aquí es aguantar. Ya sé que bebiendo no gano nada o me mato o muero de pena. Tengo 50 años, o me acabo de morir o no sé que hacer. Estaba dando vueltas, vueltas y vueltas y nada. A ver, ni me llega estabilidad y no puedo alcanzar la otra de ir a Andalucía. Quiero vivir la vida de otra forma. Le he dicho mi marido 'nos vamos a Andalucía, sino quieres ir yo voy'. (Libertad, 2009)

Su familia de origen vive en Suiza y los visita una o dos veces al año, si no consigue su objetivo de irse a vivir a Andalucía, le gustaría es regresar a su país de origen:

A Suiza voy sola a veces, porque mi familia ya está mayor, mi madre tiene 76 y mi padre 86, voy para estar con ellos. Cuando salgo él no tiene la confianza, cuando pasan los años cambiamos. Yo descubro cosas que no las sabía cuando teníamos un año. Yo quiero mucho

a mi marido pero me gustaría de otras formas también. No me acompaña en hacer lo que me gusta, he aquí el misterio, quiero dejar a mi marido para irme a vivir a Andalucía, también quiero irme a vivir a Suiza. Francamente este es un sitio que no me llena. No puedo ser feliz porque vivo aquí. Estoy en la nada. Estoy aguantando y no me siento feliz. Es como si viviera en una cárcel pequeña, los garrotes representan el matrimonio. Dentro de esa cárcel no tengo nada. (Libertad, 2009)

Uno de las cosas que más la recrea y la hace sentirse con las “alas al viento” es dedicarse a seguir sus intuiciones, recordar sus sueños, consultar la astrología, el tarot, la videncia por las páginas gratuitas por las webs de internet, y además contactar con personas con las que considera que puede tener algún tipo de amistad. Concuere con lo que afirmaba durante la realización de la entrevista “hacer cosas nuevas, hacer cosas nuevas como vivir, sino cambia arreglármelas como pueda”. (Libertad, 2009)

Aporta en su narrativa varias técnicas para salir de su “laberinto”, unas de tipo físico, que implica tomarse su medicación y otra lograr “cambiar el automático de pedir siempre una cerveza para no equivocarse al decirlo”. Durante el tratamiento en el CAS, ya practicaba esta técnica frente a un espejo de ensayar pedir bebidas no alcoholizadas. También empezó a escribir su historia, que le ha permitido estar más contenta con lo que tiene. Señala que le gustaría realizar un curso para trabajar con personas ancianas o discapacitadas, no obstante describe que dificultades de tipo físico se lo impedirían:

Voy a coger el curso que dan en la CAIXA, eso lo hace la Fundación La Caixa, vas a un sitio donde te dicen en una clase qué es lo que tienes que hacer y después si veo que lo puedo hacer me pongo como voluntaria, lo único es que físicamente no puedo hacer cosas pesadas porque tampoco quiero estar mal yo, no me ayudaría ni a mí ni a los demás. Encima si hay otras personas que están en la misma situación que yo, me ayudará mucho y me encantaría hacerlo. (Libertad, 2009)

Termina su relato enfatizando que la entrevista con la investigadora le ayudó a situarse y a buscar cosas que la persona había “escondido en un sitio en mi cabeza” (Libertad, 2009). La narrativa le permitió hacer un análisis personal. Hace una diferenciación entre el mundo real en el que tiene que jugar o perder y el mundo de la fantasía que le permite jugar, sentirse fuera de la realidad (imaginada), lo cual le produce euforia. Esta persona pudiera ubicarse con rasgos de tipo conformista al no poder lograr lo que quiere y desea, y se observan algunos rasgos de innovación pues crea estrategias para sentirse más a gusto con su vida y con lo que tiene.

8.1.5. MAGDALENA: BUSCARME LA VIDA DE OTRA MANERA

Magdalena aspira a tener una vida mejor, pues tiene un trabajo que le produce insatisfacción y malestar. Señala varias causas para el consumo de alcohol, le “gustaría tener una vida mejor todavía. Lo que tengo como una espina es ese trabajo... quisiera buscarme la vida de otra manera” (Magdalena, 2009). No obstante, en los momentos actuales considera difícil a su edad de 48 años cambiar de trabajo, sufre y padece pero continúa en el mismo lugar. En este sentido, se conforma con lo que tiene en los actuales momentos y siente que no puede hacer nada para lograr lo que desea, lo que hace sentirse impotente para cambiar su situación actual. También tiene respuestas de tipo ritualista en determinados momentos. Expresa que no tiene el apoyo de sus dos hijas mayores, fruto de su primer matrimonio. Sólo cuenta con su marido actual y con su hija producto de dicha relación. Con respecto a su consumo de alcohol afirma no está segura de abandonarlo “no sé, porque si le cojo manía, ya le empiezo a coger manía” (Magdalena, 2009). Piensa que la vida hay que disfrutarla mientras se pueda, le gustan las fiestas de verano, especialmente hace referencia a las fiestas de su barrio, en las cuales tuvo la oportunidad de estar presente en alguna ocasión.

8.1.6. PEPA: MI VIDA ES UN DESASTRE

Pepa afirma “físicamente me siento mal, he perdido muchas cosas”. Explica que:

...todo es negativo ahora, no tengo a mi hija conmigo, me quieren echar de mi casa porque la hipoteca no la he pagado desde hace un año. Tengo un juicio con [el banco]. He tenido que ir a juicio, reuniones, he pedido una prórroga para poder pagar y dicen que es inviable. Le he dirigido una carta al director que está en Barcelona para decirles que no me siento en nada considerada por ellos... (Pepa, 2009)

El banco la ha condicionado a pagar la deuda y señala “ahora no puedo ni pagar el mes que me toca, o pago lo anterior totalmente o no sigo pagando. Que me darán el desahucio a final de mes”. En el Diari de Tarragona de fecha 20-03-2010 la pareja hizo pública la noticia del desalojo de la vivienda por parte de sus acreedores. A su preocupación por perder el inmueble, añade otra inquietud sobre su hija de ocho años, quien vive en acogida con su hermana en Girona, señala «nadie me la va a regresar sino tenemos casa donde vivir».

En tiempos de crisis, familias como la de Pepa resienten el estallido de las *burbujas del*

bienestar, en que la pareja disfrutó de bonanza económica, pues ganaban aproximadamente 4000 € entre el sueldo de su marido, quien trabajaba como “encofrador y paleta”, y su pensión de invalidez, lo que les daba dinero de sobra para vivir y pagar la hipoteca. Para ese entonces refiere, “no teníamos problemas para pagar, teníamos coches, teníamos cosas”. Recientemente su marido perdió el trabajo, acontecimiento que fue considerado por ella “horrible”. El dinero se va en reclamaciones, juicios y demás. Por ello dice “siento que mi vida es un desastre”. Uno de sus coches esta hecho una “bicoca”, según sus palabras, para describir su deterioro, y al no poderlo pagar la concesionaria también se lo expropiaría (Pepa, 2009).

Pepa señala que los efectos del alcohol van cambiando con los años, actualmente afirma que la sustancia le causa repulsión, por ello se hizo el propósito de no volver a consumir:

No, porque quedé hecha asco la última vez y sólo de pensar en una botella de whisky me causa asco. Lo que pasa es que anteriormente me causaba asco y se me tapaba la nariz cuando lo tomaba, pero quería los efectos, pero los efectos ya no son los que tenía hace 25 años. Los efectos ahora son morirme, es estar todo el día tirada en el sofá vomitando, vuelta a beber, vomitando. Me pillaba sola porque mi marido me había dejado desde que yo empecé a beber alcohol, eso fue en julio- agosto pasado. Sólo subía a arreglar los animales, a darles de comer, pero pasaba de mí mientras estábamos separados. Me dijo eso, o me ingresaba o él se separaba de mí definitivamente, que no me aguantaba más. Ingresé en Dual el día 1 de septiembre en el P. M. y salí el 7 de octubre y no he tenido ninguna recaída. (Pepa, 2009)

Los problemas a los que hace referencia son de tipo orgánico y señala el cambio de percepción de la sustancia:

No, yo sé que me causa problemas y no puedo consumir alcohol, lo detesto. Puedo tomar aunque sea una cerveza pero no un cubata porque me voy, no quiero ni verlo, ni olerlo, ni ver como toman, ni ver a gente borracha. Bueno dices yo era así, con la pesadez, caerme y todo, lo que recuerdo una vez hace dos años que perdí el conocimiento, sé que me bebí un cubata y no me acordé de nada. Cuando abrí los ojos estaba en urgencias. Mi cuerpo no lo tolera, me pongo muy mal. (Pepa, 2009)

Pepa, según la clasificación de Merton (1964) entraría en el tipo retraído pero también puede verse rasgos de conformidad, pero cuenta con recursos institucionales, pues busca ayuda del CAS para afrontar su problemática. Tiene recursos a nivel familiar, aunque le cueste reconocerlos, y también institucionales, que le permiten innovar a pesar de la adversidad que enfrenta.

8.1.7. RENACER: DE UN TROZO DE VIDA A UNA VIDA COMPLETA

Renacer, con 27 años piensa que aún está a tiempo de recuperar muchos aspectos de su

vida, en especial el estar con su hijo:

...He perdido mucho el tiempo y no lo he sabido aprovechar y me he dejado llevar por la mala estabilidad. Aún estoy a tiempo, por supuesto, porque tengo 27 años ¡Madre mía! Pero he perdido mucho tiempo y me siento muy culpable por no haber podido estar con mi hijo. Lo perdí a los cuatro años y ahora tiene seis. Lo que tengo que hacer de aquí en adelante es saber reconstruir: volver a estar con mi madre, volver a estar con mi hijo, una persona normal y formar una familia normal. Quiero volver a tener otro hijo, por supuesto, quiero sentirme bien conmigo misma, con mi hijo, con todos. Una persona normal, porque siempre me he visto como un cero a la izquierda. Volver a conseguir mi vida por qué he perdido mucho tiempo, muchísimo, muchísimo. Ahora lo voy a recuperar, por supuesto ¡Madre mía! Mi madre me decía, te quieres comer al mundo y el mundo te va a comer a ti ¿no? Yo tenía 16 años y ya quería tener 18 y ahora ya tengo 27 con un niño y sin haber aprovechado verdaderamente. Quizá porque tuve una infancia muy dura, mis padres se separaron muy pronto, mi hermana y yo tuvimos que ir solas al colegio, teníamos que cuidarnos una de la otra. Mi madre hizo lo que pudo para podernos sacar adelante. Creo que por la infancia que he llevado, he traído lo que he traído. Ahora yo voy a reconstruir todo eso. Tengo muchísimas ganas de estar en mi casa, de estar con mi niño, de poder decir 'voy a duchar a mi niño, lo voy a vestir, lo voy a llevar al cole, lo voy a buscar'... una persona normal que hasta ahora no lo he sido, porque antes lo que tenía era *un trozo de vida* y sólo quería consumo, consumo, consumo y sólo era problemas, problemas, problemas; porque si consumes a eso es lo que te lleva. El consumo es igual pero no hay más. Ahora veo que hay muchas cosas que hacer en la calle. (Renacer, 2009)

El plantearse nuevamente el consumo o no es algo que no quieren pensar las personas que se mantienen abstinentes por un periodo. Renacer plantea sus inquietudes actuales a nivel inconsciente, mediante el sueño y también plantea posibles situaciones futuras y le parece impredecible su reacción al volver a consumir alcohol:

A ver, es una cosa que a mi me cuesta mucho, porque realmente allí en comunidad he tenido muchos sueños con el consumo. Y según la psicóloga eso es porque hay ganas de consumir otra vez. ¿Qué quieres que te diga? Realmente si no, volver a recaer sería eso, me voy a una boda y me voy a tomar un vaso de vino comiendo, igual podría ser peligroso porque empiezas con uno y luego sigues, sigues, sigues, se te ha podido ir de las manos ¿no? Lo recomendable sería no volver a probar más el alcohol, aunque sea una copa, en mi caso yo creo que sería un poquito peligroso. Lo mejor sería no volver a tocarlo nunca más. El futuro no lo sé, si me pongo un límite desde ya... o me tomaría sólo una cerveza y de allí no me pasaría más. Por el momento no puedo pensar en eso. (Renacer, 2009)

Plantearse un límite es una posibilidad para ella, pero también considera la abstinencia completa:

Si, puede que sí, yo creo que ahora sabría ponerme un límite, antes no lo sabía. Ahora me tomo una cerveza pero sé que en cuanto termine esa cerveza se acabó. Creo que sabría ponerme un límite, pero si me lo puedo quitar lo dejo. Por la experiencia que he tenido sería mejor no probarlo porque veo que mejor sería beberme una Coca-Cola o beberme una Fanta. Me siento yo misma bien, en un principio yo no sabía que podía ponerme un límite, yo creo que sí lo conseguiría. Creo que mejor sería no probarlo (se ríe). Esas dudas durarían para toda la vida, pero eso lo hablamos mucho en comunidad, ¿si estáis alegres os beberíais un cerveza? Cuando salgáis de cachondeo, un cubata o dos. Suena raro ¿no? Oye, me voy de fiesta y sólo planteo beberme 2 cubatas. En CT los cumpleaños los celebramos, las fiestas de Navidad, y lo hemos pasado pipa, sin necesidad de consumir alcohol. No necesitas beber realmente para pasártelo bien. Todavía lo dejamos que en principio ¡no!. (Renacer, 2009)

Renacer cuenta con su familia y con el apoyo del Servicio de Drogodependencias y una Comunidad Terapéutica que le permitirán realizar una reinserción social para rehacer su vida según sus aspiraciones, con tintes de innovación. En su relato hay conformidad en la que se integran los medios y los objetivos, pero hay resistencia a dejar la sustancia definitivamente.

8.1.8. SHÜLI'WALA: UNA ESTRELLA EN EL FIRMAMENTO

“La vida ya no la recuperaremos, pero si podemos vivir la que nos queda” (Shüli'wala, 2009)

Shüli'wala significa estrella en lengua del pueblo wayuu, hubo una buena interacción con esta mujer durante la entrevista y en otras oportunidades en la cual pude compartir con ella. Cuando le pregunté que nombre quería que le pusiera en la investigación para garantizar la confidencialidad me dijo con énfasis “un nombre bonito de tu pueblo”. Incorporo sus palabras en las que evidencia que vivió la vida que le quedaba por vivir hasta su muerte en enero de 2011. Fue una mujer con quien pude hacer un seguimiento continuo hasta la fecha de su muerte, gracias a su participación en la terapia grupal, de otro modo habría sido imposible.

Expresaba en la entrevista su miedo al fin del tratamiento, porque no quería estar sola, temía recaer en el consumo y para evitarlo señalaba que escribía, leía, y se planteaba estudiar. Su vida era una carrera sin descanso que consideraba como un aprendizaje, el cual “...unas veces las he cogido bien otras veces las he cogido mal. Me he encontrado con cosas que otros no se encuentran”. (Shüli'wala, 2009)

En su itinerario asistencial pudo encaminar varios aspectos de su vida. Recibió apoyo de su hijo, de la persona a la cual cuidaba y de los profesionales que le permitieron canalizar muchas cosas, especialmente a continuar con su vida en momentos difíciles. Al final de su vida consideraba “es mejor mi vida como la veo ahora”. Señala que estaba “más tranquila y trato de recordar cosas buenas. Trato de recordar cosas buenas de mi madre, de mi hermano, cosas buenas de la adolescencia”. (Shüli'wala, 2009).

Esta mujer tenía claro que no podía volver a consumir alcohol, por ello se mantenía abstinentemente y no sentía la necesidad de consumirlo, porque sabía que si lo probaba no podría

detenerse, dice “no, ahora no. A ver, no puedo tomarlo, estoy consciente. Ahora no siento esa necesidad. Pero sé perfectamente que no puedo tomarlo, no puedo tomarlo. En cuanto lo pruebe se despierta otra vez la necesidad, como la necesidad de beber agua que es muy buena”. (Shüli’wala, 2009) Esta afirmación revela su vulnerabilidad por su tendencia a la ansiedad, a la depresión en la que permanece como marca indeleble una historia de retraimiento por causa de abusos sexuales y un patrón de respuesta que lleva a beber ante las crisis de la vida. Su comportamiento oscilaría entre el ritualismo y el retraimiento, pero también pudo innovar algunas cosas en su vida.

8.1.9. AS: LA VIDA ES UNA COSA MUY COMPLICADA

Este hombre considera que “...esto ha sido una rutina, un tiempo me ha dado a entender que existe un lado malo en la vida, a veces uno aprovecha lo bueno y echa atrás lo malo, para mí la vida es así... la vida es una cosa muy complicada” (As, 2009). Luego del tratamiento ambulatorio y de vivir en un estacionamiento de un edificio, pasó a continuar su tratamiento en una comunidad terapéutica. Refiere que en el estacionamiento ha estado bien, pues “si duermo en la calle te llaman loco, que estás drogado”. (As, 2009). A pesar de todo As quiere rehacer su vida “que tenga mis cosas y para comer. Me falta mucho por hacer”. (As, 2009).

Señala que su vida es muy similar a la película Papillon¹ para describir la lucha que tiene todo el tiempo para escapar de su “cárcel” (la vida que le ha tocado vivir). Su problema con el alcohol se inicia en la milicia y para controlar dicho problema considera que todavía le falta mucho por hacer para conseguir su “libertad” y evitar su “muerte”. Al respecto dice “...si no lo controlo [alcohol] viene la muerte, hay que hacerlo sólo por eso”. (As, 2009). Se plantea consumir lo menos posible, por ello afirma “no, mientras menos lo pruebe mejor, es como meterle la mano al fuego, son mentiras y problemas, no llego a ningún lado”. (As, 2009). As se presenta como el tipo rebelde, rechaza los medios y fines culturalmente prescritos a pesar de que acude a ellos, vemos que su vida tiende un poco a la marginación pero va recibiendo soporte por parte del CAS y logra salir con dificultad hacia delante.

¹ Del Director Franklin J. Schaffner protagonizada por Steve MacQueen (Papillon) y Dustin Hoffman (Delga), Papillon es conocido debido a su tatuaje de Mariposa en el pecho y simboliza la libertad, es condenado a cadena perpetua por un crimen que afirma no haber cometido. Es enviado a las colonias penitenciarias de la Guyana francesa y la Isla del Diablo. Tras 13 años de detención, su coraje y persistencia inquebrantable lo llevarán a la libertad.

8.1.10. AZÚCAR: ¡HE ESTADO METIDO EN UNA HUCHA!

Una caída aparatosa por estar embriagado, varios golpes y maltratos de unos desconocidos, fueron hechos que hicieron que Azúcar afirmara “no he vuelto a tomar...llevo dos meses que he cambiado porque me he dado cuenta que la vida así no es vida, he estado metido en una hucha, me he dado cuenta que mi vida, mi juventud me la he pasado allí [Cárcel]. Sí, me metieron por 19 años, me sacaron para hacer la mili y cuando terminó la mili otra vez a la cárcel. Ahora me tengo que divertir y no puedo, no cobro nada, aquí me agarraron 10 puntos [muñeca], tenían las clavícula rotas y las costillas, ahora es que me sobran puntos. ¡Vamos, si no me dan la pensión me tiro al tren! (Azúcar, 2009). Hace énfasis en la necesidad de la pensión, de no conseguirla “...si no viene lo que tiene que venir le aseguro que me pondré en la puerta con un motín, me instalaré allí para que vean que no hacen nada”. (Azúcar, 2009)

Sobre su vida considera que “cuando acabe mejor... cuanto antes me muera mejor, menos sufrimiento”. Sentencia que “no le tengo miedo a la muerte, le tengo miedo a la vida que he vivido”, una vida que transcurrió muchos años en la cárcel. Discurre sobre la vida y piensa que “está poniéndose muy mala y llegará un momento que por las noches no puedas andar ni por las calles. La delincuencia sale por las noches nada más, porque en el día están cansados. Y el que sale se arriesga. Y yo creo que bastantes ladrones hay en España para que vengan de afuera”. (Azúcar, 2009)

Azúcar tiene respuesta de tipo conformista; no obstante, pueden apreciarse algunos rasgos de innovación en la medida que se le brinden determinadas condiciones para salir adelante, si no logra su consecución afirma que optará por medios no aprobados para tratar de alcanzar las metas que se propone.

8.1.11. CUPIDO: HAGO LO QUE PUEDO, ESTOY BASTANTE MAL

Cupido considera que en su vida le “ha ido bastante mal, yo no sé si estoy renegando de ella pero no estoy contento del todo. No he sido muy feliz por motivos casi siempre familiares y de lo que te he hablado”. (Cupido, 2009). Los motivos familiares que señala es

que vive con sus progenitores, con la madre tiene una buena relación pero con su padre no la tiene y se refiere al mismo como “un alcohólico”. Hace años que se separó de su pareja y tiene dos hijos mayores de edad.

Cupido ha tenido varios intentos de dejar el alcohol con poco éxito, a lo que hay que añadir sus problemas mentales, que complejizan su padecimiento. En momentos de angustia, al no poder dormir, hay una vuelta al consumo, en la siguiente cita se plantea un discurso ambivalente con respecto a la sustancia, que tiene por finalidad “ampararlo” de su problemática: “no, eso ya no puede ser y si alguna vez quiero volver a consumir como antes trataré por todos los medios de que no sea así. Si, por ejemplo, me pasara a otra cosa que es más grave que crea que es por eso el motivo, yo igual tendría que ampararme en el alcohol”. (Cupido, 2009). Su apego al dispositivo permite verificar algunas respuestas de conformidad y ritualismo con respecto a su problemática y situación de vida. Es importante reiterar que cuenta con el apoyo de su familia y del dispositivo que le permite innovar y seguir adelante; su vida pudiera ir avanzando en grado de marginalidad si llegasen a faltar los soportes señalados.

8.1.12. DANIEL M.: LA PERSONA ES COMO LA ABEJA, VA DE FLOR EN FLOR

Daniel llegó a España hace 27 años y en España morirá, a pesar de todos los tropiezos que ha tenido quiere comenzar una nueva vida y su aspiración es “si yo te lo digo no lo creerás, yo quiero conocer una chica, tener hijos, tener una casa bien. Sería como volver empezar. Después de todo lo que me ha pasado, ahora tengo que ser un hombre correcto y serio”. (Daniel M., 2009). Todo tiempo pasado fue mejor para Daniel, hasta 1992 que se origina toda su problemática, cuando “un negro” le dio a fumar un cigarro que estaba preparado para causarle todos los males, no sólo a nivel físico sino también económico y social. A partir de allí pierde su pareja, coche, salud, finanzas, estabilidad laboral. Su malestar es explicado tal como sigue:

Lo que pasa es que tuve problemas del trabajo y con la salud, me he caído, son dos flechas al mismo tiempo; los amigos pero no tengo amigos, tengo solamente yo y mi salud. Por eso cuando hablo, hablo directamente a la gente. Tuve una depresión y lo saben ellos [familia] muy bien que tuve una depresión. Me he fumado un cigarro, un cigarro que me dio un negro. Un negro de mala raza. Ellos encontraron arroz barato aquí, encontraron rubias aquí. Pero yo me he fumado algo. A lo mejor tenía veneno. Cuando lo encuentre le voy a romper la cabeza. No lo voy a dejar escapar. Cuando resuelva las cosas aquí voy a ir a buscar ese negro. Yo voy a preguntar dónde está e iré a buscarlo. Si está en la luna iré para allá...

Un chico me preguntaba ¿qué es la vida? Le he dicho la vida es la personalidad, la dignidad, respeto al que está al lado tuyo, cerca de ti, sea amigo o sea vecino, mujer. Nosotros estamos enamorados de la naturaleza, la belleza es siempre la belleza, nunca te dice esto es malo o esto es bueno. Estas enamorado de la naturaleza, queremos la naturaleza... he venido aquí a trabajar y a luchar... mucha gente se ha muerto por depresión, te viene depresión por una tontería o te viene depresión por una mujer, por una persona. Cuando entré España tenía todas las puertas abiertas, era joven, tenía memoria, fuerza. Tenía 26 o 27 años, eso fue en el año 80... te encuentras a lo mejor una persona borracha, tirada y no te has fijado en él. La persona es como la abeja va de flor en flor, hasta que junta un poquito y se va a su jaulita. ¿Dónde se va al final la persona? Bajo tierra y cuando llega el momento, así tenga millones o tenga lo que tenga, de la tierra venimos y a la tierra volvemos. (Daniel M., 2009)

Esta persona deposita en su madre el estímulo para su recuperación, pero es alguien a quien no tiene cerca y a quien la mayor parte del tiempo ocultó su problemática:

No, yo cuando te he dicho que he parado, es parado del alcohol. El alcohol no. Yo estoy sufriendo cuando veo a mi madre sufriendo. Por ejemplo, hay madres que están sufriendo cuando los hijos se meten a la droga, madres que sufren por los hijos. Entonces, yo digo que mi madre sufre por mí. Mi madre tiene que verme bien arreglado, como una persona, no tiene que verme como un perro. (Daniel M., 2009)

A sus problemas físicos se añaden varias presiones que el sujeto reelabora constantemente a partir de su pérdida de memoria, de trabajo, de pareja, de bienes materiales, que han deteriorado la imagen que quiere proyectar hacia su familia y a su sociedad de origen; es decir, sus pérdidas han puesto en “jaque” su honor y prestigio como magrebí que vive en Europa, de los cuales todos sus allegados esperan éxito, salud y bonanza. En Daniel podemos ver respuestas de tipo ritualista pero también innovadora, pues recrea mucho su vuelta a Marruecos para proyectar sus éxitos y pretende morir en España pues se siente parte de la misma.

8.1.13. ERASMO: SÉ QUE HAY ALGO, PERO NO SÉ LO QUE ES

Erasmus considera que su vida ha sido “muy intensa”, ha conocido a “muchísima gente... mucha gente que ha valido la pena y los he perdido, en concreto un par de compañeras que he tenido”. A pesar de todo piensa en rehacer su vida pues “aún no se ha terminado y aún me quedan años para hacer”. (Erasmus, 2009)

No se plantea volver a consumir “nunca, porque me conozco y probablemente volvería recaer”. Incluso en los acontecimientos sociales en los cuales hay más presión para consumir se mantendría abstinente “no, ni porque venga hoy es tu cumpleaños, ni porque hoy es Nochevieja. Nada, nada, nada”. (Erasmus, 2009)

Una de las cosas que destaca es su lucha por las causas difíciles como el medioambiente, las injusticias, la mala política y la hipocresía de la iglesia; con respecto a éste último expresa que una vez intentó quemar la iglesia de su pueblo, explica “no tengo nada en contra de la iglesia, estaba en contra de la hipocresía de la gente que va a misa. [La gente] Todos los domingos va a misa y el resto de la semana es muy falsa, es la verdad”. Después de ello era repudiado en el pueblo por dicho antecedente, pero ahora, como lo ven “recuperado”, es visto con un poco más de aceptación por parte de los vecinos de su pueblo.

Destaca que su creencia religiosa “es una visión un poco mía, no me gusta pertenecer a ninguna religión, quizás con quien más simpatizo es con el planteamiento budista, pero tampoco el planteamiento que tienen ellos de la reencarnación como tal, no me parece adecuado ¿no? Soy creyente, sé que hay algo pero no sé lo que es”. (Erasmus, 2009). En su respuesta vemos algunas respuestas de tipo ritualista pero también de innovación. Cuenta con recursos de su familia y del dispositivo para salir adelante lo que permitiría a la persona superar las adversidades actuales y rehacer su vida.

8.1.14. HANS: REGRESARME A ALEMANIA O VIVIR EN ANDALUCÍA

Cuando conocí a Hans estaba dispuesto para viajar a Málaga con su pareja, había resuelto muchos problemas de documentación y de salud en el CAS, no obstante, decía que tenía que regresar lo más pronto a Alemania para mejorar su calidad de vida.

Refiere un consumo normalizado y sin problemas de alcohol y “porros” que no son consideradas drogas, “nunca he estado en tratamiento por eso, si no quiero beber, no bebo. Yo a veces bebo, pero he pasado hasta dos o tres meses sin beber, no tenía ganas. No he probado otras drogas, solamente porros, pero porros no es droga, es natural. No tomas ni metadona ni esas cosas” (Hans, 2009). Hans parece adecuarse al tipo rebelde, pero está adscrito a medios establecidos para conseguir sus objetivos.

8.1.15. JOAO: LA VIDA ES MUY DURA, PERO PARA OTROS ES COMO UNA PALOMA, SIN FAENA, ES MÁS FÁCIL... A MÍ ME GUSTA TRABAJAR

Con la pregunta ¿Qué piensas de tu vida? Joao “[suspira hondo] es una preguntaaa... (se ríe a carcajadas) un poco fuerte pero te lo puedo decir, lo que pienso de mi vida es ver a mi hijo bien, ver a mi mujer, mis padres, mis hermanos y yo trabajando claro y mi hijo

también”. Fue la única vez en toda la entrevista que observé su sonrisa en toda su plenitud, pues en la mayoría de las preguntas sollozaba y reflejaba mucho sufrimiento, una de sus afirmaciones en las que explicaba su percepción de sí mismo decía “yo soy una persona muy delicada, muy frágil, soy una persona que tiene amor a una mujer, a un hombre, a un crío, a un perro, es lo mismo. Tengo amor por todos, por eso es que lloro porque me da nervios”. Se asume como gitano porque su “mujer es gitana y claro, un hombre cuando se casa con una mujer gitana es gitano. Mis padres siempre me decía hay que tener respeto por las personas, mis padres no son gitanos, la familia de mi mujer sí”. (Joao, 2009)

Su aspiración era estar feliz “irme para Portugal y estar bien... a mí me gusta mirar a mi mujer, a mi hijo y yo, mis padres y mis hermanos, amigos, me gusta mirar todo el mundo feliz. Le pido a Dios y a la virgen María nos recompense”. (Joao, 2009) Estuvo esperando a que su hijo saliera de la cárcel pero decidió regresar antes a Portugal con su pareja para resolver aspectos laborales y familiares. (Joao, 2009)

Su consumo de alcohol está planteado en la reducción de la ingesta, no se plantea ser abstinentes “sí, poco a poco lo alargo pero el tabaco no lo pienso dejar”. (Joao, 2009). Su comportamiento se adecua al tipo conformista aunque también de rebeldía y resistencia a someterse a los medios establecidos institucionalmente.

8.1.16. JOCKER: SEGUIR CON MI VIDA... Y SI PUEDO MORIR CON DIGNIDAD MEJOR

Jocker no se ha detenido en ningún momento a pensar sobre su vida, señala “...no me he parado a pensar, lo que me preocupa es coger y dejar estos consumos locos que me hacen pensar en muchos temas y no estar en mi camino”. A pesar de sus muchos contratiempos piensa “seguir con mi vida hasta donde llegue y si puedo morir con dignidad mejor. (Jocker, 2009)

Hace una analogía entre el “toxicómano” y el preso, el primero “siempre va a arrastrar la lacra, la cadena con la bola como el preso ¿entiendes? Lo que pasa es que hay algunos que les pesa mucho y a otros no tanto”. (Jocker, 2009). Sus respuestas son de tipo rebelde y ritualista. Trata también de innovar cuando las condiciones se presentan favorables y recibe apoyo en algún momento de su familia y del CAS en cuanto lo solicita y busca ayuda en el mismo.

8.1.17. JOSELO: COMO EL YING Y EL YANG

Este individuo considera su vida un poco tempestuosa y al expresarlo solloza y repite: “un poco tempestuosa... aparte del calificativo "tempestuosa" le pondría mil calificativos. Piensa que ha sido feliz/infeliz “vamos a ver, también he sido feliz. He sido feliz y he sido infeliz, pero siempre muy intensa la vida, por eso la calificaba como tempestuosa, muy intensa”. (Joselo, 2009)

Su propósito final con la sustancia “es apartarlo... ahora me inyectaré heroína y entonces, no bebo alcohol (se ríe) cambiar una cosa por otra ¿no?”. Refiere paradójicamente que le gustaría seguir bebiendo alcohol “me gustaría pero no es lo más conveniente, médicamente no, por mi salud no puedo”. (Joselo, 2009)

Considera a sus cincuenta años que debe realizarse, “necesito hacer otras cosas, con la edad te cambia el orden de prioridades, con las circunstancias de la vida ¿no?”. (Joselo, 2009)

Realiza cursos de computación y otras actividades religiosas que medianamente lo distraen pero refiere que no encuentra un sentido en su vida. Su vida parece adecuar al tipo conformista y ritualista, no obstante, trata de ser un sujeto innovador, pero a veces no cuenta con los medios como un trabajo para salir adelante, a pesar de todo logra salir con el apoyo de su familia y del dispositivo.

8.1.18. LUCAS: MI VIDA ECHA UNA SARDINA EN ESCABECHE

El sentimiento del estigma queda expresado en la frase de Lucas “mi corazón lo tengo como va la marcha del mundo” (Lucas, 2009) para explicar su soledad, su desaliento, pues piensa que quiere agradar; únicamente hace una demanda de amor y reconocimiento, quiere ser estimado por todos y se encuentra con la insatisfacción y la victimización.

Refiere que tiene una incapacidad permanente desde los cuarenta años por hepatitis, cirrosis, y “nervios”. Le agrada leer libros de ciencia, astronomía, de budismo, la biblia; es pintor de cuadros, toca el piano y otros instrumentos.

Piensa que “la vida que en estos momentos estoy viviendo es tranquilidad y felicidad, no tengo problemas”. Se organiza lo suficiente para adquirir posesiones materiales que le satisfacen, tales como un ordenador, una cámara digital, un video para ver películas, un equipo de música, un teléfono móvil “todo lo que he querido lo he comprado, lo último

que quería era la bicicleta con motor eléctrico y ya la tengo. Me costó 400 €, no tengo dinero pero tengo lo que quiero”. (Lucas, 2009). Expresa que no tiene deudas.

En cuanto a su consumo de alcohol, en su narrativa lo niega, dice que no bebe, pero cuando acude al CAS tiene olor a alcohol, en varios momentos en los que me encontré con él, incluyendo el momento de la entrevista, estaba en condiciones de ebriedad. Su necesidad de aceptación pone en contradicción lo que dice y lo que hace.

Discurre que toda su vida estará dependiente del dispositivo y con medicamentos “no, toda la vida estaré con medicamentos” (Lucas, 2009) y piensa que como persona que vive sola debe adquirir un aparato de emergencia “que tocas un pito y te viene la ambulancia. A las personas solas ese aparatito los puede salvar. Hay que ver cuanto cuesta el aparatito”. Se preocupa actualmente por la adquisición de dicho aparato y considera que al obtenerlo no le faltaría nada más.

En su narrativa se observan comportamientos de tipo ritualista y trata de innovar con los recursos que tiene, cuenta con el apoyo del dispositivo y de otros servicios de la Red de Salud Pública para resolver problemas cotidianos de su vida en vista de la carencia de familiares.

8.1.19. NOÉ: ESTOY CIEGO Y TODO ES NEGATIVO

Dice que no esta bien, que no puede aprovechar ni disfrutar de una vida “normal... lo que yo recibo es todo lo negro y lo negativo. Cada día es pesado para mí”. (Noe, 2009). En su discurrir cotidiano enfrenta su necesidad de recurrir al alcohol “no puedo hacerlo, pero sólo lo haré el primer día, puede que el segundo también. Soy una persona muy impulsiva, muy destructiva yo no me veo tomando tranquilamente. Cuando consumo me afecta, me hace sentirme mal”. (Noe, 2009). Las respuestas de Noé oscilan entre el retraimiento y la conformidad que dificultan seguir adelante cuando no tiene las condiciones laborales adecuadas; a pesar de ello tiene el soporte de su familia de origen, además de los recursos familiares cuenta con recursos del dispositivo que en su supuesta “ceguera” no puede ver.

8.1.20. PANCRACIO: RECUPERAR UNA ILUSIÓN

Muchas de las pcpa piensan que han perdido mucho tiempo, en el caso de este sujeto expresa:

...he perdido mucho tiempo aunque tuve mucha información cuando era joven y sabiendo lo que tenía no hice nada... Teniendo toda la información que tenía pude haber seguido un camino totalmente distinto, mi vida hubiera sido totalmente distinta. Ahora lo que trato es de retomar, hay muchos aspectos en los que has perdido mucho tiempo y que te has perdido muchas cosas buenas. (Pancracio, 2009)

La forma de relacionarse con los otros era mediada por la sustancia, por lo que dice “que el alcohol no es el problema, es uno mismo. El problema es uno mismo porque se vuelca en el alcohol como un pasatiempo, como una forma de tratar con los demás, compartir y divertirse sin importar tu salud”. (Pancracio, 2009)

Esta persona se centra en “*recuperar una ilusión*”, tener una “vida más sana y más saludable y con más compromiso con la sociedad”. Su compromiso mantenerse sano, “yo creo que ya es un compromiso social porque la recuperación de una persona cuesta y de esto me di cuenta aún cuando estaba en el centro”. (Pancracio, 2009) Pancracio, cuando se le realizó la entrevista, estaba en un proceso de reinserción social que le permitía redimensionar su vida y ver las cosas de otra manera. Refiere su experiencia con la fiesta de carnaval:

En una salida fui a Vila Seca a ver el carnaval con mi sobrino y casi saliendo vi el carnaval de una forma distinta a como la había visto siempre, porque toda la gente que iba en las carrozas y las que iban pasando en el carnaval todas tenían su litro de cerveza y hasta los chavales jovencillos venga va, era una cosa normal, era la diversión. Me sentí mal al ver todo ese desfile de gente con alcohol, como que el alcohol es necesario para divertirse y eso es una mentira. (Pancracio, 2009)

Plantea que deben darse cambios en la sociedad pues comúnmente “la gente empieza a consumir desde muy joven”, en su caso fue así pues era considerado lo más habitual y normal, destaca que “hace 45 o 47 años cuando yo nací había otro tipo de cultura, la gente tenía otro tipo de información. Pero hoy en día con la información que se tiene, que sigamos cayendo así, es una basura”. Sobre el contexto cotidiano y de las fiestas distingue que “la gente consume a diario pero en las fiestas es cuando más consume. Celebrar algo es consumir más y yo creo que eso es un error, se están perdiendo los valores, se están juzgando los valores con la euforia que te da el alcohol, eso es un error”. (Pancracio, 2009)

Considera que no volverá a consumir alcohol “porque consumir alcohol es una recaída total, ya no es la primera vez que me ha pasado”. (Pancracio, 2009). Los comportamientos de Pancracio parecieran ubicarse en respuestas de tipo ritualista y de innovación a partir de

medios institucionalizados.

8.1.21. PEPE: VIDA ATROFIADA

Pepe considera que su vida es “mediocre” y “atrofiada”, sin embargo, “trató de pasarla bien” (Pepe, 2009). El beber y el fumar no los considera factores de riesgo y considera “no, yo no tengo nada”. En sus 60 años no había acudido al médico, y “fue la primera vez que me vio el médico, pero la primera vez en 60 años con esta enfermedad. No me ha visto nadie”. Aparece la noción del cuerpo “usado” al explicar su padecimiento “claro, después que un cuerpo está tan usado...”. Reafirma su identidad al expresar “yo no soy ningún drogadicto, yo no tengo problemas”.

Las respuestas de Pepe pueden ubicarse en las de tipo rebelde y al mismo tiempo hay retraimiento pues le falta el soporte de su familia y hasta el final de su vida dice que no le hace falta y aparentemente se mantiene conforme hasta el final de su vida. Recibe el apoyo del CAS al cual acude cuando lo necesita, pero afirma que no le hace falta.

8.1.22. ROD: SALVAR UNA VIDA PERDIDA

Rod habla de que su vida la considera “perdida” por el “alcoholismo”, dice al respecto “es una enfermedad, pero eso no me lo ha dicho nadie, se ha hablado, se ha dicho esto. El alcohólico, la persona alcohólica es un enfermo de la sociedad. Es un enfermo creado por la sociedad, porque nadie nace alcohólico, por la sociedad existe, por eso yo soy un alcohólico, yo soy un alcohólico empedernido”. (Rod, 2009) Para reafirmar su identidad de “alcohólico empedernido” hace referencia a la película “Días de Vino y Rosas” que es una película basada en los principios de AA, en la que una familia va degradándose y desintegrándose por los problemas de alcohol.

Sobre el alcohol afirma que “es la peor droga que pueda haber y además que es legal y sólo cuesta 0,55 céntimos, la puedes conseguir fácil. Es la peor droga que existe. El alcohol te hace no pensar. Piensas pero no piensas mucho. Piensas en cómo volver a conseguir más alcohol, en eso, cómo volver a conseguir más alcohol. Es lo que yo creo”. (Rod, 2009)

El foco de su problema lo plasma directamente en la sustancia, tal como expresa de la siguiente manera:

Yo pienso en el alcohol todo el tiempo, lo tengo en la cabeza...si te dieran una pastilla en la que te despertaras y no te acordaras ni del vino todo estaría bien. No lo puedo ver, me afecta verlo en cualquier revista. Nada más que hable con alguien sobre alcohol, es que es increíble pero es así. Vivir en un mundo donde estas rodeado de alcohol es difícil, otras personas tendrán otras adicciones en el comer, fumar, tomar mucho café, pero la mía es el alcohol. "Cualquier adicción es mala" y no te da tiempo, es un momento, un segundo para retomarlo y empiezas a beber por una tontería. Por, ejemplo, mira esa revista tiene una chica, un caballo o en un yate... es una publicidad de alcohol y me entran ganas de consumirlo (Rod, 2009)

Irónicamente, la Revista que describía Rod en la cita anterior se ubicaba dentro de la Sala de Terapia y a partir de su narrativa se puede verificar el efecto de las imágenes en el mismo y lo que le sugiere con respecto a la sustancia. Aunque no me propuse con esta investigación evaluar la influencia de la publicidad en los sujetos, queda expresada en su descripción que hay varios factores que inciden en su atracción por el consumo de alcohol de forma descontrolada. A pesar de ello, trataba de hacer viable su existencia al continuar en la Comunidad Terapéutica a pesar del consumo continuo de alcohol durante una salida de la misma. Su respuesta parece ubicarse en las de tipo conformista pues no ve salida a su problemática por si mismo sino por medios institucionalizados.

En el grupo de mujeres y hombres que se ha estudiado en la presente investigación, observamos matices diferentes en cuanto a la manera como enfrentan la enfermedad: aunque básicamente es la misma para los hombres que para las mujeres, hay diferencias a nivel psicológico, económico, laboral y social. Hay algunas características en común en cuanto a los aspectos de marginalidad, todos en algún grado presentan algunas variaciones de los tipos caracterizados por Merton, pero también se observan situaciones de innovación facilitados por sus recursos personales, familiares e institucionalizados.

En el tiempo de tratamiento hay la posibilidad de reorientar actividades, experiencias, recursos, vivencias que generen nuevos comportamientos, nuevas identificaciones, distanciarse un poco del consumo, ya sea dentro o fuera de las CT, mediante una abstinencia provisional que les permite revitalizar sus vidas, salud y proyectos personales.

Algunos de los sujetos, especialmente las mujeres, manifiestan su temor de no ser aceptadas por la sociedad tal como son. Las mujeres que han sido entrevistadas, tienen más recursos familiares y económicos para salir adelante que hace que las caracterizaciones de la marginalidad descritas pudieran retroceder o extinguirse. Ettore ha afirmado que las mujeres deben tener un papel activo en su proceso de curación, la curación se concibe como el placer vinculado al desarrollo de la autonomía, de la autoestima y de la adquisición de autoridad. (Ettore, 1998). En las mujeres con problemas de alcohol, está planteada la

resolución del conflicto entre Atenea y Artemisa. Jan Bauer, defiende que, en privado, el modelo de la mujer que abusa de la bebida está relacionado con Artemisa, mientras que, en público, está con Atenea ¿Qué quiere decir esto?

Que Artemisa, la diosa del bosque, de la naturaleza salvaje y de las mujeres, es el modelo de mujer que no se define así misma en términos de valores masculinos. Por otra parte Atenea, la diosa de la sabiduría, es un símbolo de apoyo al varón; como hija de Zeus está muy preocupada en mantener el derecho paterno y proteger a los héroes. Las mujeres que abusan generalmente de la bebida experimentan un conflicto en sí mismas entre rechazar los valores masculinos y confraternizar con los hombres. Para Bauer, las mujeres “alcohólicas” superan este conflicto y dan la vuelta al abuso de la bebida poniéndose en contacto con estos lados opuestos de sí mismas. Cuando aprenden a aceptar los lados creativos de estas diosas como modelos de roles, entienden la completa expresión de su feminidad sin el alcohol. (Ettorre, 1998: 171-172)

En los hombres, se observan menos recursos personales, familiares e institucionalizados por lo que los grados de marginalidad caracterizados anteriormente pudiesen avanzar o lograrse. A pesar de sus sufrimientos y padecimientos, tanto hombres como mujeres tratan de mostrarse radiantes, alegres, divertidos/as, aun cuando tengan una tempestad en su interior. En el contexto social de cada pcpa, la convención obliga a estar siempre alegre y sonriente y el alcohol le permite mostrar a los demás su faceta radiante de felicidad y aparente optimismo. En los hombres observamos más el cuestionamiento hacia las cosas, sus narrativas de infelicidad y descontento con todo en la vida, con su vida, su contexto. Ellos se refugian en alcohol y otras drogas para arremeter con todo, para cuestionar su realidad y no mirarse a sí mismos. Hay la creencia por los sujetos de que sólo la persona es sensible y capaz de comprender lo bueno y lo malo. Lo que no le gusta a sí mismo le provoca inseguridad, malestar, sufrimiento pero ante los demás expresa una fachada de seguridad o superioridad. Muchas de las personas expresan que en su mundo familiar sólo han recibido críticas y suelen evitar a quienes les critican y por consiguiente, se va sintiendo cada vez más solo y empeoran su juicio sobre sí mismos y sobre los demás.

Hay personas que se sienten excluidas por su padecimiento, no se sienten aceptados, se sienten solos, aislados, sufren continuamente la exclusión y el rechazo y por ello se refugian en la bebida. Por eso hablamos de personas con problemas de alcohol marginadas o de la mayor o menor marginalidad cuando se tiene el padecimiento del alcohol, pues afrontar dicha enfermedad tiene sus inclusiones o exclusiones en el contexto donde se desenvuelve la persona. Durante el tratamiento en el CAS, optará por un proyecto de reducción de daños o abstinencia que le permitirá seguir o no adelante con su vida y proyectos personales.

8.2. PCPA: APOYO DE FAMILIARES Y CUIDADORES

En este apartado se abordan las narrativas de la pcpa sobre el apoyo o no de sus familiares y cuidadores. Las pcpa señalan, en la mayoría de los casos, que se establecen nuevas relaciones con la familia, con los padres, con los hermanos. Unas relaciones que en su momento fueron conflictivas, poco a poco se van restableciendo. No obstante, otras permanecen distantes o basadas en la desconfianza:

Si, mucho, yo sé que está bien, que allí nadie la va a pegar, que mi hermana es muy hacendosa, muy cuidadosa y limpia. Yo no me hablaba con mi hermana hacía 17 años y a raíz de la niña hemos hecho las paces, estamos muy bien y nos llevamos muy bien. No, ella no puede tener hijos y le ha caído como... cuidar a la pequeña. y yo duermo tranquila, antes me despertaba chillando porque mi hija estaba en el centro, tenía piojos, mal vestida y la niña se peleaba con todo el mundo. Estaba en un plan que tuvieron que buscar una familia de acogida porque la niña no podía seguir allí más tiempo y me dejaban verla cada semana una hora. (Pepa, 2009)

En principio mi madre no las tenía todas conmigo, porque le decía a César “pero tu estás seguro donde vais? Si, que si, tu no te preocupes, yo la llevo, se donde la dejo, cómo la dejo y todo. Ella decía “porque esta allí y desaparece del mapa” claro, no confiaba en mí para nada mi madre. Hombre, es que es lógico que a ella le cueste confiar en mi después de todas las cosas que le dije y ella también me decía, pero me entraba por un lado y me salía por el otro, “Hay déjame, joder”, “siempre estás con el mismo tema” (Elena, 2009).

...No se, no se, puede ser que se distanció cuando bebía mucho, aunque él, que no es por eso, yo a veces le digo ¿pasa algo porque estamos muy distantes? Estoy cansado, no se. Ahora cada quien está por su lado y ya está. Cuando yo me voy, él se lo piensa más porque le hago falta, pero cuando estoy hace como si no estuviera. La distancia hace que cuando no estoy y regreso hay un tiempo mejor. Creo que me quiere como yo lo quiero también. A ver, si nos vemos muy poco, yo estoy en mis cosas y él está en sus cosas... Hace mucho tiempo que no tenemos relaciones. Es una relación un poco especial la que tenemos ahora. Sé que lo quiero por una parte pero me gustaría cambiar algunas cosas de la vida que tenemos. Es demasiado aburrida para mí. Estoy muerta y viva al mismo tiempo en muchos días... no me gusta como está la relación ahora. Antes no me gustaba, bebía y no me importaba. Ahora no bebo porque tengo contraindicación. No voy a ir a parar a ningún sitio, de un lado estoy bien con él pero por el otro no funciona, es una cosa como moribunda. Estaré dos semanas fuera y cuando estoy un día sin él me hace falta. Hay algo fuerte y al mismo tiempo no hay nada, ¡cómo explicarte! Cuando estoy fuera a los pocos días o yo lo llamo o él me llama. Me dice *tu me manque*, tu me haces falta, pero a ver cuando estoy aquí parece que no. Debería de viajar más (se ríe). Cuando me voy me dice que le hago falta, le debería decir ¡ah, no sé si voy a regresar! (Se ríe). Se me hacen largos los tres meses entre una cosa y la otra. No es muy comunicativo y yo demasiado, lo mejor es que cuando él me quiere comunicar lo hace, ahora bebe mucha cerveza y a mí no me interesa, tampoco me interesa el fútbol. El mejor día que pasamos son los domingos, o sea que cuando viene el lunes hay que pensar en el otro domingo (se ríe). Ahora cuando jugamos al póker con la otra chica, con la amiga, hace bromas, se ríe, por eso el mejor día es el domingo. Pero si todos los días serían como el domingo tampoco tendría tanta gracia. (Libertad, 2009)

...mi hijo es como yo, es muy suyo, le cuesta demostrar cariño. Me cuesta demostrar que quiero a alguien, me cuesta demostrar cariño, me cuesta mucho. Cuando quiero demostrar que quiero a alguien se lo demuestro personalmente. Lo que pasa es que mi hijo es muy orgulloso. Mi hijo tiene su lado que lo tiene por mi culpa. Yo tengo la culpa por convivir con

un hombre que no era su papá. Él no te demuestra que te quiere con palabras, te lo demuestra con hechos. Yo comprendo a mi hijo. Que estaba en otra familia, que no estaba con él cuando tenía que estar, es normal. Es lo mismo que pasa con mi madre, mi madre nunca me ha dado cariño, sé que es mi madre pero yo no le tengo ningún cariño. ¿Qué cariño le puedo tener a esa mujer? De ella he recibido solamente palos. Le tengo cariño a mi abuela, que es la que siempre me ha cuidado... (Fenicia, 2009)

De las personas que se ocupan de las mujeres entrevistadas, éstas hacen referencia a hombres: la pareja, “mi amigo”, “padre” (un ex cliente de un club), un/a hijo/a, el coordinador de una Comunidad Terapéutica. Los hombres hacen referencia a cuidadores mujeres u hombres generalmente familiares. De los cuidadores principales, dos son hijas/hijos de las pcpa, una es hermana, una es esposa y en otro es esposo:

Mi amigo, él trabaja desde las seis de la mañana a las dos de la tarde. Lo poco que gana lo comparte conmigo y me va a buscar cada día... ¡Como lo hace! Tiene mucho don de gente, demasiado, es muy positivo, demasiado, está pendiente de mi vicio, ya me va bien a mí que lo haga. [En cambio] él (“padre/protector/excliente”) siempre estuvo enamorado de mí, pero a mí me da asco. Él siempre iba al Club a mirarme, cumplía todos sus caprichos. Era su muñeca. Ahora cuando baja... mira ayer me llamó... no le quise hablar... ¡Que te pongas al teléfono que me cago en la hostia! Y tuve que atenderlo para pedirle 30 euros para una entrevista de trabajo ¡Vale! Siempre pasa igual, ¡Que me deje en paz!. Yo lo veo como un padre, un protector... He estado muchos años conociéndolo. Ahora estoy trabajando en una casa limpiando, pero es secreto, él no lo sabe porque lo que hace es fastidiar porque trabajo sin seguro y sin contrato. El trabajo es cada 15 días. Si le digo que trabajo ya no me dará nada, con este trabajo saco mi dinerillo por aquí y por allá, eso me sirve para irme por las tardes, me puedo tomar mi zumo, mi red bull o mi cerveza sin alcohol... eso lo hago cada día... (Fenicia, 2009)

...dar el todo por el todo, esa persona que me cuida es mi mujer, en el momento que yo quiero me da agua, leche, hace de comer, todo es mi mujer, es que es la persona que me ayuda mucho en todo. Cuando estaba en casa mi hijo también me cuidaba, porque una vez me mareé en el lavabo, me desmayé y mi hijo haciendo el todo por el todo, llamó a la ambulancia y todo. (Joao, 2009)

...Vamos a ver, lo de la medicación ya me lo llevo yo, mi mujer lleva todo lo de la alimentación hasta incluso se pasa, pareciera que me quiere engordar para matarme como los cerdos: que si te pongo más espaguetis, que si te pongo una natilla, un huevo frito. (Joselo, 2009)

El perfil de quienes cuidan en la Comunidad Terapéutica, y los profesionales del CAS son percibidos por los pcpa como “arropadores”, “pacientes”, “personas con las que se puede hablar”. Sin embargo, hay cuidadores profesionales con los cuales las pcpa han tenido conflicto, a pesar de ello son aquellos con los cuales cuentan las pcpa en los distintos recursos de la Red de Salud Pública:

...es la persona que me ha abierto las puertas al venir aquí y ayudarme... Pues I., por ejemplo, por qué me tiene como su niña especial, por qué sabe que soy de su mismo pueblo, porque soy muy amiga de su hermano y me cuida porque él quiere... tiene una paciencia, una paciencia increíble, tiene mucha experiencia y sabe cómo nos tiene que guiar a cada uno y

cómo nos tiene que manejar a cada uno. Sabe que lo mejor que podía hacer conmigo era dejarme allí en el monte sola y estar a mí aire ¿vale? Y yo misma andando a mí aire pues he sido capaz de darme cuenta de todos los errores que he cometido y de decir “Basta, hasta aquí he llegado. Ahora voy a ser feliz, me voy a reír mucho, yo desde hacía mucho tiempo que no lo hacía”. Además si puedo aportar mi alegría a todo el resto y hacerlos reír, pues mejor es que me ría. Los de acá me cuidan todos. Yo me siento que soy como la niña, que todos me arropan muchísimo. Sí, me arropan muchísimo y están muy pendientes de mi... (Elena, 2009)

...es aquí donde tengo más apoyo, tuyo, de Valeria, de Norma que es con quienes puedo hablar de esto, es que tampoco me hace falta mucho hablar de alcohol ahora. Lo que hablaba mucho con Valeria era empezar otra cosa y no sé cual todavía, no tengo muchas ganas ahora. (Libertad, 2009)

Estoy en el camino de muchas cosas ¿sabes? Estoy yendo a [Asociación], a las reuniones, veo a la [Esmeralda], a la [Topacio]... ah, y Jesús (“su amigo”), todos me dan mucho su apoyo, es impresionante. Me estoy empezando a valorarme a mí misma ahora, yo antes no me valoraba. Ahora me arreglo más con lo que puedo porque no tengo mucho para arreglarme. Me encuentro bien conmigo misma. Lo más importante es sentirme bien conmigo misma. (Fenicia, 2009)

...yo pienso que lo del alcohol lo he dejado por los médicos, si no fuera por los médicos no lo paro. Yo creo que solamente por los médicos. Para la gente, cuanto más bebe para ellos es mejor, hasta que el hígado puafff!!! (Daniel M., 2009)

...Cuando estoy mal y se ha enterado me ha apoyado [Esmeralda S.]... aparte yo a [Esmeralda] la aprecio mucho igual que a E.... se nota que son gente profesional de verdad. Pero hay una persona allí que lleva un montón de años acomodada y hay que darle una buena enseñanza para que sea una buena profesional... En vez de dialogar con un paciente para darse cuenta de que está mal, es preguntarle ¿Qué te pasa que te veo mal? Pues a mí me ocurrió anteaer, no pudieron comprender que estaba pasando un bache, en vez de meterme en una oficina para preguntarme qué pasa, lo que hicieron fue echarme. ‘Si tu eres una persona luchadora y demás, que te veo desanimado’ nada de eso ¿me entiendes o no? Por lo menos es tener un poco de visión de lo que es su trabajo, lo que hace es meterse a las oficinas con los de las prácticas, es gente que no son profesionales, han llegado allí no sé ni como. Llegan chicas nuevas con ganas de hacer cosas pero como esa persona lleva ya un tiempo y esta acomodada pues no le da la gana de dar la enseñanza necesaria o dar la visión necesaria para que esa persona sea una buena profesional... con Esmeralda S. he tenido mucha confianza pero como ve que no... dentro de la dinámica no... supongo que ella tiene que apoyar a sus compañeras, porque ella tiene el trabajo de apoyar a sus compañeras. No va a apoyar a un simple usuario. (Jocker, 2009)

...el monitor es el punto de mira, el punto de guía con todo lo que tenemos que hacer. Nos va dando la información que vamos recogiendo, es el centro de todo lo que hablamos con él. En mi caso, le tengo mucha confianza, es una confianza bastante buena. No hay motivos como para tener desconfianza. ya lo conocía en la comunidad, estaba en la comunidad de monitor. Cuando lo conocí estaba en la comunidad y en el piso; luego lo pasaron al piso. El trabajo que se va realizando en el piso es el mismo que en la comunidad. ...es una relación de amistad, de tu a tu, nos tratamos normalmente como un amigo, como si fuera un compañero más... Sí, él que hace un seguimiento de todo lo que uno está haciendo. Nos va informando donde podemos buscar un punto de información. Controla un poco también la comida, como nos administramos la comida. La comida la compramos nosotros y nosotros nos hacemos la comida, hacemos una compra a la semana y él va haciendo un seguimiento para que todo vaya funcionando correctamente. Nos revisa también el presupuesto, lo que gastamos, cómo lo gastamos, en qué lo gastamos y todo eso. Y si tenemos una duda también nos la aclara o nos acompaña para aclarar la duda. Nos dice donde podemos encontrar la información. No está todo el día, sólo va por unas horas, por la mañana va todos los días pero hay días que está también por las tardes. Siempre trata de ver como va la convivencia entre los tres, tenemos una reunión semanal para ver el tema de la convivencia. No es

estricto el horario que tiene para ir a ver lo de la convivencia. (Pancracio, 2009)
...En CT me cuidan, si me consiguen el pasaje y la pauta médica hoy estaré allá, ellos me cuidan realmente, tienes tu cama, tu habitación... nos levantamos por la mañana, desayunamos, tienes tu plato de comida que es importante, ropa, casa y la vida más tranquila... No, para empezar si hay alguien que me cuida estaría aquí, de segundo tu que estás aquí escuchándome (se ríe). Mi madre no quiere saber nada de mí y la quiero dejar en paz. Si voy a ver a mi mamá será cuando este mejor. Luego está Dios que me cuida y CT que espero ir hoy allí. (Rod, 2009)

Hay personas alrededor de las pcpa que no les brindan el apoyo suficiente, a pesar de ello las pcpa no desfallecen en su intento de recuperación; tal como señala Libertad, a pesar de que nunca recibió el apoyo de su pareja ella continuó con su tratamiento que la llevó a su recuperación definitiva:

No, nada... a ver porque no hablo mucho de esto, podría decirle a mi marido alguna cosa pero es que cuando bebía nunca me ayudó tampoco. Así es que no veo por qué lo haría ahora, ¿para qué? a ver. Se despertaba con una cara de mala leche, si sigues así nos separamos, no se. Nunca me ha dicho qué te pasa, ¿qué podemos hacer? Nunca, nunca. Él de psicología no entiende ni un huevo, nada. Hemos hablado muchas veces de separarnos, cuando estaba borracha, creo que me insultó bastante por eso. Ahora me parece que esta igual como siempre, no tiene un comportamiento de felicitarme ¡Que va! Si no bebo una cosa, a él le encantaría tomársela por mí ¿es ayudar eso?. Bueno no, yo quiero un aperitivo para mí. Si me quiero tomar algo sin alcohol por qué tengo que pedir algo para él y yo no tomar nada ¿de dónde vas?. Ahora cuando voy a un sitio digo quiero tomarme algo sin alcohol y lo hago así. Cuando vamos a comer el aperitivo está incluido en el menú o puedo pedir Champagne o sangría, por ejemplo, no hay nada sin alcohol. Le he pedido una tónica y me dice no está en la carta, hay que pagar igual porque sino no podré tener el aperitivo mío. Bueno lo pago ya está, pero a él le gustaría tener el mío. O sea que el bebe el doble claro ¿entiendes?. Te voy a decir una cosa, pone el dinero cada uno de su parte, yo tengo que darle a él. Es que cada vez veo menos motivos para quedarme aquí, cada vez menos te lo digo. He prometido a la Iglesia que me quedaría con él y todo eso, le quiero mucho, pero no es ninguna cosa fluida, a ver no hay nada fluido ahora. (Libertad, 2009)

Hay problemas relacionales de base que resquebrajan los lazos familiares, en muchos casos a pesar de la psicoterapia, continúan siendo relaciones muy duras, tensas, diálogos que estigmatizan, excluyen o acusan a la persona con problemas de alcohol:

...el apoyo que hizo mi hija fue dejarme de lado, hasta que no te cures no quiero saber nada de ti, y la otra también. Ahora, a una la veo los sábados y a la otra la veo los domingos con el marido porque trabaja. (Magdalena, 2009)
Mi hermana la pequeña no cree que esté enferma, pero yo no le digo nada porque yo tengo mi orgullo, si no puede comprender mi enfermedad que vaya un sitio y se asesore. Le digo a mi madre ¿es que no lo puedes entender? Me dice 'no quiero que me asesoren ni me digan lo que es una alcohólica'. Le respondo 'no me digas alcohólica' y me dice es que eres una alcohólica, eso es un vicio' y le digo 'no es un vicio, es una enfermedad. Soy una alcohólica por atenderos a vosotros todos porque tuve que dejarme toquetear por el zoquete ese, tuve que aguantar sus abusos para no perder el trabajo' y mantenerlos a ellos, porque yo tampoco decidía. Y mi marido me dice que cuando caiga, cortamos. Hasta ahora no me ha dejado a pesar de que he recaído muchas veces y no me ha dejado nunca. Siempre ha estado conmigo. (Pepa, 2009)

...ya últimamente la cosa se ha puesto dura porque ya no creen. (Jocker, 2009)
Muy mal, no es que no me quieran ver, no me quieren ver así...he recibido todo el apoyo que se pueda dar, tanto de mis padres como de mis hijos, como de mis hermanos, más apoyo es imposible...(Rod, 2009)

Se justifican las relaciones de dureza por parte de algunos miembros de la familia, ya sea de maltrato, amenazas de separación si la pcpa caía de nuevo en el consumo:

...Cuando me la quitaron tenían razón en hacerlo, no te digo que no, y por los problemas de pareja, él es muy de esto...espontáneo en seguida me suelta, haz esto, haz aquello. No soporto los gritos y me grito. Me ha dicho que se marchaba de casa, era maltrato psicológico no lo soportaba... Antes no cumplía con ella [hija] porque estaba borracha, un día cogí un machete y me corté la mano porque me sentía muy mal. Me quedó la mano colgando, pensaba que esa vez habría muerto ¡eh! Eso fue cuando mi niña tenía 2 añitos. 2002-2003. Pudieron salvarme la mano, aunque creo que no me lo hicieron bien, pero por lo menos tengo tacto. (Pepa, 2009)

...Tampoco tengo el apoyo de mis padres, con mi hermana hace un año que no he estado con ella por el mismo problema, porque mi hermana ha estado luchando conmigo como un caso imposible... El tiempo pasa y yo quiero estar con mi niño. El está yendo a un psiquiatra también por qué él vio muchas cosas con mi pareja, desde tan pequeñito yendo a psicólogos y psiquiatras, ahora hace lo que quiere porque ha estado muy malito también. Ayer hablé con la abuela y me dice que está yendo al logopeda porque le cuesta mucho hablar también, pero también creo que ha estado muy mimado, especialmente por la abuela. El vivía conmigo hasta que conocí a Jesús y empezaron los problemas, empezamos a chocar, pero él no es una mala persona. Él tenía mucha paciencia yo soy la que tengo mucho carácter, eso es una cosa que yo no la sé controlar. Me pongo fatal luego de dos copas. Yo sé todo esto porque ya llevo mucho tiempo con esto. (Renacer, 2009)

Hay procesos de desagregación y desintegración de la familia: pugnas, rencillas, conflictos, separaciones, ambiente hostil, cuando algunos del grupo domestico no asumen la pcpa; paralelamente, los que se quedan junto al enfermo se unen y se dan apoyo, hay una reconcentración del grupo doméstico, cuyos lazos se hacen más fuertes o amenazan con ser débiles si se reincide en el consumo. También se dan casos de inversión de roles, como señalan Pepa o Joselo, Shüli'wala, As, en las que se ponen condiciones o no en las relaciones con las pcpa:

Pues [mi marido] me da la medicación, hace la comida, arregla la casa, y está pendiente cuando salgo. Cuando estaba ingresada, ha venido a traerme ropa, salía del trabajo y venía a visitarme. No me abandonó en ningún momento. Él tenía problemas de alcohol y de coca, ya los ha dejado y ahora me apoya a mí para que lo deje. Él sabe lo que es eso... hace un año yo le decía 'cómprame una botella de whisky que estoy en el punto...' si me lo tomo y no puedo ni levantarme, entonces cuando me lo tomo es cuando me activo, pero si no voy a estar durmiendo todo el día y él ha ido a comprarme botellas. El doctor le dijo 'si está en proceso de tomar...ayúdala'; entonces, él cogió el coche y se largó, porque yo no podía ni levantarme. Siempre está pendiente de darme la medicación, si yo no comía él no comía... cuando bebía alcohol yo no comía, sólo quería beber y no si vas a buscar la bebida voy yo... Mi marido es el que está conmigo siempre, pero estaba desesperado cuando me vio en el hospital. Lleva dos semanas que no me dice 'puta', 'guarra', 'perra' y me dice cosas. Siempre le digo que hago la maleta y me largo. Me dice 'como voy a vivir en esta casa sin ti, que no te

vayas, que no sé cuánto... y no te vayas, y no me voy'. He llamado a mis amigas para preguntarle si tienen habitación y les digo que voy. Pero él me dice 'no te vayas, que voy a hacer sin ti'. Lo que pasa es que ahora estoy serena y no creo que vaya a recaer. Me siento limpia, me pueden hacer análisis, lo que sea, yo no bebo. (Pepa, 2009)

...pues la primera, vocación de servicio, puede implicar también el amor, el cariño, la dedicación... ésas serían las características. Si, en el caso de mi mujer, cómo te lo explico yo, cuando tú te casas te casas con una mujer, no te casas con una madre, te casas con tu mujer y cuando la mujer asume el papel de correctísimo cuidado de convertirse en poco menos que madre antes que mujer, vamos a dejarlo hasta allí porque es muy errado. (Joselo, 2009)

...él lo está haciendo muy bien, por qué no te aprieta, no te exige pero te hace ver las cosas. Luego pues cuando yo llego a casa él ha hecho faena, ha puesto en la lavadora, ha tendido... él se ha responsabilizado mucho de su madre. Ahora, me preocupa porque él deja de hacer cosas porque se preocupa mucho por la mamá, no le puedes decir nada porque se enfada si se lo dices. Dice yo no me voy a casar siempre voy a estar contigo y tiene 24 años ya debería mirar a una chica. No se le escapa el mundo ni la vida pero debería salir con alguien... pero lo que quiere es estar con la mamá. (Shüli'wala, 2009)

...ha sido muy complicada, es un cacao, es un cacao. No, pero de mi hermana sí. Mi hermana me dice a mí no me importa que vengas a mi casa pero borracho no te quiero. Le digo ¡vale guapa! (se ríe). Me da a entender yo te quiero pero no así. Ella sabe cómo tratarme de sobra, la mujer con la que estaba se peleó con mi hermana grande, con mi padre, con mi hermana pequeña. Una tía que tenía que hacer lo que ella decía. (As, 2009)

En las Comunidades Terapéuticas también se da la búsqueda de apoyo y el incentivo a recuperar las relaciones resquebrajadas con la familia:

Si, me han apoyado mi madre, mi hermana y mi pareja. Están siempre allí y se sienten muy orgullosos de mí. Hay que luchar más para seguir en comunidad y terminar el proceso como Dios manda y salir por la puerta grande como hacemos todos en vez de decir no aguanto más. Porque es muy duro estar allí, igual son 14 meses los que hay que estar allí. Se pasa rápido pero es durillo. Lo bueno que termines ese año. Los dos primeros meses no sales para nada, después vas saliendo cada 15 días, luego recibes un programa de recuperación, inserción. A los 7 meses te dan inserción. Yo estoy en reeducación todavía. Cuando te dan inserción ya empiezas a tener fines de semana afuera. Yo no sé si podré llevar todo eso con todo lo que significa hacerlo. Es cuestión de tener mucha paciencia por que yo quería las cosas ya, todo ya y es una cosa que he aprendido allí "teniendo paciencia llegas y todo a su debido tiempo". Antes era 'lo quiero ahora, lo quiero ya y en este momento'. Hay que tocar y esperar, es una cosa que allí estoy trabajando, ha llegado el momento de hacer amigos, ha llegado el momento de tener esas salidas con mi madre, llegará el momento de ver a mi pareja y no cuando yo quería que era ¡ya!. Pasa el tiempo y tengo que poner mucho de mi parte porque tengo que seguir trabajando. Yo me cuido sola, allí estoy bien porque me cuido más. Ahora tengo más ilusión para hacer las cosas sin necesidad de tener que consumir. Esto es más activa, no me canso, pues muy bien. (Renacer, 2009)

Hay cambios radicales en la vida de las familias, en el caso de tres de las mujeres, hay un proceso de ocultamiento del consumo abusivo de alcohol, tal como expresa Shüli'wala "el problema es que no sabían nada de estas cosas, yo sabía siempre cómo hacerlo para que no se dieran cuenta". (Shüli'wala, 2009).

Hay acompañamientos a distancia de los familiares, que saben de la problemática de la pepa, les dan soporte económico y/o moral pero no viven con ellas. Las familias se desestructuran un poco, en el caso de Azúcar señala que algunos miembros le dirigen la

palabra y otros no:

...de los que me hablan, si, hay una hermana que está encargada de la casa, de la luz, del agua... mi hermana, pero cuidan otros también. Seis no me hablan y ya te dije que no quiero hablar de ello. Cuando venga la paga, quiero ver si puedo trabajar con el ayuntamiento cuidando personas mayores, limpiar parques, limpiar graffitis o lo que haga falta media jornada. Ya está tramitada y me pagarán la casa. Si no me la dan habrá que sacar el hacha de guerra otra vez. Le aseguró quien me la hace me la paga. (Azúcar, 2009)

En cuanto a mi familia, he hablado con mi madre, hijo tranquilízate, arregla tus cosas despacito. No te preocupes por la familia todo va bien. También le he preguntado mi hermano y me ha dicho lo mismo. Pregunto ¿qué dice mi padre? ¿Qué piensa mi padre? Si mi padre estuviera muerto a lo mejor no dice nada, cuando se entere mi padre a lo mejor me rompe la cabeza. Los padres dicen te convertiste en borracho, pero no es por borrachera es por cosas de amores. Los amores son los que más me han afectado. Yo bebía por el mal de amor. Por eso yo digo si no lo veo no lo creo. Cuántas cosas han pasado y no me dado cuenta. (Daniel, 2009)

...Si, porque quizás alguno de mis hermanos ha visto mis problemas, quizás con el tiempo lo han ido aceptando. Para dejar el alcohol no, me han animado para que continúe el tratamiento y continúe sin consumir claro. Le dije al médico que tenía que dejar el alcohol y como yo no podía, decidí continuar el tratamiento, en ese momento lo sabía mi hermano y mi hermana. (Pancracio, 2009)

También se recupera la figura del padre, de la madre o ambos que se convierten en un soporte para las pcpa, son figuras que se preocupan por su recuperación, y que sufren ante la dificultad de sus hijos y de sus posibles vueltas intermitentes de consumo:

...porque yo creo que si no fuera por ella [madre] quizás me encontraría hasta peor, porque con ella me encuentro muy bien, me hace la comida, me da consejos. Mi madre está muy chapada a la antigua pues ya tiene 76 años, es muy comprensible; sin embargo, mi padre es todo lo contrario... yo lo que sé es que me encontraba mal y todo vino por la separación, o sea que yo creo que sí les influye porque me encontraron mal, me vieron mal y como familia no querría un mal para mí... siempre me han dicho que no me rindiera... sí, mi mamá me pregunta muchas veces que si me he tomado las medicinas. Mi mamá está pendiente de mí porque es la que me hace la comida y todo. Está pendiente de que me lleve mis pastillas al trabajo... (Cupido, 2009)

...exceso de celos diríamos, en estos días tuvimos una discusión porque era viernes por la noche y le digo que salgo un rato con mis amigos y vengo como a las 12. Ella [madre] se enfadó, 'pues no, no me gusta que salgas el sábado por la noche que no se que'. Yo le dije 'mira, si tú me pones una norma que está basada en el miedo porque temes que pueda recaer, me tomo el [medicamento] de todas maneras, yo no voy a hacer nada. Si me pones una norma basada en el miedo esta norma nunca la vamos a superar. Si tomas confianza desde ahora ya verás cómo se quita ese miedo ¿no?'. Ya te lo digo, exceso de celos, dramatiza un poquito. Ahora estoy haciendo nuevos amigos, estoy empezando una vida nueva. Yo me recuperaré por completo, el otro día lo comentaba con un amigo, decía que tomando yo era muy autodestructivo, nunca me metía con nadie, ni hacía daño a nadie pero siempre era yo el más perjudicado siempre... ella vive en el piso de abajo y siempre hacemos las cosas juntos. Si, mi madre está pendiente, de tomarme la medicación soy yo el que se las toma todas las mañanas, las tengo arriba en mi casa y me las tomo yo. Luego ella está siempre un poquito supervisando. Vive supervisando si me tomo las pastillas, le cuesta volver a confiar, por eso está un poquito pendiente todavía. (Erasmus, 2009)

Si, total y completamente en todo hasta el final, por eso cuando consumo me siento muy mal

porque pienso que los engaño. Es muy duro ¡Eh! ...las características que me gustan es que son tajantes cada día, no se olvidan de nada, se encargan de darme la medicación por la mañana y por la noche... Si una persona está pendiente de ti y te quiere ayudar, haces lo posible. Si tú quieres dejarte ayudar haces lo posible. Si tú llegas al punto en que no quieres dejarte ayudar... ya no le puedes decir que lo estás haciendo mal. Ya tengo 41 años y hay cosas que sé que no se hacen... es una situación en la que ellos se preocupan. No es como si tuviera 16 años y están pendientes de que no haga nada malo, no es el caso. Debería marcharme de casa y ponerle fin a todo esto. Yo no estoy bien en este momento en casa con mis padres. Si me voy de ahí seguramente que estaré mucho peor, pero en este momento yo no estoy bien... soy un adulto y ya lo sé lo que hay. En el centro me dijeron que no viviera con mi familia, pero desde mayo de 2007 estoy con ellos, pero ahora quiero hacer mi vida ¿comprendes?. No puedo vivir con ellos. Yo me tengo que ir de allí, los quiero igual, si sigo allí no estoy bien. (Noe, 2009)

Algunas narrativas como las de Daniel son ilustrativas del cuidado de sus amigos quienes le brindaron ayuda en el momento en que se encontraba mal y él a su vez apoyó a otras personas que lo rodeaban, en contraposición con Joselo quien señala que los amigos han desaparecido de su vida:

...yo te voy a contar una historia y siempre la he recordado, yo gracias a Dios siempre controlo a los que están cerca de mi, pero desde tan lejos no. El que está cerca de mi lo controlo, le digo esto 'no lo hagas porque te hace daño o te va a hacer daño'. Como un compañero esta volviendo la sangre de su hígado y sus pulmones y otro murió bajo un camión, fue un accidente. Yo siempre hablé con esos dos chicos, el alcohol no puede solucionar para ustedes nada. A lo mejor yo voy con ustedes y también me va a llevar donde no debe llevarme, donde no tengo que llegar. Al final esos dos se dieron cuenta de que les he dicho unas palabras que quedaron, uno se murió en un accidente y el otro vomitó la sangre. Siempre estaban con el alcohol y la máquina tragaperras. Pero yo siempre me cuidó, ellos se murieron los dos. Son amigos que cuando estamos juntitos, éramos 3 y siempre estábamos juntitos como hermanos. Yo siempre les daba consejos. Miren chicos aquí si ustedes siguen con este plan van acabar fatal. Hay amigos buenos y hay amigos malos. [...] nosotros nos equivocamos, la vida no es fácil... sólo tengo un hermano, como te he dicho, tengo mi hijo. Les he hablado de cosas pero me he dado cuenta que le explico a mi hermano las causas, cosas de la vida que he pasado aquí. Le he dicho cosas, iba bien hasta un tiempo... me han pasado cosas... fue por un tabaco. Pero como te he dicho, uno cuando sabe que hay flechas, hay flechas... que te dañan la vida. Como te dije el otro día, España por ejemplo es una casa de inmigrantes y nosotros somos invitados en su pueblo, pero la confianza mata al hombre ¿sabes? Tanta confianza también te perjudica. Tantas amistades del dinero no son amistades. (Daniel, 2009)

...vamos a ver, a veces hay cosas que me han afectado y está claro, no hay que ser muy inteligente cuando te digo que cuando liquidé el negocio, en estos cinco últimos años, he perdido muchos amigos por lo que te decía antes, compraba el aprecio de las personas y claro, se ha centrifugado todo lo que no interesaba. (Joselo, 2009)

En la investigación de campo se detectó que ante la persona con problemas de alcohol el grupo familiar se desagrega: lo cual convierte al enfermo en un no ser, y se olvidan de él [hasta su muerte]. Pepe, juzgando la desagregación familiar expresa:

yo, apoyo no quiero en estos momentos. Yo el apoyo que tengo es que digo que están muertos y están muertos. Tenía dos pisos y me los quitó ella, pero está a mi nombre. Eso los compré en el año 70 cuando yo estaba en Alemania y estaba soltero. Era míos y ella se los quedó. (Pepe, 2009)

Ante la desagregación familiar, las pcpa continúan el consumo de la sustancia “...que probablemente es un recurso mucho más corrosivo para el que quiere olvidar de verdad” (Walton, 2003:145).

8.3. REDEFINICIÓN E INNOVACIÓN DE LA VIDA DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL: ENTRE LA DERROTA, LA RESISTENCIA Y LA EMANCIPACIÓN

Además de la necesidad de contar con personas que los apoyen, también tienen ideas sobre su recuperación o no, que reelaboran constantemente en la medida que se sientan derrotados, resistentes al cambio y emancipados; en esa misma medida hablan de sus proyectos en el corto, mediano y largo plazo. La mayoría de los sujetos plantean recuperar unas determinadas relaciones, ya sea de hijos, pareja, padres, hermanos, lograr un trabajo, conseguir una ayuda. Estas ideas fueron compartidas con la investigadora al finalizar la entrevista por lo que se consideró pertinente su inclusión, pues en algunos casos hay un cierre optimista con sus proyectos de vida pero en otros está presente la derrota.

8.3.1. VIDAS DE LAS PCPA EN EL CORTO PLAZO

Las vidas de las pcpa en el corto plazo se centran en conseguir o cambiar de trabajo, al no lograrlo expresan "me pone de los nervios. Si me pongo en la casa frente al televisor y me duermo, ya me pongo mal". (Fenicia, 2009). Magdalena explica que “sin trabajo a gusto no puedo tener ni proyectos ni nada. En el trabajo puedo estar un año como máximo, pero me gustaría estudiar algo. Me planteo seguir en el trabajo hasta que no aguante porque ¡claro! porque me afecta mucho con el asma”. (Magdalena, 2009)

Algunas de las pcpa manifiestan satisfacción con lo que han logrado hasta el momento en sus vidas: una pareja, tener una pensión de enfermedad, cambiar de residencia, realizar algún trabajo o la posibilidad de visitar el país de origen, en fin, poseer lo necesario para vivir, a pesar de que no se tiene todo lo que se quiere:

No, yo estoy muy bien aquí, tengo a mi familia aquí. Quizás vaya algún día de visita a ver cómo están las cosas. Yo estoy muy bien porque tengo mi familia aquí. Ya llevo con mi chico seis años. Estamos casados y ya llevamos seis años. (Afrodita, 2009)

...Yo tengo mi pensión pero se lo doy a él [esposo] porque sino no hacemos el mes, él me da lo necesario para pasar el mes, él me da una parte, la otra me la jugaba ¿sabes? Me compra el tabaco, para comer tenemos al [supermercado] que está cerca, me paga las tarjetas... (Libertad, 2009)

...Bueno primero voy a quitarme los cuernos (se ríe) o a ver si los cuernos se han caído. Es eso que te he dicho, voy a empezar de nuevo a trabajar, ahora por lo menos vendo chatarra, eso me da un poquito de dinero en el bolsillo. También pienso alquilar una habitación para mí, quiero salir de allí porque te digo una cosa clara, ellos están en su país pero también nosotros estamos en su país, también en España es nuestro país. Como te he dicho he vivido en España y si muero también será en España, no hay remedio. No tengo que pelear por un cachondeo. Lo que pasa es que no me voy a quedar peleando con la gente por la comida. Esto también me da vergüenza pelear por la comida.... no es por la comida. No es por el hambre, cualquiera te saca un bocadillo. La gente no te da dinero, ¿tienes hambre? Ven come. Antes la gente te ayudaba con dinero pero ahora no, ya saben que por el vicio... puedes andar vagabundo... yo que he tenido experiencia me he quedado sin un duro... Esto es bueno para formar a la gente, explicarle a la gente para que tome un poquito de tranquilidad, que sean solidarios con los demás. Todos somos humanos y todos somos hermanos, no decir éste es un moro, ¡eh! este es un gitano... el destino es el destino voy, voy... (Daniel, 2009)

Algunas de las personas señalan que les gustaría hacer cursos de idiomas, dedicarse a la ecología, enfermería o dedicarse a gente mayor o minusválida. Los que están más integrados a los recursos relacionados con el CAS, expresan que quieren ser mediadores, asesores, colaboradores, promotores de salud para tener la oportunidad de hacer algo y sentirse útiles mientras a corto plazo consigan un trabajo adecuado que les permita ganar dinero y poder mantenerse por sí mismos:

Quiero ser mediadora, le dije a Esmeralda que me pongan a hacer algo. O que me ponga al hospital a ayudar personas, que hay personas que se quedan solas allí toda la noche, o que me ponga en una residencia a cuidar gente porque me gusta. Son cosas que me gustan, me siento inútil ahora. (Fenicia, 2009)

...¡eh! (silencio) trabajar con mucha vehemencia y también trabajar con mucho compromiso, con la naturaleza, con las personas y yo creo que esto es muy importante que haya gente así en el grupo ecologista... ellos tienen vínculos con mucha gente, ellos una vez se encontraron un colmillo de mamut y están allí en preservación de ese espacio como cosa natural. Están haciendo un trabajo muy importante y con mucho compromiso, eso te da ánimos, a mí me da ilusión seguir con este contacto. Ya yo he tenido tres salidas y ahora lo que estoy haciendo es ir conociendo gente y tratar de introducirme en este mundillo. Claro, yo tampoco tengo la información para hacer las cosas más deprisa, pero espero recoger mucha información sobre este tema. (Pancracio, 2009)

Otros describen la proyección de sus vidas en el corto plazo en el circuito de reinserción socio-laboral que les permita ir a un piso terapéutico al salir de la comunidad terapéutica, luego hacer un curso, obtener el carnet de conducir, alcanzar el graduado escolar, mudarse de residencia, obtener de nuevo la custodia del hijo, conseguir un trabajo con el que se sientan a gusto y tener mas "libertad":

Cuando salga de la comunidad, lo primero que voy a hacer es ir al piso terapéutico. En el piso terapéutico es lo mismo pero con más libertad. Cuando estás en un piso terapéutico lo

primero que te piden no es buscar trabajo ya, sino que puedas realizar un curso. Yo tengo pensado sacar el carnet de conducir y el graduado escolar, luego ya poco a poco poder combinarme. Por lo menos allí en la comunidad ya tengo los libros ojeando para el carnet de conducir, que yo creo que es importante para llevar al niño al colegio. Luego lo que estaba hablando con mi pareja es irnos a vivir a un pueblecito como Montbrió... para no estar aquí, que no me gusta nada. Estaré mis 3, 4 o 5 meses en el piso terapéutico y buscar trabajo que ellos también suelen ayudar. Es buscar trabajo, un piso... es tener las condiciones para volver a recuperar a mi hijo, es lo que quiero hacer... Yo en mi caso, las fuerzas que me dan para seguir adelante es mi hijo, pero después que uno ha tenido una adicción tantos años cualquier mínima cosa vuelves a recaer. (Renacer, 2009)

El proyecto a corto plazo es estar conmigo mismo, es el principal proyecto. Trabajar en algo que me guste, esto lo tengo muy en cuenta porque he trabajado en petroquímicas y no quiero volver allí, quiero ser más ecológico, que en eso todos tenemos que empezar a cambiar. No se cambia por los intereses pero yo sí quiero cambiar, por eso quiero empezar a trabajar en algo natural. Tengo como proyecto empezar a trabajar en la jardinería, eso es un proyecto a corto plazo. Luego a nivel social es relacionarme con gente, retomaré las relaciones sociales, los vínculos sociales que tenía, yo estuve de monitor de campamento, tenía muchos amigos y vínculos sociales bastante buenos con gente muy sana. La gente que estaba ahí ya no está por supuesto, habrá que buscar gente nueva que la hay y muy buena. He tenido experiencia con gente joven que está trabajando muy bien. (Pancracio, 2009)

Tener información sobre las vidas en el corto plazo permitía de alguna manera hablar de las angustias y miedos actuales, las dificultades, las enfermedades, una revisión de los fracasos tenidos hasta el momento, a pesar de expresar adelantos con el tratamiento que lleva en el CAS:

Este tratamiento que estoy llevando me está yendo muy bien. Lo que pasa es que estoy teniendo mucha ansiedad de comer. Ahora mismo ya tengo ganas de comer y me como un plato de comida. Ahora me siento bien, pero me falta aquí (señala la cabeza) pero ahora no me apetece beber como antes. (Fenicia, 2009)

La vista quería como curarse pero no se ha curado, me tienen que hacer la prueba de la vista y me dice no seas tonto que vas a quedar ciego, es un señor mayor que es más viejo que yo. Tengo cataratas. Lo que pienso es que hay tres problemas: alargar el alcohol, alargar el fumar pero va a ser un poco difícil pero, a ver, se intenta, y la otra es querer trabajar y ser una persona normal, pero no hay trabajo aquí en España y en Portugal si tengo. A corto plazo trabajaré con un cuñado mío en la construcción. (Joao, 2009)

Las mujeres que tienen niños pequeños que han cedido la custodia a familiares o instituciones se proponen recuperar a sus hijos en el corto plazo: “voy a recuperar a mi hija, es mi plan más grande, en estos días le pongo la demanda”. (Pepa, 2009)

Las demandas que se plantean las pcpa están centradas en conseguir un trabajo, una vivienda, recuperar relaciones. Los que han perdido sus viviendas por hipotecas esperan la resolución del banco y les angustia un poco la espera, pero tratan de resolver con otras alternativas como mudarse a un piso en alquiler debido a la presión del banco para que abandone la vivienda:

Con lo de la hipoteca hay que esperar que [el banco] me diga algo, hay que esperar. (Pepa, 2009)

Tanto hombres como mujeres coinciden que es mejor no probar el alcohol, pero hay también unos cuantos que se consideran capaces de beber con moderación.

8.3.2. VIDAS DE LAS PCPA A MEDIANO PLAZO

Las pcpa a mediano plazo se plantean hacer Cursos de Formación que les brindaría más opciones para conseguir un trabajo más cualificado. Especialmente, está en los planteamientos de las mujeres la propuesta de estudiar pero no ven las condiciones propicias en el momento actual, a pesar de ello consideran que “estudiar, hacer un curso” piensan que es lo les permitiría cambiar de trabajo y cambiar las condiciones laborales actuales. También las mujeres especialmente exponen que les gustaría trabajar un poco con su imagen: cambiar de ropa, perder o ganar peso, arreglarse la dentadura.

Los hombres, por su parte, hablan de tener una vida más independiente, los que están casados plantean tener un trabajo y mantenerlo para solventar las necesidades de la familia y los que están solteros piensan que deben tener una vida en que la que puedan vivir solos, pues hasta el momento han vivido con sus padres y consideran “sano” vivir separados de los mismos:

...mantener ese trabajo y ver la evolución de mi hija y mi nieto, la otra [hija] es autosuficiente y no tengo por qué preocuparme por ella, con ella no hay ningún problema (Joselo, 2009)
...quiero vivir separado de mis padres. Separado en el sentido de poder tener un piso, dormir separado de ellos. Poder hacer mi vida yo por mi mismo, porque hay veces que yo quiero estar solo y no puedo estar sólo porque está mi familia en la casa. Cuando me encuentro cansado me quiero dormir, no quiero oír conversaciones, ni problemas. Entonces, cuando estoy en casa los tengo que oír, si estuviera solo pues sería mejor.... (Cupido, 2009)

No obstante, los solteros también consideran los problemas de vivir solos pues nadie cuidaría de ellos o estaría pendiente de su medicación, también señalan que cuando han vivido solos se han deprimido más y temen el reinicio del consumo “destrutivo”. El beneficio de vivir solos es que pueden salir cuando les plazca, tener un piso a disposición.

Otros de los sujetos se proponen tener una relación de pareja, unos señalan que lo ven fácil y ya están poniendo su énfasis en conseguirlo saliendo y conociendo gente, pero otros manifiestan dificultades para lograrlo porque nunca se lo habían propuesto, por la edad, por los problemas que puedan tener con la posible pareja.

Hay personas que no ven cambios en el corto plazo pero si lo ven a mediano y a largo plazo, algunas de las pcpa expresan que quisieran culminar el tratamiento pero lo expresan

como un deseo irrealizable, pues “hace 20 años que tomo la medicación”. (Azúcar, 2009). Por su parte, de manera más inmediata el trámite de una pensión de invalidez es lo que resolvería su situación económica para no tener que depender de su familia. Dicha pensión le permitiría:

...irme de aquí y me iría a mi pueblo, que viven de 35 a 40 personas. Y vive allí mi madrina que aún vive con su hija en un rancho... ya tengo oferta ¡eh! Y el piso se lo regalo a mis hermanos. La casa donde yo nací la ha comprado mi madrina y su hija. Es un rancho en el medio de una montaña. Yo he ido hace poco con un hermano allá, yo puedo estar allí el tiempo que quiera. Yo les daría a mis hermanos el piso para todos que me devuelvo a Fornz. (Azúcar, 2009)

En el mediano plazo se plasma el mantenimiento de los propósitos a corto plazo: mantener el empleo o cambiar las condiciones laborales, lograr la pensión de invalidez o una ayuda no contributiva, cuidar de su salud.

8.3.3. VIDAS DE LAS PCPA A LARGO PLAZO

A largo plazo las pcpa se plantean recuperar relaciones perdidas, especialmente, las de su familia, tener más tiempo con la familia, no depender del alcohol como sustancia central en sus vidas, tal como expresan las siguientes pcpa:

...que tenga un buen trabajo para poder conseguir mi hija, mi hija ya está grande ya tiene su novio y todo. Yo quisiera que mi hija venga para mi lado y que sepa toda la verdad. Por qué me han hecho daño a mí y a ella, que no ha podido disfrutar de su madre. Al terminar el tratamiento quisiera no tener más adicción al alcohol ni a ninguna sustancia”. (Fenicia, 2009).
...a largo plazo, mantener el trabajo y tener tiempo para compartir más tiempo con mi mujer y jubilarme. Han pasado los años y las cosas han cambiado. (Joselo, 2009)

Las personas entrevistadas establecen una relación directa entre estar en paro, no tener trabajo y el peligro de “recaer” en el alcohol. Las personas piensan que si tuviesen un trabajo todo sería diferente a pesar de que los mismos han señalado que perdieron muchos trabajos o pusieron en riesgo su puesto de trabajo por el consumo de alcohol. Aunque la mayoría de los pcpa cuentan con algún trabajo y/o pensiones, la mayoría reelabora su posición desde diferentes puntos de vista en relación a su consumo problemático o no de alcohol.

Una de las metáforas expresadas por una de las pcpa es que sus vidas las sienten como «*a caballo entre dos mundos...*», entre hacer esto y lo otro, dividida entre las dos partes. Estar entre una cosa y la otra. Dudar entre dos decisiones, en el caso de Libertad expresa que “siempre es soportable” la vida que lleva pero le gustaría cambiar de lugar de residencia e

irse a vivir a Andalucía. (Libertad, 2009).

Las pcpa formulan que les gustaría escribir sobre sus vidas, es decir, hacer una biografía, escribir poemas, “escribir cosas”, realizar viajes, “aprender de las culturas”, leer más, hacer cursos de cocina, historia, arte, conseguir una pareja, ganar más dinero, independizarse de los padres, formar una familia, “sentirme satisfecho conmigo mismo”, recuperar la salud, “tener una vida más normal, más sana”, entrenar físicamente el cuerpo pues “con tanto alcohol el cuerpo se ablanda, se encoge”. Otros expresan seguir con sus prácticas de yoga, meditación “ir un sitio de estos sagrados como la India, en México también hay muchos sitios. Supongo que puede ser con la jubilación”. (Magdalena, 2009)

Las personas que dependen de su familia de origen se plantean interrogantes vitales “el otro problema que tengo es que cuando se mueran mis papás ¿cómo voy vivir yo ganando lo que gano?”, además que cuando ya no estén sus padres quién podrá controlar sus vidas, medicación, tratamientos. Por lo que algunas de las pcpa se plantean conseguir una pareja, un trabajo, obtener más recursos de subsistencia como ayudas y/o pensiones para poder salir adelante:

Entonces lo que me vendría bien, porque creo que no estoy capacitado para estar ocho horas trabajando, es seguir trabajando aunque no esté bien y no quiero perder allí donde estoy y luego que tuviera una paguita por enfermedad, entonces eso me ayudaría. Pero yo sin dejar de trabajar porque no quiero dejar de trabajar por qué me motiva mucho. Pero quisiera tener otra paguita que me corresponda por qué claro, si me encontrara mal no tendría ni paga ni nada porque nunca he tenido paga y aquí si no tienes el 65% no te dan una buena paga, por el 46% se ganan 300 € y si te los dan, porque ahora lo que falta es que ellos te lo concedan... entonces lo que me gustaría es conseguir una buena paga por enfermedad y seguir trabajando porque yo pienso que tengo años para trabajar.... (Cupido, 2009)

...quiero construirme una casa, en un terrenito que hay al lado de la casa de mi padre. El problema principal es que he estado viviendo con mis padres. El principal es conocer el amor. Conseguir un nuevo trabajo. (Noe, 2009)

Es diferente la situación de una de las pcpa que dependía de sus padres y que al morir los mismos se ha acostumbrado a vivir solo e independiente; como va haciéndose mayor surgen otras preocupaciones ante la posibilidad de enfrentar en soledad la enfermedad o la muerte:

Me gustaría tener un estudio a un precio económico para vivir una vida más íntima para pasarla bien. Ah una cosa, una persona sola como estoy yo, me gustaría resolver lo del aparato que tocas un pito y te viene la ambulancia. Hay que ver cuanto cuesta el aparatito. A las personas solas ese aparatito los puede salvar. (Lucas, 2009)

Cuando las pcpa expresan los planes a largo plazo, se evidencia en algunos casos, un desaliento, cansancio, sentimiento de culpabilidad, la soledad, tendencia a la depresión, dificultad de movimiento, desorden en el hogar, el no saber qué hacer con sus vidas en el

futuro, pero justifican que puede ser por habérselo planteado antes esta interrogante. Son personas que permanecen atadas a su pasado y tienen recuerdos muy vividos de sus problemas tanto en el pasado como en el presente. Pero a la par configuran o realizan elaboraciones de lo que quieren hacer con su vida en la actualidad, unos se preguntan que si su finalidad es dejar de beber alcohol o reducir las cantidades, pero la preocupación central es la imposibilidad de dejar el tratamiento que hasta el momento vienen realizando en el CAS.

No, no quiero tener el alta, a menos que me lo exija el EIAI, lo de la Protección a la Infancia. (Pepa, 2009)

¿cómo culminar?... ¿las pastillas? Yo creo que nunca voy a terminar, yo voy a estar toda la vida con esto. He hecho un esfuerzo para decir "no necesito las pastillas" y yo lo he tratado de hacer pero he visto que no puedo. Con ellas si que he estado mucho mejor por eso pienso que no las dejaré nunca. (Cupido, 2009)

...yo no quiero culminar el tratamiento, no quiero que el tratamiento culmine. Quiero un tratamiento constante. Quiero que me dejen allí tranquilito. (Rod, 2009)

El proceso de reinserción social y laboral, es lo que permite a muchas de las pcpa visualizar el futuro con una familia, sin la gente consumidora que solían frecuentar:

Una vez que tenga el trabajo mantenerlo y poderlo combinar para cuidar a mi hijo, pero ya eso sería más largo plazo. Lo primero es hacer un nuevo juicio, para ello tengo que cumplir todos los requisitos que mi hijo necesita. Trabajar yo, trabajar mi pareja y combinármelo para poder tener esa familia que tanto quiero. A mi hijo le digo que le voy a dar un hermanito. Lo importante es salir y tener todos los sentidos en mi niño. Es poder salir a la calle con mi niño, tener un coche, ver mi madre, ver a mi hermana, tener un trabajo, amigos, que eso no lo tenía antes tampoco porque había estado sola y no tenía amigos y si los había tenido habían sido consumidores. (Renacer, 2009)

En algunas experiencias difíciles, hay una derrota ante la vida y la dificultad de formular algún proyecto. No hay esperanza, se esfuma todo lo que sueñan alcanzar. Según lo expresan a continuación en sus narrativas se plasma la otra cara de la moneda que permite complementar las posiciones de los sujetos sobre sus proyectos vitales y consumos de sustancias vistos hasta ahora:

De la manera como estoy no tengo ningún proyecto, a veces lo hago pero es humo porque veo que no ¿entiendes? Tengo un proyecto resulta que a los 15 días consumo porque ese día he estado rebotado o estado mal con alguien, yo pienso que nada saldrá bien. Lo mismo que estar abajo todo el día? ¿Qué proyectos se puede hacer con esa gente? Consumir todo el día y beber una cerveza y ya está.... Todo no es bueno y mi experiencia te servirá para ver el otro lado. (Jocker, 2009)

Creo que voy por la mitad y no me planteo nada. No culminaré nada porque culminaré el tratamiento el día que muera. Yo pienso que cuando muera culminaré mi tratamiento. No te voy a decir que algunos días estaré bien y estaré como si no hubiera pasado nada. Seré como una persona nueva, creativa, estaré bien pero no creo que sea así, no lo creo. (Noe, 2009)

² Hace referencia un lugar de reunión llamado "Los Pollitos" que está frente al CAS donde se reúnen las personas con problemas de drogodependencias, espacio de tráfico, intercambios, encuentros.

...yo, ninguno. (Pepe, 2009)

¡Uuufff! Es un poco complicado, es complicado porque yo tengo 47 años ya, proyectos a largo plazo lo creo muy difíciles de cumplir, más bien a corto y a mediano plazo. Si que hay que analizar la vida que voy a llevar. ¿Proyectos a largo plazo? Pocos proyectos tengo a largo plazo. (Pancracio, 2009)

Hay discursos que continúan centrados en el alcohol, que está presente o ausente en las vidas de los sujetos, expresan:

...cuando termine el tratamiento yo vuelvo a trabajar en el comercio. Yo no miro atrás, siempre adelante. Yo estaré en el comercio y poco a poco olvidaré el pasado y mejorar mi situación de vida con el alcohol, con la gente... primero, creo que voy a ver a mi familia, voy a ver a mi madre y a mi familia, mis hermanos, mis hermanas. Tengo que volver empezar desde el principio para resolver todos los problemas que yo tengo. Al regresar veré lo que tengo que hacer. Primero tengo que hablar con mi madre y luego montaré sobre mi caballo. Antes de ir quiero ver a mi hijo y a mi hermano a ver qué opinan, qué hacen, cómo va su vida, a ver si tienen también una novia o no, están solteros los dos. Ahora lo que te he dicho a ver a mi hermano, hermana, hijo y después a Marruecos... (Daniel, 2009)

Bueno yo soy consciente, por lo menos mi intención es, no me voy a engañar ni voy a decir que hoy me tomo dos cervezas, no me va pasar nada con dos cervezas. No voy a volver a caer en ese error. Para mí el alcohol, aunque me dé el alta el doctor Renato, lo tengo como prohibido para siempre. No quiero saber nada más del alcohol. Y lo que quiero realmente es encontrar una chica y hacer una vida nueva y feliz, ahora sin alcohol supongo que feliz. (Erasmus, 2009)

No, quisiera no tomar el alcohol, la cocaína ni ninguna sustancia. (Jocker, 2009)

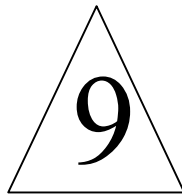
Si, siempre beberé alcohol poco pero siempre. (Lucas, 2009)

Las narrativas formuladas por hombres y mujeres, en su mayoría, presentan una reconciliación consigo mismo, con los familiares, con la vida. Hay matices como hemos visto en cada una de las afirmaciones según la problemática que enfrentan, la manera como llevan su padecimiento y tratamiento en el CAS. Están presionados por sí mismos, terapéutica y socialmente a, continuar con su proyecto de una vida sin alcohol y/o de consumo moderado. En sus proyectos en el corto, mediano y largo plazo se leen muchas afirmaciones optimistas en las pcpa pero también hay apuestas a la derrota.

Tras escuchar las experiencias y narrativas de las pcpa, en todos ellos he encontrado puntos de convergencia: la necesidad de sentirse aceptados, reconocidos, escuchados y comprendidos y por qué no, amados. Sus proyectos vitales dan muestra de la necesidad de mirar un horizonte y de vivir una vida con dignidad hasta el final de sus días. En el alcohol encuentra un mecanismo para huir de su dura realidad, así como muchas personas encontramos otros mecanismos de evasión.

Esta investigación se plantea la búsqueda de un cambio de percepción que se tienen de las pcpa, después de leer sus experiencias de sufrimiento, de lucha, de marginación y/o innovación, no cabe más llamarlas "alcohólicas", son personas. Con el consumo

problemático de alcohol, han tenido experiencias vitales muy profundas. La mayoría piensa que la vida es dura y difícil de soportar, unos piensan que cuanto más rápido acabe mejor, otros han tenido que dejar sus países de origen en la búsqueda de oportunidades para su vida, otros han tenido trabajos de responsabilidad, otros en algún momento se sintieron exitosos en sus vidas, otros han perdido relaciones de pareja o han deteriorado las que tienen actualmente, otros han perdido la custodia de sus hijos por causa del alcohol. Para tratar las personas con problemas de alcohol lo principal es valorar sus capacidades, sus pérdidas pero también sus posibilidades. Estas son las narrativas de las pcpa y plasmarlas por escrito abre un escenario de reflexión para todas las personas que tienen problemas por causa del alcohol y alentarlas a que es posible continuar y llevar una vida digna a pesar de todo lo vivido. A pesar del padecimiento de las pcpa, se puede leer en la mayoría mensajes de optimismo y esperanza en sus vidas al formular sus proyectos en el corto, mediano y largo plazo que es necesario dejar constancia en la presente investigación.



CONCLUSIONES

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS
Carmen Laura Paz Reverol
DL:T. 1708-2011

Para poner una cierta organización en este capítulo, expondré primero las conclusiones generales a las que he llegado por lo que respecta a los objetivos que me había propuesto, para después concretar diversos aspectos relacionados con las hipótesis que me han servido de guía en la investigación. Finalmente, señalaré algunos caminos para seguir profundizando en futuras investigaciones.

En cuanto a la elaboración de un modelo teórico que me permitió realizar una revisión de los estudios sobre alcoholismo no considero que haya agotado toda la bibliografía disponible, faltaría incluir más autores, no obstante, la revisión realizada da cuenta de la particularidad de la investigación que se realizó. Se abordaron a los autores más representativos del Estado Español, específicamente Cataluña, y de Latinoamérica, lo que ha permitido formular una teoría sobre la interrelación entre el sujeto, la sustancia y el contexto, el enfoque de reducción de daños y los procesos de innovación/marginación de la persona con problemas de alcohol. Además que he podido presentar el papel de los distintos actores (usuarios y terapeutas) y sus interrelaciones, elementos que se han organizado mediante las representaciones y prácticas de los mismos. A nivel metodológico, se ha dado cuenta de todos los aspectos plantearon el trabajo de campo etnográfico en el campo de las drogodependencias, privilegiando las narrativas de los actores sociales que participaron en la investigación.

El primer objetivo de la presente investigación, ha permitido ver los procesos que se han ido generando en el marco de la construcción de un problema social, demostrando el papel de distintos actores y sus interrelaciones, elementos estos que se han articulado mediante el concepto de representaciones colectivas/prácticas y/o ideología y prácticas asistenciales. Este estudio ha conducido a la elaboración de una visión sobre los procesos de marginación/innovación y reducción de daños en alcohol del cual queremos empezar a contestar por lo menos algunos aspectos planteados en la interrogante referida a cómo las personas con problemas de alcohol orientan su conducta en la búsqueda de atención de la enfermedad en torno a diferentes recursos terapéuticos dentro del Modelo Médico Hegemónico y se articulan a diferentes prácticas de atención a la salud.

Y este interrogante la hemos empezado a despejar en la presente investigación en la que se ha vislumbrado la creación y evolución de un Servicio de Drogodependencias, el cual da cuenta de la trayectoria de un tipo de asistencia específico para los drogodependientes en el contexto de la democracia española y en un contexto mayor de los Estados del Bienestar.

Al centrarnos en un Centro de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias, hemos podido ver las relaciones entre los usuarios y los terapeutas en un marco de tipo biomédico que, no obstante, tiene sus propias formas organizativas y un conjunto de creencias y prácticas que maneja desde el enfoque sistémico relacional, redefiniendo la creación de un sector profesional, el de la intervención en el campo de las drogodependencias que está compuesto de profesionales del área de la salud y de las ciencias sociales, que se configurará a partir del modelo que domina el campo asistencial de las drogas, el biopsicosocial.

Habría que tener en cuenta también la posible combinación de ciertos tratamientos para el usuario, su valoración con lo que ellos distinguen como un “buen tratamiento”, -decidido con el mismo usuario- para que de este modo pueda redundar en una mayor eficacia real del mismo y también por una cuestión de eficacia simbólica. Creemos que con lo dicho hasta aquí se confirma, por los menos provisionalmente, nuestra primera hipótesis planteada acerca de que los sujetos tengan la posibilidad de orientación de la conducta de búsqueda de atención a la enfermedad en torno a diferentes recursos personales e institucionales.

Faltaría ampliar la visión de los terapeutas sobre el reconocimiento de otras prácticas de atención a la salud utilizada por los usuarios; para ello es necesario el profesional de la salud explore sobre dichas prácticas en sus alcances y posibilidades para las pcpa, y realice acciones tendentes a posibilitar que el usuario acceder de manera más económica, articulada, eficiente, equitativa y efectiva a solventar los problemas de alcohol por dichos actores sociales.

En las representaciones colectivas de hombres y mujeres vemos unas construcciones desde la perspectiva emic sobre la sustancia, sobre la enfermedad, sobre el cuerpo, sobre el origen y causa de la enfermedad, sobre los signos y síntomas del problema con el alcohol, sobre el tratamiento e itinerarios asistenciales de los sujetos, abandono del tratamiento; también los diferentes problemas contextuales tanto familiares y relacionales, como económicos. Las propuestas de los sujetos se enfocan en la abstinencia o en la reducción de daños. Esta decisión no necesariamente guarda correspondencia con los objetivos acordados con el terapeuta, ni implica necesariamente lo que hace la persona, ni quiere decir que lo ha logrado hasta el momento. Se inicia una carrera curativa en la que no se sabe su desenlace y depende de las circunstancias de cada persona. En la mayoría de los sujetos está presente la idea de que el tratamiento es de por vida para sus problemas de alcohol, lo cual consideran

la mejor solución. Entonces, la asistencia continua al dispositivo es necesaria para poder mantener el «control».

En las propuestas de abstinencia o reducción de daños, el consumo sigue siendo activo o se tienen consumos esporádicos. Las continuas modificaciones en las propuestas de las personas plantean —entre otras cosas— una variación en la relación del sujeto con el alcohol u otras sustancias. Al proponerse un determinado objetivo, ya sea de reducción de daños y/o abstinencia, se inicia el trabajo psicoterapéutico para modificar la relación con la sustancia. Esta perspectiva implica una manera diferente de pensar la abstinencia y la reducción de daños: no es el simple distanciamiento, disminución de la sustancia o privación de la misma —dejando intacta la problemática relacional— sino que implica que el sujeto vaya cambiando la problemática que lo induce al consumo del alcohol. Durante el tratamiento, una de las propuestas generalizadas es la abstinencia que constituye un objetivo empedernidamente buscado; no obstante, en la psicoterapia se le reformula su propuesta en la medida que el foco no está en la sustancia sino en la problemática de la persona. Además, pensado el tratamiento desde el enfoque sistémico-relacional, se propone tratar a las pcpa de manera diferenciada.

Probar una gota de alcohol constituye para la mayoría de las personas volver a iniciar un circuito en relación con la sustancia de la cual no se tiene «control», pues no es sólo probar el alcohol ya que hay unas emociones o sentimientos que inciden en retomar el consumo: la ansiedad, la depresión, la tristeza, la euforia, el aburrimiento... Hay otros aspectos que se convierten en factores de protección como, personas, instituciones ya sea dentro o fuera de la Red de Salud Pública, ayudas, trabajos que se convierten en «soporte» para la persona que está dejando el consumo.

En las personas con problemas de alcohol, el valor moral del enfermo se asume mediante la etiqueta de “alcohólico”, pues para las pcpa es una identidad que adquieren y todo gira alrededor de la sustancia, al perder identidad personal y social su identidad se hace conflictiva, no sólo para el grupo familiar sino en un contexto social más amplio. Por otra parte, se ha evidenciado que las representaciones suministradas al usuario por la institución médica se asimilan en parte por los mismos; generándose una disociación entre esa información y las representaciones y prácticas de las pcpa.

En las narrativas de las mujeres, está presente una explicación poco convencional, de una mujer que bebe en los bares, trabaja, cree en su emancipación y se exige a sí misma una superación personal. Al mismo tiempo se dibuja un planteamiento más convencional, el de

esposa y madre, que afronta sentimientos de culpabilidad, vergüenza por el hecho de beber. La abstinencia es considerada por las mujeres una alternativa indiscutible para lograr su mejoría y reinserción social. Se plantean ideas de innovación para la mejoría de sus vidas y se plantean un mejor pronóstico de su tratamiento con apego al dispositivo, aunque en algunos casos lo hacen al margen del mismo y/o buscando otras prácticas de atención a la salud. En los hombres, por su parte, hay ideas poco convencionales sobre su imagen, en sus discursos se observa un hombre vulnerable, abandonado por la sociedad, que tiene que ser controlado para que no consuma. Y al mismo tiempo aspira a la realización de su vida, a vivir en pareja. En estos sujetos está planteado el discurso la reducción de daños más no a dejar los consumos. En los hombres se plantean ideas de marginación de no lograr detener los consumos, a pesar de todo está presente la lucha por conseguir sus objetivos y persisten apegados al dispositivo. En ambos casos, está presente la necesidad de ser reconocidos como personas en la medida en que tiene la libertad y responsabilidad de tomar las decisiones que consideren pertinentes en cuanto a su padecimiento y tratamientos.

La presente investigación es una posibilidad de realizar un acercamiento a las personas con problemas de alcohol (pcpa), hombres y mujeres, pues consideramos que este tipo de indagaciones hace posible planificar los apoyos para mejorar objetiva y subjetivamente el nivel de funcionamiento y la calidad de vida de estas personas, de sus grupos familiares, permitiendo perfilar vías para ampliar el acceso a proyectos de vida productivos y satisfactorios. Se considera interesante seguir profundizando en la propuesta teórica de morbilidad diferencial que ha permitido ver como la depresión y la ansiedad, se presentan con una mayor prevalencia (alta prevalencia) en el sexo femenino y son causa de muerte prematura, enfermedad o discapacidad entre las mujeres, más que entre los hombres.

En relación al segundo objetivo específico, los sujetos describen sus itinerarios asistenciales recorridos no sólo dentro del modelo biomédico sino en otras instituciones como AA, religiones, terapias alternativas. A pesar de que el enfoque relacional les permite a los terapeutas tener una visión global de la problemática del sujeto y suelen indagar a los centros u organizaciones a los cuales acude, incluyendo la religión y otras creencias y prácticas, éstas no se incorporan dentro del tratamiento. No obstante, se hace un esfuerzo para dar un enfoque integrativo y no desmembrado a la persona con problemas de drogodependencias.

Se aborda con un enfoque integrativo los recursos a los que acuden los usuarios dentro de la Red de Salud Pública y se considera que los servicios que ofrece la misma son

compatibles y trabajan en red. Se puede afirmar que la visión del Servicio de Drogodependencias es integrativa en el abordaje de la pcpa, más que fragmentar la asistencia que pueda recibir, lo que trata es de ofrecerle a la persona un enfoque que integre su problemática relacional, consumo de la sustancia y el resto de problemas que presenta. Otros itinerarios realizados en el Modelo Médico Alternativo Subordinado y en el Modelo de Autoatención son desconocidos por el terapeuta, a menos que la persona los comparta con aquél y como señalaba anteriormente no se incorporan dentro del proceso terapéutico, con excepciones individuales. Por su parte las personas con problemas del alcohol, en mayor o menor medida, tienen idea de su padecimiento, sus tratamientos y utilizan distintas opciones según sus necesidades y concepciones. Las pcpa combinan, aparentemente sin dificultad, uno o más sistemas para solventar su problema de salud y se otorgan la responsabilidad de su proceso de “curación” pero su opción para trabajar su problema con el alcohol, es el que ofrece el Servicio de Drogodependencias.

Tanto en hombres como en mujeres, es importante el vínculo que se establece con el dispositivo o Centro de Atención y Seguimiento a las drogodependencias, porque de alguna manera se establece una dependencia con la institución y con los terapeutas, es lo que llaman los terapeutas “el enganche”.

En cuanto al inicio de los problemas relacionados con el alcohol, tanto hombre como mujer, adquieren la dependencia mediante el hábito social de beber, pero surgen matices de diferenciación en ambos, las mujeres descubren un alivio a situaciones de alta conflictividad en su infancia o en su adolescencia relacionadas con conductas de abuso sexual o de maltrato. Las mujeres suelen explicar la causa de su padecimiento relacionado con los abusos sexuales o de maltrato, o por algún sufrimiento por causa por enfermedades mentales, y atribuyen a dicha causa su consumo descontrolado, generalmente culpabilizan a otros en la medida que se sienten culpables a sí mismas. Los hombres, por su parte, señalan procesos de socialización con el alcohol reafirmando su hombría, a partir de su ingreso en la milicia y porque está establecido por la sociedad; generalizan más estas causas y achacan su problema a la sociedad, a los amigos, a la familia y no aparecen explicaciones en los que se vean sometidos a las mismas situaciones que las mujeres. Es por ello que se plantea la morbilidad diferencial relacionada con los problemas de alcohol.

En cuanto al tratamiento, en la mayoría de las mujeres se observan actitudes de aceptación tanto del terapeuta, profesionales y el servicio como tal, y los hombres oscilan entre la aceptación y el rechazo.

El último objetivo de la investigación, se propuso distinguir a partir de los usuarios y terapeutas, algunos discursos sobre los procesos de marginación social referidos a los usuarios, los profesionales y la institución. En los sujetos observamos el cuestionamiento hacia las cosas, sus narrativas de infelicidad y descontento con su vida, su contexto. Y se refugian en alcohol y otras drogas para arremeter con todo, para cuestionar su realidad y no mirarse a sí mismos. Hay la creencia por parte de los sujetos de que sólo la persona es sensible y capaz de comprender lo bueno o lo malo. Lo que no le gusta a sí mismo le provoca inseguridad, malestar, sufrimiento pero ante los demás expresa una fachada de seguridad, superioridad. Dicha superioridad queda demostrada cuando consideran que no tienen problemas con el alcohol y que los que sí tienen son los que tienen problemas con otras drogas. Se sienten diferentes e incluso superiores que las personas que tienen problemas con otras drogas ilegales. A pesar de ello, los sujetos expresan que en su mundo familiar sólo han recibido críticas y suelen evitar a quienes les critican y por consiguiente, se va sintiendo cada vez más solos y empeoran su juicio sobre sí mismos y sobre los demás.

Hay personas que se sienten excluidas por su padecimiento, no se sienten aceptados, se sienten solos, aislados, sufren continuamente la exclusión y el rechazo y por ello se refugian en la bebida.

Con la ubicación de algunos comportamientos y situaciones de marginalidad/innovación en las pcpa, no quiero llegar a una tipología, pues la ubicación de algunas conductas son interpretaciones a partir de lo que la persona espera de la vida y de lo que me aportó cada una en un momento determinado y su situación varía en un momento dado de su itinerario asistencial, ya sea en avance o retroceso. En cuanto a la autonomía de la persona, se considera que, a pesar de que dure poco tiempo la propuesta de abstinencia y/o de bebida moderada, no se puede estigmatizar como “inconstante”, “alcohólico para toda la vida” pues es la persona que en determinadas circunstancias de la vida toma sus decisiones de acuerdo a ese momento de vida, dicha autonomía se verá fortalecida o debilitada en función de sus recursos familiares, económicos e institucionales. Esto quiere decir que además de la necesidad de contar con personas que los apoyen, también tienen ideas sobre su recuperación o no, de su curación o no, de la abstinencia o de la bebida moderada; éstas ideas son reelaboradas constantemente en la medida que se sientan derrotados, resistentes al cambio y emancipados, en esa misma medida los sujetos son capaces de formular sus proyectos en el corto, mediano y largo plazo. La mayoría de los sujetos plantean recuperar unas determinadas relaciones, ya sea de hijos, pareja, padres, hermanos, lograr un trabajo,

conseguir una ayuda, también plasman en sus relatos lo que harían ante un posible derrota y el fracaso de las metas que se proponen.

El servicio drogodependencia recoge la información para sus propias necesidades y la de las instancias del estado vinculadas a ella, también para propósitos de investigación. Es posible que los pcpa oculten o distorsionen la información que proporcionan a los servicios, especialmente cuando el servicio influye en lo que suceda al usuario, por ejemplo, mediante la prescripción de drogas, el recuperar o no la custodia de un niño/a, redactando un informe favorable, entre otros.

Esta investigación, plantea la reflexión a partir de las prácticas de tratamiento de personas con problemas de alcohol en un Servicio de Drogodependencias, y en ella queda patente que no siempre es necesario e ineludible dejar de beber del todo para recuperar una vida digna, “que probar una gota ya significa volver a engancharse”, “desmadrarse”, “recaer”... como coinciden en afirmar la psiquiatría tradicional y asociaciones como AA; una persona puede considerar una propuesta de abstinencia o reducción de daños con el soporte de unos recursos personales, familiares e institucionales que le ayudan a seguir adelante con su vida.

El análisis de los resultados de este trabajo muestra uno de los aspectos más destacados por los terapeutas es el valor de ser escuchados en lugar de ser quienes escuchan. Algunos de los profesionales manifiestan que la “marginación” de los sujetos a los cuales atienden les impregna. También expresan que pasada la emergencia y el impacto de la problemática de drogas de los 80’ la misma ha sido banalizada y en la actualidad se resta importancia a algunos proyectos enfocados a ciertas áreas. Se han encontrado variados puntos de coincidencia y homogeneidad entre los discursos de los terapeutas en cuanto a sus representaciones y abordajes en el contexto de la institución en la cual laboran, pero también hay matices que nos permiten hablar de diferencias. Más allá de las heterogeneidades y las homogeneidades en los discursos y en las prácticas emerge la voluntad integrativa y dialógica que impone el enfoque multidimensional para analizar el consumo de las drogas y sus repercusiones en tanto problema de salud pública en los albores del siglo XXI.

Se puede afirmar que el conjunto de representaciones y prácticas de los profesionales es diversa y heterogénea por lo que se consideró importante su escucha e interpretación para tener una nueva manera de presentar las narrativas de dichos actores sociales sobre su labor en el CAS. La larga trayectoria de los profesionales en el CAS ha permitido recoger unas

narrativas y experiencias en profundidad acerca de la pcpa, “el traje a la medida”, las recaídas, la marginación de las personas usuarias del servicio de drogodependencias, entre otros aspectos. En el plano económico, social y cultural han permanecido ideas sobre la marginación del usuario que se proyectan hacia los profesionales y la institución que de alguna manera remarcan, revalorizan o infravaloran la labor de éstos últimos en el marco de la institución. Entender estos procesos de marginación o reconocimiento social es importante, tanto para las redefiniciones y reafirmaciones de las identidades de los profesionales, usuarios y de la institución, como también para las rectificaciones necesarias para revalorizar su imagen en el contexto social que le toca a cada uno de dichos actores.

Los profesionales tienen unas experiencias contrapuestas: por un lado, su preocupación por procesos de segregación por parte del sistema sanitario, aún cuando formen parte de la red de salud pública; por otro lado, el ser percibidos como “profesionales de segunda” por algunos profesionales de la red de salud mental y por el resto de dispositivos de la red; y por el otro, la reafirmación de su autoridad biomédica y social en cuanto han generado un dispositivo especializado para atender las drogodependencias desde la perspectiva sistémica relacional colocándolos en un lugar de alta valoración en cuanto a su estatus y rol institucionalizado. Este tipo de evidencias ha generado muchas convergencias/divergencias de opiniones entre ellos, pues algunos niegan que estos procesos de discriminación se estén dando. Un rechazo que es comprensible, ya que la mayoría de los pioneros, crearon un servicio dentro del sistema biomédico y no al margen de él, aunque en muchos casos quiera presentárselo de esta manera.

Como resultado de mis reflexiones concluyo que desde la perspectiva de la antropología médica ha sido viable la escucha de las representaciones y prácticas de los las pcpa y de profesionales mediante el trabajo etnográfico. Mediante la interpretación de los discursos queda plasmado que de los profesionales de la salud, emerge una perspectiva dialógica y una voluntad integrativa en un dispositivo que tiene alrededor de 27 años. Los logros a destacar son la sagacidad por parte de los mismos al formarse en drogas y en el enfoque sistémico-relacional paralelamente. De igual manera, en la conformación de un equipo multidisciplinario, la integración de experiencias... entre otras cualidades. Así los terapeutas del CAS, cohesionados en lo interno gracias a dicha formación sistémico-relacional y a la formación en drogodependencias, al mismo tiempo, en el ámbito externo se ven presionados por las transformaciones de la sociedad global; enfrentan el no poder disponer de más recursos, tiempo para formarse, y quedarse en la asistencia y “quemarse” dentro del

recurso. Los retos a superar son el rechazo encubierto que todavía hay hacia el usuario y todo lo que rodea al mismo, incluyendo los terapeutas cuya impregnación de la marginación de los sujetos que atiende, tiende a segregar y desestimar el papel que vienen desempeñando con responsabilidad y compromiso. El conjunto de procesos analizados tiende a ofrecernos una valoración del servicio claramente diferenciado y especializado de la red de salud pública de Cataluña.

En su persistencia y tenacidad, se perfilan posibilidades a futuro con oportunidades como: mudarse al nuevo hospital que les daría mayor amplitud de espacio para la atención y formación en el área de drogodependencias, la posibilidad de incrementar el recurso humano, también es expresa la inquietud por formarse en temas de interculturalidad, la vinculación con grupos de investigación como IGIA, la asistencia a eventos científicos sobre reducción del daño y su vinculación con otros dispositivos en Europa, sus contactos con profesionales de países latinoamericanos, la consulta a profesionales sobre aspectos culturales de las personas que acuden con problemas de drogas, la formación de las generaciones más jóvenes en psicoterapia, maestrías, especializaciones. Por último, se puede decir que los avatares de los terapeutas en estos últimos años se convierten en una experiencia de la cual se puede dar cuenta desde la antropología médica y que puede ser replicada en otros dispositivos y/o contextos. El análisis de los discursos pone en evidencia lo que puede hacer la antropología médica desde el enfoque relacional para facilitar una labor de soporte y escucha, no sólo del terapeuta sino también del usuario.

Creo que esta investigación ha tenido importancia desde varios puntos de vista, los dos principales son: a) permitió un avance del conocimiento en el área de Antropología de la Medicina en cuanto al “alcoholismo” como fenómeno social total, lo cual guarda relación con otras investigaciones que proponen reformular el concepto de “alcoholismo” por poco adecuado y estigmatizante de las personas que padecen dicho problemática; b) Las representaciones y las prácticas de las personas con problemas de alcohol estudiados desde la perspectiva antropológica aportan reflexiones para mejorar las condiciones de atención de los usuarios del servicio.

Esta investigación permitió verificar el entorno biomédico en el cual desarrollan sus vidas las pcpa, en el cual se le brindan pautas para el liderazgo y autonomía en su proceso de curación, idea muy presente en dichos actores sociales y que queda plasmada en cada uno de sus proyectos vitales. El tratamiento en el CAS y la recurrencia a otras prácticas de atención a la salud facilitan a éstos unas opciones para mantener en alguna medida el

protagonismo, la responsabilidad de sus vidas y las dinámicas de relaciones sociales, tomando las riendas de su autonomía y autodeterminación.

Los resultados de esta investigación nos han dado pautas para continuar el trabajo: en un futuro inmediato, nos interesa indagar sobre las diferencias que las personas con problemas de alcohol matizan en relación con las personas que consumen otras drogas, para evaluar cómo las representaciones sobre el alcohol condicionan las practicas curativas que los sujetos aplican. Sería interesante ampliar la propuesta a otros Servicios de Drogodependencias del estado Español para poder realizar una comparación de los diversos enfoques y tratamientos con las pcpa. No obstante, hay que definir los parámetros de comparación al tomar en cuenta la variabilidad de la RAD y de los distintos planes autonómicos, incluso en Cataluña esta presente dicha variabilidad.

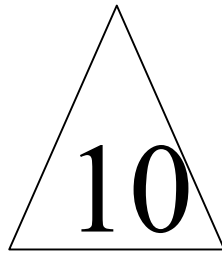
A largo alcance, interesa ahondar sobre: 1) En el enfermo: la marginación de la persona enferma por algunos de los miembros de la familia, la reducción del valor moral del enfermo quien es considerado como "alcohólico". 2) En la familia: las relaciones de la familia con el enfermo, los sufrimientos que causa la enfermedad en cada uno de los miembros de la familia, 3) En las instituciones: el impacto que en la persona tiene su relación con el otro, es necesario potenciar las respuestas específicas a las necesidades de género, desarrollando programas dirigidos a las mujeres (terapias de alcohol con mujeres), y además corroborar la información que sobre la enfermedad existe en la mayoría de las personas que acuden al dispositivo. Es necesario también abordar una comparación de los distintos modelos que dan respuesta a la etiología y tratamientos del alcohol dentro del modelo biomédico. La información se revertirá en el diseño de políticas públicas dirigidas en primer término hacia la atención a las personas con problemas de alcohol y su tratamiento, así como para mejorar la calidad de vida tanto del enfermo como de su entorno familiar. En segundo lugar para la prevención de la enfermedad y la sensibilización de la población en general sobre este tipo de afecciones.

Otro de los aportes potenciales de esta investigación consiste en la posibilidad de contribuir a las iniciativas multidisciplinares que se perfilan para la producción de campañas de información, y creación de matrices de opinión sobre los factores que influyen desde diversos puntos de vista sobre el la problemática de las personas que tratan su proceso con el alcohol.

Dos de los usuarios me dejan un mensaje de reflexión como investigadora "Dadlo todo por los demás aunque no te quede mucho para ti" (Joselo, 2009). "Espero que seas una gran

profesional y puedas servir a tu pueblo... y sobre todo que formes buenos profesionales” (Jocker, 2009). Considero que, aún más en los tiempos presentes, es pertinente esta introspección a partir de dichos señalamientos que reta no sólo a cambiar nuestros comportamientos tanto frente a los otros como a nosotros mismos sino también nuestros valores y prácticas en general. De allí la necesidad de cruzar y traspasar límites disciplinarios.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN TORNO AL ALCOHOL: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS
Carmen Laura Paz Reverol
DL:T. 1708-2011



BIBLIOGRAFÍA

- FUENTES DOCUMENTALES

Memòria de l'activitat del Servei Municipal Drogodependències, 2007.

- DOCUMENTALES IMPRESAS

ÁLVAREZ, Pilar. et al. (2003). *Informe nº 6. Observatorio Español sobre Drogas*. Observatorio Español sobre Drogas y aprobado por su Consejo Asesor, bajo la presidencia del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (2008). *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

GENERALITAT DE CATALUNYA. (2006). *Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de gSalut Pública. Subdirecció General de Drogodependències.

GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT. (2008). *Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya: Consum de Drogues i problemes associats*. Barcelona. Generalitat de Catalunta, Departament de Salut.

Informe Observatori Municipal sobre el consum de drogues del CAS (2007).

Informe Observatori Municipal sobre el consum de drogues del CAS (2008).

MARTÍN, Emiliano et al. (1998). *Informe nº 2. Observatorio Español sobre Drogas*. Comisión Técnica del Observatorio Español sobre Drogas y aprobado por el Consejo Asesor, bajo la presidencia del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

MOSER, Joy. (1985). *Políticas del alcohol en la planificación nacional de la salud y el desarrollo*. Ginebra: OMS.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (DGPNSD). (2007). *Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Plan Nacional sobre drogas (PNSD). (1985) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Servicio de Publicaciones.

PNSD, (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000 - 2008*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica.

PNSD. (1998). *Memoria 1998*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica, Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.

PNSD. (2004). *Memoria 2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

PNSD (2005). *Memoria 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

PNSD (2006). *Memoria 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

TRINIDAD REQUENA, Antonio (Dir.) et al. (2003). *Evaluación Diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)

UNIÓN EUROPEA. (1998). *La Unión Europea de acción contra la droga*. Alemania.

- FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONIN MARTIN, Montserrat. (2010). *La Mediación Intercultural en el Sistema de Salud de Cataluña*. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Tesis doctoral Programa de Doctorado en Antropología. Perfil Antropología de la Medicina.
- AIZPIRI DÍAZ, J. y MARCOS FRÍAS J. F. (1996). *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. Barcelona, Masson, S.A.
- AIZPIRI DÍAZ, Javier et al. (2006). *Guía Práctica de Buena Clínica en Uso y abuso del alcohol*. Ministerio de Sanidad y Consumo; Organización Médica Colegial de España, Madrid.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1981). *Alcohol-dependencia. Psiquiatría en la sociedad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- AÑAÑOS BEDRIANA, Fanny (coord.) (2005). *Representaciones sociales de los jóvenes sobre las drogas (alcohol, tabaco y cannabis) y su influencia en el consumo*. Madrid, Editorial Dykinson.
- ARANA, Xabier et al. (2003). *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*. Madrid: Dykinson, Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati.
- ÁRBOLES, Jaime. (1995). *Sociología y causas del alcoholismo*. Edicions Bellaterra, Barcelona.
- ARZA, J. (2002). *Las drogas. Princesas y dragones*. Madrid: Ediciones Eneida.
- BATESON, G. (1993). *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona, Editorial Gedisa.
- BECKER, H. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo.
- BERGMAN, Joel S. (1999). *Pescando Barracudas*. Barcelona: Editorial Paidós.
- BERTALANFFY, Ludwig von (1979), *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*, Madrid: Alianza Universidad, número 203.
- BIALAKOWSKY, Alberto et al. (2004). "Procesos sociales de exclusión-extinción. Comprender y coproducir en las prácticas institucionales en núcleos urbanos segregados" En: MOTA DÍAZ, Laura y CATTANI, Antonio David (Coord.) *Desigualdad, Pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina. Nuevas perspectivas analíticas*. México.
- BIMBELA PEDROLA, José Luis. (1995). *Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la Salud*. Granada: Documentos Técnicos Nro. 8, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.
- BISHOP, A. (1994). "La mujer y la adicción al alcohol". *Addictus*, núm. 1, marzo-abril.
- BOURDIEU, Pierre. (2008). *El sentido práctico*. Madrid: Siglo XXI.
- BRANDES, Stanley. (2004). "Buenas Noches, compañeros" Historias de vida en Alcohólicos Anónimos. *Revista de Antropología Social*. Vol. 13:113-136.
- CAETANO, Raúl y MEDINA MORA, María E.. (1988). "Patrones de consumo de alcohol y problemas asociados en México y en población de origen mexicano que habita en estados unidos". En: *Nueva Antropología*, Nro. 34, vol. X, pp. 137-155, México.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo. (1997). *Alcoholismo, Medicina y Sociedad en España (1876, 1923)*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas CISC, Madrid.
- CANCRINI, L. (1991). *Los temerarios de las máquinas voladoras. Estudios sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- CASAS BRUGUÉ, et al. (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Monografía de Toxicomanías.
- CITRAN, FISP, Generalitat de Catalunya. Departament de Sanidad i Seguretat Social.
- CASTEL, Robert. (2004). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós.
- COMAS ARNAU, Domingo. (1988). *El tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Colección Comunidad y Drogas.

- COMAS ARNAU, Domingo. (1990). *El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: CIDE.
- COMAS ARNAU, Domingo. (1994). *Los jóvenes y el Uso de Drogas en la España de los 90*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud.
- CONDE, Francisco y HERRANZ, Diego. (2004). *Los procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia*. Madrid. CREFAT.
- CORTES, Raúl. (1988). “La funcionalidad contradictoria del consumo colectivo del alcohol”. En: *Nueva Antropología*, Nro. 34, vol. X, pp. 158-185, México.
- COORDINADORA DE ONGS QUE INTERVIENEN EN DROGODEPENDENCIAS. (1998). *Visión global sobre el consumo de alcohol*. En: Cuadernos de Información 5.
- COURTWRIGHT, David T. (2002). *Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas*. Barcelona. Paidós.
- CUNILLERA I FORNS, Carmen. (1996). *Personas con problemas de alcohol. La abstinencia no es suficiente*. Barcelona: Paidós.
- DEL HOYO CALDUCH, Josep. (1985). *L'alcohol. Evitar el seus perills*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social.
- DI PARDO, Renée y MENÉNDEZ, Eduardo L. (2001). “Alcohol y factores de vulnerabilidad social: aspectos socioculturales”. En: VV.AA. *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- DOUGLAS, Mary. (1973). *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Editorial siglo Veintiuno de España. Madrid, España.
- DOUGLAS, Mary (ed.) (1987). *Constructive Drinking. Perspectives on Drink from Anthropology*, Cambridge: Maison des Sciences de l'Homme and Cambridge University Press.
- DURKHEIM, Émile. (2003). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Sociología Alianza Editorial.
- DURKHEIM, Emile. (1992). *El suicidio*. Madrid: Editorial Akal.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, Enrique. (1986). “El alcoholismo en el país vasco: algunas claves socioculturales”. *Revista Internacional de los estudios vascos*. Vol. 31, N°. 3, 1986, pags. 1019-1032. País Vasco. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2046948>. [Fecha de consulta: febrero de 2009].
- ECHEBURÚA, Enrique. (2001). *Abuso del alcohol*. Editorial Síntesis, Madrid.
- EVERITT, BARRY. “Un 18 por ciento somos proclives a ser drogadictos” [Entrevista] En: *La Vanguardia*, 04 de marzo de 2009.
- ESCOHOTADO, Antonio. (2005). *Historia general de las drogas. Fenomenología de las drogas*. Editorial Espasa. Madrid.
- EHRENBERG, Alain. (1991). *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris: Editions Esprit.
- ESTEBAN, Mari Luz (ed.) et al. (2007). *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones a la antropología de la salud*. Editorial Osalde. Bilbao.
- ESTES, Nada, HEINEMANN, M. Edit, et al. (1989). *Alcoholismo. Desarrollo, consecuencias y tratamientos*. Interamericana. Macgraw Hill.
- ETTORRE, Elizabeth. (1998). *Mujeres y alcohol ¿Placer privado o problema público?* Editorial Narcea, Madrid.
- FLETCHER, Anne M. (2004). *Cómo dejar el alcohol. Nuevas soluciones para el problema de la bebida*. Barcelona: Editorial Paidós.
- FORÉS, A. y J. G. (2010). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.

- FREITAS SCALI, Danyelle y MOTA RONZANI, Telmo. (2007). “Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool”. En: *Revista Eletrônica Saúde_Mental Álcool e Drogas*. Volume 3, Número 1, Artigo 3. En la red: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>> [Fecha de consulta: enero de 2011]
- FREIXA, F.; SOLER INSA P.A. et al., (1981). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.
- FUNES J.. y ROMANÍ I ALFONSO, Oriol. (1985). *Dejar la heroína –Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación–* Cruz Roja Española, Madrid.
- GARCÍA PRADO, Gonzalo. (2001). “Aplicación de la teoría de la desviación a las drogodependencias”. *Revista Trabajo Social y Salud*, Nro. 38. Pp. 7-57.
- GARCÍA USIETO, E.; MENDIETA CAVIEDES, S.; CERVERA MARTÍNEZ, G.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R. (Coords.) (2003). *Manual SET de Alcoholismo*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- GASULL, M. A. et al. (1978) *La enfermedad alcohólica*. Barcelona, Químicos Unidos.
- GEERTZ, C. (1986, 2005 [1973]). “Descripción Densa: Hacia una Teoría Interpretativa de la Cultura”. *La Interpretación de las Culturas*. Barcelona: E. Gedisa.
- GOFFMAN, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GÓMEZ MOYA, J. (2005). *El alcoholismo femenino. Una perspectiva sociológica*. Barcelona, Octaedro-Rialla.
- GÓMEZ MOYA, J. (2006). "El alcoholismo femenino, una verdad oculta." *Trastornos Adictivos* 8(4): 251-60.
- GÓMEZ-TALEGÓN, M. C, et al. (2005). “Alcoholismo en el arco mediterráneo: hacia un consenso sobre su abordaje”. *Trastornos Adictivos: Órgano oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías*,_7(2):55-8.
- GOOD, Byron J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- GRUP IGIA Y COLABORADORES. 2008 [2000]. *Contextos, sujetos y drogas: Un Manual sobre Drogodependencias*. Barcelona. Grup Igia, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD); Plan de Acción de Drogas de Barcelona.
- GUAL, A. et al. (2002). "Monografía alcohol." *Adicciones* Vol. 14, Suplemento 1.
- GUSSA, G. (2000). *El placer y el mal. filosofía de la droga*. Barcelona, Ediciones Península.
- HAMMERSLEY, Marty y ATKINSON, Paul. (1994). *Etnografía y métodos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- HARO, Jesús Armando. (2004). “Entrevistas de grupo en la investigación del ámbito sanitario: criterios y estrategias para campo y análisis”. *Revista Trabajo Social y Salud*, Nro. 48: 139-187.
- HARTNOLL, R.; DAVIAUD, E.; LEWIS, R.; MITCHESON, M.. “Drug Indicators Project 1985” (1991). *Problemas de drogas: Valoración de necesidades locales*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- HEATH, Dwghtb. (1984). Análisis de aspectos socioculturales del alcohol en América Latina. *Rev. Med. Hondur.* Vol. 52.
- HEATHER, Nick. (2004). “Aplicación de los principios de la reducción del daño para tratar los problemas causados por el alcohol” En: HEATHER, Nick; WODAK, Alex; NADELMANN, Ethan; O’HARE, Pat. *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo*. Barcelona: Grup Igia, Generalitat de Catalunya, Diputació de Barcelona.
- JULIANO, D. (2004). *Excluidas y marginadas. Una aproximación antropológica*. Madrid: Ediciones Cátedra / Universidad de Valencia / Instituto de la Mujer.
- KALYNSKI, Beatriz y ARRÚE, Wille. (1996). *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento de una realidad intercultural*. Miño Dávila Editores, Buenos Aires.

- KIM BERG, Insoo y MILLER, Scott D.. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG L.; GOOD, B. (1978). "Culture, Illness and care: clinical lesson from anthropologic and cross- cultural research", *Am Intern Med*, Nro. 8, 251-258.
- KORMAN, V. (1996). *Y antes de la droga ¿qué?* Barcelona: Grup Igia.
- La Santa Biblia* (1960).
- LAPLANTINE, Francois. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Serie Antropológica, Ediciones del Sol, Buenos Aires, Argentina.
- LASALA MESEGUER, Antonio. (1999). "La inmodestia del coñac: alcohol, sociedad y cultura". *Teruel*, (II), pp. 173-190.
- LE BRETON, D. (1992). *La Sociología del Cuerpo*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- LINARES, J. L. (2007). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, Paidós, Terapia Familiar.
- LORENZO, P. LADERO, J. M.; LEZA, J. C.; LIZASOAIN, I. (1998). *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- LLORCA RAMÓN, G. (1995). *Alcoholismo*. Cuaderno de Psiquiatría. Madrid, Europharma.
- MALLART I GUIMERÀ, Lluís. (1996). *Soy hijo de los evuzok: la vida de un antropólogo en el Camerún*. Barcelona: Ariel.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel. (1998) "Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XVIII, n.º 68, pp. 645-659.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A.; COMELLES, Josep M.; MIRANDA ARANDA, Miguel (comp.) (1998). "Antropología de la Medicina. Una década de Jano 1985-1995." *Trabajo Social y Salud*(29): 407.
- MARTÍNEZ ORÓ, D. y PALLARÉS GÓMEZ, J. (2009). *Entre rayas. La mirada adolescente hacia la cocaína*. Lleida, Editorial Milenio.
- MEGIAS, E. (Coord.) et al., (2000a). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción (F.A.D).
- MEGIAS, E. (director). (2000b) *Els valors de la societat espanyola i la seva relació amb les drogues*. Fundació "La Caixa".
- MEGIAS VALENZUELA, E. d. (2007). *Adolescents davant l'alcohol. La mirada de pares i mares*. Barcelona, Obra Social Fundació "La Caixa".
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1988). "Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados "tradicionales". *Nueva Antropología*, Nro. 34, vol. X, pp. 55-80, México.
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1990a). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Editorial Alianza Mexicana. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, D.F.
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1990b). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y Transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata 179. México.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (ed.) (1991). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E (ed.). (1992a). *Prácticas e ideologías "científicas" y "populares respecto del "alcoholismo" en México*. México, CIESAS.
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1992b). "Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Atención. Caracteres estructurales". En: CAMPOS NAVARRO, Roberto (compilador). *La antropología médica en México* Universidad Autónoma Metropolitana, tomo I.
- MENÉNDEZ, Eduardo y DI PARDO, Renée. (1996). *De alcoholismos y algunos saberes. Atención Primaria y Proceso de Alcoholización*. D.F. México: CIESAS.
- MENÉNDEZ, E.L. (1998). "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios sociológicos*, 46: 37-67. enero-abril. En la red:

<http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/colmex/estud_soc/ene-abr98/estud46/sec_5.html>

[Fecha de consulta: mayo de 2009]

MENÉNDEZ, Eduardo L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

MERTON, R. K. (1964). «Anomie, anomía e interacción social. Contextos de conducta desviada». En: CLINARD (ed.) *Anomía y conducta desviada*. Buenos Aires, Paidós: 201-226.

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M.; SCHWARZ, R. BURTSCHIEDT, W. y GAEBEL, W. (2002). "Dependencia del alcohol y orientación del rol de género." *Eur Psychiatry Ed. Esp.*, 9: 215-223.

NASI, Cíntia y HILDEBRANDT, Leila Mariza. (2007). "Ser alcoolista na voz da sujeitos dependentes de álcool". *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. Volume 3, Número 2, Artigo 4. En la red: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>

NAVA QUIROZ, Carlos y VEGA VALERO, Zaira. (2006). "Estructura y calidad de red de Alcohólicos Anónimos". *Anales de psicología* 22 (2): 212-216. En la red: <www.ucm.es/anales> [Fecha de consulta: marzo de 2009]

NAVARRETTE PELLICER, Sergio. (1988). "‘Snich Poshj’. Producción, consumo y función del alcohol en una comunidad tzeltal". *Nueva Antropología*, Nro. 34, vol. X, pp. 111-136, México.

NICHTER, M. (2006) "Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica". *Desacatos*, enero-abril, n° 020: 109-132. México D.F., CIESAS. En la red: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13902005&iCveNum=2586>> [Fecha de consulta: enero de 2009]

MILLER, Norman S. y GOLD, Mark S.. (1993). *Alcohol*. Biblioteca de Toxicomanías. Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanitat i Seguretat Social, FISP, CITRAN.

O'HARE, P.A.; NEWCOMBE, R.; MATTHEWS, A.; BUNING, E.C.; DRUCKER, E. (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona, Grup Igia: 17- 39.

OSORIO CARRANZA, Rosa María (1998) "Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles" Tesis de Grado para optar al título de Doctora en Antropología Social, Universidad Rovira y Virgili, Tarragona, España.

PALLARES GÓMEZ, Joan. (2000). "Drogas y ciencia social: una aproximación antropológica". *Revista Trabajo Social y Salud*, Nro. 36. Pp. 7-21

PARSONS, T. (1999). "Estructura Social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna". *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial

PAZ REVEROL, Carmen Laura. (2007). *Sistema explicativo del proceso salud- enfermedad en niños wayuu. Propuestas para la promoción de salud desde la interculturalidad*. Maracaibo: Vicerrectorado académico de la Universidad del Zulia.

PELLEGGRI, C. (1994). *Soigner le malade alcoolique. Comprendre pour aider*. Paris: Editions Lamarre.

PETTA ROSELLI, Ana Cecilia. (2001). "O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento", *Revista IMESC*, N° 3, pp. 73-86.

PITT-RIVERS, Julian. (1973). *Tres ensayos de antropología estructural. Contexto y modelo. La Ley de la hospitalidad. Derecho de asilo y hospitalidad sexual en el mediterráneo*. Cuadernos Anagrama. Barcelona, España.

RAVELO, Patricia. (1988). "Ambivalencia y contradicción: reproducción del proceso de alcoholización en niños". *Nueva Antropología*, Nro. 34, vol. X, pp. 81-109, México.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Tomos I, II, Madrid.

REY GONZÁLEZ, A. M. (1990). *Estudios médico sociales sobre la España del siglo XIX*, Colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, Nro. 17, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- ROMANÍ, O. et al. (1995). *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Grup Igia. Barcelona.
- ROMANÍ, Oriol. (1996). «Antropología de la marginación. Una cierta incertidumbre». En PRAT, Joan y MARTÍNEZ, A. (eds.) *Ensayos de Antropología Cultural*. Barcelona: Ariel.
- ROMANÍ, Oriol. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- ROMANÍ, Oriol. (2010). “Adicciones, drogodependencias y ‘problema de la droga’ en España: La construcción de un problema social”. En: *Cuicuilco*, Vol. 17, Núm. 49, pp. 83-101. En la red: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35117055006>> [fecha de consulta: septiembre de 2011]
- ROMO, N. (2001). *Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile*. Donostia, Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- ROSNAY DE, Jöel. (1977). *El Macroscopio: hacia una visión global*. Madrid: Editorial AC.DL.
- ROSÓN HERNÁNDEZ, B. (2008). “Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica”. *Galicia Clínica*. 69 (1): 29-44.
- SÁIZ, P.A., et al. (2002). “Instrumentos de evaluación en alcoholismo”. *Adicciones*, Vol. 14, Supl. 1: 387-403.
- SAN ROMÁN, Teresa. (1989). *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona, Fundación Caixa Pensiones.
- SAN ROMÁN, Teresa. (1991). «La marginación como dominio conceptual. Comentario sobre un proyecto en curso». En: PRAT, Joan. *Antropología de los pueblos de España*. Madrid: Taurus.
- SÁNCHEZ-TURET, M. (1999). *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*. Barcelona, Espaxs Publicaciones Médicas.
- SIRVENT RUIZ, Carlos; MORAL JIMÉNEZ, M. de la V.; RODRÍGUEZ DÍAZ, F. J. (2007). *Jóvenes & Alcohol. Conjunto didáctico-audiovisual para educadores, psicólogos, padres y colectivos mediadores*. Valencia, Dirección General del Libro, Archivos y Bibliotecas del Ministerio de Cultura.
- SECHI MESTICA, Giussepina. (1993). *Diccionario de mitología universal*. Traducción: Marie-Pierre Bouyssou y Marco Virgilio García Quintela. Editorial Akal.
- SEVA DÍAZ y colaboradores. (1998) *El alcoholismo. Los pacientes alcohólicos, sus problemas específicos y su atención personal, familiar y social*. Nro. III. Caja de Ahorros de la Inmaculada. Zaragoza.
- SINGER, Merril. (1988). “Hacia una economía política del alcoholismo”. *Nueva Antropología*, Nro. 34, vol. X, pp. 9-53, México.
- SCHEPER-HUGUES, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- STEINGLASS, P. et al. (2001) *La familia alcohólica*. Gedisa Editorial. Barcelona.
- USÓ, Juan Carlos. (2002) La construcción de las toxicomanías y la creación del <<problema de las drogas>> en España. *Revista Trabajo Social y Salud*, Nro. 43.
- VALLS-LLOBET, C. (2009). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid, Ediciones Cátedra / Universidad de Valencia / Instituto de la Mujer.
- VELASCO, Honorio y DÍAZ DE RADA, Ángel. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Colección estructuras y procesos. Serie Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Trotta.
- WALTON, Stuart. (2003). *Colocados. Una historia cultural de la desintoxicación*. Barcelona: Alba Editorial.
- WATZLAWICK, Paul; BEAVIN BAVELAS, J.; JACKSON, D. D. (1977). *Teoría de la comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

- WHITE, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- WHITE, M. y EPSTON, David. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- VV.AA. (2001). *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- VV.AA. (2004). *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.