



Tesina de Licenciatura

La Identidad Social del Alcohólico: Un Estudio Comparativo entre el Modelo de Comunidades Terapéuticas, Hogar Integral de Juventud y el Modelo de Ayuda Mutua, Alcohólicos Anónimos.

Por:

FLAVIA PAOLA LÓPEZ ARTEAGA.

Asesor:

Psico. Roberto García Salgado.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Roberto García Salgado'.

Lectores:

Mtro. Alfredo Nateras Domínguez.

Psico. Alma Rosa Colín Colín.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alma Rosa Colín Colín'.

México, D. F., septiembre del 2004.

INDICE

Dedicatorias.....	v
Agradecimiento y Reconocimientos.....	vi
INTRODUCCION.....	vii

Capitulo I. Alcoholismo: de Enfermedad a Alienación.

1.1 Aspecto Histórico Cultural del Alcoholismo.....	2
1.2 Alcoholismo desde la Medicina.....	6
1.2.1 Trastornos relacionados con el alcohol desde el D.S.M.IV.....	9
1.3 Una Perspectiva Psicológica del Alcoholismo.....	14
1.3.1 Personalidad Alcohólica.....	18
1.4 Aspecto Psico-Social del Alcoholismo.....	22
1.4.1 Alienación Social: Una aproximación Psico- sociológica.....	25

Capitulo II. Modelos de Tratamiento. De Practicas Comunitarias a la Epistemología de la Normalidad.

2.1. Modelo Médico - Sanitario.....	29
2.2. Modelo Ético - Jurídico.....	29
2.3. Modelo Psico - Social.....	30
2.4. Modelo Socio - Cultural.....	31
2.5. Modelos Alternativos.....	32
2.5.1.Modelo de Ayuda Mutua.....	32
2.5.2.Modelo de Cristoterapia.....	34

2.5.3. Modelo de Purificación y Reprogramación.....	35
2.6. Modelo Profesional.....	35
2.6.1. Modelo Minessotta.....	35
2.6.2. Modelo Integral.....	37
2.7. Modelo de Comunidades Terapéuticas.....	37
2.7.1. Modelo de Comunidades Terapéuticas Holísticas.....	38
2.7.2. Hogar Integral de Juventud.....	39

Capitulo III. Comparativo de dos Modelos de Tratamiento de Alcoholismo. De la Permanente Recuperación a la Rehabilitación definitiva.

3.1 Modelo de Alcohólicos Anónimos Grupo Tradicional Hora y Media.....	43
3.2. Hogar Integral de Juventud.....	70

Capitulo IV. Identidad Social del alcohólico.

4.1. Identidad Social.....	86
4.2. Estigma.....	93
4.3 Cambio Identitario.....	97
4.4 La Identidad Grupal.....	101
4.5 La masculinidad como fenómeno de mayor consumo.....	105

Capitulo V. Método y Metodología.

5.1 Justificación.....	117
5.2 Pregunta de Investigación.....	119
5.3 Objetivos de Investigación.....	119
5.4 Tipo de Investigación.....	119
5.5 Categorías de Análisis.....	120
5.6 Población.....	120
5.7 Muestra.....	120
5.8 Variables.....	121
5.9 Escenarios.....	121
5.10 Instrumentos.....	121
5.11 Procedimiento.....	131

Capitulo VI. Resultados.

Análisis.....	132
Discusión.....	144
Conclusiones.....	153
Limitaciones.....	155
Sugerencias.....	157

Bibliografía.....	160
Anexos.....	165
A. Datos demográficos de la muestra.....	165
B. Guión de la Entrevista Abierta.....	174
C. Escala de Dependencia al Alcohol. Versión Utilizada.....	176
D. Alcoholismo y Programas de recuperación.....	182
E. Técnica Multietápica de la Identidad Social. Versión Utilizada.....	187
F. Espacios elementales de identidad social.....	204
G. Matriz Conceptual Alcohólicos Anónimos y Hogar Integral de Juventud.....	247

“El DOBLE significado de la soledad -ruptura con un mundo y tentativa por crear otro- se manifiesta en nuestra concepción de héroes, santos y redentores. El mito, la biografía, la historia y el poema registran un periodo de soledad y de retiro, situado casi siempre en la juventud, que precede a la vuelta al mundo y a la acción entre los hombres. Años de preparación y de estudio, pero sobre todo años de sacrificio y penitencia, de examen, de expiación y de purificación. La soledad es ruptura con un mundo caduco y preparación para el regreso y la lucha final... Y todos, en nuestra propia vida y dentro de las limitaciones de nuestra pequeñez, también hemos vivido en soledad y apartamiento, para purificarnos y luego regresar entre los nuestros”.

Octavio Paz.

A papá, por ser la inspiración de todos mis días y a mamá, por su fortaleza y ejemplo...

Ara y Julio, por su amor, paciencia y apoyo incondicional. A Juan Karlos por su entrega y perseverancia...

Doña Efi y Don Carlos, por su cuidado incansable. A Guadalupe y Carlos, por su aliento y comprensión...

A Jaime P., por confiar en mi...

A mis padres, hermanos, abuelos, tíos y familiares, por ser el mejor estímulo de mi vida.

Agradecimiento y Reconocimientos.

A Mtro. Juan López M. y a la Sra. Karla López A., por su comprensión, amor y por la lucha diaria en brindarme a todo momento orientación y el camino de la superación.

A Psico. Roberto García Salgado, por la dirección y correcciones hechas al presente trabajo.

A Psico. Alma Rosa Colín C., por la revisión y sugerencias hechas al presente trabajo. Por respetar mis tiempos y sus valiosos consejos y orientación profesional.

A la Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa, que me abrió las puertas y el camino a la Psicología Social.

A mis maestros.

A mis amigos Edith, Alma, Caro, Mariana, Lucia, Edgar, Israel, Iván, Lisselle y Paula, por su aliento y comprensión.

A Dios, por el privilegio de conocer los espacios de recuperación de H.I.J. y A.A., especialmente a Grupo Unicornio y a todas aquellas personitas que de forma activa y pasiva me han dado la oportunidad de ser todo lo que soy.

Introducción.

En México el uso del alcohol ha sido milenario y no por ello una problemática, no es sino hasta la década de los 60's en la búsqueda de la expansión de límites, fronteras, y en la conquista de libertad, autonomía e independencia interna a través de emisiones, juicios y actitudes, algunos jóvenes empiezan una revolución en la crítica, cuestionamiento del orden y normatividad social mundial, esto trae como consecuencia todo un proceso histórico, cultural y social que se va conformando hasta llegar a los 90's donde prevalece la crisis social identitaria juvenil. Por supuesto surgen nuevas y diferentes formas y figuras de definición de juventud.

Numerosos hechos sobre este tema, sin duda, las drogas toman un papel indiscutible con impactos novedosos y complejos en cualquier disciplina de las ciencias; sin embargo este ámbito novedoso en aquel momento, es hoy un fenómeno social y de salud con mayor impacto en el sector juvenil, con una problemática hipercompleja, del cual, poco se ha podido conocer y resolver.

Siguiendo este camino, de ser un grito juvenil de libertad e independencia, la utilización de drogas lícitas e ilícitas, el abuso de ellas es hoy un problema de sufrimiento social a tratar, cuyo campo oferta algunas posibilidades, que en realidad la mayoría no ofrece los resultados mínimos para el tratamiento del alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas en la juventud.

En términos generales, en una breve recopilación histórica, el estudio del alcoholismo ha sido mayormente abordado por la medicina y áreas de

salud, solo hasta hace muy poco tiempo, otras disciplinas han intervenido en este ámbito, como la Psicología Social entre otras.

El alcoholismo no es aislado, ni particular a circunstancias individuales; es un fenómeno que resalta y desemboca en manifestaciones sociales como violencia social e intrafamiliar, a través del rechazo de normas, valores, costumbres, tradiciones, relaciones afectivas, familiares, laborales, escolares, etc., Las consecuencias evidentes, se encuentran en este rubro, pero no debemos olvidar donde nace, crece, quien lo forma, los espacios de desarrollo y desenvolvimiento del sujeto alcohólico, que transita desde el ámbito privado, (familia nuclear), para llegar a instituciones, estructuras sociales, culturales, y políticas (esfera pública).

Por ello en ambos modelos de tratamiento expuestos, sugieren y promueven que la familia del alcohólico reciba tratamiento para propiciar acercamiento y comunicación con el sujeto alcohólico; sin embargo es una decisión libre el aceptar la ayuda e información promovida.

La demanda del problema, ha conjuntado el esfuerzo público y social, con el propósito de enfrentar eficazmente el problema. El uso social de drogas ilícitas esta estrechamente vinculado con el uso del alcohol (droga legal), en muchos casos el inicio de una carrera del uso de sustancias es facilitado por el proceso de socialización y de la mano con el alcohol, al ser legal no crea problemas aparentes que frecuentemente se utiliza de escalón para experimentar combinaciones de sustancias que hoy día es mas común, pues el acceso a cualquier sustancia lo es mas.

El primer acercamiento al tratamiento de la fármacodependencia es a través del paradigma clásico, es decir, como enfermedad el caso del Modelo, Alcohólicos Anónimos (A.A.), sin embargo algunas investigaciones como el Modelo ECO2 de Hogar Integral de Juventud (H.I.J.) contradice y

replantean el fenómeno como una modalidad (como muchas) de la normalidad.

En esta investigación comparamos estas dos diferentes perspectivas de tratamiento de la dependencia al alcohol con el objetivo de identificar si promueven una construcción identitaria del alcohólico, que facilite la rehabilitación y reinserción social.

La Identidad Social del Alcohólico, eje central de nuestra investigación, la construye el sujeto alcohólico, a través del permanente y continuo auto identificación y la autodiferenciación a través de un periodo de tiempo, en tres momentos:

- 1). Experiencia del consumo de sustancias, como Identidad Desviante.
- 2). Proceso de socialización primaria (infancia), como Identidad Heterodirigida
- 3). Proceso de Rehabilitación y Reinserción Social, como Identidad Etiquetada.

A través de una mutación identitaria, transitando por estos tres momentos es posible la conformación de la Identidad Social del Alcohólico en Recuperación, la cual facilita y brinda resultados más eficientes en la rehabilitación del alcohólico.

Los hallazgos que se obtuvieron con una población total de 20 sujetos alcohólicos (a), a través de la aplicación de una entrevista abierta, seguida de la Escala de Dependencia al Alcohol (Ayala. H. y cols., 1998) y la Técnica Multietápica de la Identidad Social (Zavalloni, M. y Guérin, L., 1987).

En A.A. con un enfoque clásico de reduccionismo individualista metodológico. En HIJ, con pretensiones teóricas novedosas en nuestro país y ambos comprometidos con la tarea de rehabilitar sujetos

dependientes al alcohol, no se confirma que alguno de estos dos modelos promueve con sus herramientas metodológicas una construcción identitaria de alcohólico en recuperación.

En algunos casos si se evidencian cambios identitarios, pero estos únicamente adaptativos, es decir de forma, más no estructurales o de fondo.

Los resultados obtenidos, tienden mas a clarificar la enajenación y dependencia que los sujetos sufren en cualquiera de los dos modelos, a través del discurso aprendido. Por ultimo la tendencia a masculinizar los espacios de recuperación, cierra la posibilidad real de transformación y de una sólida construcción identitaria.

Capitulo I. Alcoholismo: de Enfermedad a Alienación.

Sin duda el alcohol es la droga más difundida entre la humanidad. Hoy representa un grave problema de salud pública; cuya atención requiere de constantes estudios epidemiológicos.

El hábito de consumo de alcohol con mayor frecuencia se instala en la juventud y una vez presente el problema es difícil de tratar. La Encuesta Nacional de Adicciones¹ reporta una población total que consume alcohol (12 a 65 años) 32' 315, 760. De los cuales el 10.9% (3'522,427) son adolescentes entre los 12 y 17 años quienes han consumido por lo menos una copa completa de alcohol.

En el consumo de altas cantidades de alcohol (5 o más por ocasión) se caracterizan los hombres urbanos y rurales con el 10.5% y 4.7% respectivamente. Esta conducta se observó en 3.4% de las mujeres urbanas y el 0.9% de las mujeres rurales.

En total 281,907 adolescentes (2.1% de la población urbana y rural) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM IV. El mayor índice se observó entre los hombres rurales 4.1% (11,558).

Se observó un aumento de consumo de alcohol entre 1998 al 2002 de 8% (de 27% al 35%) entre los hombres y en las mujeres el incremento fue del 7% (de 18% al 25%) respectivamente. El índice de dependencia entre los 18-29 años nos indican que: tienen una proporción igual entre los hombres urbanos y los rurales con el 7.5% y en las mujeres de 0.2% en mujeres rurales y las urbanas del 0.5%.

El alcoholismo como se ve más adelante, es abordado en diferentes perspectivas. El uso del alcohol es milenario y hace tan solo menos de un siglo que el uso del alcohol se convierte en un problema de salud pública. Para ello fueron necesarios varios factores, de tipo económico y político, principalmente,

¹ENA., Conadic, 2002.

los cuales modifican la estructura social, y se convierte en una tarea difícil cumplir las expectativas y demandas que la sociedad espera de los sujetos; en respuesta aparecen manifestaciones sociales, y estas son llamadas “enfermedades de la modernidad”.

Brevemente hacemos un recorrido en el tiempo y ubicamos los antecedentes, génesis y construcción del alcoholismo como fenómeno, desde las disciplinas que mas han aportado a lo largo de la historia.

1.1. Aspecto Histórico Cultural del alcoholismo.

La elaboración del alcohol se basa en la fermentación de cualquier sustancia que contenga azúcar. El primer uso del alcohol probablemente ocurrió en tiempos prehistóricos, incluso se han encontrado vasijas con uvas machacadas en cuevas. Existe una corriente antropológica que sostiene la teoría de que el cultivo de la tierra se desarrollo tanto para aumentar la cantidad de alimentos como para disponer de bebidas alcohólicas y no existe ninguna razón para suponer que estas se ingerían solo para degustarse (Espresate, S.; 1994).

Su producción organizada se remonta desde el año 370 a. C. en Egipto donde según documentos históricos se describe una cervecería. Años más tarde el gobernador de Creta recaudaba impuestos sobre el vino. Fue hasta siglos mas tarde cuando se empezó a utilizar la palabra alcohol, que proviene del vocablo árabe compuesto por el prefijo *al* y el sustantivo *Kohl* que servía para designar un polvo para pintar las pestañas y daba la idea de algo sublime y sutil.

En la edad media los árabes introdujeron la destilación a Europa. Este procedimiento químico consistía en eliminar el agua de los productos ya fermentados (que solo podían alcanzar concentraciones de 13 grados, como el vino, la sidra, la cerveza) utilizando el calor, logrando obtener bebidas de hasta 65 grados de concentración (güisqui, ron, ginebra, vodka, brandy, tequila...)².

² Escohotado, A., 1999.

Al entrar en contacto con la civilización Azteca, los españoles descubrieron que los indígenas, quienes no conocían, las costumbres del Viejo Mundo, bebían un fermento alcohólico denominado pulque. Así mismo, James Cook en sus expediciones a la Polinesia pudo comprobar que los indígenas ingerían *Kava*, un destilado alcohólico extraído de los granos de la pimienta.

Tales hechos demuestran que el consumo de bebidas alcohólicas es un fenómeno inherente a la práctica total de las civilizaciones y épocas.

A través de los tiempos se ha resaltado el uso místico del alcohol para venerar a los dioses: Los egipcios a Osiris, los griegos a Dionisio y los romanos a Baco.

Ramses III distribuía cerveza entre sus súbditos y les decía que la sensación que experimentaban irradiaba de él. En la Biblia también se escribe del alcohol considerando el vino como la sangre de Cristo, brebaje estimulante y animador: “Alabado sea Dios, que ha de surgir fruta de la tierra y vino que alegra el corazón del hombre”.

No solo el vino y otros fármacos causan los efectos antes expuestos como embriaguez. La naturaleza de la vida y la constitución espiritual del hombre llevan en sí una tentación de necesidad, aturdimiento y avidez. Si alguien cree evitar este peligro ubicuo renunciando a beber, se estará engañando, además de perder la jovialidad, la satisfacción y lo positivo del desnudamiento. En otras palabras, <la ebriedad se limita a descubrir, es una llave, entre otras muchas>. El sobrio no debe ser confundido con el abstemio. El primero puede penetrar a los pliegues de su desnudez porque es amigo de sí mismo, y el segundo ha de rehuirlo para no avergonzarse ante los demás y ante la propia conciencia.

En vez de aprovechar el entusiasmo de la ebriedad para corregir lo rígido, rutinario y requerido de cultivo en su persona, el abstemio por principio prefiere mantener la máscara de una compostura exterior que no oculta su mala fe subterránea... la sobriedad no es en definitiva sino < el ojo del alma que puede abrirse plena y completamente>. Se condena sin duda el borracho crónico a no ver plenitud, pero el riguroso abstemio ha decretado para su alma algo tan indeseable como un arbitrario encadenamiento. Solo porque eso constituye una

falsa piedad <los paganos aconsejaban embriagarse de cuando en cuando para relajar el alma> El punto de vista de Filón sobre la ebriedad ejercerá una notable influencia en los teólogos y moralistas cristianos de los primeros tiempos³.

En la historia, el consumo del alcohol siempre ha sido acompañado de la necesidad de regularlo, siendo incluso en algunas épocas castigado con la muerte. Muchas religiones lo prohíben, incluso en Estados Unidos estuvo prohibido desde 1919 a 1933.

Algunos casos de alcohólicos crónicos y demás toxicómanos en sentido estricto; llegarían sin vacilar a la destitución de su juicio y su organismo con tal de modificar su estado de ánimo, sencillamente porque no se soportan como son. Pero atribuir a una droga lo debido a un concreto usuario implica dotar de vida propia a lo inanimado y despojar el electo animado de su vitalidad. En definitiva, la cura se alcanzara cuando renuncie a ser auto- destructivo, y puede servirse del acervo farmacológico como un ser racional, con mesura y jovialidad⁴.

En Human 1785, Rush publica una investigación sobre el alcohol y sus abusos (-Inquiry into the Effects of Ardent Spirits on the Human Body and Mind-) donde calcula en cuatro mil el número de muertes anuales debidas a alcoholismo para una población total de seis millones.

La brillante diatriba contra el vino y los licores alega que producen dependencia muy intensa, cirrosis, ictericia, pancreatitis, gastritis crónica, delirio, impotencia, agresividad criminal, accidentes, disminución de reflejos, embrutecimiento, lesiones irreversibles en el cerebro, de esto buena parte se sabia ya, pero la elocuencia de Rush convence a sus colegas de Filadelfia para que recomienden al Congreso, por unanimidad, <los fuere gravámenes adecuados de toda clase de licores>⁵.

La concepción del problema del alcoholismo también ha evolucionado, de ser considerado como una deficiencia moral pasa a ser considerado, como una

³Escotado, A., 1999.

⁴Ibíd.

⁵Ibíd.

enfermedad la cual merece ser tratada como cualquier otra (Asociación Médica Americana, 1956).

La psicología y sociología del nuevo adicto es aquel sujeto con ciertas características determinadas, que elige este modo de enfrentarse con sus problemas por razones diversas, que normalmente ignora. Una de estas razones y no la menos importante, es su incorporación a un grupo social donde el uso de la droga se practica y se valora el uso de psicofármacos –que es siempre el de tal o cual sustancia, de esta o aquella manera –constituye un matizado indicador sobre el tipo de sociedad y conciencia donde acontece.

Hasta donde alcanzan la memoria y los signos, las drogas determinan una amplia variedad de instituciones o respuestas, que son explicables solo a partir de cada concepción de mundo, y que por su parte ayudan a perfilarla bajo una luz nueva.⁶

⁶*Ibíd.*

1.2. Alcoholismo desde la Medicina.

La primera ciencia que responde fortuitamente, ante la demanda de un problema de salud pública, es la medicina, posteriormente la Psiquiatría seguida de otras disciplinas. La importancia de estos hallazgos no solo radica en ser los pioneros, sino que además algunos de ellos permanecen en vigencia y utilidad.

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), publicó un trabajo editado por los más destacados especialistas en el campo del alcoholismo cuya finalidad principal, ampliamente lograda, fue la de esclarecer conceptos en torno a esta fármaco dependencia. En ese trabajo fundamental en el campo del alcoholismo, se propone dar el nombre de “síndrome de dependencia del alcohol” a lo que hemos conocido como alcoholismo, aclarando que los autores no se oponen al uso del término universalmente aceptado, ni a la posición de quienes se inclinan por el concepto de enfermedad aplicado a esta condición evidentemente patológica. Una extensa revisión bibliográfica conduce, dice este grupo de investigadores, a una primera conclusión indiscutible: el síndrome existente, aunque científicamente no esté en posición de clasificar la dependencia del alcohol como una condición de etiología conocida y de expresión patológica totalmente establecida conforme a lo que comúnmente se conoce como “historia natural de la enfermedad”⁷.

El síndrome de dependencia al alcohol es definido como una enfermedad crónica, progresiva, incurable y mortal; caracterizada por la adicción al alcohol y otros sedantes, que afecta las áreas físicas, psíquicas y sociales de la persona (O. M. S., 1977).

La asociación de psiquiatras de Estados Unidos (A.S.A.M.) en 1992 publicó el Journal of American Medical Association la siguiente definición basada en las consecuencias del alcoholismo:

⁷ Bravo, S. 1999.

“EL alcoholismo es una enfermedad primaria y crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones. A menudo la enfermedad es progresiva y fatal. Se caracteriza por la pérdida de control sobre la manera de beber, preocupación por la droga alcohol, uso de alcohol a pesar de las consecuencias adversas y distorsiones en el pensamiento, siendo la negación la más notable de ellas. Cada uno de estos síntomas puede ser continuo o periódico” (A.S.A.M., 1992).

Una de las formas de clasificación para la valoración del alcoholismo más difundidas, es la de (Jellinek, 1960):

- Alfa-Dependencia exclusivamente psicológica del alcohol de la que se someten a tratamiento los síntomas emocionales.
- Beta-Existencia de complicaciones (gastritis, cirrosis...) aunque no se registre dependencia física ni psíquica.
- Gamma-Dependencia física y psíquica, pérdida de la capacidad de beber con moderación, pérdida de control.
- Delta-Dependencia física e incapacidad para abstenerse de beber.
- Epsilon-Alcoholismo periódico, con las mismas características que las categorías gamma, pero con periodos largos de abstinencia.

Jellinek también desarrollo una tabla que marca con claridad las etapas por las que pasa un alcohólico:

1-Fase Prealcohólica

Relajamiento ocasional de las tensiones a través de la bebida.

Relajamiento constante de las tensiones a través de la bebida.

Aumento de la tolerancia del alcohol.

2-Fase Prodómica

Palimpsestos (lagunas mentales)

Beber a escondidas.

Preocupaciones por la bebida.

Beber con avidez.

Sentimiento de culpabilidad por la forma de beber.
Evitar el tema de la bebida.
Aumento de los Palimpestos.
3-Fase crucial
Perdida de control, borrachera, agresividad, etc.
Racionalización de la manera de beber.
Se busca neutralizar las presiones sociales.
Comportamiento grandioso y fanfarrón.
Perdida total de la abstinencia (compulsión a la repetición).
Tentativa de modificar la manera de beber.
Alejamiento de los amigos.
Renuncia a los empleos.
La bebida constituye el centro de la vida.
Perdida de los intereses externos.
Cambio de interpretación de las relaciones interpersonales.
Auto compasión.
Fuga Geográfica.
Cambio en actitudes familiares.
Resentimientos irracionales.
Protección de su provisión del alcohol.
Negligencia alimentaria.
Primera Hospitalización.
Disminución del apetito sexual.
Celos mórbidos.
Beber en ayunas.
4- Fase Crónica
Intoxicación Prolongada
Deterioro moral acentuado
Trastornos del pensamiento
Psicosis alcohólica
Beber sustancias similares que contienen alcohol
Disminución de la tolerancia
Temores indefinibles

Temblor persistente

Inhibición psicomotriz

El beber toma un carácter obsesivo.

Aparecen varias ideas o temores de apariciones religiosas

Desmoronamiento del sistema racional.

Hospitalización definitiva.

Muerte.

Sin duda, dentro de la medicina una de las disciplinas que más ha aportado investigaciones, en torno al alcoholismo es la psiquiatría.

Numerosos investigadores, se dieron a la tarea de conformar criterios, que son de gran utilidad, con el fin de identificar con más claridad, que tipo de alcohólico y la fase en la cual se encuentra; ya que la enfermedad es progresiva, como se vio en la tabla de alcohomanía de Jellinek. También fue necesario, crear distinciones en el consumo de alcohol, ya que no todos los bebedores de alcohol presentan dependencia, pero si presentan ciertos trastornos relacionados al consumo y por ello, la necesidad de ubicar a cada uno de ellos, que más adelante el (D.S.M. IV) Manual de Desordenes Mentales lo describe.

Una de las tantas definiciones de alcoholismo que existen dentro de la psiquiatría es la que menciona Keller (1960): “El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicosomático, que se manifiesta por un desorden de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo”⁸.

1.2.1 Trastornos relacionados con el alcohol desde el D.S.M. IV.

Los problemas médicos generales por el consumo del alcohol abarcan varios rangos: en primer lugar, la intoxicación etílica aguda que puede presentarse tanto en bebedores sociales como en bebedores consuetudinarios: en segundo lugar,

⁸ *Ibíd.*

las complicaciones medicas del consumo crónico del alcohol que afecta prácticamente a todos los órganos, pero fundamentalmente el aparato digestivo y al sistema nervioso central y periférico; y finalmente, el llamado síndrome de dependencia al alcohol que es una complicación psiquiátrica de tipo adictivo en donde el consumidor de bebidas embriagantes ha desarrollado dependencia psíquica y física al alcohol.

Es importante saber diferenciar estos tres rangos de problemas consecutivos del consumo del alcohol, ya que, desgraciadamente muchos médicos confunden estos tres tipos de complicaciones en una sola, a la que genéricamente le dan el nombre de “alcoholismo”. Un intento para evitar confusiones entre estos rasgos, es la clasificación del D. S. M IV, que además menciona todos los demás trastornos con los que se relacionan.

El D.S.M. IV⁹ subdivide a los trastornos relacionados con el alcohol en dos grupos:

Trastornos por consumo de alcohol. El que empieza a beber secundariamente a sus conflictos emocionales hasta desarrollar un síndrome de adicción al alcohol

Trastornos inducidos por el alcohol. El que genera problemas personales, familiares y sociales como consecuencia de su incontrolable forma de beber, mismos que serán descritos a continuación.

Dependencia del alcohol.

La dependencia fisiológica al alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia del alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable o intensa, los sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y solo cerca del 5% de los sujetos con dependencia los experimentan siempre. Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia

⁹*Ibíd.*

pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas (p. Ej., Depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas).

Por los atinados acercamientos de la medicina en este rubro, para fines de esta investigación fue necesaria la aplicación de una escala de dependencia al alcohol, (EDA)¹⁰. Se utiliza para población de bebedores problema y se aplica a personas que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide desde dependencia media hasta severa. Aquellas personas que puntuaban como más dependientes en la EDA tienden a tener más problemas físicos (Ross et al., 1990; Skinner y Allen, 1982), más problemas médicos (Skinner y Allen, 1982), y más problemas legales (Kivlahan et al., 1989). Algunos estudios con la EDA se han fijado en la habilidad de este instrumento para predecir conformidad y éxito del tratamiento.

¹⁰Ayala, H., 1998.

Abuso del alcohol

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando maquinas). Beber alcohol puede causarle problemas legales (p. Ej., detenciones por intoxicación o accidentes automovilísticos).

Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales irreversibles que ello le acarrea (p. Ej., Discusiones violentas con la mujer mientras esta intoxicado, abuso de los niños). Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

Intoxicación por el alcohol.

La característica esencial de la intoxicación alcohólica (embriaguez) es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (comportamiento agresivo, labilidad emocional, sexualidad inapropiada, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Estos cambios se acompañan de lenguaje fofullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental. El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes.

Abstinencia de alcohol

Se presenta cuando hay una interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades. Los síntomas empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (p. Ej., entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido o reducido la bebida y se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Puede presentar, o no, hiperactividad autonómica (p. Ej., sudoración o más de 100 pulsaciones), temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, ilusiones, alucinaciones transitorias visuales, táctiles o auditivas, agitación psicomotora, ansiedad, crisis epilépticas, malestar y deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

Otros trastornos inducidos por alcohol.

Los siguientes trastornos se diagnostican asociándolos con aquellos con los que comparten fenomenología:

- Delirium por intoxicación por alcohol
- Delirium por abstinencia de alcohol
- Demencia persistente inducida por el alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol
- Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol
- Trastorno sexual inducido por el alcohol
- Trastorno del sueño inducido por el alcohol
- Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Dichos trastornos, son eliminados del paciente en cuanto el cuerpo naturalmente elimine por completo la droga, sin embargo, el desintoxicar al paciente no es garantía de una reinserción social, es tan solo el inicio del tratamiento.

1.3 Una perspectiva Psicológica del Alcoholismo.

Con el fin de responder a esta problemática, la Psicología Clínica, a través de la psicología conductual y posteriormente con algunas concepciones psicoanalistas, enfocaron sus investigaciones a la explicación individualista del alcoholismo es decir la constitución y construcción de personalidad de los alcohólicos, como algo inherente a algunos seres humanos.

La psicología Conductual parte del hecho de que el alcohol al igual que otras drogas sirven como reforzadores poderosos, lo cual significa que los esfuerzos de investigación para entender y modificar la dependencia al alcohol en los humanos debe estar basado en una explicación de Condicionamiento Clásico y Operante (Hunito y Arzin, 1972; Wikler, 1965, 1971; en Quiroga, 1994).¹¹

En términos generales las teorías del Condicionamiento sugieren que el abuso del alcohol, es la consecuencia de conductas que son adquiridas y mantenidas por una gran variedad de aprendizajes internos y estímulos medio ambientales, lo cual involucra el Condicionamiento clásico y operante.

Condicionamiento Operante.

(Wikler, 1965, 1971) sugiere que el inicio en el consumo de la droga alcohol es explicado basándose en el paradigma operante el cual es expresado con un antecedente que suele estar representado por estímulos, condiciones y situaciones antecedentes al inicio del uso de las drogas, por ejemplo, en el caso de un antecedente de origen externo (permanecer en un grupo de amigos; interacción social), en donde el sujeto es castigado (“obligado”) a consumir una droga sería lograr la aceptación del grupo o evitar sus burlas o agresiones. Esta

¹¹ *Ibíd.*

consecuencia servirá en el futuro como reforzador positivo o negativo según sea el caso, asegurando de esta manera que la respuesta de consumo de drogas ocurra con mayor probabilidad en el futuro. Así se cumple con el proceso del Condicionamiento operante, el cual indica que la frecuencia con que esta ocurriendo una conducta, se modifica o se altera debido a las consecuencias que esta conducta produce.

El principio operante aplicado en consumo de drogas se ha facilitado gracias a los conceptos de contingencias de reforzamiento, las cuales pueden ser resumidas de acuerdo a (Callner, 1975) de la siguiente manera:

- a) Reforzamiento Positivo, asociado a los aspectos sociales del consumo de drogas (aceptación en el grupo, la música y el lenguaje asociado a drogas).
- b) Reforzamiento positivo, asociado con las propiedades farmacológicas de las drogas (euforia, reducción de ansiedad, relajación, reírse, hablar mas fácilmente y facilidad en las relaciones interpersonales).
- c) Reforzamiento Negativo, asociado con aspectos aversivos del ambiente (aliviar el aburrimiento, reducción de los aspectos desagradables de la vida familiar y condiciones de la vida).
- d) Reforzamiento Negativo, relacionado a la no inducción de estados físicos aversivos (por ejemplo: ayuda en el dolor crónico o agudo propio de un daño o enfermedad)
- e) Reforzamiento Negativo, relacionado con la inducción de la droga a evitar estados físicos aversivos (ayuda en los malestares físicos de la abstinencia).

Condicionamiento Clásico.

El procedimiento básico para llevar a cabo el condicionamiento clásico o respondiente, comprende la presentación repetida de un estímulo incondicionado (EI) con el estímulo neutro que se va a condicionar (EC). Por lo tanto, el procedimiento de condicionamiento clásico establece la presentación del EC al mismo tiempo que él. Una vez que hayan efectuado suficientes presentaciones de los dos estímulos, al presentar únicamente el EC, este abocará por sí solo la respuesta que inicialmente era abocada por él.

Wikler (1965, 1971) sugiere que las respuestas condicionadas clásicamente son principalmente las responsables del uso prolongado de drogas y posteriormente de su reincidencia. Se considera que el fármaco dependiente busca con las drogas aliviar la tensión, la cual es asociada con varios estados emocionales tales como “sentimiento de culpa”, ansiedad, ira y depresión.

A causa de la reducción de tensión es repetidamente reforzada por la ingesta de drogas, el consumo de estas se va manteniendo con el rápido desarrollo de una dependencia (física o psicológica). Una vez desarrollada la dependencia (por ejemplo, física) el uso subsecuente de las drogas por el fármaco dependiente se centrará en aliviar los síntomas aversivos del síndrome de retirada.

Inicialmente el deseo ocurre durante el síndrome de retirada, el cual se caracteriza por la manifestación de respuestas fisiológicas tales como dolores de cabeza, musculares, temblor de las extremidades, sudoración excesiva, vómito, así como inquietud y ligero bostezo en un síndrome de retirada de menor intensidad. Es así como los estudios de condicionamiento clásico en el abuso de drogas explican como los ex- adictos llegan a desarrollar síntomas de abstinencia cuando regresan al medio ambiente en el que con anterioridad habían usado drogas, aún después de la desintoxicación (O'brien y cols, 1975). No solo presentando un deseo vehemente por la droga, sino también mostrando signos físicos de enfermedad (bostezo, dolor de cabeza, irritabilidad, tensión muscular, etc.)

La existencia de ambos fenómenos de condicionamiento (clásico y operante) requiere ser tomado en cuenta en el tratamiento de las adicciones. Varios métodos innovadores, se han experimentado con el propósito de influir sobre estos tipos de condicionamiento para permitir al paciente que se enfrente con el síndrome de retirada así como con la búsqueda condicionada de las drogas.

Kraft (1968, 1969, 1970) ha sugerido que un factor causal más a considerar es la falta de habilidades en la interacción social que algunos individuos suelen presentar. Dicha falta de habilidad se ha visto como una fuente evocadora de ansiedad, la cual es mitigada por algunos sujetos con el consumo de drogas.

Desde la perspectiva del psicoanálisis (Knight, 1937) dividió en dos grupos a los sujetos con problemas de alcoholismo: en el primero se encuentran los alcohólicos primarios o esenciales y en el segundo, los sintomáticos, secundarios o reactivos.

Dicha clasificación resulta útil para determinar los objetivos que se pretenden alcanzar en la psicoterapia y para fines pronósticos.

El alcohólico primario o esencial sufrió un estancamiento o regresiones en el desarrollo de su personalidad en estadios muy tempranos de su vida, lo que da lugar a alteraciones muy importantes en la estructura de su personalidad, siendo pacientes con mas mal personalidad que los sintomáticos o secundarios.

El alcohólico sintomático, reactivo o secundario, es un individuo que logró una mejor estructuración de su personalidad, pero el impacto de conflictos emocionales continuos lo han orillado a asumir una conducta regresiva a estadios más tempranos de su vida.

Este es un enfoque psicodinámico determinista, cuyo foco de atención es el trastorno de personalidad por rasgos como inmadurez, narcisismo, masoquismo, dependencia, baja tolerancia a la frustración. Permite extender los mecanismos

de defensa del alcohólico como procesos inconscientes, no voluntarios ni propositivo.

1.3.1 Personalidad alcohólica.

Los rasgos de carácter o conductas que presentan los individuos incluso mucho tiempo antes de tener contacto con la primera bebida alcohólica según los autores que vemos mas adelante, dan cuenta a nivel individual de la génesis de la enfermedad del alcoholismo, y en gran medida la predisposición del individuo a desarrollar alcoholismo.

La estructura de la personalidad junto con los factores de tipo genético, psicofisiológico y bioquímica, así como los elementos socioculturales, constituye uno de los factores determinantes en el desarrollo del alcoholismo (Peterson, 1990).

Aunque no se ha podido estructurar lo que pudiera denominarse una “personalidad alcohólica”, casi la totalidad de los autores están de acuerdo que todos los sujetos alcohólicos tienen problemas psicológicos derivados de una detención, un estancamiento o una regresión en el desarrollo de su personalidad¹².

En la búsqueda de una estructura de la personalidad común a los alcohólicos, se sometieron diversos grupos de alcohólicos a una gran cantidad de pruebas psicológicas con objeto de encontrar una constelación de rasgos característicos de los alcohólicos, tales estudios inevitablemente confunden las características de personalidad presentes en el individuo antes de desarrollar el síndrome de dependencia al alcohol, con los cambios en las características o en el desarrollo de nuevos rasgos consecutivos a dicha adicción.

Pese a lo anterior, la mayor parte de los sujetos con síndrome de dependencia al alcohol o incapacidades relacionadas a un consumo, exhiben rasgos de

¹²*Ibíd.*

personalidad muy frecuentes, tales como: inmadurez de personalidad (fijada en niveles muy tempranos de desarrollo, con defensas frágiles e inestables), un mal contacto con la realidad, con gran tendencia a la negación de la misma, son dependientes, narcisistas, con serios problemas con el manejo de hostilidad que los lleva a asumir actitudes pasivo- agresivas ante los demás.

Son muy sensibles y tienen frecuentes problemas de inestabilidad emocional. Su umbral de ansiedad es muy bajo y esta se desencadena fácilmente, aun ante problemas realmente sencillos. Esperan que los demás decidan por ellos, o les resuelvan los problemas. Muchos de ellos tienen problemas psicosexuales de falta de identificación, manejadas con frecuencia a través de formaciones reactivas. La mayor parte de los alcohólicos presentan sentimientos de inferioridad, auto devaluación, minusvalía, además de ser altamente culpígeno.

La ambivalencia es otro rasgo de la personalidad comúnmente encontrado en los alcohólicos. Esta fijación responde a características infantiles y de dependencia tales como el narcisismo, comportamiento demandante, pasividad y dependencia (Nakken, 1988).

Muchos autores hablan de “la personalidad alcohólica” como un factor predisponente a la adicción del alcohol:

Existe un buen numero de científicos cuyos puntos de vista sostienen que el alcohólico “es diferente” en su psicología al resto de la población y que posee unas características con las cuales se puede confeccionar una descripción de la “Personalidad alcohólica” (Sánchez Herrera, 1974).

Hay psiquiatras y psicólogos que describen al alcohólico, como neurótico desajustado, incapaz de tolerar la frustración o la tensión emocional, incapaz de relacionarse afectivamente con las demás personas, sexual y emocionalmente inmaduro, aislado, dependiente, pobremente integrado, y con fuertes sentimientos de culpa e inutilidad (Santos, 1977).

Los rasgos más constantes en las personas que después se vuelven alcohólicas son las siguientes: inmadurez afectiva, incapacidad para asumir responsabilidad, incapacidad para superar las dificultades y establecer contactos

sociales validos, deseos de evasión, pasividad, dependencia y ansiedad (Tzivanis, J. R., 1981).

Diferentes autores han llegado a la conclusión de que el rol que juegan factores de personalidad en el alcoholismo ya no es especulación y que las personas alcohólicas como grupos generalmente muestran sintomatología común que puede ayudar a que los diferencie de las personas normales, y también de los pacientes psiquiátricos...Se observa, como la persona alcohólica necesita una mayor dosis de alcohol para sobrevivir, para crear un estado de euforia y en esta forma disminuir la apatía y la tristeza, reduciendo la ansiedad y evitando la desilusión y la soledad, y para algunos, poder crear un estado prolongado de destrucción (Casanueva, 1981).

La adicción al alcohol es sintomatología de un trastorno de la personalidad. A pesar de que muchos alcohólicos creen que si dejaran de beber serian individuos normales, rara vez se encuentran en ellos, aun durante los periodos de sobriedad, una personalidad psicológicamente bien adaptada, que estuviera oculta bajo las expresiones de la intoxicación crónica con alcohol...La mayoría tiene en su carácter rasgos de la personalidad inadecuada o de la personalidad pasivo-agresiva. Un número menor de individuos compulsivos, que se organizan de manera rígida o individuos independientes, con afecto depresivo y a veces con personalidad paranoide.

El resto de los adictos presenta los rasgos de carácter y las expresiones sintomáticas de las psicosis graves.... En conclusión, los factores genéticos, la constitución del individuo y las experiencias emocionales del niño en sus transacciones familiares, contribuyen a predisponer a la persona al alcoholismo (Kolb, 1974).

El alcoholismo puede ser definido como una neurosis caracterizada por el uso compulsivo del alcohol, en forma repetida, para la satisfacción de necesidades básicas de la personalidad. El alcohol se vuelve progresivamente sustituto a otras formas realistas y socialmente integradas de satisfacer esas enfermedades... Los alcohólicos son generalmente sujetos débiles de carácter pasivos, dependientes,

receptivos, que se desalientan fácilmente y que tienden a huir de la verdad (De la Fuente, 1959).

El rol de factores de personalidad en el alcoholismo ya no es solo una especulación. Conforme a las definiciones de la personalidad del alcohólico, es esencial demostrar que estas características de personalidad predisponen a una persona a ser alcohólica, y no solamente ocurre como una consecuencia del desorden (Hoffman, 1975).

Vanderpool (1974) a través de la escala de Tennessee de auto-concepto encontró en los alcohólicos puntuaciones más bajas que el grupo normativo (Armendáris, 1984).

Los alcohólicos son caracterizados por intensificar estímulos internos y externos, con una fuerza yóica débil, encontrándose más propensos a sentir que son constantemente bombardeados por sensaciones internas y externas. Por lo tanto están propensos a sentir inconformidad subjetiva como resultado de recibir demasiada sensación interna y de su medio ambiente. El alcohol les sirve para reducir esa estimulación, ya que el alcohol les hace cambiar la modulación de la intensidad del estímulo a una forma reducida y temporal, removiendo la presión de una estructura yóica débil.

Otra de las características del alcohólico frecuentemente mencionado, es la poca tolerancia a la frustración. No es la variación en los grados de frustración sino las diferencias en la forma de responder a ello lo que ocasiona que se sienta alivio al enfrentarla con la bebida. Cuando se habla del “escape” de los alcohólicos, se entiende el beber para aliviar la ansiedad y las frustraciones, y para suprimir la hostilidad y otras formas de tensión.

Sánchez Herrera (1976) agrupó algunas de las características de la personalidad alcohólica, que aunque no son presentadas por todos los alcohólicos, aparecen sin embargo en la mayoría. Dentro de estas están: narcisismo, tendencias orales, poca resistencia a la frustración, al dolor y a la

demora de las satisfacciones, masoquismo, culpígeno, escape de la realidad, desinhibición, ansiedad, inmadurez emocional, hipocondría, introversión, irritabilidad y poco control sobre el propio humor, falta de interés por la vida, falta de penitencia en el trabajo que implique esfuerzos, deshonestidad, sentimentalismo superficial y dureza.

Héctor Sánchez (1974) describe los rasgos del alcohólico como: neurótico desajustado, incapaz de tolerar la frustración, la tensión emocional, incapaz de relacionarse, afectivamente inmaduro, aislado, dependiente, pobremente integrado y con fuertes sentimiento de culpa e inutilidad.

Ramón Torres (1981) menciona los rasgos más constantes y los agrupa: inmadurez afectiva, incapacidad para asumir responsabilidad, incapaz para superar las dificultades y establecer contactos sociales validos, deseos de evasión, pasividad, dependencia y ansiedad.

En general estas son las características que conforman la personalidad alcohólica; las cuales sirvieron de base para posteriores investigaciones en prevención y tratamiento de adicciones.

1.4. Aspecto Psico -Social del Alcoholismo.

Se puede identificar la **socialización** con el proceso de ideologización de una sociedad. La ideología se manifiesta a través de un sistema de representaciones, imágenes y actitudes concretas, que tienden a procurar la cohesión social. Aunque sería de esperarse, que se encontraran representados los distintos niveles, clases, y capas sociales de la estructura, esa representación es relativa, ya que se refiere o es exclusiva de ciertos grupos. A pesar de ello, la socialización, al igual que la ideología, tiene como uno de sus objetivos la “homogeneización” de los miembros de una sociedad.

La socialización ha sido definida como todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Dentro de estas

instancias se encuentra: la familia, la escuela, la religión, los medios masivos de comunicación, entre otras. Estas tienen una importante contribución en el modo de conformar, transmitir, mantener y perpetuar valores, creencias y actitudes que influyen y en modo determinan el modo de pensar y actuar de la gente, conformando así los roles de género (Bustos, 1988).

El **género** se refiere a la construcción cultural de la diferencia sexual y representa una forma primaria de relaciones significantes de poder. A grosso modo, el género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a las mujeres y los hombres, como producto de un proceso histórico de construcción social (Beneria y Roldan, 1987). Este último implica la transmisión y aprendizaje de normas que informan a la persona acerca de lo obligado, lo prohibido y lo permitido. La asignación o rotulación de género se hace tomando como referente los genitales externos del recién nacido (que es una diferencia sexual biológica), pero deriva o se traduce en una serie de inequidades sociales, que implican subordinación de un género (el femenino) frente al otro (el masculino). En la transmisión de las normas, prescripciones y proscipciones, establecidas por la sociedad, a las que anteriormente se hizo alusión, la socialización juega un papel importante. Se trata de un proceso por el que atravesamos todas las personas, iniciándose desde el momento mismo del nacimiento¹³.

La socialización desde el punto de vista de la psicología se refiere a aquellos procesos que permiten a la gente internalizar y conformar los roles prescritos culturalmente, como son los relacionados con el género. Pero también incluyen aquellos procesos que hacen a la persona única, dando la posibilidad de que trascienda a los roles prescritos culturalmente.

De esta forma, en contraste con los sociólogos y antropólogos que empiezan su análisis de la socialización del género a partir de la estructura social, los psicólogos empiezan su análisis a partir de las expectativas de los estereotipos de género de los adultos que conforman la estructura social.

¹³Bustos, O. en: Significados Colectivos; Procesos y Reflexiones Teóricas. CIIACSO. TEC de Monterrey, México, 2001.

En consecuencia, dentro de la psicología, la socialización se refiere a aquellos procesos que permiten a la gente internalizar y conformar los roles prescritos culturalmente, como son los relacionados con el género. Pero también incluye aquellos procesos que hacen a la persona única, dando la posibilidad de que trascienda a los roles prescritos culturalmente¹⁴.

¹⁴*Ibíd.*

1.4.1 Alienación Social: Una aproximación Psico- sociológica.

Dentro de la teoría de la alienación social¹⁵ del hombre, de Shaff (1979), donde explica desde lo social, en la alineación política y cultural como: el adicto es solo un síntoma de la sociedad entera. Desde el individuo se explica en la alineación del “yo” y del “sí mismo” los procesos internos que vive la persona que decide su vida a través del consumo de drogas.

Dentro de la alienación política, existen dos formas, una es la fuga y otra es la rebelión; sin embargo dentro de la rebelión es necesario precisar a aquellos que descontentos luchan por una transformación de las situaciones; la alineación política describe la relación de los hombres con respecto a las instituciones y los valores normativos de la acción política de la sociedad, ya sea de fuga o rebelión.

La alienación cultural rechaza toda la estructura cultural de la sociedad, y en ella encontramos a la anarquía; extremistas que se dedican al asesinato; a personas que se dedican a lesionar tabúes de moral sexual, a rechazar costumbres de vestimenta en vigor, rompiendo con todas las convenciones de la época, a la negación de cualquier tipo de autoridad y disciplina (con un régimen riguroso en sus propios medios) y por ultimo, entre otras y “la huida” en el olvido: el alcoholismo y la adicción a las drogas. No rebelión, sino precisamente huida ante los problemas que oprimen a los hombres (especialmente a jóvenes) un retirarse ante el conflicto que existe objetivamente entre el sistema de valores en vigor y la posibilidad social de ser, cuando la persona no esta dispuesta a rechazar ni ha aceptar la estructura social ni la estructura cultural.

En esta forma de la enajenación el “adormecimiento” de la conciencia es un remedio probado: la droga y el alcohol “curan” esta enfermedad, solo que el paciente sucumbe ante la “terapia”, se trata de una alienación cuya superación es posible tan pronto los supuestos y las condiciones de la enfermedad hayan sido superadas es decir: también en este caso es necesario recurrir a causas sociales,

¹⁵ Velásquez, L., 2001.

y desde el individuo combatir el adormecimiento con la invitación a través del trabajo para que adopte una postura participativa y activa ante sus circunstancias de vida.

“Alienación de sí mismo” es el término para designar la alienación del ser humano de las instituciones sociales, de los otros hombres y del propio yo” (Schaff, 1979). La alienación del sí mismo tiene tres ejes. Alienación del yo, de la propia vida y de la propia acción.

“Alienación del “yo” es el experimentar la propia personalidad como algo ajeno, algo con lo que cual la persona no se identifica, es algo que esta fuera de ella misma como objeto pensable de contemplación y juicio. La perdida de identidad en relación con la propia persona, presenta su extremo en la esquizofrenia y en su forma benigna en la lucha que consigo mismas presentan algunas personas.

El enfermo no hace ni siente, en la mayoría de los casos, lo que quería hacer y sentir, sino que tiene la sensación de verse obligado a ello, como si fuera otro y no él quien lo hiciera, tiene la sensación de la propia extrañeza, la vida deja de ser para él vivencia, esta sensación de extrañeza conduce a una perdida del “yo” y a consecuencia de la progresividad de la enfermedad se vuelve incapaz de tomar una decisión, pierde su voluntad y, el acto se voluntad es como la piedra de toque del “yo”, si el ser humano es incapaz de tomar decisiones propias, pierde su propio “yo”, deja de ser el mismo. Del “yo” depende el sentimiento de la “identidad” (Kepinski, citado Schaff, p245). La alienación del “yo” tiene tres manifestaciones: auto anestesia, auto idealización y auto eliminación.

Auto anestesia: así como en el enfermo en el sano se presenta esta situación de extrañeza ante sucesos acontecidos, un estado de confusión este alejarse del “yo” no es solamente un problema de enfermedad sino que puede ser un mecanismo determinado de defensa, una fuga de una situación vital que depara dificultades y dolor, con la salvedad que el enfermo se aferra a él y el sano hace uso de ello, pero ambos, inconscientemente quieren permanecer en ese estado.

Auto idealización: las personas enfermas se apropian del yo ideal para huir del propio y las personas sanas parten de su propio yo aunque lo niegan y lo consideran ajeno al yo ideal que quisieran alcanzar.

Auto eliminación: las personas enfermas renuncian a su propio “yo” para dejar paso al “yo ideal” en un mundo de fantasías y apariencias, las personas sanas se esfuerzan en parecerse a un ídolo, se niegan así mismas esforzándose en imitar a un modelo idealizado, o se avergüenzan de su yo físico o espiritual, llegándose a odiarse así mismos; otra forma de auto eliminación ocurre cuando por algún estigma corporal (poliomielitis, sordomudos, etc.) o social (origen social, clase, negros, judíos, etc.) las personas se van señaladas y forman un grupo específico de la sociedad, lo que conduce a la alienación con respecto a la sociedad y a veces con respecto de sí mismos.

Entonces la alienación no es producto de la enfermedad mental, ni los enfermos son los mas enajenados, existen sanos más enajenados que los enfermos y enfermos en los que su enfermedad responde a una forma de seguir sobreviviendo. El modelo ideal de la personalidad que se conforma socialmente mantiene una interacción con la individualidad de cada ser humano, la forma de esta interacción produce un ser “enfermo” o “sano” con mayor o menor alienación. La desalienación es el retorno del hombre a sí mismo en su propia realización.

La enajenación se manifiesta con respecto o en comparación a un modelo que, “existe” en el individuo, y sobre la base del cual se compara. Este modelo ideal de la personalidad humana se conforma histórica y socialmente se interioriza y sobre la base de este ser, se elaboran juicios entre determinados modelos del “yo” y el patrón social. El grado de alienación esta determinado por la medida en la cual la realidad se aparta del modelo aprendido.

Capitulo II. Modelos de Tratamiento. De Practicas Comunitarias a la Epistemología de la Normalidad.

Como se ha visto, estas son algunas de las aproximaciones de diferentes disciplinas al alcoholismo y antecedente de los Modelos de Tratamiento del alcoholismo, que a lo largo de la historia y llena de transformaciones han abierto la puerta a la existencia de diversos acercamientos al fenómeno.

El primer acercamiento es de la religión y la medicina seguido de la Psiquiatría, con el paradigma clásico de tratamiento, siendo el precursor de otros modelos de tratamiento pero con el mismo paradigma; después de muchos años de investigación, se postularon nuevos planteamientos teóricos y prácticos de tratamiento del alcoholismo, ofreciendo alternativas en el campo de la acción.

Con la intención de dejar mucho mas claro la revisión de cada uno de estos **modelos** como estructuras que corresponden a principios, estrategias y métodos explícitos, declarados un sustrato epistémico e ideológico, no necesariamente se puede ubicar claramente en uno u otro sustrato, a menudo se mezclan o poseen todos y cada uno de los elementos que caracterizan cierto modelo; tradicionalmente se habla de cuatro modelos de prevención y tratamiento de la fármaco dependencia que retoman diferentes supuestos básicos:¹⁶

3 Modelo médico -sanitario

3 Modelo ético –jurídico

3 Modelo Psico –social

3 Modelo socio –cultural.

¹⁶Del Bosque, Joaquín en: ONG con programas de Juventud. Evaluación de experiencias de Intervención Social., México, 2000.

2.1. Modelo Médico –Sanitario.

El modelo médico –sanitario, desde el concepto naturalizado de enfermedad considera a los fármacos como si fueran “gérmenes” o “virus” (agentes patológicos) que infectan el cuerpo (agente -huésped).

Este planteamiento el más clásico, considera una enfermedad el alcoholismo, pues es desprendido de disciplinas como la Medicina, Psiquiatría, y Psicología Clínica; es así como la mayor parte del abordamiento del fenómeno del alcoholismo es retomada de este paradigma, en primer lugar por ser el pionero en el campo de tratamiento del alcoholismo, en segundo lugar por seguir siendo vigente, y por ultimo por sus atinadas aportaciones para el área de salud publica. No se puede dejar de mencionar que si bien sus aportaciones han servido de mucho, hoy en día vemos una clara limitación dentro de este modelo, ya que el aspecto social, psicológico y cultural del sujeto lo dejan fuera, es decir, no promueve una identidad social para el sujeto; sin embargo, modelos como el de autoayuda, han tomado como base y estructura dicho planteamiento, fortaleciendo áreas olvidadas por la medicina, esto se retomara de manera más amplia en capítulos subsiguientes.

2.2. Modelo ético –jurídico.

El llamado modelo ético –jurídico esta centrado en la definición, clasificación y regulación legal de las drogas y todas las actividades con ellas relacionadas: producción, distribución, consumo, etc. Divide a las drogas en lícita e ilícitas (según criterios tautológicos, de control social e intereses económicos) y son sujetas a controles diferenciados. De esta manera, el “problema droga” se construye desde una aparente defensa del orden social, definiendo a las drogas ilícitas como la causa de la trasgresión. Como las drogas son el agente activo, el consumidor no es culpable sino víctima, es un enfermo (cruzando el aspecto jurídico con el sanitario, en una combinación funcional legitimadora de ambos) que se debe canalizar para su tratamiento; los delincuentes, victimarios, son los que producen y trafican con las drogas. Pero, como la diferencia entre poseer una cantidad de droga para consumir o para traficar es muy tenue, la frontera entre víctima -victimario la ignoran con frecuencia las fuerzas del orden. El bien jurídico tutelado es la salud de la

colectividad, la salud pública: quien produce, trafica, etc. Comete delitos contra la salud, tipificados por el Código Penal Federal en los numerabas 193-199 (titulo séptimo “delitos contra la salud”); el modelo esta centrado en los aspectos legales y de control social.

Ante la sociedad esta estrategia mantiene cierta credibilidad porque expresa con un razonamiento bastante simple y claro que solo requiere de dos cosas para eliminar los daños de la droga disuadir el consumo y reprimirlo cuando se da. La mayoría de la gente lo considera una buena idea y desconoce que, en la práctica, saber los daños que causan las drogas (fisiológicamente, sociales, penales, etc.) no es suficiente para interrumpir o emprender la experiencia misma.

2.3. Modelo Psico -Social.

Este modelo desplaza la atención hacia el interior y el ambiente próximo del individuo (la familia, el grupo de pares). Concibe a la fármaco dependencia como un problema de personas que no cuentan con las capacidades individuales y sociales adecuadas. Así, el contexto inmediato del individuo puede actuar como factor patogénico y agente de protección. Desde esta perspectiva, no se distingue entre tipos de drogas (según su status farmacológico o legal), puesto que lo importante es el tipo de relación que el individuo establece con la sustancia. Así, distingue entre uso (experimental, ocasional, controlado), abuso y dependencia. No se centra en la información sino en la formación de actitudes de auto cuidado y comportamientos que lleven a un mejoramiento de las relaciones interpersonales, a una educación para la salud integral y el desarrollo humano y personal mediante un programa alternativo de actividades. La fármaco dependencia se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta, una forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de resolver un conflicto.

Dentro de este modelo podríamos situar en parte la estructura de HIJ, y puedo decir que este, si promueve una identidad social para el sujeto, sin embargo no para un sujeto en recuperación reinserción social, no mucho menos para la disminución del sufrimiento social, ya que el análisis, comprensión y vinculación de

la relación de consumo, no garantiza esta, al contrario, se auto confirma el posicionamiento social de victimización, en segundo lugar, deja fuera el aspecto fisiológico del consumo, tanto la real sintomatología de dependencia ante la supresión de consumo “si es que hubiera dicha propuesta”, como las repercusiones del consumo de la droga; es decir que ante terapias de cualquier índole y comprensión del fenómeno, desde cualquier enfoque, para el sujeto que enfrenta dichas crisis de ansiedad y obsesión, no es suficiente; al contrario reafirma su relación de consumo y como tal de adicto activo.

2.4. Modelo Socio –Cultural.

Este modelo enfoca su atención, en el amplio contexto de los individuos, bajo la premisa de que las condiciones socioeconómicas (pobreza, hacinamiento, migración, urbanización, industrialización, desempleo, etc.) y socioculturales (crisis de sentido, malestar, movimientos culturales e identidades juveniles) son las variables importantes que influyen en la aparición de las fármaco dependencias, mas que las categorías psicológicas. Su estrategia de intervención se orienta hacia la promoción y el desarrollo comunitario, es decir, la realización de actividades que mejoren la infraestructura de servicios públicos, oportunidades de estudio y empleo, participación comunitaria, cambio de estructuras y relaciones sociales.

Al igual que el modelo Psico Social, ofrece la ventaja de un fortalecimiento identitario, sin embargo, se olvida que esta población es sensible a en ciertos aspectos, (que viene con una problemática muy característica en el ámbito físico y mental indiscutible) este modelo en especial me parece muy atinado, pero no solo para los adictos en recuperación, sino para los jóvenes y población en general, tal vez este permitiría una prevención con mas eficiencia.

2.5. Modelos Alternativos.

Son aquellos que brindan servicios de tratamiento a través de diferentes técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica de la o el usuario.¹⁷

2.5.1. Modelo de los Grupos de Ayuda Mutua.

La agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas. Los programas de ayuda mutua más comúnmente utilizados tiene su fundamento en los llamados “doce pasos de A. A.”, que utilizan diferentes agrupaciones. Con este modelo se trata de incidir, tanto en la conducta como en los problemas existenciales y emocionales del adicto. Subyace la idea de pertenecer a un grupo y practicar los “doce pasos”, se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención, brindan servicios en dos modalidades: la no residencial, y la residencial. La primera modalidad consiste en llevar a cabo reuniones en las que se transmite el mensaje de recuperación y se realizan actividades de rehabilitación.¹⁸

El 10 de junio de 1935, se encuentran a partir del sufrimiento y la marginación, dos personajes conocidos: Bill Willson y Bob Smith, dialogan sumergidos en el abandono y la impotencia, a partir de ese encuentro dio inicio lo que hoy conocemos como la organización AA. Su fundamento terapéutico estriba en la agrupación de personas en situación de marginación y alcoholismo, regidas por 12 principios en el escenario de estos grupos. Posteriormente se conforman 12 principios más denominadas Las doce tradiciones. Estos grupos se organizan al interior abriendo espacios de verbalización y análisis de “tipo catártico” con el principal objetivo de mantenerse lejos de la sustancia psicoactiva, el alcohol.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ NOM- 028-SSA2-1999.

Hoy, en cada población del país, por pequeña que sea, se encuentra un grupo de A. A. o “pequeña isla”. A partir de este modelo, surge un gran número de instituciones que se organizan bajo los mismos principios: Narcóticos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Modelo Minnessotta.

La agrupación de personas adictas tiene como objetivo abrir un espacio que les permita “salir” de su estado de marginaron y verbalizar las situaciones de sufrimiento cotidiano sin ser señalados; o bien tener la posibilidad de comunicar todo aquello que produce su relación con el resto de la sociedad. Esto se convierte en el recurso de establecer relaciones y vínculos que le permitan al alcohólico reconocerse como parte activa de una sociedad que desde el pensamiento colectivo lo nombra como el “problema” o punto del conflicto. Dentro de este mismo esquema existe la posibilidad de expresa verbalmente sensaciones y pensamientos fantaseados o hipotéticos, y así poder descargar los cúmulos de frustración y angustia que le produce esta vida marginal en la que se encuentra y en donde ya no es él chaman ni el brujo, sino el depositario clave de la negación y el desorden social.

Estas dos hipótesis anteriores son el fruto de cuatro errores culturales y científicos:

El primero, supone que la conducta humana es condicionada totalmente por la racionalidad de la cultura dominante.

El segundo error es considerar que la drogadicción esta determinada exclusivamente por los factores bioquímicas de las sustancias y por la falta de sanciones “suficientes” que obliguen a rechazarlas. Sabemos que el placer dado por las sustancias integra efectos bioquímicas, pero también elementos simbólicos y rituales que intervienen en procesos de construcción de identidad y pertenencia (independientemente del sentido positivo o negativo que se les pueda asignar). Así, el intento de “quitar placer” al consumo mediante la estigmatización del consumidor, produce muy a menudo el efecto de reforzar la misma identidad, pertenencia y placer. El miedo a ciertas consecuencias funciona como un mecanismo de confirmación de estar en lo justo; por eso, quien nunca abusaría de drogas le parecen oportunas y eficaces estas campañas, porque ayudan a delimitar las diferencias entre el sí “normal” y el que se le atribuye a la “desviación”.

El tercer error consiste en suponer que los individuos son receptivos a los mensajes centrados en la muerte (explícitos en la estrategia de la seducción al terror). Gracias a diversas investigaciones, se sabe que la percepción que tiene la farmacodependencia de la muerte puede ser como una experiencia pasada (y a menudo borrada), o como una forma de encanto (desafiar la muerte es una de las costumbres que utilizan ciertas personas y culturas para celebrar la vida). La amenaza de muerte no logra disuadir a quienes intentan sentirse vivos.

El cuarto error consiste en ignorar (porque no es congruente con sus deseos disuasivos) que la farmacodependencia también es, como nos dice Merlo, “una construcción social, un mito, una de las formas posibles de dependencia (elemento esencial para cada vida y cultura), un idioma simbólico e históricamente una necesidad social, un mercado, etc. Por esta razón es un fenómeno hipercomplejo, que como tal no puede ser ‘eliminado’, sino que puede ser cuando mucho, en parte, gobernado.

2.5.2 Modelo Cristoterapia.

Se fundamentan en el mensaje bíblico de Jesús proclamado por los cuatro evangelistas y en el contexto de Las sagradas escrituras. Operativamente, se organizan espacios residenciales protegidos, programando actividades de lo que se denomina “terapia ocupacional”, en un ambiente de oración continua y contacto directo con Dios, ubicando el uso de las sustancias psicoactivas como el pecado por expiar. Este es el caso de instituciones como Alcance Victoria, Reto a la Juventud, Reto a la Esperanza. Cabe mencionar que estas instituciones tienden a abrir “sucursales” en diferentes partes del país.

Este modelo tiene su origen en la hipótesis de que el ser superior del que hemos hablado, debe sanar las situaciones de marginación que nosotros como sociedad hemos producido desde la posibilidad que tenemos de procrear seres humanos¹⁹

¹⁹ *Ibid.*

2.5.3 Modelos de Purificación y Reprogramación.

Otros modelos, como Narconon, fundamentan su hipótesis entendiendo a la fármaco dependencia como a un cuerpo intoxicado y la relación terapéutica o de ayuda, se establece con el objetivo de limpiar este cuerpo, negando así parte fundamental de nuestro actuar, pensar y decidir. Desde este punto de vista, el famoso chaman de nuestra historia y actual drogadicto es alguien que está sucio y hay que lavarlo, por supuesto que para limpiarlo, lavarlo o purificarlo, requerimos de confinarlo en espacios totales o residenciales, para detener el uso de sustancias psicoactivas y, acto seguido, comenzar el uso de técnicas de reafirmaciones de frases o párrafos que intentan rescatar en principio, la posibilidad, de la autovaloración y velar hasta donde se pueda la serie de programaciones que se han venido construyendo desde la primera infancia. En consecuencia, este ejercicio de negar lo que ha vivido nuestro chaman, es acto de marginación al intentar dividir la naturaleza humana en dos tiempos: lo que vivió no existe (acto de negación) y la vida empieza ahora (acto fantaseado).²⁰

2.6. El modelo profesional.

Ofrece diferente servicio de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y está manejado por profesionales de la salud. Así mismo **El modelo mixto:** deberá ofrecer servicios profesionales de tratamiento y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como: Clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino.²¹

2.6.1 Modelo Minnessotta.

Existen además otros modelos que incluyen en su investigación la relevancia de involucrar a más actores del contexto social, como es el caso de instituciones que trabajan el modelo Minnessotta (Monte Fénix, Clínica Nazareth, Clínica Oceánica,

²⁰*Ibid.*

²¹*Ibid.*

Omega, Cesad y todas aquellas clínicas privadas que se organizan con costos que solo cubre cierto sector de la población).

Estos modelos se fundamentan en la propuesta de Alcohólicos Anónimos e incluyen la Teoría de sistemas, el tratamiento médico o psiquiátrico y un programa de actividades ocupacionales, recreativas y culturales, en algunos casos.

Su intervención incluye al paciente con el objetivo de alejarlo del contacto con la sustancia psicoactiva, y a la familia, para enseñarle a vivir con su adicto.

Reconoce en la relación paciente -familia, el tipo de relación ad hoc entre patología inscrita en el propio paciente: consumo, conducta transgresora y la familia observada como la víctima del propio adicto. Habría que mencionar que la intervención de estos modelos con la familia, esta dirigida a no permitir la manipulación por parte del adicto, teniendo como consecuencia la localización de la enfermedad en el adicto per se. Como ya se menciona, algunos de estos modelos retoman como punto de partida a los grupos de autoayuda, tienden a querer complementar esta estrategia con la terapia individual o grupal, pero siempre enfocado a la fármaco dependencia como una situación donde hay alguien a quien curar.²²

²²*Ibid.*

2.6.2 Modelo Integral.

Se ha desarrollado un modelo que integre a todos. Existen dos enfoques:

- a) El modelo integral, que parte de su razonamiento lineal bastante simple: “si cada modelo abarca solo una parte complementaria de la realidad, la suma de todos ellos debe abarcar la realidad en su totalidad”, razón por la que lo podríamos denominar, modelo sumativo,
- b) Otro enfoque reconoce que las cosas no son tan sencillas, porque muchas de las premisas de los modelos son contradictorias entre sí y las relaciones entre las hipótesis y métodos no se pueden expresar por una simple suma.

Lo que plantea es una red de relaciones complejas entre los elementos de cada modelo.

2.7. Modelo de Comunidades Terapéuticas.

El tipo de modelo denominado comunidad terapéutica, se fundamenta en la posibilidad de reorganizar la vida de nuestro personaje dentro de estos espacios totales o protegidos, organizados al interior como una escuela en donde hay que reaprender a vivir. El personaje central tiene la posibilidad de vivir dos años dentro de una estructura en donde es colocado en una serie de puestos, que lo llevan a elaborar la posibilidad de que realmente esta aprendiendo a manejar a su vida y su relación con el otro, claro que habría que ubicar el tipo de relaciones que se pueden establecer en estos espacios totales, y las que se dan en la vida cotidiana, compleja y real.

2.7.1. Modelo de Comunidades Terapéuticas Holísticas.

Otros modelos son los que organizan actividades al interior de espacios residenciales y definen la cura a partir del funcionamiento de nuestro personaje adicto en este escenario, planteando como el mundo en el cual el adicto tiene que aprender a vivir, argumentando que él transita por este espacio le va a dar a nuestro actor central, la posibilidad de aprender a vivir en dos años, lo que no aprendió en toda su vida.

Estos espacios son denominados y reconocidos como Comunidades terapéuticas con un tipo de intervención holístico, que incluyen distintas estrategias organizadas y operadas por pacientes llamados ex –adictos, dedicados a la planeación de los tiempos, espacios y actividades que contemplen la conducta adictiva del paciente (Hogares Xóchitl Cuícatl en Puebla, Pue., Centro de atención Integral a Jóvenes del DIF, León, Gto.), Pero sin contar con un trabajo de red interinstitucional, cada uno trabaja individualmente.

En estos espacios comunitarios se intenta reproducir un sistema que represente los roles paternos –maternos y fraternos, dando por entendido que en este lugar, los diferentes actores que se cruzan tienen la finalidad de que los pacientes puedan elaborar situaciones de conflicto que se gestaron en su primera infancia, pero no cuentan con los elementos y los recursos de la complejidad social cotidiana, por lo tanto tendríamos que aceptar que la posibilidad de cura se ve limitada en tanto la realidad dentro de la sociedad sea compleja y dentro de estos espacios, simple.²³

La primera trampa en la que caemos es pensar que estamos alcanzando el éxito, tomando como medida que el chamán deje de usar sustancias psicoactivas, pues en estos espacios totales y perfectamente organizados se puede lograr que, al menos temporalmente, la sustancia psicoactiva no sea un recurso para nuestro

²³*Ibíd.*

chamán; pero si no logramos intervenir en la descomposición de los roles familiares y sociales, las posibilidades de éxito cada vez son mas estrechas.²⁴

2.7.2. Hogar Integral de Juventud.

Epistemología de la complejidad.

Lo primero que se plantea este modelo es modificar el acercamiento y la prevención de las fármacodependencias. Durante mucho tiempo, la prevención primaria, teórica y metodología, ha dependido del tratamiento. Ello considera lo “normal” estructuralmente semejante a lo “patológico”; con la aparición de modelo multifocales, a principios de los noventa fue posible cambiar este paradigma.

La fármaco dependencia a partir de una epistemología de la complejidad y de algunos de sus miembros, relacionada con otros hasta construir un sistema de relaciones de dependencia que se inserta de manera no predeterminada ni determinista en un conjunto de situaciones en las que, a veces, se vuelve gravemente destructiva para la persona y su entorno”.

En el momento en que se considera que la fármaco dependencia- como uno de los posibles estilos de vida de una comunidad- es una manifestación de la normalidad, se rescata el valor del contexto: la fármaco dependencia se manifiesta en una comunidad como recurso/posibilidad y no exclusivamente como problema/amenaza y como todos los actores de la comunidad constituyen problemas/soluciones, amenazas/posibilidades: los fármaco dependientes, las familias, los grupos de pares, los líderes comunitarios, los agentes y las organizaciones que trabajan en prevención y tratamiento, etc.

Resulta claro que el fenómeno de la fármaco dependencia no puede eliminarse totalmente de nuestras comunidades y, por lo tanto, su control se lleva a cabo con la realización de tres objetivos:

²⁴*Ibíd.*

- La prevención y reducción de los daños y del sufrimiento individual y colectivo que esta produce;
- El cambio en la construcción social, cultural y jurídica que identifica el fenómeno y, a veces, lo sostiene y lo amplía, y
- La puesta en marcha de una estrategia de cura, rehabilitación y prevención para contener la demanda.

Es evidente pues que solo un cambio radical de los paradigmas que conforman la constitución social del fenómeno puede permitir una mejoría del daño y el sufrimiento que ocasiona.

1. La conducta desviada como fenómeno colectivo es, principalmente, una construcción social.
2. El cambio de las representaciones de la conducta desviada que hacen los grupos sociales tiene prevalentemente una función simbólica.
3. Las formas de control y de “gobierno” del fenómeno se transforman en función del mantenimiento de las posibilidades de cambio (prevalentemente simbólico) de lo ya dicho.
4. El lugar en el que se da la mutación, la persistencia y los diversos niveles del eventual cambio es la comunidad (sistema de redes) de pertenencia.
5. En una comunidad, los cambios suceden solo cuando se perciban como ventajosos para su persistencia y capacidad reproductora.
6. La cuestión “droga” es hoy, antes que nada, un problema de promoción y gestión de seguridad y de la salud de los ciudadanos (ya sean drogadictos o no).
7. Una comunidad es un sistema hipercomplejo y por lo tanto irreducible. Se garantiza sobre todo a través de la organización de los datos materiales e institucionales en modo auto referencial.

Hogar Integral de Juventud IAP. “inicia su trabajo en 1970 a principios de 1995 se logra firmar un protocolo de investigación en la acción con la Unión Europea, y en 1998 se terminó la conformación de un modelo científicamente probado, con posibilidades de medición en sus diferentes etapas, contando con la

supervisión externa y los suficientes modelos de evaluación. Paralelamente se conformo, junto con otras instituciones, un espacio de formación en donde actualmente están sumadas 17 instituciones, todas legalmente conformadas y trabajando cotidianamente de cara a estos fenómenos sociales. Parte de la hipótesis, es la conformación y consolidación de una red que permita de una manera profesional reducir el sufrimiento. En estos esfuerzos se inscribe tanto la experiencia del Centro de Formación, como la conformación de la Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas, A. C. Esta federación se concibe como un recurso nacional que busca agrupar y reunir a los diferentes modelos que existen en el país en foros de formación, confrontación, análisis y encuentro y así establecerse como referente de México en Latinoamérica y el mundo, de las diferentes acciones y actividades relacionadas al fenómeno de la fármaco dependencia”.²⁵

Este modelo, corresponde una vez mas a ser un modelo integral sumativo, ya que de igual forma tiene contradicciones claras dentro de su estructura, en primera instancia habla de un cambio de paradigmas y sin embargo su tratamiento lo refiere a través de la cura, sino hay enfermedad entonces porque la cura, en segundo lugar hace un profundo hincapié en sistema de redes de pertenencia, cuando el tratamiento esta referido a dos años de internamiento en una comunidad terapéutica. Pero no podemos dejar de mencionar que atinadamente esta perspectiva no pretende erradicar este fenómeno hipercomplejo, sino simplemente gobernarlo, a través de promover aspectos importantes de análisis en esta investigación, los cuales se detallaran en capítulos subsiguientes.

Dada la descripción de la clasificación antes señalada de modelos de tratamiento es necesario comentar, que como se menciono anteriormente ningún modelo corresponde únicamente a un solo paradigma, y es clara la combinación de dos o más para la conjunción de los ya muy citados modelos de tratamiento; pero es necesario resaltar que fundamentalmente para el tratamiento del alcoholismo ha sido visto desde el modelo medico –sanitario el cual concibe a este fenómeno llamándolo *enfermedad*, (modelo de A.A) siendo el pionero y en una búsqueda de algo más completo se ha ido desprendiendo gran cantidad de aproximaciones para

²⁵ *Ibíd.*

contradecir (modelo ECO2 de HIJ) o en su caso complementar dicho paradigma; pero indudablemente hoy sigue siendo base para el tratamiento de sustancias psicoactivas.

Es así como se hace una revisión histórica y vigente de los diferentes modelos de tratamiento del alcoholismo, con el fin de que el lector tenga un panorama mas claro y sitúe los modelos que son de interés para el análisis de esta investigación.

Capitulo III. Comparativo de dos Modelos de Tratamiento de Alcoholismo. De la permanente Recuperación a la Rehabilitación definitiva.

3.1. Modelo de Alcohólicos Anónimos grupo Tradicional hora y media.

Como se describió brevemente en el capítulo anterior, Alcohólicos Anónimos es un modelo de ayuda mutua, que según la norma oficial lo define ya que hace hincapié en la metodología mas apegada al programa de recuperación, sin embargo la sociedad civil lo percibe como modelo de auto ayuda, en realidad dicha conceptualización, no es susceptible a una discusión teórica por lo cual, aquí se manejan como sinónimos. Sin embargo, es necesario que se mencione que ayuda mutua se refiere específicamente a un principio que se practica como parte fundamental del programa de recuperación. Los miembros de A. A. que tienen una mayor experiencia dentro del programa, ayudan al (el o ella) recién llegado conozca mas acerca el programa de recuperación y al mismo tiempo al brindar este servicio (gratuito) también son beneficiados.

Aunque la norma oficial generaliza y no hace diferencia de todos los grupos que trabajan cuyo fundamento son los "Doce pasos de A.A.", se sabe que no todos trabajan y reconocen la importancia del principio anterior. La sociedad civil reconoce que el ingreso a este tipo de agrupaciones es totalmente voluntario, (aunque desgraciadamente no en todos los casos) así como la asistencia regular. Algunos como Drogadictos Anónimos trabaja con mas énfasis en la terapia ocupacional, aunque su fundamento es el mismo y practiquen algunos de los principios de A. A.

Este modelo de tratamiento es pionero dentro del campo del alcoholismo, y sigue siendo el único movimiento que a nivel internacional actualmente tiene una tasa de recuperación de mas de 2 millones de recuperados y la presencia de A. A. en mas de 150 países. A lo largo del capítulo, se menciona un breve panorama histórico, la concepción del programa de recuperación y metodología. Finalmente su trascendencia y eficiencia en el tratamiento de recuperación del alcoholismo.

El 10 de Junio de 1935, en Akron, Ohio, un lugar de los Estados Unidos de Norte América, el que había sido un hábil y prospero hombre de negocios (Bill W.), y que debido a su forma de beber incontrolable, se vio en condiciones desalentadoras, tanto física como moral y económicamente, por propia necesidad, puso en práctica con otro alcohólico (Dr. Bob), un desconocido y sencillo método para dejar de beber que había descubierto a fines de 1934, en el transcurso de su tercer internamiento en un Hospital de New York. Este suceso, trajo consigo el nacimiento de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos.

A través del tiempo, y de las experiencias compartidas por los primeros 100 miembros que habían logrado su recuperación, quedo definida la forma de funcionar de A.A., cuyo OBJETIVO principal es sus miembros se conserven SOBRIOS²⁶ y ayuden a otros alcohólicos a encontrar y conservar la sobriedad²⁷.

Hoy en día, la cadena de recuperación lograda se ha hecho extensiva a miles de hombres y mujeres, de diferentes edades, diferente condición económica, religiosa y cultural, que se encuentran diseminados en la mayor parte del mundo.

Los Alcohólicos Anónimos se reúnen en grupos locales. A través del compartimiento de experiencias sobre lo que era antes su modo de ser, lo que les aconteció y lo que son hoy, han encontrado una nueva manera de alejar la obsesión por beber, que en otros tiempos era una fuerza poderosa en sus vidas.

Grupo tradicional hora y media, se le denomina, a los grupos que en la recuperación del sujeto esta compuesta por el programa de los doce pasos y para un mejor funcionamiento del grupo se rigen por las doce tradiciones, las cuales van de la mano con el proceso de recuperación, ya que es dada de forma grupal y no individual; las tradiciones surgen a partir del fracaso de los grupos pioneros llamados Oxford, donde se dan cuenta de la necesidad de normas o tradiciones que regularán y reglamentarán el funcionamiento del grupo, así

²⁶ Consideran que cualquiera puede dejar de beber, pero no cualquiera puede estar sobrio. La abstinencia absoluta es la base de la recuperación del alcoholismo sin embargo, la sobriedad no es una vida triste, aburrida, desoladora e insoportable por dejar el alcohol, al contrario es algo que gozan y encuentran mucho más placentero que seguir sus días de bebedores.

²⁷ Material didáctico de circulación interna de Alcohólicos Anónimos.

también acordaron que el tiempo ideal de sesión sería de hora y media, aunque sabemos que existen grupos con diferentes variantes y modificaciones con el nombre de A.A., estos no se apegan estrictamente a lo que el programa de recuperación de A.A. ofrece.

Todas las religiones están representadas en A.A.; muchos Ministros Religiosos apoyan; pero no es requisito indispensable para estar en A.A., el creer o pertenecer a algún credo en particular.

El único requisito para ser miembro de A.A. grupo tradicional hora y media, es tener el deseo de dejar de beber, requisito que en realidad el individuo deberá elegir por sí mismo, si es que aspira a recuperarse.

En A.A. grupo tradicional hora y media, no se pagan honorarios ni cuotas, se mantienen con las aportaciones voluntarias de sus miembros. Aceptan que el PROGRAMA de A.A., no fue inventado, sino que fue la síntesis de actitudes y conceptos que aportaron la Ciencia Médica y la Religión, que únicamente encausaron y adaptaron para su uso personal, con resultados altamente satisfactorios, tanto para ellos mismos, como también para sus familias.

Gracias a la desinteresada y valiosa colaboración, desde los inicios de A.A., de Médicos, Sacerdotes, Psiquiatras, Profesionales y Público en general, es como la comunidad ha florecido y ha podido transmitir su "MENSAJE DE VIDA", desde 1935.

¿Qué es el ALCOHOLISMO?

En opinión de la Ciencia Médica, el alcoholismo es una enfermedad. Una obsesión mental, aunada a una compulsión física, entendida por "obsesión mental", una idea fija y atormentadora que condena al individuo a seguir bebiendo y por "compulsión física", un deseo involuntario, más allá de las propias fuerzas del individuo y que no le permite decidir cuando ha de abstenerse de beber; que no le permite controlar sus tragos.

CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD.

Incurable, progresiva, crónica y puede llegar a ser de consecuencias fatales²⁸.

CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD.

Deterioro de personalidad:

- Física
- Mental
- Moral.

CARACTERISTICAS DEL ALCOHOLICO.

- a) El alcohólico afecta sin excepción la normalidad de su vida.
- b) Al hacer contacto con la primera copa, siente la imperiosa necesidad por seguir bebiendo.
- c) Siente que solo el alcohol le da confianza para desenvolverse ante los demás.
- d) En su afán de controlar la bebida, pasa de las bebidas suaves a las fuertes o viceversa.
- e) Cambia de ambiente. (Fugas Geográficas)
- f) Bebe a escondidas; o esconde las botellas.
- g) Bebe durante el horario de trabajo; o en el horario de clases.
- h) Pierde la memoria (lagunas mentales).
- i) Bebe por las mañanas para curarse malestares rigurosos, para calmar los nervios, o para ahogar los sentimientos de culpa.
- j) Bebe para ahuyentar la soledad, para ahogar las pasiones, para celebrar algún éxito y para dejar de sentirse frustrado o fracasado.

Estando considerada por la medicina como una enfermedad incurable al igual que otras enfermedades, lo único que se puede hacer es detener su avance y progresividad (el individuo puede llegar a la locura o a tener una muerte prematura) en A.A., se deja de beber solo UN DIA A LA VEZ.²⁹

Plan de las 24 horas (Solo por Hoy).

²⁸ Material Didáctico de circulación interna de A.A.

²⁹ *Ibíd.*

Aunque comprenden que el alcoholismo es una condición permanente e irreversible, la experiencia les ha enseñado a no hacer promesas a largo termino respecto a permanecer abstemios. Saben que es mas realista y más exitoso el decir simplemente, “**Solo por hoy** no voy a beber”.

Si el deseo de beber es realmente fuerte, muchos alcohólicos dividieron las 24 horas en partes más pequeñas. Decidieron no beber durante una hora. Podían soportar la tensión temporal de no beber durante solo una hora; entonces, cuando esa hora pasa se prometen resistir otra hora mas, y así sucesivamente. Muchos de ellos empezaron su recuperación en esta forma. De hecho, cada recuperación del alcoholismo ha comenzado con una hora de abstinencia³⁰.

El plan de las 24 horas es muy flexible. Se puede iniciar de nuevo en cualquier momento, y dondequiera que estén. Si se renueva constantemente, este plan evita la debilidad intrínseca en métodos tales como hacer promesas y juramentos de abstinencia. Un periodo de continencia y una promesa pueden eventualmente tener algún éxito, tal como se planeo y por consiguiente se sentirían libres para beber de nuevo. Pero el día de hoy siempre esta a nuestro alcance. Consideran la vida de día en día; el día de hoy es todo lo que tienen; y cualquier persona puede permanecer un día sin beber.

Primero que todo, tratan de vivir en el presente para permanecer sobrios. Esto funciona maravillosamente. Una vez que la idea se ha convertido en parte vital de su manera de pensar, la vida en segmentos de 24 horas es también una forma efectiva y satisfactoria para manejar muchos otros asuntos.

Programa de Recuperación.

Los doce pasos de A.A. fueron en esencia una evolución de la experiencia del hombre a través de muchos siglos. Son, el código cristiano compuesto en forma tal que pueda ser aplicado mas prácticamente por aquellos que se ven visualmente impulsados por la necesidad de escapar de una compulsión arrolladora. Alcohólicos

³⁰ Viviendo Sobrio, México. 1989.

Anónimos ha hecho mucho para cambiar el concepto de la enfermedad del alcoholismo; Bill W., se percató de que los alcohólicos eran seres que estaban enfermos de la lucha con la vida. Necesitaban conversión y generalmente, necesitaban atención médica antes de que pudiera ser efectivo el apoyo moral.

Los Doce pasos no son una innovación, queda establecido por el hecho de que su esencia puede encontrarse en otros lados. El más notable es el plan general para retiros, establecido por la Orden de Sacerdotes Jesuitas. Pero no es necesario ir demasiado lejos en la búsqueda de los posibles orígenes, ya que Bill mismo dijo que adquirió sus ideas del Movimiento Oxford³¹.

Los doce Pasos no son sino un medio práctico de aplicar principios que desde hace mucho han sido dados en las Escrituras, es decir: por el propio Dios; ¿que es lo que se supone que van a lograr estos Pasos? En primer lugar tienen, por regla general, a un individuo que padece de una alergia física al alcohol, combinada con la obsesión de consumir justamente el veneno al que es el causante de su enfermedad. Además, generalmente tiene una personalidad muy enferma en las siguientes formas:

- ÿ Tiene una necesidad inconsciente de dominar (empero, es dependiente).
- ÿ Tiene un sentimiento de hostilidad o culpa. (Defensa contra la inferioridad).
- ÿ Tiene una sensación de soledad y aislamiento.
- ÿ Tiene una sensación de inferioridad aunque es incapaz de la autocrítica.
- ÿ Tiene un complejo de superioridad.

En términos descriptivos describen al alcohólico como un inmaduro emocional. Tiene un ego inflado, da muestras de dependencia, es impaciente, intolerante, da muestras de mucha neurosis, tensión, angustia, miedo y preocupaciones. A menudo, aunque no necesariamente, es ateo o agnóstico, sus ideales y conceptos espirituales están desviados o deformados.³²

³¹Dr. Delehanty, E. México, 1993.

³²*Ibíd.*

Doce Pasos.

1. “Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

Percepción. Discernimiento agudo o comprensión. Esto es particularmente aplicable a la impotencia ante el alcohol y al lío en el que se han metido nuestras vidas deterioradas. Irreversibilidad.

2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.

Capitulación. Ceder al poder de otro. Varios pasos o grados: aceptación a medidas, sumisión; capitulación tanto emocional como intelectual, comprenden un anexo necesario para la percepción.

3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.

Decisión. Una determinación o terminación, como lo sería de una controversia, al dar un fallo sobre el asunto. Esta se toma generalmente después de haber hecho la prueba con todos los demás medios. ¿Que queda sino recurrir a Dios?

4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.

Introspección. Ver dentro o en el interior de la propia mente. Esta introspección debe verbalizarse, sea por escrito (lo cual es preferible), o en forma oral que nos lleve al siguiente paso. Esto cristaliza nuestro pensamiento.

5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

Confesión. Aceptar, reconocer, admitir, como falta o deuda. El psicoanálisis le dice a esto catarsis mental. La medicina le dice defectos de personalidad que deben ser eliminados a través de un conocimiento preciso de uno mismo. La mejor manera de realizar estos es admitiéndolo abiertamente nuestras faltas y expresándolos con las palabras.

6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

Sumisión. El acto de someterse, especialmente la cesión de persona y poder al control de otro.

7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

Humildad. Liberación de la soberbia y de la arrogancia. Este Paso no necesariamente confiere humildad, pero es necesario encontrarla antes de practicar este paso. Cuando se admite que se tiene faltas y se esta dispuesto a eliminarlas, ciertamente sé esta haciendo un esfuerzo por lograr la humildad.

8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

Inventario. Un catalogo o relación, o sea una lista detallada de cosas con su valor estimado. El alcohólico debe anotar tanto los puntos positivos como los negativos. A veces los puntos positivos que una persona deja de utilizar constituyen una falta más grave que los pecados de omisión. De suerte que es obligatorio utilizar, para el beneficio común, aquellos talentos de los que seamos poseedores.

9. Reparamos directamente a cuanto nos fue posible el daño causado, excepto cuando él hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.

Restitución. Restauración de lo que fuere a su dueño legítimo, posiblemente reparación podría ser una palabra más apta, ya que muchas veces nada tenemos que restaurar a nadie salvo su paz interior, y hacer reparaciones por la pena y dolor que le hemos causado.

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitimos inmediatamente.

Reorganización. Para volvernos nuevamente sistematizados o constituirnos en un todo por medio de la integración de las partes ínter independientes. A menos que haya continuidad en la detección de los defectos diarios

11. Buscamos a través de la oración y de la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

Espiritualidad. Los sentimientos morales o estados del alma. A través de la constante oración y meditación, la humildad se vuelve común, el esfuerzo por la superación se convierte en rutina, no bueno aun; pero mejorando. Se elimina la angustia por medio del sentimiento o sensación de un Ser Personal

Omnipresente, Cuya voluntad esta por encima de la nuestra. La fe como remedio del temor.

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Caridad. El acto de amar a todos los hombres como hermanos, porque son hijos de Dios. Buena voluntad hacia los pobres y los que sufren. La alegría de vivir es el tema del Paso Doce de A.A., y la acción es clave³³.

Las Doce Tradiciones y el Anonimato.

En el lenguaje común y corriente de los mexicanos existen palabras que de primer intento causan una sensación desagradable, desconciertan, despistan, la que ahora interesa es la palabra <Anónimo>. Generalmente cuando la escuchamos, la asociamos de inmediato y sin más consideraciones, para encubrir al autor de una acción cobarde, de algo turbio, o sucio que no se atreve a dar la cara. La palabra <Anónimo>, quiere decir <sin nombre>, <Anonimato>seria la situación en que queda el autor que no firma su obra, un gran escritor alemán dice del anonimato, en el concepto espiritual, tiene una alta jerarquía, en cuanto implica la renuncia de sí mismo en función de la caridad o bondad que hacia los demás seres humanos se debe tener³⁴.

La palabra anonimato alcanza su mejor y más amplio concepto en Alcohólicos Anónimos: viene a formar parte de la ética tradicional de A.A., que asegura su supervivencia y permite a sus miembros el logro de la verdadera sobriedad. Bill W. Dice que el mejor sinónimo de anonimato en A.A. es el sacrificio. Esto es tan evidente que, como principio espiritual viene a ser ingrediente vital en las once Tradiciones restantes, pues para practicarlas es necesario el sacrificio y el anonimato. Así también, el anonimato carece de

³³ Los Doce Pasos. Material de circulación interna de Alcohólicos Anónimos.

³⁴ Jesús G., 1993.

verdadero valor espiritual, sino va acompañado de un objetivo que le dé su verdadera dimensión por su utilidad, practica y cuyo beneficio sea indiscutible³⁵.

Entendiendo que en A.A., sacrificio es sinónimo de anonimato, veamos como debería ser aplicado.

1. “Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.

Primera Tradición, su contenido habla de la unidad como factor vital para A.A. como un todo. Poner el bienestar común por encima de cualquier consideración individual.

2. Para el propósito de nuestro Grupo solo existe una autoridad fundamental; un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro Grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza, no gobiernan.

La Segunda Tradición, se conjunta promesa y realidad, fe y vida, autoridad y obediencia, ¡lo divino y lo humano!, en admirable armonía. Cuando sacrificamos nuestro egocentrismo y decimos Señor, ya no queremos hacer nuestra voluntad sino la tuya, y El manifiesta su suave autoridad y nosotros la obediencia y sumisión.

El anonimato como parte de una estructura y que como toda estructura, aunque es el alma que sostiene el edificio, es lo que menos se ve, y aunque parece endeble por estar hecho de materia tan frágil como es el ser humano, esa fragilidad es transformada por la alquimia maravillosa de la gracia de Dios.

3. El único requisito para ser miembro de A. A. es querer dejar de beber.

Tercera Tradición aunque al principio los A. A's., confundieron el anonimato con el temor y la intolerancia, posteriormente se descubrió su verdadero significado, dando así su real dimensión espiritual a este principio

³⁵ *Ibíd.*

universal de calidad de miembro. Aquí encierra en si todos los valores que hay en el ser humano enmarcados por la sutil espiritualidad del anonimato.

De esta manera se le están abriendo las puertas al recién llegado de algo real y verdadero como nuestro propio ser; una promesa de comprensión y tolerancia, de desprendimiento y fraternidad. En estas cuatro palabras esta el espíritu de sacrificio personal que podemos y debemos ofrecer a quien llega en busca de ayuda y deseos de recuperarse; este es el verdadero anonimato que, como ingrediente espiritual, es vital en esta tradición.

Hasta aquí hemos visto que las Tradiciones enmarcadas en el anonimato nos piden una serie de sacrificios personales para lograr mantener la Unidad y nuestra propia Recuperación

4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos, considerando como un todo.

A partir de la Cuarta Tradición nos damos cuenta que así como el individuo debe sacrificar sus deseos personales en pro del bienestar común, también el grupo debe sacrificarse en beneficio del bienestar colectivo, es decir, declinar mucho de los derechos que le concede su <autonomía> cuando ve que es necesario hacerlo para mantener la unidad y la pureza de los principios de A.A. aplicando el principio espiritual y vital del anonimato.

¿Por que la sociedad de Alcohólicos Anónimos le da tanta libertad a los grupos a través de la Cuarta tradición, si a fin de cuentas le sugiere que renuncie a muchos de sus derechos?

El derecho fundamental del hombre concedido por Dios: el libre albedrío, es decir. El derecho a equivocarse. Lo podemos interpretar también como la libre decisión de elegir entre lo bueno y lo malo, lo lícito y lo ilícito, lo verdadero y lo falso, lo constructivo y lo destructivo, lo de corta duración y lo permanente, la voluntad de Dios y nuestra vanagloria, la vida y la muerte.

A un grupo también se le concede el derecho de equivocarse. Pero también al grupo, como al individuo, a través de las Tradiciones, se le enseña

una serie de principios a los cuales debe apegarse si quiere sobrevivir, y se le advierte que, de no hacerlo, enfrenta el riesgo de desaparecer y perderse para siempre.

5. Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aun esta sufriendo.

Quinta Tradición, el objetivo primordial de A.A., carecería de significado si este no estuviera avalado por el sacrificio personal; de que serviría que nuestro único fin fuera llevarle el mensaje a un alcohólico que aun sufre; es necesario que sacrifiquemos estas tendencias negativas, que la mayoría de los A. A's. llevamos dentro. A fin de que nuestro mensaje lleve la esencia espiritual que debe contener: fe y esperanza, tolerancia y comprensión; amor y entrega: todo esto se realiza gracias a algo que exige también sacrificio: ¡nuestro servicio permanente!

La Quinta tradición dice: <haz una cosa supremamente bien hecha y no mil mal hechas>, esto quiere decir que en A.A. el fin no justifica los medios. A.A. no recluta a sus miembros, y que si bien nuestro objetivo primordial es ayudar a otros alcohólicos, es necesario seguir ciertos lineamientos en los que se juega un papel preponderante al sacrificio personal, es decir, el anonimato, y nos explican el alto valor espiritual que tiene este, no solamente en cuanto a la eficiencia del mensaje, sino también para que nuestra agrupación corra riesgos que pudieran causarle daño poniendo en peligro nuestra propia supervivencia. Así, nos dicen, la Quinta tradición con toda su magnificencia queda sujeta a los señalamientos que le marcan la Sexta, la Séptima y Octava tradiciones.

6. Un grupo de A. A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena. Para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.

Sexta Tradición, Veremos que no hay nada nuevo bajo el sol: va antes que nosotros. Otros trataron de reformar el mundo, y a otros A. A's. quisieron

cambiar las leyes, escribir textos para los centros de estudio; escuelas, universidades, etc., cambiar los textos de medicina y psiquiatría, enseñarle a la religión lo que debería hacer con los alcohólicos; educar a toda la sociedad y enseñarle todo acerca del alcoholismo y su curación; Sugiriéndole a todo mundo, alcohólicos o no, que practicara los principios de A.A., porque esto solucionaría todos sus problemas. Y si todavía nuestro empecinamiento nos hace creer que nosotros somos mas inteligentes y mas sabios que nuestros antecesores y que por lo tanto no fracasaremos, entonces recordemos que el anonimato es el sacrificio para reconocer con humildad que solo son nuestros defectos de carácter los que nos llevan a pensar de esa manera y que nosotros los A. A.'s. podemos hacer mucho dentro de los lineamientos tradicionales, pues podemos cooperar con todo mundo, con empresas, instituciones, centros de estudio, etc., sin que nos aliemos a ellos, sin involucrar el nombre de A.A. y sin que el afán de prestigio, dinero o poder, hagan presa de nuestro corazón.

7. Todo grupo de A.A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera

Séptima Tradición, gracias a esta nuestra agrupación goza de la autonomía suficiente para regir su propio destino con la ayuda de Dios. En si misma, un sacrificio pequeño o grande de acuerdo con las posibilidades de sus miembros y se sublima cuando el A.A. no solo piensa en los gastos de su grupo, sino también en todas las posibilidades que su contribución puede lograr si se extiende a Oficinas Intergrupales y de Servicio que hará posible llevar el mensaje allá donde el alcohólico esta sufriendo. También el anonimato se manifiesta en la no ostentación del A.A. cuando deposita su Séptima.

8. A.A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros Centros de Servicio pueden emplear trabajadores especiales.

Octava Tradición, veremos quienes si, por no practicar el anonimato, por el deseo de dinero y de prestigio, se convierte en profesionales, aunque a Dios gracias, han sido y serán siempre muy pocos, pues ellos mismos han descubierto que cobrar por pasar el mensaje nunca da resultados positivos. Si hemos dejado

de beber es por la Gracia de un Poder Superior a cambio de admitir sinceramente nuestra derrota. No solamente debemos pasar el mensaje sin cobrar por ello, sino que de acuerdo al principio del anonimato, eminentemente espiritual, debemos hacerlo con amor, con entero desprendimiento, ya que prometemos a aquellos que aun se debaten en las garras del alcoholismo, compartir con ellos nuestras experiencia, fortaleza y esperanza. Entonces, debemos tener experiencia en la verdadera recuperación, la autentica fortaleza espiritual y la esperanza de lograr la verdadera meta que es Dios. Solamente así podremos decir que estamos dando algo de nosotros mismos para que otros vivan y engrandezcan su existencia. Todo esta implica, realmente un sacrificio personal, porque tratar de entender, comprender y practicar aunque sea en parte Los Tres Legados de A.A.; *Recuperación, Unidad y Servicio*, requiere de esfuerzo constante, de superación de trabajo continuado y constancia en la búsqueda del conocimiento. El hecho de que la Octava Tradición diga que A.A: nunca deberá tener carácter profesional, no quiere decir que sus miembros sean ignorantes o tontos, como lo han interpretado algunos, sino precisamente porque comprendemos lo que tenemos en nuestras manos, sabemos perfectamente por que A.A. no deberá tener nunca carácter profesional.

9. A.A. como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o Comités de Servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.

La Novena Tradición dice que nadie nos puede ordenar la manera como debemos trabajar en A.A., ni como llevar el mensaje al alcohólico que aun sufre, ni se nos puede castigar por la forma en que lo hagamos; sin embargo, nos sugiere formar equipos de trabajo para que de manera ordenada y coordinada se realicen los objetivos de Alcohólicos Anónimos. Con espíritu de Sacrificio, que es anonimato, renunciar voluntariamente al individualismo y estar dispuestos a obedecer no a personas, sino a principios que les llevaran a unirse a aquellos que también son empujados por el anhelo de servir, y así formar los diversos comités que en forma armónica desempeñan todas las labores que son necesarias para la estructuración y crecimiento de A.A.; dos puntos en aparente conflicto, se reconcilian, puesto que la tradición no hace mas que enfatizar dos

aspectos verdaderos del principio de A.A.; libertad individual y necesidad grupal. Hermoso, alcohólicos rebeldes por naturaleza, devenido anárquicos por las terribles circunstancias de la vida azarosa del alcoholismo activo, egoístas hasta la abyección y la destrucción, ahora ante la perspectiva de una duradera y verdadera sobriedad, dispuestos al más grande sacrificio que puede hacer un alcohólico: ¡la renuncia de sí mismo! Poner la vida y voluntad en manos de Un Poder Superior y al servicio de quienes nos necesitan...

10. A.A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

El mayor peligro para nuestra amada agrupación es la controversia pública y la opinión sobre asunto ajeno a A.A. Décima Tradición. Por eso en forma inconsciente nos apartamos de estos peligros; sin embargo el anonimato nos pide ir más allá en cuanto los principios son más importantes que las personalidades. Es necesario un análisis honesto de nosotros mismos acerca de lo que sabemos de los principios de Alcohólicos Anónimos y de lo que ignoramos sobre otros campos, sobre todo la medicina, religión, política, no sea que por ignorancia y descuido propiciemos sin proponérselo, aquello de lo que huimos: ¡la controversia pública!

La medicina como principio científico, y la religión como principio moral y espiritual, son dos grandes pilares en los que se sustenta la filosofía de Alcohólicos Anónimos. Por esto el anonimato nos pide el sacrificio de cambiar <la ignorancia por la ilustración> palabras textuales del folleto <El Grupo A.A.>. Si nuestra institución es complementaria con el conocimiento y el sano juicio, nos conservamos al margen del peligro que implica la controversia pública y con sentido común evitaremos opinar sobre asuntos que no nos atañen, y mejor aun, informaremos bien a quienes desean ser informados. Aquellos compañeros que aúnan la buena voluntad de servir con el conocimiento de lo que es A.A. y algunas otras disciplinas de superación personal son quienes mejor adaptan a todas las circunstancias que concurren en la realización de los diferentes servicios donde se hace necesaria cierta desenvoltura, equilibrio emocional y sensatez, así como la humildad necesaria para conservar el anonimato personal;

esto se aplica principalmente a los medios de difusión masiva, de los que habla la Undécima Tradición.

11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.

La mayor parte de las violaciones a esta Tradición ha sido por parte de compañeros que ignoran lo que son nuestros principios o carecen de la fortaleza espiritual para sacrificar su ego o no están habituados a la auto disciplina de los doce Pasos o por las tres cosas juntas, ya sea porque su grupo, por tan especial forma de interpretar la autonomía, margine estos principios y por lo tanto el miembro no tiene manera de aprenderlas, o simplemente porque es perezoso y no ha querido hacerlo; Para justificar la ruptura de su anonimato, no puede ocultar el tremendo egocentrismo que bulle en sus corazones y que desgraciadamente pone en entredicho el buen nombre de A.A. y aleja a aquellos que necesitan de nuestro programa de recuperación.

Aquellos que antes mencionamos que reúnen las cualidades necesarias: fortaleza, autodisciplina, conocimiento, etc., se desenvuelven en esos servicios de informaciones todos los niveles con naturalidad y sencillez; tal parece que no les cuesta ningún esfuerzo mantener la ecuanimidad, la modestia y al mismo tiempo la agilidad mental para exponer con claridad todo lo que se reacciona con A.A. y para contestar todas las preguntas que les hacen con lenguaje llano, sin exhibicionismo, sin arrogancia ni poses de falsa humildad, siempre dispuestos al sacrificio personal, al anonimato. Esta es pues la gran diferencia entre la atracción y promoción de que nos habla la Tradición Undécima, la que nos motiva a la acción para llevar el mensaje de A.A: a través de todos los medios posibles para llegar a todos los rincones de la tierra, aun los más apartados.

12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Así es como la Duodécima Tradición, base espiritual de las demás tradiciones, nos abre un vasto campo de acción y realización en beneficio de nosotros mismos puesto que nos abre los ojos a una realidad que ni siquiera habíamos imaginado: la realidad de los valores humanos en una clara perspectiva. Si entendemos el anonimato como una dimensión espiritual en la que el alma siempre esta dispuesta a dar sin esperar recompensa y que esto por si mismo llena el inmenso vacío que dejo nuestra actividad alcohólica y que lleva consigo la paz interna, la verdadera alegría al corazón, un mundo nuevo lleno de esperanza para afrontar las mas adversas circunstancias.

Solo el alma puede darle una nueva dimensión a la belleza en todas sus manifestaciones, solo el despertar espiritual puede darle esa visión al alma, entonces vale la pena alimentar nuestro espíritu, con el desprendimiento, con el sacrificio, con el anonimato, porque solamente así llegaría a nosotros la realidad de la Gracia de Dios”.

Por esto las Tradiciones de A.A. sin base espiritual de anonimato no serian más que unas cuantas reglas mas para la convivencia humana en sociedad; sin embargo, el anonimato las convierte en algo hermoso y de inmenso valor por cuanto no se practican por simple obediencia, sino por espíritu de sacrificio, que es amor³⁶.

³⁶ Las Doce Tradiciones. México, 2001.

Tres Axiomas.

“Lo primero es lo primero”.

He aquí un antiguo dicho que tiene significado especial e importante para los A. A's. Quiere decir sencillamente: que sobre todas las demás ocupaciones, deberán recordar que no pueden beber. No beber es de primordial importancia para ellos, en cualquier parte, en cualquier lugar, y bajo cualquier circunstancia.

El tratamiento de su condición, tal como lo ha notado la Asociación Medica Norteamericana, “involucra primordialmente el no tomar un solo trago”. La experiencia refuerza esta receta terapéutica.

Ahora bien, la indecisión no afecta únicamente a los alcohólicos en recuperación, pero probablemente molesta más a ello que a otras personas.

Posteriormente utilizan el mismo axioma para organizar el tiempo de su recién hallada sobriedad. Tratan de planificar las actividades del día, ordenando las tareas en orden de importancia, y nunca haciendo un horario demasiado estricto. Tienen en mente otra cosa “primordial”, su salud general, porque saben que si se cansaban demasiado o dejaban de comer oportunamente, se podrían presentar dificultades.

Durante el alcoholismo activo, muchos llevaron vidas sumamente desorganizadas, y la confusión los hacia sentir incómodos o aun desesperados. Aprender a no beber se facilita introduciendo algún orden de rutina diaria, pero siendo realistas y manteniendo un plan flexible. El ritmo de la rutina personal tiene un efecto sedante y para organizar la desorganización previa el principio más apto es, efectivamente: “Primero es lo primero”³⁷.

³⁷ *Ibíd.*

“Tómalo con Calma” o “Poco a poco se va lejos”.

Como alcohólicos, generalmente tendían apurar sus copas más rápidamente que las otras personas. Y muy raras veces se sentían dispuestos a dejar que quedaran unas pocas gotas en el vaso de cóctel, o un pequeño residuo en la botella.

Muchos se han divertido por su aparente inhabilidad, que se presenta aun después de muchos años de sobriedad, para dejar a medio terminar una taza de café o un vaso de soda. Frecuentemente se ven tragando hasta la última gota de una bebida no alcohólica, como sí...

No es que esta tendencia sea de todo mala. Para recuperarnos de una obsesión destructiva tal como la de beber, es muy sensato reemplazarla con una obsesión benigna, tal como la compulsión de buscar mas y más conocimiento y ayuda para el problema alcohólico.

El axioma “Poco a poco se va lejos” o “Tómalo con Calma” es una de las formas en que los A.A: se recuerdan uno a otro que muchos tienen la tendencia a exagerar, de apurar las cosas, impacientes con cualquier cosa que trate de detenerlos. Para los A. A's es muy difícil descansar y tomarle sabor a la vida.

Esa presión no empuja a la mayor parte de los bebedores dentro del alcoholismo, como cualquiera puede verificarlo. Solamente un pequeño porcentaje de bebedores desarrolla su problema. Pero aquellos que llegaron al alcoholismo ven que compartir la necesidad de aprender a descansar, adquirir un ritmo saludable, gozar de las pequeñas ganancias y aun de los placeres simples que encuentran en el camino, o sea, aprender a gozar de la jornada, en vez de correr afanosamente hacia su destino. El horizonte siempre está en el mismo sitio. En ocasiones, vale la pena quedarse quieto para observarlo, únicamente por darse el placer de un paisaje apacible.

Naturalmente, “Tómelo con calma no proporciona una licencia para la pereza o para llegar tarde a los compromisos. Existen cosas que no deben

posponerse hasta mañana. Una de ellas es el dejar de beber. Pero hay muchas otras cosas que si se posponen durante estas 24 horas, cuando se afronten estarán mucho mejor equipados para manejarlas.

Si les parece deseable tener un fuerte acopio interior de paz, paciencia y tranquilidad, es posible obtenerlo. Recuerda de vez en cuando que tal vez la velocidad ideal para este día es "Tómalo con calma"³⁸.

"Vive y Deja Vivir".

Los a. a's le dan algunos usos especiales para ayudarse a no beber. Particularmente les ayuda a llevarse bien con las personas que alteran sus nervios.

De hecho, en A.A. se da mucho énfasis a aprender a tolerar la conducta de los demás. No importa cuan ofensivas o desagradables parezcan, ciertamente no vale la pena beber por eso. Su recuperación es demasiado importante. El alcoholismo puede matarlos y lo hace. Esto tienen que recordarlo permanentemente.

A medida que el tiempo pasa, ya no les atemoriza alejarse simplemente de las personas que les irrita, en lugar de que cobardemente permitían que se introdujeran en sus vidas, o en lugar de intentar acondicionarlas para que se ajustaran mejor a ellos.

Es muy fácil utilizar las actuaciones de otras personas como excusas para beber. Pero en la sobriedad, aprenden una nueva técnica: No permiten llegar a un estado tal de resentimiento hacia otra persona que deje que esa persona controle sus vidas, especialmente hasta el grado de causarles volver a beber. Han encontrado que no tienen el deseo de permitirle a nadie que maneje, o arruine sus vidas.

"Deja vivir", si. Pero también creen que tiene el mismo valor la primera parte del axioma: ¡"Vive"! Cuando han encontrado las formas de gozar

³⁸*Ibid.*

completamente su propia vida, tienen la felicidad de dejar que los demás vivan en la forma que deseen. Si sus propias vidas son tan interesantes y productivas, realmente no tienen impulso o deseo de hallar las faltas en los demás o preocuparse de la forma como actúan. ¡Vive! Preocúpate por tu propia vida. En su opinión, el permanecer sobrio abre la puerta hacia una vida de felicidad. Vale la pena sacrificar muchos sentimientos y peleas³⁹.

³⁹*Ibid.*

Metodología de Alcohólicos Anónimos.

La propuesta de acción que sugiere A.A. es a través de un programa de Recuperación basado en 12 pasos sugerido, y sintetizado en CINCO CONCEPTOS BASICOS PARA LA RECUPERACION; a saber:

1. Admisión del alcoholismo
2. Análisis de personalidad y catarsis
3. Reajuste de las relaciones interpersonales
4. Dependencia de un poder superior o factor "x".
5. Trabajando con otros.

1). ADMISION DEL ALCOHOLISMO.

En términos generales al ser humano, no le gusta perder o aceptar que esta equivocado. En el caso del alcohólico, por lo regular siempre trata de justificar su forma anormal de beber y argumenta que no tiene problemas al respecto.

Sin embargo, puede darse cuenta de su real situación si analiza cuidadosamente y con honestidad, su manera excesiva de beber y los daños que esto ocasiona, tanto a el mismo, como a los demás. En virtud de que la Ciencia Medica determino que el alcoholismo es una enfermedad de la cual nadie puede curarse y ACEPTAR que esta enfermo. Entonces, sin reservas de ninguna clase, podría aceptar su incapacidad para controlar el alcohol, o dicho de otra forma, reconocer que es un ENFERMO ALCOHOLICO, en caso contrario, lo más probables que su problema es que su problema con la bebida le traiga como consecuencia la locura y la muerte prematura.

2). ANALISIS DE LA PERSONALIDAD Y CATARSIS.

A través de un análisis de la personalidad o un examen de conciencia, el enfermo podrá descubrir las causas que lo llevaron a beber y de que, su manera de beber, generalmente progresiva, fue tan solo un síntoma de problemas más profundos. Entre estos, podríamos mencionar: FALTA DE CONTROL EN LAS

EMOCIONES (emoción, exaltación del ánimo). FALTA DE ACEPTACION DE LA REALIDAD DE LAS COSAS, DE LAS PERSONAS, INCLUSO DE SÍ MISMO; esto es inadaptación y desorientación que inevitablemente crearon hondos resentimientos.

Se dará cuenta de grandes fallas en su personalidad, que probablemente nunca antes había visto. El conocerse, aceptarse con sus alcances y limitaciones y disponerse a un cambio de actitudes cuando sea necesario, son metas que alcanzara a través de la comunicación y la catarsis.

Expulsando todo aquello que mantuvo en secreto y que le ocasionaba intranquilidad, propiciara un saneamiento mental. Circunstancialmente podrá efectuarlo ante un psiquiatra, un consejero espiritual o un miembro de A.A. que ya haya practicado el concepto. Todo esto, le ayudara a orientar su vida de una mejor forma.

3). REAJUSTE DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES.

En virtud de que el enfermo, debido a su incontrolable forma de beber y conducta equivocada deterioró sus RELACIONES PERSONALES, buscará, de acuerdo a sus propias necesidades, reintegrarse a los núcleos sociales que le rodean, reajustándose poco a poco a las mismas y apoyándose en el análisis de la personalidad y descubriendo los daños que causo a los demás, tanto moral como física y económicamente. Después, de alguna manera, tal vez, encuentre la posibilidad de reparar esos daños.

El resultado de la práctica de este concepto, producirá en el enfermo un cierto grado de tranquilidad y confianza en sí mismo.

4). DEPENDENCIA A UN PODER SUPERIOR O FACTOR X.

Para llevar a cabo un cambio de juicios y actitudes ante la vida, de lo negativo a lo positivo, y para aspirar a una nueva y mejor forma de vida, el enfermo necesitara depender de algo más fuerte que él, UN PODER SUPERIOR A SÍ MISMO. Esta necesidad obedece a que, un alcohólico activo desarrolla una personalidad desafiante que lo impulsa a creer que puede hacerlo todo por sí

mismo, sin aceptar la ayuda de los demás; generalmente, sus continuos fracasos y frustraciones los atribuye a las personas y circunstancias que le rodean creándole grandes resentimientos hacia todo y hacia todos. Llega a creer realmente, que el mundo en su totalidad esta en su contra y que es esta la razón por la cual no ha podido alcanzar sus metas.

Por lo tanto, sin darse cuenta, depende de las personas y de las cosas, manteniendo en su intimidad, la idea “de que él puede y no necesita de nadie”. Ha desarrollado su EGOCENTRISMO AL MAXIMO; no puede aceptar la ayuda de algo o de alguien.

A.A. sugiere al principiante depender del grupo, que de alguna manera esta compuesto por personas superiores a él, ya que han logrado lo que el no ha podido lograr: mantenerse sobrio. Si por otra parte, cree en un Dios, cualquiera que sea su nombre, puede depender de el, respetando su libertad de creencias, ya que la Comunidad A.A. no apoya ninguna secta o religión específica, sino simplemente, la búsqueda de un Dios como “cada quien lo conciba”.

Con un alto porcentaje los miembros de A.A., se nombran al principio como “ateos” o “agnósticos”, el FACTOR “X” puede ser la solución. Al enfermo que inicialmente rechaza el concepto espiritual del programa, se le recomienda que mantenga su mente libre de prejuicios y que mientras tanto, considere a su grupo como un PODER MÁS GRANDE QUE EL MISMO.

5).TRABAJANDO CON OTROS.

Este concepto es de vital importancia para el alcohólico en recuperación, dado que la gran energía que lleva en sí mismo le impulsa hacia la actividad; a llenar los huecos de tiempo y espacio que ocupaba en emborracharse. Esto lo encuentra a través de ayudar a otros alcohólicos, de la misma forma que lo hicieron con él. Así, fortalecen su sobriedad, manifiestan su gratitud y las posibilidades de que vuelvan a beber son muy remotas.

¿CÓMO FUNCIONA A.A.?

Funciona de manera grupal a través de reuniones, en dos modalidades:

- Ø Abierta: es aquella donde asisten personas no alcohólicas y se les informa acerca de A.A y su programa de recuperación.
- Ø Cerrada: de alcohólicos para alcohólicos, donde se comparten pasajes de sus experiencias de bebedores, que les aconteció y quienes son ahora, utilizando el programa de recuperación.

Éxito.

Alcohólicos Anónimos reclama una tasa de recuperación del 75 por ciento entre aquellas personas que ensayan realmente sus métodos. Esta cifra, aunada con su crecimiento impresionante, exige respeto y explicación. El proceso de asimilación de este programa, la estructura de carácter que había estado bloqueando cualquier ayuda, se disolvió y se vio reemplazado por una nueva estructura que permite, permanecer abstemio; ¿que sucedió?, Experimento una experiencia religiosa, fue la respuesta; el significado del factor religioso, es necesario comentar la estructura de carácter disuelto⁴⁰.

La característica del llamado alcohólico típico es un sentimiento egocéntrico narcisista, dominado por sensaciones de omnipotencia, que intenta mantener a toda costa su integridad interior; aparecen en su forma relativamente pura en todos los alcohólicos. La “individualidad desafiante” y la “grandiosidad”. Interiormente el alcohólico no acepta ser controlado por el hombre o por Dios. Él, alcohólico, es y debe ser el dueño de su propio destino. Luchara hasta el último por preservar esa posición.

Sabiendo que existe la presencia mas o menos constante de estos defectos de carácter, es muy fácil observar la razón por la cual la persona que los posee tiene dificultades para aceptar a Dios y la religión; constituye un reto a la

⁴⁰ M.D. Tiebout, H., 1957.

naturaleza misma del alcohólico, **si el alcohólico puede aceptar verdaderamente la presencia de un poder Superior** a el mismo, entonces, él, con ese simple paso, modifica por lo menos temporalmente y posiblemente en forma permanente su más profunda estructura interior y cuando lo hace sin resentimiento o reacción, entonces ya no es mas un alcohólico típico. El hecho extraño es que si el alcohólico puede mantener esa sensación interior de aceptación, puede y podrá permanecer sobrio durante el resto de su vida. Sea lo que fuere que haya ocurrido en el interior del alcohólico, este puede ahora permanecer abstemio. Tal es la argumentación de Alcohólicos Anónimos, y que esta basada en hechos reales⁴¹.

El efecto central de Alcohólicos Anónimos, es, por consiguiente, desarrollar en la persona un estado espiritual que le servirá como una fuerza directa para neutralizar los elementos egocéntricos del carácter del alcohólico. El paciente podrá permanecer abstemio, siempre y cuando ese estado se integre completamente a nuevos hábitos de vida. El Sr. "X" dice que el proceso de integración toma lugar en un periodo de varios años y que si no hay cambios apreciables en la estructura de la personalidad después de seis meses, el ángulo espiritual sucumbirá probablemente para que entorne el ego alcohólico que ha estado sumergido. En otras palabras, a menos que el ímpetu religioso de Alcohólicos Anónimos efectúe un cambio en los componentes más profundos de la personalidad, la influencia del programa no es duradera.

El alcohólico es emocionalmente inmaduro y nunca ha aprendido a enfrentarse a las realidades de la vida o ha olvidado como hacerlo. En consecuencia, se inquieta y se siente derrotado cuando son difíciles las realidades y cuando surge la adversidad. Muchos psiquiatras alegan que el alcohólico tiene una <fijación materna> y que emocionalmente, todavía esta atado a las faldas de su madre. Esto es lo que Strecker ha descrito como <la gran enfermedad americana: <mamitis> es un factor en un porcentaje de casos

⁴¹*Ibid.*

de alcoholismo, y hasta que estos lazos no sean separados por la madre o por el hijo, hay pocas esperanzas de una recuperación duradera⁴².

Además, A.A. es esencialmente una forma de terapia de grupo; como medio de recuperación también proporciona la identificación con aquellos que han tenido éxito. (Si él puede hacerlo yo también).

Sus muchos lemas: el programa de vida de 24 horas, hay que tomarlo con calma, vive y deja vivir; proporcionan un cese a la angustia y a los temores, y suministran un apoyo continuo en la batalla contra el resurgimiento del ego inflado. El anonimato mismo de la fraternidad es un resguardo contra el señorismo que pudiera surgir. El anonimato es un medio de llegar a la humildad, no un encubrimiento. Es un desinflador del ego. Sin Dios no somos nada. El anonimato le concede mayor importancia a los principios que a las personalidades (los personajes).

Alcohólicos Anónimos es el primer método que ha tenido éxito general para tratar con el bebedor inveterado.

Ya en 1943 el Dr. Harry Tiebout informo a la American Psychiatric Association: La terapia de grupo lograda por A.A; en ocasiones confunde hasta los psiquiatras. El psiquiatra considera al alcoholismo como una enfermedad sintomática. A.A. dice: <Tu forma de beber es una enfermedad>, lo que probablemente es erróneo, pero funciona, y nada tiene tanto éxito como el éxito.

⁴²*Ibid.*

3.2. Hogar Integral de Juventud.

Hogar Integral de Juventud (HIJ), habla de una experiencia que pronto cumplirá 35 años. Tomando en cuenta, la situación del tratamiento en nuestro país y a partir de la experiencia de la red de organizaciones se elaboró la siguiente hipótesis de partida para un programa de investigación en la acción⁴³:

1). "Es posible, por un lado, intervenir en las realidades de las comunidades locales, para favorecer la reorganización de sus recursos humanos, culturales, etcétera, con el fin de incrementar sus competencias en materia de prevención, y

2). Por otro lado, es posible, a partir de estas competencias, dar vida a iniciativas específicas de soporte para la realización de tratamientos de situaciones de dependencia de sustancias psicoactivas en la comunidad local misma, sin necesidad de desarraigar a la persona de su familia, o a la familia de su territorio de vida". Uno de los primeros pasos del programa de investigación en la acción fue el de modificar el acercamiento a las fármaco dependencias, cuestionando el paradigma dominante.

Hogar Integral es un espacio referencial que trabaja desde 1970, con personas, familiares, comunidades y países diversos en la atención a situaciones de sufrimiento social observadas en diferentes fenómenos como podría ser la fármaco dependencia; Es una Institución que ha pasado diversas etapas desde muy primarias hasta etapas mayormente elaboradas.

A partir de 1994 se elaboran seminarios, con la asesoría de los expertos internacionales Efrem Milanese, Roberto Merlo y Brigitte Laffay. Los protocolos de un proyecto interinstitucional de investigación en la acción sobre un fenómeno de interés común: las fármaco dependencias, desde la perspectiva de su prevención y cura. De 1995 a 1998, se desarrolló el proyecto de investigación de la acción, con el aval y el financiamiento de la Unión Europea y Caritas de Alemania. Con el desarrollo de la investigación se fue dando un proceso complejo de articulación más profunda y sistemática que produjo como resultado la creación, por un lado, de una

⁴³ Machin, J. et. al., 2001.

coordinación interinstitucional estable y por el otro, de un modelo de prevención, reducción del daño y tratamiento de las fármaco dependencias y situaciones críticas asociadas, así como la formación de agentes que realizan estas áreas, denominado ECO2. El nombre deriva de algunas de sus principales características: Epistemología de la Complejidad, ética y comunitaria, y en referencia a la raíz griega ECO, que significa casa y que comparten los términos Ecología y Ecumenismo”⁴⁴.

Actualmente cuenta con un **Modelo de Intervención** instrumentado (ECO2) que permite la sistematización de procesos y la puesta en marcha a partir del reconocimiento de estas estrategias organizadas de frente al éxito o al error con la intencionalidad de producir, tomando como partida la información cruzada de los diferentes actores de tal manera que el acercamiento hipotético se realice de la manera mayormente objetiva sin descartar que los subsistemas tienden dinámicamente a cambios significativos. Es una Comunidad Terapéutica observada e instituida muy en relación con los diferentes contextos locales, es un espacio abierto donde las diferentes personas que interactúan al interior lo hacen de una manera libre bajo un contrato establecido de principios en donde las reglas y las normas son claras para cada uno de los diferentes actores. La institución, el equipo de profesionales y los diferentes grupos o individuos con los que labora.

El **Modelo de Intervención** de HIJ, es el recurso fundamental en la relación terapéutica, no es sino hasta 1999 que habiendo ya experimentado el acercamiento hacia la fármaco dependencia por espacio de 19 años atrás, HIJ se da a la tarea por una parte de revisar todo el acervo experimental de estos 19 años y por otra parte iniciar la construcción de instrumentos que nos permitieran desde un primer contacto un acercamiento fundamentado en la libertad y en las posibilidades de producir espacios en donde los diferentes actores de una manera organizada pudieran hablar y entender del porque de lo que halaran. El modelo contempla teóricamente la antropología, psicología social, la psicología clínica, la teoría de redes, la epistemología de la complejidad, teoría de minorías activas, una serie de elementos que están intrínsecamente activos en las personas, el modelo de HIJ, es

⁴⁴ *Ibid.*

un modelo complejo de relaciones de acciones, y de diversos escenarios dinamizados programadamente, es un modelo que se dirige a la intervención con los fenómenos sociales y que se va complementando con los diferentes situaciones que emergen de la evolución propia de los diferentes escenarios humanos.

El cuestionamiento implicó replanteamientos en varios niveles: la conceptualización del fenómeno de las fármaco dependencias, las relaciones que existen entre prevención y tratamiento, cómo entienden el éxito en tratamiento, el papel de la Comunidad Real Local (CRL) en todo esto.

Como premisa del protocolo, reconoció a las fármaco dependencias como:

3 Un **elemento**, entre otros, de la vida cotidiana de una comunidad, como **una de las ene modalidades de la normalidad**.

Esto los llevó a considerar que el fármaco dependiente pudiera ser la construcción de una representación social (como amenaza y problema central), y la posibilidad para la propia comunidad de no reconocer sus propios conflictos.

Encontraron una relación indisoluble entre jóvenes y comportamientos considerados como desordenados, y por tanto, se torna lo que se debe conjurar (recluir y prohibir). Lo que es característico de nuestra época es la conjunción de ambas representaciones en un binomio (jóvenes y drogas) que entra en una especie de resonancia simbólica. Se explica también así el sobre dimensionamiento del miedo colectivo (así las y los jóvenes fármaco dependientes llegan a representar casi al mismísimo Diablo) y por que muchas de las dinámicas de organización Comunitaria tienen que ver, entonces, en como elaborar y, de ser posible, controlar la amenaza que representan las y los jóvenes usuarios. Así, en las representaciones sociales de las/los adultos se aprecian una postura valorativa contradictoria y ambivalente: la juventud (en abstracto) la mayoría la califican como divino tesoro (aunque a los tesoros se les acostumbra enterrar y mantener escondidos) y futuro de la sociedad (“somos el futuro de la sociedad, pero una y otra vez comprobamos que esto solo sirve para excluirnos del presente”. Al joven se le ve como un no ser hasta que sea y tenga como adulto (“cuando seas grande lo vas

a entender”, “cuando tengas tu propia casa vas a poder opinar”), pero si hablamos de las y los jóvenes (más concretos) la valorización pasa a ser negativa (esta diferencia valorativa, a menudo, se correlaciona con status social: La imagen idílica se asocia a los niños bien o los “yuppies” diminutivo del inglés “Young Urban Professional People” y la imagen diabólica los chavos de los sectores populares, especialmente, las y los jóvenes que se auto organizan) y se les califica como inmaduros, rebeldes, locos, irresponsables, vagos, violentos, desenfrenados, etc. Dada la variedad de jóvenes que existen en una CL es interesante que la mayoría de las representaciones sociales sean negativas, y prácticamente no se les reconozca como agentes positivos de su propia comunidad. Se les ve mas como amenaza y problema que como posibilidad y recurso. La lógica de una intervención sobre reducción del daño responde a estas dinámicas, que sirven en gran medida como mecanismos de defensa para conservar su propia organización interna (a través de la forma de autoengaño colectivo, para no ver sus propios problemas, evitando de esta manera cuestionarse su propia incapacidad, fragilidad, equivocación, dificultad, muerte) y representan soluciones por simplificación: al expulsar la amenaza que representa la alteridad, la trasgresión, la desviación, en una palabra, el Caos, la Complejidad de sistema se reduce y recupera parte de su capacidad de prever y controlar⁴⁵.

Estas dinámicas, en general son en contra de las y los jóvenes, (las dinámicas son diferentes según el sexo, a las jóvenes se les estigmatiza mas que a los hombres porque, como señala Martha Romero, (2000) “en el cuerpo de las mujeres se ha depositado valores como la castidad, la bondad, la pasividad [...] el ideal social de la mujer es que deba mantenerse pura”) y en especial contra los usuarios tiene además, la ganancia secundaria de servir como válvula de escape y como ritual de catarsis y purificación del mal, regulando y resolviendo simbólicamente otras contradicciones y problemas: La violencia de la fundación de la comunidad; la violencia entre los adultos, entre los géneros, las generaciones (no solo contra jóvenes, sino contra ancianos, niños); la violencia estructural que representa la pobreza extrema, el desempleo, la inseguridad laboral, etc.

⁴⁵ *Ibid.*

En un principio, se concebía el tratamiento y la prevención como dos variantes excluyentes de acercamiento al fenómeno, incluso al nivel estructural de las propias organizaciones participantes: una estaba dirigida conceptualmente sólo al tratamiento (CTF), las otras dos (CRL y CR) estaban dirigidas conceptualmente sólo a la prevención, y ésta estaba determinada por el enfoque del tratamiento del cual partían las organizaciones especializadas. A partir de este nuevo paradigma y sus consecuencias, reconocimos la necesidad de utilizar los propios recursos de la CRL como instrumentos para una intervención, en especial, los diferentes actores que dinamizan la vida comunitaria.

En el **tratamiento**, el instrumento es el grupo de trabajo y su contexto de aplicación es una organización artificial de vida cotidiana que le llamaron Comunidad Terapéutica de Fármaco dependientes (CTF), como un recurso más de la propia CRL. De esta forma fueron transformando la situación inicial de separación/ exclusión entre prevención y tratamiento, estableciendo un sistema de interconexiones entre ambas que permitía a cada una desarrollarse con autonomía y sin alterar el vínculo teórico y metodológico. Con base en estos replanteamientos se procedió a la construcción de cuatro protocolos experimentales sobre:

- 1). prevención primaria,
- 2). tratamiento en la CRL,
- 3). tratamiento y reinserción social en la CTF y
- 4). formación de operadores para el manejo del modelo.

El problema a resolver era cómo articularlos. El instrumento que lo permitió fue el protocolo de formación, que dio a todo el proceso un matiz de formación en la acción.

Los protocolos de prevención en la CRL y de tratamiento en la CTF se insertaron en procesos que venían desde tiempo atrás; es decir, tomaron como modelo experimental inicial "el método, las técnicas y los procedimientos de trabajo" que las organizaciones poseían. En este sentido hablan de una investigación en la acción, que permitió a las organizaciones seguir realizando su labor cotidiana, modificándola paulatinamente, según las indicaciones que emergían de los datos recogidos y analizados con los instrumentos de investigación, y de ir gobernado el proceso, introduciendo en el camino las

modificaciones necesarias. Por su parte, los protocolos de tratamiento en la CRL y de formación de operadores fueron las partes novedosas del planteamiento, así constituido modelo ECO2.

Investigación y experimentación en tratamiento en CRL

Después de una labor de diagnóstico, se comenzaron a llevar a cabo acciones de tratamiento que implicaron cuestionamientos y transformaciones al protocolo de experimentación. Tenían la hipótesis inicial de poder derivar de la labor de prevención primaria y de tratamiento en la CTF indicaciones para la construcción de un *setting* en la CRL. Después de los primeros meses de trabajo se observó que las labores de prevención primaria no eran de por sí suficientes, aunque constituyeran un eslabón necesario. Lo mismo se podía decir de las experiencias de la CTF. De esta manera se vio que las modalidades de trabajo que habían resultado útiles en la CTF, incluso las más flexibles, no eran eficaces en un contexto no formalizado o no construido como una comunidad, por ejemplo: la relación con los usuarios se interrumpía muy rápidamente, por la ausencia de una motivación personal, y no maduraba hacia una *relación terapéutica*. Sin embargo, por medio del trabajo de calle se había resuelto este problema: se había encontrado una manera de establecer un contacto con ellos, que no fuera particularmente condicionado por el hecho de que eran usuarios y, por medio del trabajo de prevención, se había construido una red de conexiones que daba a estas interrupciones de la relación un sentido diferente: interrumpían un cierto tipo de contacto con HIJ pero permanecía en la red de relaciones que habíamos establecido en la colonia, o en la que se habían insertado. Mediante experiencias puntuales de tratamiento (grupos de autoayuda, de discusión, coloquios, inserción de los fármaco dependientes en iniciativas recreativas, culturales, de tiempo libre en el barrio, etcétera), se dieron cuenta de que una labor con ellos era posible: los fármaco dependientes manifestaban un cierto interés, aunque selectivo, y no rehuían sistemáticamente el contacto con HIJ, al contrario se dejaban implicar en relaciones y acciones programadas. Se trataba, sin embargo, de ver cuál era el tipo de labor que se estaba haciendo, el análisis les hizo pensar que se trataba de una labor de contención y reducción del daño.

Para 1997, se propusieron implementar un nuevo protocolo (junto con el de formación de formadores y los cuatro anteriores) para hacer investigación al respecto y, de esta forma, se integró en el modelo como elemento de conexión entre la prevención primaria y el tratamiento en la CRL.

Investigación y experimentación en tratamiento en CTF.

Por otro lado, la investigación en tratamiento y reinserción social y profesional en la CTF (y asociado a la formación), permitió que el modelo evolucionara desde una primera hipótesis operativa muy simplificada, a un trabajo (sobre todo en conexión con la CRL) que con el pasar del tiempo iba haciéndose cada vez más complejo. A su vez, se tuvo un impacto considerable sobre el equipo de trabajo y en la relación con la población y con la tarea, por ejemplo: casi todos los operadores iniciaron un proceso psicoterapéutico personal, se reforzó la formación con una supervisión de las dinámicas del equipo y el grupo de residentes se redujo de un promedio de 13 a 9 pacientes.

Conceptos teóricos de base

El objetivo del tratamiento en el modelo de la Comunidad Terapéutica es el de modificar de manera estable las:

- 3 Representaciones de sí (estructura simbólica)
- 3 Estilo de vida (estructura de las relaciones),

Se realiza en dos diferentes contextos, que se interconectan dentro de uno más amplio:

- (i) Primero es la CTF y
- (ii) Segundo es la CRL;
- (iii) Tercero; es el punto de interconexión: la Comunidad Real (CR).

Por tratamiento comunitario entienden el proceso de cura y rehabilitación que se lleva a cabo en una CTF; es decir, el escenario establecido *ex profeso* en las estructuras, en tres modalidades (residencial, semi-residencial y ambulatoria) que se conectan entre sí, mediante los pasajes del proceso, pero también con cada una de las comunidades locales de pertenencia y arraigo de los pacientes designados y sus familiares participantes dentro del proceso, con la comunidad real en los diferentes contextos y sus recursos (salud, escolaridad, recreación, deporte, cultura, etcétera), a los que se tiene acceso, de manera tal que la CTF no se convierta en un espacio aislado del tejido social, evitando la fantasía de querer suplir lo que ya existe y convertirse en una instancia omnipotente y paternalista.

En el contexto de CRL, el trabajo se desarrolla en tres niveles de intervención articulados entre sí:

- (i) La prevención primaria,
- (ii) La reducción del daño y
- (iii) El tratamiento.

Como fundamento tiene que las personas no sean desarraigadas de su contexto de vida cotidiana. Por el contrario, las iniciativas realizadas tienen que ver

con la potencialización de los recursos existentes dentro del sistema comunitario. La CRL donde se interviene tiene un estrecho vínculo con la CTF cuando los recursos no cuentan con la capacidad y competencia para la atención de ciertas situaciones. A su vez el tratamiento en la CRL se lleva a cabo en dos modalidades: como tratamiento de red y/o como tratamiento de comunidad.

Metodología en instrumentos en los diferentes contextos operativos.

Tratamiento en la CRL.

Para el diagnóstico de la realidad en relación con el tratamiento en la CRL se emplean dos sistemas de instrumentos:

- 3 El mismo sistema de recopilación de la información, análisis y de diseño de la estrategia utilizado en los protocolos de prevención y reducción del daño.
- 3 El mismo sistema de recopilación de la información, de análisis y de diseño del tratamiento en CTF.

Los instrumentos para la realización de las operaciones son:

- (i) Tratamiento de red;
- (ii) Tratamiento de comunidad;
- (iii) Equipo de operadores;
- (iv) Equipo de formadores;
- (v) Sistema de evaluación de proceso, de resultados y objetivos en CRL y CTF.

El tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Fármaco dependientes consiste en primer lugar, en el sistema de recopilación de la información, de análisis y de diseño del tratamiento en CTF que está formado por los siguientes instrumentos:

- a) Hoja de primer contacto/Hoja de síntesis de primer contacto;
- b) Sistema para la programación del contexto de la cura;
- c) Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias, del abuso de sustancias (según el DSM IV), de trastornos antisociales de personalidad, de los trastornos *borderline* de la personalidad;
- d) Anamnesis: datos anagráficos; contexto familiar; área afectiva y relaciones de pareja; experiencia laboral, edad rango entre 15 a 30 años, sin ninguna discapacidad física, situación legal, etcétera;
- e) Instrumentos de evaluación: de los resultados de las fases; del resultado del tratamiento y *follow up*.

Los instrumentos de realización de las operaciones en la CTF son:

- a) Tratamiento comunitario;
- b) Grupo de trabajo (Grupos de elaboración, programación y organización, de actividades productivas, de recuperación escolar y formación profesional);
- c) Contextos en los cuales se realizan las operaciones y por medio de los cuales es posible realizarlas: Estructuras residenciales, semiresidenciales y de consulta externa.

El tratamiento comunitario se lleva a cabo mediante los pasajes siguientes:

- a) *Fase de Recepción* que incluye: Primeros Contactos, Orientación psicológica, Primeros coloquios y la Fase de formación de grupo. Una vez terminada la fase de grupo se evalúa y diseña la mejor estrategia de tratamiento. Para que los usuarios puedan ser admitidos en la forma residencial del tratamiento deben satisfacer criterios bien definidos;
- b) *El tratamiento residencial y/o semirresidencial* es un proceso, a su vez, articulado en cuatro pasajes:

- 3 pertenencia,
- 3 individuación,
- 3 socialización,
- 3 Separación.

Tiene como objetivo favorecer la transición de un estado de dependencia pasiva y limítrofe a uno de autonomía, y de un estilo de vida simplificado, a uno más complejo. Los cuatro pasajes tienen características peculiares (tiempos, objetivos específicos, procesos operativos, etcétera.). Durante todo el proceso de tratamiento se busca la participación activa en las actividades de servicio a la comunidad, productivo, lúdico-recreativo, educativo-formativo, expresivo-manual, elaborativo-formativas y de tiempo libre;

c) *La reinserción social y profesional* es un proceso, a su vez articulado por:

- 3 pertenencia
- 3 separación
- 3 autonomía

A partir de las estructuras de la CTF implica, por un lado, el proceso de *separación* de la red comunitaria y, por otro, la *inserción* en la red social de la CRL. Por un lado, es en la reinserción social y profesional que se pone a prueba el trabajo hecho en el curso de la fase de cura y rehabilitación, por otro en la reinserción se pone también a prueba la capacidad de su contexto de recibir nuevamente a una persona, reconociéndole el derecho de participar plenamente en la vida social. Es en este último aspecto que la labor de tratamiento se conjuga con la labor de prevención primaria. Se hace la hipótesis de que, en efecto, la labor de prevención primaria que se lleva a cabo en una CRL constituye no solamente la base para las actividades formativas y ocupacionales para el tratamiento en la CRL, sino también un recurso indispensable para la reinserción social y profesional.

Evaluación.

Para terminar algunos datos que emergen de la evaluación realizada a la CTF.

Se obtuvieron los siguientes índices de retención:

- (i) entre primeros contactos y primeros coloquios, orientación psicológica: 34% (766 personas de 2 222), de los cuales 42% pasó a primeros coloquios y 58% a orientación psicológica;
- (ii) 88.5% (92% familiares y 78.3% pacientes) pasó de primeros coloquios a fase de grupo;
- (iii) 69.6% (pacientes 94.7%, familiares 60.6%) pasó de fase de grupo a tratamiento (hay casos de orientación psicológica que pasan directamente a tratamiento sin participar anteriormente en la fase de grupo);
- (iv) 68.2% (61.4% pacientes y 72.1% familiares) pasó de tratamiento a reinserción social.

Han construido una estrategia de evaluación de proceso y de resultados que incluye áreas de evaluación en las cuales se utilizan instrumentos que arrojan datos comparables con investigaciones análogas en Europa y Estados Unidos. El instrumento evalúa el estado de la persona respecto a dimensiones clave de la vida cotidiana y el impacto de HIJ. En total se cuentan 245 ítems. Con este instrumento han sido entrevistados, por encuestadores externos a HIJ, 80 ex- pacientes de la CTF, subdivididos en tres grupos: pacientes que han realizado únicamente la fase de primeros coloquios y fase de grupo, pacientes que han realizado las fases 1, 2 y 3 del tratamiento, pacientes que han realizado la fase 4 del tratamiento y han completado el programa. Con el mismo instrumento han sido entrevistados también 38 ex- pacientes de otras instituciones de tratamiento y 38 estudiantes universitarios, comparables por sexo y rango de edad, que nunca hubieran experimentado un tratamiento comunitario para la cura de las dependencias de sustancias. Se quería con esto tener elementos para ver si existían diferencias significativas entre los *outcome* del trabajo experimentado con otros modelos y respecto a un grupo que nunca hubiera vivido este proceso, ni en el contexto de nuestra propuesta ni en el contexto de otras.

Para la aplicación se contrató y capacitó a cuatro profesionales en psicología. El precontacto fue establecido por educadores que estuvieron en el transcurso de su proceso en la operatividad de la CTF; se les informó el objetivo de la investigación y de la llamada subsecuente de los aplicadores. Con los grupos externos se establecieron contactos interinstitucionales con la mediación de colegas que tenían un vínculo laboral y cercanía en las instituciones donde se realizaron las aplicaciones.

Por lo que concierne al estudio centrado en el grupo de los 80 ex- pacientes de la CTF que han vivido la experimentación del modelo propuesto, los datos arrojan lo siguiente:

(A) Elementos favorables

Sobre un *corpus* de 80 personas 57.3% (46) parece ubicarse en esta situación:

- (i) Alojamiento, ocupación y empleo: compatible con una vida autónoma;
- (ii) Uso de tabaco y alcohol: no se evidencian situaciones de dependencia;
- (iii) Salud física: sin problemas relevantes;
- (iv) Elementos de la personalidad (actitud hacia la vida, energía y depresión): elementos depresivos en la norma, tendencia a percibirse como mayormente activos que los demás;
- (v) Sustancias psicótropas: proximidad y distancia, actitud valorial: distancia y abstinencia de sustancias psicótropas, actitud valorial coherente a la distancia y a la abstinencia;
- (vi) Vida social: ligeras dificultades con elementos de aislamiento;
- (vii) Relaciones con la justicia: ningún problema indicado y sin actitud persecutoria o de evitación;
- (viii) Contextos de la vida cotidiana: en la norma por lo que concierne la participación;
- (ix) Evaluación del impacto de HIJ: la comunidad terapéutica, según los entrevistados, sirve esencialmente para: ser honesto, saber reconocer el valor personal y utilizar los recursos personales, tener capacidad crítica,

sacarme de la fármaco dependencia. Según los entrevistados la CTF tiene un impacto menor en las áreas siguientes: mejorar mi capacidad de estar solo (congruente con los demás datos de la encuesta), mejorar la capacidad de manejar las relaciones con la justicia.

(B) Elementos no favorables

Sobre el mismo *corpus* se presenta:

(ii) Uso de tabaco y alcohol: dependencia de alcohol 11% de los casos;

(iv).Elementos de la personalidad (actitud hacia la vida, energía y depresión): elementos depresivos fuera de la norma en 25% de los casos

(v). Sustancias psicotrópicas: proximidad y distancia, actitud valorial; se ha identificado un grupo de 34 personas (40.4 % del total) que tienen estas características: proximidad y muy probable uso de marihuana (23 personas que representan el 67.6% de 34, el 28.7% de 80), proximidad y muy probable uso psicofármacos (17/50% de 34, 21.2% de 80), proximidad y muy probable uso de éxtasis (11/ 32.3% de 34, 13.7% de 80), proximidad y muy probable uso de drogas pesadas (14/41.1% de 34, 17.5 de 80). Solamente en el 14.9% del total ha habido una declaración formal y explícita de abuso de sustancias;

(vi). Vida social: fuertes dificultades con elementos de marcado aislamiento;

(vii). Relaciones con la justicia: presencia de situaciones críticas;

(viii). Contextos de la vida cotidiana: escasa participación y percepción de extrañeza;

(ix). Evaluación del impacto de HIJ: la comunidad terapéutica, según los entrevistados, sirve esencialmente para: ser honesto, saber reconocer el valor

personal y utilizar los recursos personales, tener capacidad crítica. Según los entrevistados la comunidad terapéutica tiene un impacto menor en las áreas siguientes: sacarme de la fármaco dependencia, mejorar mi capacidad de estar solo (congruente con los demás datos de la encuesta), mejorar la capacidad de manejar las relaciones con la justicia.

En términos globales se observa la correlación significativa que existe entre el resultado favorable del tratamiento y el hecho que la persona esté trabajando o estudiando (78%).

Éxito.

En términos de eficacia se puede decir que esta propuesta en el primer contexto, en su primera experimentación, favorece que 57.3% de las personas encuentren un resultado favorable. Tomando en consideración que se ha tratado de un proceso de experimentación en la acción y que entonces en el transcurso mismo de la experimentación se ha formado a los operadores y a los técnicos necesarios para la experimentación misma, el resultado parece positivo y alentador. Se puede pensar, en términos globales, que una parte del resultado no favorable esté relacionada con la temprana conclusión del tratamiento. Los datos de proceso evidencian, en efecto, 39% de interrupciones; sin embargo, éste se conjuga con la conclusión del proceso, en promedio, después de doce y no de 17 meses como prevé el modelo. Es como si las dimisiones del proceso se anticiparan en cinco meses. Comparando con otras experiencias, se observa que una de las fases más delicadas y complejas en la gestión del tratamiento es la de los últimos meses en el transcurso de los cuales, por los efectos mismos del tratamiento, el sujeto vive una situación generalizada de bienestar y, llevado por esta percepción de sí, interrumpe el tratamiento.

El modelo de CTF plantea un trabajo en la recepción que tendría que cumplir con el objetivo anterior si pretende obtener algún resultado eficaz. Sin embargo, las estadísticas nos muestran que tan sólo entre 5% (aproximadamente) de los que demandan ayuda están dispuestos a experimentar un proceso de rehabilitación; el

95% restante no está dispuesto a emprenderlo por varias razones: una es lo que ya se mencionó anteriormente y otra es que la demanda de ayuda es planteada por un familiar para el paciente en casi la totalidad de los casos, es decir, son llevados a la fuerza o con presión. Otro factor decisivo es que la mayoría de las personas tiene la idea de que los tratamientos son de tres meses como en otras instituciones. Cuando se plantea la posibilidad de un tratamiento más duradero que permita un cambio interno significativo en las personas, éstas se *espantan* literalmente y rehúsan tal posibilidad. Están dispuestos a pagar sus *culpas*, pero no por tanto tiempo. Otro elemento importante sucede cuando la respuesta a la petición de internamiento no es inmediata y las personas deciden buscar otra opción en donde los internen inmediatamente. Otra de las situaciones que causan la interrupción de los procesos se refiere a la capacidad de conducción de los procesos por parte de los operadores.

Ante el hecho de que con ese 5%, que mencionamos antes, la CTF tiene la población suficiente para agotar su capacidad de atención, nos preguntamos: ¿Qué pasa con el restante 95%? La disposición a experimentar el tratamiento y la rehabilitación disminuye de manera impresionante en los últimos años. ¿Qué hacer ante estas circunstancias? Estas son dos preguntas fundamentales para los que trabajamos en CTF. Lo que es seguro es que esto exige un replanteamiento del modelo actual en el cual se pueda trabajar no sólo con esa minoría; los procesos de rehabilitación tienen que ser diversificados de tal forma que no exista como única opción el internamiento; las actividades productivas son una de las columnas vertebrales del tratamiento y si no se desarrolla una verdadera alternativa laboral, la rehabilitación se limita de sobremanera⁴⁶.

⁴⁶Ver cuadro comparativo en Anexo G.

Capítulo IV. Identidad Social del Alcohólico.

4.1. La Identidad Social.

El objetivo central de la investigación es dar a conocer la relación existente entre los modelos de tratamiento ofertados con los sujetos alcohólicos en proceso de recuperación, es decir: ¿Promueven los Modelos de Tratamiento de Alcohólicos Anónimos y Hogar Integral de Juventud la construcción de una identidad social de alcohólico?

Como se vio anteriormente el alcoholismo, principalmente es abordado desde la medicina, psicología clínica, psiquiatría y en menor proporción desde la perspectiva social. Estas disciplinas de la rama medica, afirman que el alcohólico es víctima de un trastorno de personalidad la cual es una enfermedad primaria, progresiva y crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones.

Algunos alcohólicos creen que si dejaran de beber serian individuos normales, sin embargo aun en periodos de sobriedad no se encuentra una personalidad psicológicamente bien adaptada.

Algunas manifestaciones de la enfermedad son a través del patrón de conducta denominado Personalidad alcohólica que se caracteriza por rasgos muy frecuentes como inmadurez de personalidad fijada en niveles muy tempranos de desarrollo, con defensas muy frágiles e inestables, un mal contacto con la realidad, con gran tendencia a la negación de la misma, son dependientes, narcisistas, con tendencias orales, poca resistencia a la frustración, al dolor y a la demora de las satisfacciones, masoquismo culpígeno, escape de la realidad, desinhibición, ansiedad, inmadurez emocional, hipocondría, introversión, neurótico, irritabilidad y poco control sobre el propio humor, falta de interés por la vida, así como de persistencia en el trabajo que implique esfuerzos, deshonestidad, sentimentalismo superficial y dureza.

Sin embargo la identidad es un atributo subjetivo de actores sociales relativamente autónomos, comprometidos en procesos de interacción o de comunicación, y no debe confundirse con otros conceptos más o menos afines como “personalidad” o “carácter social” que suponen, el punto de vista objetivo del observador externo sobre un actor social determinado.

La identidad social surge a partir de dos fuentes principales:

- Por la preocupación ante un mundo que tiende a la homologación cultural.
- A partir de manifestaciones de una nueva forma de crisis social denominada “crisis general de identidades”.

“La teoría de la identidad, forma parte de una teoría más amplia: la del actor social, que a bien se le denomino “el retorno del sujeto”, en reacción a las explicaciones deterministas que pretendían explicar la acción y la conciencia social por la determinación de causas sociales o psicológica⁴⁷ que operan *behind the back* (lo cual se traduce “detrás bambalinas” o bien, según el psicoanálisis “inconsciente”).

Como dice Cirese, “la identidad es un reconocerse en...algo que tal vez solo en parte coincide con lo que efectivamente uno es. La identidad resulta de transformar un dato en valor. No es lo que uno realmente es, sino la imagen que cada quien se da de sí mismo”.... Algunos rasgos culturales son socialmente seleccionados, jerarquizados y codificados para marcar simbólicamente sus fronteras en el proceso de su interacción con otros actores sociales⁴⁸.

Esta afirmación hace necesario enfatizar que gracias a la identificación que el sujeto alcohólico tiene de si mismo además el modelo de tratamiento seleccionado y el heteroreconocimiento, (construcción identitario de alcohólico en recuperación) con esa capacidad de transformación y codificación, el sujeto

⁴⁷ Giménez, G., 1992.

⁴⁸ *Ibíd.*

altera y elabora un proceso de recuperación y reinserción social de fondo eficiente y duradero.

“La identidad se afirma solo en la medida en que se confronta con otras identidades en el proceso de interacción social.... El individuo se reconoce a sí mismo solo reconociéndose en el otro... Un principio de diferenciación. Se trata de un proceso lógico primordial en virtud el cual los individuos y los grupos humanos se auto- identifican siempre y en primer lugar por la afirmación de su diferencia con respecto a otros individuos y otros grupos. En efecto, el proceso de auto- identificación consiste fundamentalmente en un proceso de toma de conciencia de las “diferencias”⁴⁹

Tres dimensiones de la identidad:

- Locativa
- Selectiva
- Integrativa

Locativa: El individuo se sitúa dentro de un campo (simbólico), y define tres elementos:

1. el campo donde situarse,
2. la situación en la que se encuentra y
3. Traza fronteras (más o menos móviles) que delimitan el territorio de su mismidad.

⁴⁹*Ibíd.*

El individuo establece una diferencia entre sí mismo y el otro, entre sí mismo y el mundo.

Selectiva: “Los procesos de decisión pasan a través de la identidad, el individuo ordena y escoge sus preferencias entre diferentes alternativas de acción en función de su identidad”⁵⁰.

Integrativa: “El individuo dispone de un marco interpretativo que le permite entrelazar las experiencias pasadas, presentes y futuras en la unidad de una biografía. Con el sentido de la continuidad de sí mismo a través del tiempo.”

La identidad desde una concepción Parsoniana: es una estructura estable de la personalidad; la identidad desde una concepción interaccionista: es configuración efímera totalmente dependiente de la aceptación y del reconocimiento social.

Concepciones intermedias que, reconocen la plasticidad de la identidad y al mismo tiempo consistente. Ralph H. Turner, distingue entre:

- ∅ concepciones de sí o identidad
 - Responde a valores y aspiraciones durables que el individuo percibe como constitutivos de su “yo profundo” o “real”, es consistente sin ser inmutable

- ∅ imagen de sí
 - Representa “la fotografía que registra su apariencia en un determinado instante”, es efímera, variable y plural

⁵⁰*Ibíd.*

Topología elemental que distingue analíticamente cuatro posibles configuraciones identitarias⁵¹:

- Identidades Segregadas
- Identidades Heterodirigidas
- Identidades Etiquetadas
- Identidades Desviantes

La Identidad Social del alcohólico en recuperación, según esta topología esta conformada por tres tipos de identidades, las cuales en el proceso de recuperación a través de una real conversión identitaria se logran entrelazar e interpretar en una sola.

Las Identidades Desviantes:

Cuando un sujeto alcohólico esta en plena actividad de consumo, su medio y la sociedad lo denomina un sujeto desviante, en cuyo caso el autor explica: “existe una adhesión completa a las normas y modelos de comportamiento que proceden de afuera, de los demás pero la imposibilidad de ponerlas en practica nos induce a rechazarlos mediante la exasperación de nuestra diversidad, por ejemplo “muchos comportamientos autodestructivos a través del abuso de ciertas sustancias no son mas que la otra cara de las expectativas demasiado elevadas a las que no tenemos posibilidades de responder⁵².”

En segundo lugar, durante el análisis y la comprensión del fenómeno los modelos de tratamiento le dan a conocer al sujeto la personalidad alcohólica como una realidad preexistente:

⁵¹ Valenzuela, Arce, J. México, 2000.

⁵² *Ibíd.*

Las Identidades Heterodirigidas:

Cuando el actor es identificado y reconocido como diferente por los demás, pero el mismo posee una débil capacidad de reconocimiento autónomo, aquellas con tendencia a confluir hacia opiniones y expectativas ajenas; y con ciertas fases del desarrollo infantil destinadas a ser superadas posteriormente en el proceso de crecimiento. La patología, por su parte, suele descubrir la pertenencia de formas simbióticas o de apego que impiden el surgimiento de una capacidad autónoma de identificación⁵³.

Y como resultado de la integración y asimilación de los procesos anteriores, los modelos de tratamiento encaminan al sujeto a la auto identificación de:

Las Identidades Etiquetadas:

Cuando el actor se autoidentifica en forma autónoma, aunque su diversidad ha sido fijada por otros; interiorización de estigmas, ligados a diferencias sexuales, raciales y culturales, así como también impedimentos físicos⁵⁴.

Dos categorías para el análisis de las identidades, desde:

1. Atributos personales allí se encajan la biografía del sujeto, en cuanto a "agencia", nos inmiscuimos en la esencia, por tanto el carácter, los valores, la forma de exponerse públicamente, entre otros, se encuentran en este nivel.
2. Atributos estructurales, los *modus operandi* para la exposición o no de informaciones confidenciales, es decir que se consiguen en el ámbito de la articulación de roles que la agencia logre dentro de la sociedad.

⁵³*Ibíd.*

⁵⁴*Ibíd.*

Se comienzan a diferenciar en esta representación social los estereotipos, dividiéndolos grosso modo entre “normales” y “estigmatizados”.

Finalmente, esta configuración construye el status social de la agencia. “...Por lo tanto, a las demandas que formulamos se las podría denominar con mayor propiedad demandas enunciadas –una categorización en esencia, una identidad social virtual. La categoría y los atributos que, de hecho, según puede demostrarse, le pertenecen, se denominarían su identidad social real⁵⁵”.

El sujeto alcohólico, al iniciar el proceso de recuperación se encuentra a si mismo inmerso en una realidad que aparentemente no tienen nada que ver con el, sin embargo ante la demanda y necesidad de suspender el consumo inicia reconociéndose en campos simbólicos identitarios compartidos. Se auto reconoce primero como desviante, aunque inmediatamente los modelos de tratamiento deshacen esta identidad social virtual y aparente, seguida de lo heterodirigido, que es el porvenir del tratamiento terapéutico psicológico, el sujeto utiliza el mayor tiempo y atención destinada a este aspecto de su vida; con el fin de continuar con su desarrollo de personalidad y lograr madurez de personalidad y emocional. Finalmente el sujeto se reintegra y selecciona atributos de ambas, esto da por resultado una identidad social real etiquetada o estigmatizada.

Este proceso se detalla a lo largo de este capítulo, sin embargo las concepciones meramente teóricas descritas anteriormente nos abren el panorama de la mencionada construcción de la identidad social del alcohólico en recuperación.

⁵⁵*Ibíd.*

4.2. Estigma.

La identidad etiquetada o estigmatizada dentro de la topología de Giménez utiliza un concepto clásico el cual se retoma aquí, con el fin de entender de fondo el objetivo real de los modelos de tratamiento ya que la oferta de recuperación mucho tiene que ver con esta propuesta teórica y práctica.

El concepto de estigma se remonta a los pensadores clásicos, específicamente a los griegos y toma matices en el transcurso de los años posteriores. El autor antes mencionado, diferencia cuatro posibles configuraciones identitarias y de aquí en adelante precisaremos: “La identidad etiquetada, cuando el autor sé auto identifica en forma autónoma, aunque su identidad ha sido fijada por otros.” La conceptualización es retomada de Goffman, quien definió: “...Un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relaciones entre atributo y estereotipo...” Si retomamos los conceptos, los atributos son un conjunto de elementos externos del sujeto, observables socialmente y por otra parte el estereotipo es una clasificación tipológica que acuerda socialmente y tiene connotaciones discriminatorias. Entonces, esta relación concebida socialmente, implica la no aceptación o el rechazo de la agencia que se presente como diferente o no común a los parámetros sociales de aceptación establecidos⁵⁶. Y además cuando “el estereotipo es despreciativo, infamante y discriminatorio, se convierte en un estigma, es decir, una forma de categorización social que fija atributos profundamente desacreditables”⁵⁷, como lo es el alcohólico.

⁵⁶*Ibíd.*

⁵⁷Giménez, G. México, 1997.

Tres tipos de estigmas⁵⁸:

- 1) Las abominaciones del cuerpo.
- 2) Los defectos de carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad, como el alcoholismo.
- 3) Los estigmas tribales de la raza, la nación y religión..." con respecto a la identidad estigmatizada grupal.

La clasificación se limita a dos categorías de la identidad social estigmatizada:

- (Individual) por defectos físicos
- Defectos de la personalidad

El alcoholismo desde esta clasificación es categorizado por una conciencia social como un defecto de la personalidad o bien un agente con trastorno de personalidad. La pregunta del agente estigmatizado alcohólico sería: ¿Cómo me veo yo? Y por otra parte, cuestiona cómo me estereotipan los otros. Sin embargo la autodefinición, considerada en esta perspectiva de identidad da origen a lo que Ives Barel llama la paradoja de los "autos":

- auto- reconocimiento,
- auto-reflexión,
- auto- expresión

La identidad es el "auto", el "sí mismo" o la subjetividad de todas estas expresiones, y también de la autonomía, de la autogestión, etc."⁵⁹ En este sentido el sujeto no se limita a una categorización impuesta, sino por el contrario persiste la necesidad interna de autodefinición pero gracias al heteroreconocimiento este proceso es facilitado. En el caso de los alcohólicos en recuperación este proceso es facilitado no solo por el entorno social, además es reafirmado por los modelos de tratamiento.

⁵⁸Goffman, E., México, 1993.

⁵⁹*Ibíd.*

En el sentido normativo o institucional se puede observar una declaración universal de derechos, pero desde el punto de vista real sociocultural, las agencias en relación y con ellas la conformación de identidades grupales, se ven limitadas y estigmatizadas por los atributos de los agentes y por rasgos propios de organización grupal.

Se introduce el concepto de categoría como denominador común de una asociación de individuos que comparten un estigma común; esto permite establecer relaciones entre sus miembros y considerar sus negociaciones sociales como bloque. En el estado actual de las estructuras globales, se han filtrado un conjunto de posibilidades que han permitido a los estigmatizados organizarse como grupos identitarios para demandar derechos que como humanos les corresponden. Es aquí cuando aparecen las ligas feministas, las asociaciones de mudos, de ciegos, de minusválidos, de alcohólicos, entre otros⁶⁰.

Normalmente se verifican incongruencias entre la concepción que el individuo tiene de sí mismo y las imágenes de sí que le devuelven sus interlocutores. Por lo general, estas incongruencias no son tan graves como para poner seriamente en cuestión la identidad del individuo. La dinámica de esta identidad consistirá precisamente en la superación de las incongruencias mediante la revisión permanente de la concepción de sí sobre la base de las imágenes de sí que le devuelven los demás⁶¹

El alcohólico durante el periodo de consumo, establece un estilo de vida y de vínculos sociales que le permiten mantener y desarrollar este estilo de vida, no importa cual desviante parezca su comportamiento, ya que esta misma conducta le permite en su micro sistema social, el reconocimiento, la aprobación social y autoreconocimiento. Sin embargo este mismo sujeto al entrar a recuperación conoce otra realidad de sí mismo, la cual le dice que este estilo de vida y consumo suceden en cualquier persona que a lo largo de su historia de vida han pasado acontecimientos las cuales impactaron de forma tal que sufre trastorno de personalidad y que por dichos acontecimientos que por cierto son

⁶⁰Goffman, E., Madrid, 1979.

⁶¹*Ibid.*

una desventaja para el, siempre será un agente incapaz de cumplir las demandas del mundo normalmente.

Resulta evidente que el sujeto consumiendo y sin consumir, indistintamente tiene una connotación despreciativa y discriminatoria, antes por actitudes desviantes parcialmente involuntarias y en recuperación por el auto reconocimiento de las anteriores y además de la aceptación de sus defectos de personalidad o carácter, y que la dinámica, ofrecimiento o actual "ventaja" consistirá en superar las incongruencias de lo que el cree de si mismo y lo que los demás esperan de el, o bien en otros términos de la eterna conquista de la aceptación y aprobación social.

En términos individuales previamente impuestos un sujeto que ha sido estigmatizado jamás por consenso social, tendrá la oportunidad de no ser socialmente despreciado, a no ser que supere internamente dicho estancamiento y emprenda un desarrollo integral humano por necesidad y que los parámetros sociales, no son más que estructuras sociales que le permiten a un macro sistema caduco subsistir.

En consecuencia, los alcohólicos en recuperación que no están dispuestos a ser dependientes de la sociedad, que los margina y que por ende no son sujetos alienados, a través del auto y heteroreconocimiento de la estigmatización, crean una fuerza, que los lleva a crear una identidad social colectiva y que con acción continua forman parte de una minoría desviante activa. El proceso por el cual por el cual trascienden es el cambio identitario, proceso que aparentemente se da de manera individual, sin embargo se ha observado que de no ser un proceso grupal, no existe la posibilidad de que ocurra una identificación.

4.3. Cambio Identitario.

El cambio de la identidad según dice la teoría de la Identidad Social, opera en dos vías, transformación y mutación. Para que el sujeto alcohólico se recupere, los modelos de tratamiento de A.A. y H.I.J, promueven un cambio de fondo en la identidad del sujeto, que consiste en la aceptación de conductas y actitudes desviantes, el estancamiento de personalidad en niveles muy primarios. La mutación identitaria a la que hacen énfasis en el proceso de recuperación tiene que ver específicamente con el auto reconocimiento de una identidad etiquetada, la cual parcialmente garantiza la rehabilitación y recuperación del sujeto alcohólico. Es por esto necesario revisar cuidadosamente el proceso por el cual la identidad ofrece no-solo una posibilidad, sino una promesa.

Transformación:

Es un proceso adaptativo y gradual que se da en continuidad, sin afectar significativamente la estructura de su sistema dice que cambia de forma pero no el contenido, es adaptativa a las circunstancias, por ejemplo en las identidades individuales: los migrantes que desarrollan *respuestas adaptativas* a su nueva situación redefiniendo su identidad pero sobre la base de conservar lo esencial de la vieja identidad⁶², sin embargo

Mutación:

Supondría una alteración cualitativa del sistema, es decir, el paso de una estructura a otra; cambia la estructura, el núcleo y el sistema, cambia el contenido, no la forma, por ejemplo en las identidades individuales, el caso prototípico es el de la *conversión religiosa*, que supone la “migración entre mundos religiosos” o, como dice Peter Berger, la “transferencia individual de un mundo religioso a otro” y puede ser por dos mecanismos:

⁶²*Ibid.*

- Por fusión: asimilación, a su vez por
- Amalgamación: resulta de la unión de dos o más grupos, con sus expectativas identidades, para formar un nuevo grupo con una nueva identidad
- Incorporación: supone la pérdida de identidad de un grupo de raíz de su absorción por otro grupo que mantienen inalterada su identidad.
- Por fisión: diferenciación, a su vez por
- División: implica, la escisión de un grupo que anteriormente ya tenía rasgos identitarios propios, en sus partes componentes
- Proliferación: implica la formación de uno o más grupos con identidades nuevas a partir de un grupo madre o, mas frecuente, de dos grupos originarios que mantienen su identidad.

Si la identidad es el conjunto de atributos personales (del yo) que desarrolla la agencia. Desde su mundo personal se descubre diferente, indivisible e individual, esta sería la dimensión subjetiva de la identidad. Pero, desde esta dimensión no se puede considerar identificado socialmente al sujeto, porque el mismo depende del reconocimiento de los grupos primarios o de pertenencia, que le adjudican atributos, que la configuran. "...La identidad no sería mas que el lado subjetivo de la cultura considerada bajo el ángulo de su función distintiva". Esto nos hace precisar o reconocer que no sólo las personas deben autopercebirse como diferentes, sino que deben recibir reconocimiento social diferenciador. Igualmente, se debe considerar la historia personal compartida o reservada, ya que cada sistema social configura su identidad y con ella una historia de vida, conocida por algunos integrantes de su grupo primario.

"La identidad no es "esencia", sino un sistema de relaciones y de representaciones...la *identidad colectiva* es la condición de emergencia de las identidades personales... "La autodefinición de un actor debe disfrutar de un reconocimiento ínter subjetivo para fundar la identidad de la persona. La posibilidad de distinguirse de los demás debe ser reconocida por los "demás".

Por lo tanto la unidad de la persona, producida y mantenida a través de la autodefinición, se apoya a su vez sobre la pertenencia a un grupo⁶³.

“El término "grupo" ha sido utilizado para definir realidades tan distintas que en muchos casos llega a encubrir, ideológicamente, las circunstancias históricas y el significado real de cada grupo en particular. Por lo tanto, hay que precisar el concepto.

- La Real Academia lo define como *"pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto material o mentalmente considerado"*. Grupo sería entonces la unidad de la pluralidad.
- Merton se refiere a él como *"un número de personas que interactúan entre sí de acuerdo con esquemas preestablecidos"*. No hay que confundir grupo con "colectividad" porque aunque en ésta se comparten valores y se actúa de acuerdo a normas establecidas, no hay interacción entre los individuos; ni con "categorías sociales" (edad, sexo, estado civil...) puesto que éstas últimas son agregados sociales cuyos integrantes no están en interacción aunque tengan características sociales semejantes. Para explicar lo que es un grupo hay que comprender su ubicación histórica y ser capaces de dar cuenta de ella. La imagen del grupo despierta en las personas tanto la esperanza de satisfacer sus deseos como la angustia que surge de la confrontación con los otros⁶⁴.

Una teoría psicosocial de los grupos debe reunir algunas condiciones:

- Dar cuenta de la realidad social del grupo en cuanto tal, no reductible a las características personales.
- Ser capaz de integrar los aspectos personales puesto que el grupo es el lugar privilegiado donde lo personal confluye con lo social y lo social se individualiza.

⁶³*Ibid.*

⁶⁴ Baró, 1989.

- Poder explicar lo que sucede tanto en los grupos grandes como en los grupos pequeños.

- Incluir el carácter histórico de los grupos humanos, es decir, remitir a cada grupo a su circunstancia concreta y al proceso social que lo ha configurado como grupo.

"...grupo humano como aquella estructura de vínculos y relaciones entre personas que canaliza en cada circunstancia sus necesidades individuales y/o los intereses colectivos"⁶⁵.

- Para definir la naturaleza de un grupo es imprescindible considerar los siguientes aspectos:

- 1) La identidad del grupo (definición de lo que es y de lo que lo caracteriza).
- 2) El poder de que dispone en sus relaciones con los demás grupos.
- 3) La actividad grupal y su significación social.

⁶⁵*Ibid.*

4.4. La identidad grupal

Es la unidad que requiere la totalidad, el conjunto. Es la peculiaridad que permite diferenciarlo de otras totalidades. La identidad requiere su alteridad. Tres aspectos conforman la identidad grupal⁶⁶:

- Su formalización organizativa
- Las relaciones que mantiene con otros grupos
- La conciencia de dicha identidad por parte de los miembros.

La formalización organizativa de un grupo se plasma en:

- El nombre del grupo
- Los requisitos de pertenencia
- La definición de las partes que lo integran
- La división de funciones a desarrollar
- La regularización tipificada de las acciones de los miembros
- La regulación de las relaciones entre las partes
- La distribución de las cargas y atribuciones

La identidad de un determinado grupo será tanto más clara y su enraizamiento histórico tanto más profundo cuanto más vinculado se encuentre a los intereses de una clase social.

⁶⁶*Ibíd.*

La conciencia de pertenencia a un grupo.

- No es lo mismo pertenecer a un grupo que tener conciencia de pertenecer a él. La pertenencia subjetiva supone que el individuo toma a su grupo, como referencia para su propia identidad o vida⁶⁷.
- En algunos casos el individuo se sirve del grupo de forma instrumental, para lograr una identidad conveniente a sus intereses.
- En otros casos, el individuo recibe del grupo las orientaciones, los valores y las normas mediante las cuales trata de regular su propio comportamiento.
- En unos casos más, el individuo se sabe parte de un grupo que lo condiciona y determina, tanto si lo acepta voluntariamente como sino.
- Conciencia de pertenencia e identificación con el grupo no son lo mismo, aunque ambas constituyan un factor complejo y sumamente importante para la identidad grupal.

La interacción de los miembros de un grupo sigue los cauces determinados por los intereses que canaliza “La identidad grupal es una realidad que tiene un hacia fuera y un hacia adentro: él hacia fuera viene dado por la relación del grupo con otros, él hacia adentro es definido por la conciencia que los miembros tienen del grupo y de lo que el grupo representa para ellos. Ambos aspectos están intrínsecamente relacionados, ya que, lo que es el grupo frente a otros viene dado en buena medida por la conciencia e identificación que los miembros tengan con él,... la interacción esencial es la intergrupala, no la intragrupal,... los costos y beneficios para los individuos se entienden a la luz de la naturaleza e identidad social del grupo,...es la materialización de una conciencia colectiva que refleja, fidedigna o distorsionadamente, la demanda de unos intereses personales y/o colectivos.

⁶⁷*Ibíd.*

Pero si el surgimiento de los grupos depende de alguna forma de conciencia social, su supervivencia depende del poder que obtenga, poder que debe plasmarse en una estructura organizativa que haga posible la satisfacción sistemática de sus intereses a través de una acción eficaz al interior de la sociedad”.

“El punto de partida es el estudio de la Identidad Social, considerada como lugar de encuentro entre lo psicológico y lo social. La noción de *identidad* es inseparable de la noción de pertenencia: y es por estas pertenencias –que de hecho son un sistema de diferencias- que el individuo o el grupo elabora sus cortes. La identidad aparece entonces como un objeto privilegiado para comprender la construcción de la realidad social en la medida en que la relación con el mundo se establece a partir de estas pertenencias sociales y culturales.⁶⁸”

En resumen: “Dentro del análisis ego ecológico, la identidad es aprehendida como una modalidad particular de construcción de la realidad, como un punto de partir del cual el mundo exterior se convierte en un mundo interior, en función y con el mundo, así como relación con otros: se establece al mismo tiempo dentro de las tres dimensiones, por lo que es necesario asirlas simultáneamente para comprender la compleja dinámica que se juega entre ellas. Las representaciones que una persona se hace de sí misma, de los otros y de la sociedad, esta unidas entrañablemente. En efecto, para representarse a si mismo, es necesario situarse con los demás y dentro de la sociedad. De la misma manera, la alteridad no puede definirse sino por oposición a una identidad en donde el sentido del otro depende de las relaciones imaginarias y reales que mantienen con el sí- mismo. Ninguna representación puede ser comprendida sino el contexto de la experiencia global que le da su sentido característico” (Guérin y Zavalloni).⁶⁹

Los primeros tres puntos de este capítulo, son compartidos por ambos modelos de tratamiento A.A: y H.I.J., sin embargo este punto es indispensable, a que como vimos antes la identidad, no puede construirse individualmente, es

⁶⁸Reiko, E. 1996.

⁶⁹*Ibíd.*

necesario que un grupo contextualice y le de sentido a la construcción de esta. En el caso de A.A. si ofrece elementos que los sujetos, utilizan para la conformación y construcción identitaria indefinida, ubicándola en tiempo y espacio, sin bien muy criticada, precisamente por el carácter de estigmatización que de antemano ha sido discutida. Pero en el caso de H.I.J. es un elemento que no sucede; los miembros mientras están en el proceso terapéutico dentro de los espacios de la comunidad, estableciendo vínculos indispensables de construcción identitaria si se logran captar innumerables transformaciones, el problema aparece cuando los miembros concluyen su proceso y que ni siquiera es posible tener un acercamiento con ellos, pues fácilmente se les pierde la pista, lo cual indica, un retorno necesario a su vieja identidad desviante, la cual les ofrece entre otras cosas reconocimiento y aprobación social, o ser un individuo mas de la sociedad alienada y dependiente de un macro sistema que de antemano ya repelen.

Sin embargo, existen características grupales que ambos modelos de tratamiento comparten, una de ellas es que la mayoría de las personas que entran a recuperación son hombres, las mujeres todavía sufren un doble estigma, esto es por las connotaciones sociales que previamente se le han impuesto a la mujer, y que además aunque los espacios de recuperación son mixtos, la permanencia en recuperación de igual manera predominan los hombres y esto lleva a una masculinización de los espacios lo que dificulta a la mujer la oportunidad de rehabilitación.

4.5. La masculinidad como fenómeno de mayor consumo.

Según la E.N.A. de 2002, en la población con un índice de dependencia al alcohol entre 18 y 29 años indica que tienen una proporción igual entre la población urbana y rural masculina con el 7.5% y en las mujeres de 0.2% en mujeres rurales y en las urbanas del 0.5%.

Por ende, si existe una diferencia considerable en el consumo, también esta diferencia existe dentro de los espacios de rehabilitación y recuperación. Aunque sabemos que el alcoholismo no es exclusivo de lo masculino, en este apartado se plantea, la dificultad que en general, enfrentan los hombres al construir una identidad masculina y que esta incapacidad o ausencia de, en algunos casos, el consumo de sustancias llega a representar falsamente un facilitador, para reducir la ansiedad que psicológicamente enfrentan, ante las inaccesibles demandas sociales.

La identidad masculina se construye por oposición, por un proceso de diferenciación de lo femenino, lo cual hace que podamos entender, en líneas generales, la masculinidad como una reacción, más que como el resultado de un proceso de identificación. En efecto, el vínculo primario madre-hijo en el contexto de la sociedad industrial y patriarcal en la que vivimos se vuelve excluyente, al punto de que una recorrida por los libros de psicología evolutiva nos permite comprobar que la enorme mayoría de los autores se detiene a analizar casi exclusivamente las características del vínculo materno-filial e ignora casi por completo la figura del padre, a quien le adjudican un papel regulador en momentos posteriores del desarrollo evolutivo del niño.

Principales definiciones y conceptos:

1. La *masculinidad*, esta constituida por las conductas y normas que diferencian a los hombres de las mujeres.
2. La *masculinidad* está constituida por estereotipos y normas acerca de lo que los hombres son y/o deben ser.

“La *masculinidad* nunca es tangible ni tampoco es una abstracción cuyo significado es el mismo en todas partes. En la práctica, las personas operan de acuerdo con diferentes nociones de masculinidad: una inspección cercana revela un conjunto de nociones con cierto “parecido familiar”. (Cornwall y Lindisfarne, 1994)

Es una condición ideal a la que los hombres tratan de llegar y por la cual luchan durante toda su vida, es una condición difícil de alcanzar, pues requiere de pruebas específicas, históricas y socialmente construidas. Las inseguridades personales conferidas por la incapacidad de pasar la prueba de hombría, o simplemente por la amenaza del fracaso, son suficientes para llevar a muchos hombres, a un torbellino de miedo, aislamiento, ira, auto-castigo, auto-repudio y agresión.

Irving Goffman, (1993) describe una definición **hegemónica** de la **masculinidad**: *“Sólo existe un hombre ideal, completo y orgulloso de sí mismo en E. U: joven, casado, blanco, urbano, del norte, heterosexual, protestante, padre, con educación universitaria y empleo de tiempo completo, buena complexión física, peso y estatura y un récord deportivo reciente. El hombre que no pase cualquiera de estos requisitos se verá a sí mismo como devaluado, incompleto e inferior. El machismo es una consecuencia psicológica de esta sensación”*. Existe una dinámica entre lo que se recibe (herencia/transmisión) y lo que cada sujeto construye (abstracción), entre lo general y lo particular, de manera que al asignarle a un niño un género determinado, se le integra a un universo simbólico, en el caso de los hombres, a la masculinidad.

Este universo simbólico constituye lo que (Connell, 1995) denomina “**masculinidad hegemónica**, definida como la forma reconocida de un grupo de reclamar para sí la autoridad social y de procurar y mantener una posición de liderazgo en la vida social. Se puede considerar como la configuración de prácticas generalizadas que encarnan las alternativas vigentes que validan y legitiman los mandatos sociales del patriarcado” (Connell, 1995).

Una definición un tanto tradicional, es la cual se transmite o se hereda a través de la vida y conforme pasa el tiempo se va incorporando más profundamente en la vida misma de los hombres, desde que sé es niño los padres, la familia, los amigos, la misma cultura y educación van transmitiendo patrones de conducta, normas, actitudes, ideas, etc., que van formando una serie de características que identifican al hombre. Es esto lo que mantiene a muchos hombres a la defensiva cuando se enfrentan a una ideología de equidad con las mujeres.

Algunos investigadores, hablan de una nueva **masculinidad** en que se busca lo "profundo masculino"; es decir, el hombre firme, más no duro, que acepte sus emociones, sentimientos y sufrimientos, que descubra esa riqueza emocional y esa intensidad espiritual que posee pero que no muestra, porque no se lo permite ni se le permite, por no corresponder al modelo masculino predominante.⁷⁰

La **masculinidad** es algo que se construye en lo cotidiano, día a día, que se va significando y re-significando en forma constante en función de la trama de relaciones que se establecen consigo mismo, con los otros y con la sociedad, de aquí que lo masculino pertenezca al campo de lo social y no al campo de la naturaleza o de la biología.

Por otro lado, la relación con otros hombres suele estar mediada por la competencia. Una continua competencia, demostración, confrontación de la masculinidad que puede darse en el deporte, en el ámbito escolar, y en lo que se refiere al cuerpo, en donde se compite por ver quién tiene el pene más grande, los genitales más vistosos, quién eyacula más rápido, con cuantas chavas ya se acostó y, sobre todo, la presunción ante los amigos de supuestas hazañas sexuales (variante de sexo "oral" o verbal).

Otro elemento a considerar es el de la educación sentimental: es decir la forma en cómo se va aprendiendo a manejar los sentimientos, o más bien, que les van enseñando, a reprimir o disminuir ciertos sentimientos, sentimientos humanos, ni masculinos ni femeninos, como la tristeza o el miedo. Aquí el hombre no debe

⁷⁰*Ibíd.*

llorar, no debe ser débil, no debe ser sensible, no debe dar características de una mujer, en cambio la violencia en el hombre si puede ser demostrada y justificada.

Las formas en que los hombres han construido su propio poder social e individual son, paradójicamente, fuente de un enorme temor, aislamiento y dolor para ellos mismos. Las estructuras psíquicas de la masculinidad son creadas en ambientes tempranos de crianza, a menudo tipificados por la ausencia del padre y de varones adultos, o al menos, por la distancia emocional de los hombres.

En este caso la **masculinidad** se codifica por ausencia y se construye a nivel de la fantasía. Pero incluso en culturas patriarcales donde los padres están más presentes, la masculinidad se codifica como un rechazo a la madre y a la feminidad, o sea un rechazo a las cualidades asociadas con la crianza y el apoyo emocional.

Para Kimmel, (1997) la definición hegemónica de virilidad es un hombre en el poder, un hombre con poder, y un hombre de poder. Igualamos la masculinidad con ser fuerte, exitoso, capaz, confiable, y ostentando control. Las propias definiciones de virilidad desarrolladas en nuestra cultura perpetúan el poder de los hombres sobre otros, y de los hombres sobre las mujeres. Esta definición implica varias historias a la vez. Se trata de la búsqueda del hombre individual por acumular aquellos símbolos culturales que denotan virilidad, señales de que él lo ha logrado (ser hombre). Se trata de esas normas que son usadas contra las mujeres para impedir su inclusión en la vida pública y su confinamiento a la devaluada esfera privada.

Se ha llegado a definir la masculinidad como la huida de las mujeres, el repudio de la feminidad. Desde Freud hemos llegado a entender que, en términos evolutivos, la tarea central de cada niño es desarrollar una identidad segura de sí mismo como hombre. Tal como Freud sostenía, el proyecto edípico es un proceso de la renuncia del niño a su identificación emocional con su madre, reemplazándola por el padre.

La huida de la feminidad es forzada y temerosa porque la madre puede castrar fácilmente al muchacho debido a su poder para volverlo dependiente, o por

lo menos de recordarle la dependencia. Así, la hombría llega a ser una búsqueda de toda la vida porque nos sentimos inseguros de nosotros mismos. El impulso de repudiar a la madre tiene tres consecuencias para el muchacho: Primero, empuja lejos a su madre real, y con ella a los rasgos de acogida, compasión y ternura que pudiera haber encarnado. Segundo, suprime esos rasgos de sí mismo, porque revelarían su incompleta separación de la madre. Su vida deviene un proyecto permanente: demostrar que no posee ninguno de los rasgos de su madre. La identidad masculina nace de la renuncia a lo femenino, no de la afirmación directa de lo masculino, lo cual deja a la identidad de género masculino tenue y frágil. Tercero, aprende a devaluar a todas las mujeres, como encarnaciones vivientes de aquellos rasgos de sí mismo que ha aprendido a despreciar.

Admitir debilidad, flaqueza o fragilidad, es ser visto como un enclenque, afeminado, no como un verdadero hombre. Pero, ¿visto por quién? Por otros hombres: estamos bajo el cuidadoso y persistente escrutinio de otros hombres. Ellos miran, clasifican, conceden la aceptación en el reino de la virilidad. Se demuestra hombría para la aprobación de otros hombres. Son ellos quienes evalúan el desempeño. Esto es consecuencia a la vez del sexismo y uno de sus puntales principales. Las mujeres llegan a ser un tipo de divisa que los hombres usan para mejorar su ubicación en la escala social masculina. La masculinidad es una aprobación homosocial. Se prueban, ejecutan actos heroicos, toman riesgos enormes, todo porque quieren que otros hombres admitan su virilidad.

Si la masculinidad es una aprobación homosocial, su emoción más destacada es el miedo. En el modelo de Freud, el miedo al poder del padre obliga al muchacho a renunciar al deseo por su madre y a identificarse con él. Este modelo une la identidad de género con la orientación sexual: la identificación del niño con su padre (que lo lleva a ser masculino) le permite ahora comprometerse en relaciones sexuales con mujeres (se vuelve heterosexual).

Si el muchacho en la etapa pre edípica se identifica con su madre, ve el mundo a través de los ojos de ella. Así, cuando se confronta con su padre durante la etapa edípica, experimenta una visión dividida: ve a su padre como su madre lo ve, con una combinación de temor, maravilla, terror y deseo. Simultáneamente ve al

padre como a él --el muchacho-- le gustaría verlo, no como objeto de deseo pero sí de emulación. Al repudiar a su madre y al identificarse con su padre, sólo da respuesta en forma parcial a su dilema. ¿Qué puede hacer con ese deseo homoerótico, el deseo que sentía porque veía a su padre de la manera que su madre lo veía?

Debe suprimir tal deseo. El deseo homoerótico debe ser desechado en cuanto es el deseo por otros hombres. La homofobia es el esfuerzo por suprimir ese deseo, para purificar todas las relaciones con otros hombres, con las mujeres, con los niños, y para asegurar que nadie pueda alguna vez confundirlo con un homosexual. La huida de la intimidad con otros hombres es el repudio al homosexual que está dentro de sí, tarea que nunca es totalmente exitosa y que por esto es constantemente revalidada en cada relación homosocial.

La homofobia es un principio organizador de nuestra definición cultural de virilidad, es más que el miedo irracional por los hombres gay, por lo que podemos percibir como gay, es el miedo a que otros hombres nos desenmascaren, nos castren, nos revelen a nosotros mismos y al mundo que no alcanzamos los estándares, que no somos verdaderos hombres. En un estudio se preguntó a hombres y mujeres qué era lo que más temían. Las mujeres respondieron que ser violadas y asesinadas; los hombres, ser motivo de burla.

Este es entonces el gran secreto de la virilidad: están asustados de otros hombres. Su miedo es el miedo a la humillación. Tienen vergüenza de estar asustados.

La vergüenza conduce al silencio --los silencios que permiten creer a otras personas que realmente aprobamos las cosas que se hacen en nuestra cultura a las mujeres, a las minorías, a los homosexuales y a las lesbianas. Nuestros miedos son la fuente de nuestros silencios, y los silencios de los hombres es lo que mantiene el sistema.

Muchas de las formas dominantes de masculinidad dependen de la interiorización de una gama de emociones y su transformación en ira.

La contrariedad que provoca al imaginario masculino colectivo el nuevo papel social que actualmente juega la mujer mexicana, exige, necesariamente, *la construcción de una identidad masculina madura*. Así como la mujer contemporánea ha de aprender *a ser* a partir de las nuevas identidades genéricas, el hombre también *ha de ser* en el contexto del cambio cultural. Es necesario que el hombre asuma su *nuevo rol* social y supere el proceso de modernización que exige la aceptación y práctica de relaciones genéricas equilibradas.⁷¹

Los rasgos asociados con la masculinidad no son el resultado de algunas características físicas o psicológicas innatas, sino de la asociación de masculinidad y poder en las sociedades patriarcales, dada la fragilidad de la identidad masculina y la tensión interna acerca de lo que significa ser masculino, el reconocimiento definitivo de la masculinidad descansa en el ejercicio del poder sobre las mujeres.⁷²

Existe un sistema de **sexo/género** caracterizado por la subordinación de la mujer al varón. Este sistema se estructura como una organización genérica particular, con carácter hegemónico: **el patriarcado**, entendido como un orden de poder, un modo de dominación cuyo paradigma es el varón y está basado en la supremacía de lo masculino sobre las mujeres y de lo femenino, que es inferiorizado.

En este sistema de relaciones entre hombres y mujeres son construidas como desiguales; el poder social está distribuido diferencialmente entre ambos y segmentado según diversos ámbitos (público/masculino y privado/femenino). Asimismo, provee roles diferenciados para hombres y mujeres y valoraciones jerarquizadas de los mismos.

Para comprender la construcción del proceso por el cual se aprende a interiorizar lo que es ser varón, su lugar social, las representaciones, los valores, comportamientos, actitudes y estereotipos asociados a lo masculino, es decir los aspectos que definen la identidad masculina.

⁷¹ Martínez G., 1991.

⁷² Fuller N., 1997.

Él género y el poder.

Los estereotipos de género de los hombres: fuertes, activos, independientes, valientes, racionales... Y de las mujeres: dependientes, pasivas, temerosas, débiles, sentimentales... Se lleva a cabo una relación de dominador – dominado en la que los hombres toman un papel activo y las mujeres el papel pasivo.

Los **estereotipos** tienen una raíz profunda en la sociedad. Tan profunda que se llega a creer que existe un fundamento biológico en las conductas de mujeres y hombres. Por lo tanto, se considera (falsamente) que esas formas de ser hombres o mujeres son determinadas por "la naturaleza", que la razón de lo masculino es la dominación, y mantenimiento del orden de la sociedad, así como de la naturaleza. El poder es un derecho por demás obligatorio, viene por el simple hecho de ser hombre de ahí que el patriarcado este aun arraigado en la sociedad, el hombre es el que puede tomar las decisiones y debe hacerlo, ya que es responsable de una familia entera, y en ella repercutirán sus decisiones.

Desde la perspectiva histórico-social, el mundo de los hombres es el campo donde se obtiene el poder y donde se lucha contra los otros -incluidos los propios hombres- para obtener dicho poder. Se pensaba que entre mas hombre se es mas fuerte se considera, pero la lucha es no solo física, también psicológica, ya que los "hombres" no deben mostrar sentimientos, si alguno llegase a mostrar una señal de emociones, se le consideraba débil, ya que las mujeres son las que muestran los sentimientos y emociones y por esto mismo se les considera débiles, tanto de carácter como de fuerza.

Recordemos que las características de personalidad presentes en la mayor parte de los sujetos con síndrome de dependencia al alcohol o incapacidades relacionadas a un consumo, exhiben rasgos de personalidad muy frecuentes, tales como: inmadurez de personalidad (fijada en niveles muy tempranos de desarrollo, con defensas frágiles e inestables), un mal contacto con la realidad, con gran tendencia a la negación de la misma, son dependientes, narcisistas, con serios problemas con el manejo de hostilidad que los lleva a asumir actitudes pasivo-

agresivas ante los demás. Son muy sensibles y tienen frecuentes problemas de inestabilidad emocional. Su umbral de ansiedad es muy bajo y esta se desencadena fácilmente, aun ante problemas realmente sencillos. Esperan que los demás decidan por ellos, o les resuelvan los problemas. Muchos de ellos tienen problemas psicosexuales de falta de identificación, manejadas con frecuencia a través de formaciones reactivas. La mayor parte de los alcohólicos presentan sentimientos de inferioridad, auto devaluación, minusvalía, además de ser altamente culpígenos. La ambivalencia es otro rasgo de la personalidad comúnmente encontrado en los alcohólicos. Esta fijación responde a características infantiles y de dependencia tales como el narcisismo, comportamiento demandante, pasividad y dependencia⁷³

Con respecto a lo descrito anteriormente queda claro, el tipo de crianza y proceso de socialización que antecede y enfrenta el sujeto alcohólico, que conforma su personalidad adicta. Sin lugar a dudas, hablamos hasta aquí de una identidad Heterodirigida y que por supuesto, en el proceso de recuperación el sujeto deberá confrontarla, a través de los mecanismos individuales y propios del sujeto pero aun mas con los mecanismos que le sean ofertados a partir del modelo de tratamiento y sus nuevos vínculos sociales de soporte.

Desde la perspectiva de ambos modelos de tratamiento, concepciones del problema diferente y podríamos afirmar opuestos; con alcohólicos por un lado y por otro fármaco dependientes respectivamente, en cualquiera de los casos son vistos como dice Giménez, sujetos con Identidad Desviante, lo que quiere decir que son sujetos con una adhesión completa a las normas y modelos de comportamiento que proceden de afuera, de los demás: pero la imposibilidad de ponerlas en practica nos induce a rechazarlos mediante la exasperación de nuestra diversidad. Además, “la cultura adictiva, da forma y refuerza la manera de pensar, sentir y actuar del consumidor (identidad), y promueve el consumo, por lo que muchos consumidores encuentran más sencillo romper con la relación fisiológica que con la relación psicológica que tienen con la droga, ya que el consumo de drogas psicoactivas se

⁷³ Nakken, 1988.

lleva a cabo dentro de diversos contextos sociales y culturales, los cuales tendrán que ser sustituidos por el entorno de la recuperación.

Por supuesto, es evidente que el sujeto en recuperación si elabora cambios fuertemente estructurados, pero no a partir de la idea hegemónica de juventud “yuppies”, estas tendrán que ser a partir de lo interno, necesariamente a partir de su contexto e idea o pensamiento de sí mismo, que evidentemente el trabajo que se hace en la recuperación y en la reinserción social es fundamental para sustentar tan deseados y voluntarios cambios en el sujeto, pero insisto, lo externo lo contextualiza y lo forma, mas no lo determina, ya que en la experiencia de vida de un sujeto después de un periodo de consumo (largo o corto), este necesariamente tendrá que darle un sentido funcional a esta etapa para una mejor construcción de si mismo; es decir tendrá que construir su nueva Identidad Social como Alcohólico, a través de su experiencia e historia personal y un mejor conocimiento de sí mismo, quiero decir en este proceso y largo camino del alcohólico en recuperación y reinserción social, no todo mundo esta dispuesto asumir, el rechazo social que implica.

Ahora bien, finalmente, tenemos a dos modelos, que proponen de manera sistemática hacer cambios en el sujeto, a nivel identitario, no solo con el fin ultimo de que no vuelva a consumir, sino que además suponen desde dos metodologías distintas, ambas coinciden y van encaminadas a mejorar su estilo de vida, y no como resultado de la supresión absoluta del consumo ni de su capacidad de contención hacia la sustancia; este es exclusivamente el principio para poder trabajar con el sujeto en el auto conocimiento sí mismo; ya que el sujeto decide voluntariamente enfrentarse a estos, pues los modelos, ni los cambios ocurren solo por sí mismos.

Categorías de Análisis utilizadas en el estudio.

Para fines de esta investigación, y de acuerdo con lo anterior fue necesaria la construcción de ciertas categorías de análisis las cuales con respecto al instrumento original fue modificado para lograr resultados más específicos y claros para el análisis de la construcción de la identidad Social de Alcohólico en recuperación, las cuales nos sirven de elementos clave para la interpretación de algunos puntos que más adelante serán puntualizados, para la confirmación o refutación de lo antes inferido.

Jóvenes: Hombre o mujer de 17 a 36 años

Ocupación: Van desde desempleados, comerciantes, técnicos, estudiantes y profesionistas.

Clase Social: Agrupamientos que se producen en ciertos niveles, da lugar a las personas ocupen cierto nivel y sienten atracción mutua, mas o menos espontánea por sus semejantes, pues en su compañía se encuentran mas a gusto social y psicológicamente.

Religión: Conjunto de creencias, dogmas, ritos y practicas, que definen la relación del hombre o mujer con la divinidad, como es el Catolicismo, Cristianismo, Evangelistas, Testigos de Jehová, Mormones, etc.

Alcoholismo: Consideramos que van desde el Síndrome de dependencia o adicción al alcohol, siendo esta una enfermedad; hasta el conjunto de síntomas que colocan a un hombre o una mujer es una situación de marginación, reforzada esta por la representación colectiva siendo que se trata de una modalidad de la normalidad.

Alcohólico en Recuperación: Aquel sujeto con un problema de dependencia al alcohol (sustancias psicoactivas) y que por voluntad propia decide dejar de consumir sustancias y entrar a un modelo de atención en recuperación,

rehabilitación y/o cura, para el tratamiento de su dependencia y un mejor funcionamiento en todas las áreas de su vida.

Género: Es aquello que diferencia culturalmente a los sexos, es decir lo no biológico, sino aquellas practicas socioculturales que distinguen a los individuos en masculino y femenino, siendo un elemento constitutivo de las relaciones sociales y la cultura.

Estado Civil: Soltero: Aquel hombre o mujer que vive sin ningún compromiso en pareja.

Casado: Aquel hombre o mujer que vive, tiene un compromiso y responsabilidad afectiva y económica, por medio de un contrato de la ley del registro civil y/o religioso con una pareja e hijos.

Unión Libre: Aquel hombre o mujer que vive, tiene un compromiso y responsabilidad afectiva y económica con una pareja e hijos.

Separado: Aquel hombre o mujer que asumió una vida de casado y actualmente se encuentra sin pareja.

Grupos: Son aquellos otros grupos además de los de pares y familia en los cuales el sujeto se desarrolla e identifica.

Familia: Grupo primario de crianza y pertenencia y/o origen, que puede estar conformadas por:

F. Nuclear, Padre, madre e hijos.

F. de Origen: padre y madre biológicos de los hijos.

F. Extensas: Padre, madre hijos, tíos abuelos, etc.

F. Propias: El sujeto hombre mujer, aparte de su grupo primario forma una nueva familia.

Amigos: Grupo de pares con el cual es sujeto se identifica y comparte, ideas, afectos, ideologías, prácticas y estilos de vida, etc.

Capítulo V. Método y Metodología.

5.1. Justificación.

El objetivo central de investigación es identificar la relación existente entre la construcción identitaria de alcohólico en recuperación y su proceso de reinserción social.

Durante la investigación se observó una gran cantidad de programas de intervención y tratamiento del alcoholismo y drogodependencias, sin embargo el índice de recuperación está muy por debajo del índice de consumo y recaídas. A lo largo de continuas observaciones se logró destacar que una característica del alcoholismo es que el sujeto alcohólico persiste en una continua búsqueda, y con la necesidad de llenar un vacío en abstracto. Y por el otro lado numerosos expertos en la materia de juventud, dentro de la psicología social, afirman que uno de los impactos socioculturales dentro de los procesos de globalización y transculturización es precisamente una crisis identitaria y que se destacan actitudes, conductas y comportamientos autodestructivos y violentos.

Es por ello que la presente investigación se pregunta si los modelos de tratamiento Alcohólicos Anónimos y Hogar Integral de Juventud, promueven una construcción identitaria. La revisión bibliográfica nos permitió saber que efectivamente, uno de los objetivos centrales de las metodologías de ambos modelos respectivamente, era construir la identidad social del sujeto en recuperación. Pero en la práctica ¿cómo operaban realmente?

Fue necesario entonces, la recopilación exhaustiva de información en primer lugar y en segundo la aplicación de instrumentos metodológicos cualitativos, que permitiera confrontar los objetivos de la investigación con la realidad.

La eficiencia de esta investigación es la descripción del impacto de las metodologías de los modelos de A.A. y H.I.J. tienen en la construcción de la identidad social de los alcohólicos en recuperación. Además, da cuenta de los mecanismos y procesos que enfrentan los sujetos para su rehabilitación y

reinserción social. Y que a diferencia de otros estudios, esta descripción es a partir de la propia contemplación social de los sujetos alcohólicos.

5.2. Pregunta de Investigación.

¿Promueven los Modelos de Tratamiento de Alcohólicos Anónimos y Hogar Integral de Juventud la construcción de una identidad social de alcohólico?

5.3. Objetivos de Investigación.

Objetivo General

Identificar la relación existente entre la construcción identitaria de alcohólico en recuperación y su proceso de reinserción social.

Objetivos Específicos

- a). Identificar el impacto de la metodología de atención y tratamiento de los modelos de Alcohólicos Anónimos y Hogar Integral de Juventud, en la construcción de la Identidad social de alcohólico para su proceso de reinserción social.

- b). Identificar las características de los sujetos que de acuerdo a los modelos y sus metodologías, fortalecen la construcción de la Identidad social de alcohólico y mejor reinserción social.

5.4. Tipo de investigación: Estudio comparativo entre los modelos de Alcohólicos Anónimos y Hogar Integral de Juventud.

5.5. Categorías de Análisis utilizadas en el estudio.

- Jóvenes
- Ocupación
- Clase Social
- Religión
- Alcoholismo
- Alcohólico en Recuperación
- Género
- Estado Civil
- Grupos
- Familia
- Amigos

5.6. Población: Hombres y Mujeres, consumidores de alcohol considerados alcohólicos.

5.7. Muestra: La selección fue dada por cuotas, en total 20 sujetos, 11 hombres y 1 mujer, entre 18 y 32 años en Alcohólicos Anónimos; en el caso de Hogar Integral de Juventud 8 hombres entre 17 y 36 años; en ambos con un consumo mínimo de 1 año y en proceso de recuperación.

5.8. Variables:

Variables de exclusión: Sujetos que no cumplan un año de consumo,
Sujetos que no estén en proceso de recuperación y
Sujetos que sean consumidores no considerados alcohólicos.

5.9. Escenarios:

- Y Instalaciones de la Comunidad Terapéutica Hogar Integral de Juventud.
- Y Instalaciones del Grupo Tradicional hora y media de Alcohólicos Anónimos: "Grupo Unicornio".

5.10. Instrumentos:

Para fines de esta investigación fue utilizada básicamente la metodología cualitativa, (TMIS) como método interpretativo, y fue retomada en este estudio con el fin de analizar, los discursos de los participantes, con la información obtenida se pretende reconstruir la subjetividad de los sujetos y con ello dar cuenta a partir de su vivencia muy particular, las diferencias sutiles, los acontecimientos en su contexto y la globalidad de ciertas situaciones personales identitarias. También fue necesario apoyarse en una Escala (EDA), la cual es de corte cuantitativo, con el fin de confirmar, de manera general el nivel de dependencia de los participantes, y con ello confirmar el trabajo con fármaco dependientes exclusivamente.

Los tres instrumentos utilizados en este estudio consistieron en lo siguiente:

1. Entrevista abierta con los sujetos de Hogar Integral de Juventud y Alcohólicos Anónimos.

La *entrevista abierta*, se estructuró con 10 reactivos, con el fin de conocer variables socio demográficas e identificar el conocimiento y manejo de los sujetos sobre las alternativas en los modelos de recuperación y su percepción del alcoholismo.

2. Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) Versión en español de Ayala H., Echeverría L. y Oviedo P. (1998).

Escala de Dependencia al Alcohol, (EDA) técnica que se utiliza para población de bebedores problema y se aplica a personas que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide desde dependencia media hasta severa. Son 25 reactivos, la mayoría de los reactivos se califican en una escala de tres puntos, se incluyen varios reactivos dicotómicos (si/no), y algunos de cuatro puntos. Aquellas personas que puntuaban como más dependientes en la EDA tienden a tener mas problemas físicos (Ross et al., 1990; Skinner y Allen, (1982), mas problemas médicos (Skinner y Allen, 1982), y más problemas legales (Kivlahan et al., 1989). Existe evidencia que los puntajes de la EDA se asocian con la percepción subjetiva del paciente relacionada con su habilidad para controlar su consumo de alcohol. La Escala de Dependencia al alcohol (EDA), consistió en la aplicación y captura de información seguida de la interpretación de los puntajes en cuatro categorías, con los puntajes obtenidos:

- a). De 1 a 13 puntos = Dependencia Baja
- b). De 14 a 21 puntos = Dependencia moderada
- c). De 22 a 30 puntos = Dependencia media
- d). De 31 a 47 puntos = Dependencia severa

Se encontró que niveles mayores de dependencia, al alcohol se asociaban significativamente con la respuesta de no poder controlar su consumo (x=45), con la creencia de que la única forma de mejorar es abstenerse (x=18), y con el concepto de identificarse con un alcohólico (x=29). Algunos estudios con la

EDA se han fijado en la habilidad de este instrumento para predecir conformidad y éxito del tratamiento.

La escala fue utilizada, por una parte por la necesidad de confirmar la condición de alcoholismo y por otra la de medir el nivel de identificación con el modelo de tratamiento, se escogió la pertinente *Escala de Dependencia al Alcohol*, (EDA) técnica que se utiliza para población de bebedores problema y se aplica a personas que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide desde dependencia media hasta severa. Y existe evidencia que los puntajes de la EDA se asocian con la percepción subjetiva del paciente relacionada con su habilidad para controlar su consumo de alcohol.

Se modifico la forma de preguntar, en algunos casos, con el fin de que los sujetos se centraran en la dependencia y no en su sustancia de predilección, ya que en la mayoría de los sujetos estos no tenían consumo exclusivo de alcohol.

3. Entrevista Ego Ecológica (TMIS) como estudio de la interacción simbólica e imaginaria del sí mismo y de los otros, de Zavalloni M. y Guérin L., (1987); haciendo modificaciones en algunas categorías del instrumento original.

La *Técnica Multietápica de la Identidad Social* (TMIS), la cual consiste en una aproximación conceptual y metodológica para estudiar el pensamiento social, considerándolo como representación del sí –mismo, del alter y del mundo social Zavalloni, M. y Guérin, L. (1984). Su propósito es desplegar el contexto mental (imágenes, recuerdos y juicios) subyacente al discurso cotidiano, con el propósito de traer a la conciencia la trama operante de la identidad psicosocial de una persona, que no es expresada habitualmente; y de proporcionar elementos que permitan esbozar un modelo concreto del pensamiento social y de sus relaciones con la conducta y la personalidad.

Los pasos para el análisis ego –ecológico.

Captar y comprender cómo se construyen diferentes realidades y el papel efectivo que juegan estas construcciones en la motivación y en la acción.

Se trata de explicar la mediación que se establece entre:

3 Las condiciones objetivas ligadas a las características personales y a la pertenencia, determinados grupos sociales que estructuran y organizan el campo específico de la acción personal, y

3 La representación que de ello se hace la persona. Motivada por y motivado a un proyecto que ha creado y que expresa a la vez una nueva estructura y organización de este campo.

La primera etapa de análisis consiste en la obtención de una manera sistémica, de las representaciones (bajo la forma de frases cortas o de palabras) que se hace el respondiente, sobre estos diferentes grupos de pertenencia. Las representaciones así obtenidas constituyen la identidad social subjetiva.

Van a ser determinantes a nivel representativo e influirán en el recorte de la realidad social como conjunto significativo de inclusión y de exclusión, dependiendo de los referentes de identidad particulares. Para delimitar esta coexistencia de “nosotros” y “ellos” al interior de un mismo grupo de pertenencia; “nosotros los..., somos” y enseguida en términos de “ellos los...son”. Así podremos delimitar a nivel subjetivo los subgrupos particulares con los que las personas se identifican (grupos de identificación) y aquellos de los que se disocia... (Grupos de oposición o de diferenciación). Las etapas siguientes del análisis ego –ecológico, son esencialmente un microanálisis del contexto que organiza y explica las representaciones que se obtuvieron en la primera etapa.

La segunda etapa del análisis ego –ecológico tiene por objeto encontrar las raíces y el sentido de las representaciones al explorar sistemáticamente:

1). Los referentes implícitos (subgrupos, personas, o imágenes) prototipos a los que remiten las representaciones;

2). Las representaciones que se aplican o no, para sí como individuo (sí –mismo / no sí –mismo y el grado de actualización);

3). El valor de cada una de sus representaciones (positivo, negativo o neutro) y su significación al nivel del grupo o al nivel individual (para sí – mismo o para el otro).

El grupo, concepto abstracto para adquirir una significación debe ser codificado o traducido en imágenes particulares que encarne personas reales o imaginarias, que nos remiten a grupos primarios (padres, hermanos, colegas, amigos, etc.) a personajes socioculturales o mitos (personalidades del mundo artístico, escritores, héroes, etc.) o también a situaciones concretas e imágenes simbólicas, prototipos en la medida en que el sentido y el valor del grupo son limitados y delimitados por estas imágenes. Los prototipos no son simples figuras pasivas sino evocan una historia, experiencias animadas por un proyecto explícito y que constituyen presencias siempre actuales que participan bajo un título cualquiera y de una manera dada dentro de la historia de un grupo, de sí – mismo como sujeto y objeto de la acción, constituyen un microcosmos raramente “llevado a la conciencia clara, sino de manera parcial y esporádica y que se localiza constantemente la periferia de la conciencia jugando un papel fundamental en la vida mental. El análisis ego –ecológico permite comprender este microcosmos y ver su papel dentro de las representaciones.

El pensamiento de Fondo y las palabras de Identidad.

La explicación del sentido y del valor de las representaciones permite por una parte determinar la imagen del sí –mismo.

Podremos identificar las representaciones del sí –mismo, de los otros y de diversos grupos que son considerados como positivos o negativos, su grado de importancia dentro del sistema de valores del respondiente y el sentido particular de los términos empleados para sí –mismo y para el otro (individual y colectivo).

Esta parte ha permitido poner en evidencia un segundo mecanismo en la construcción de la realidad, que es el sistema de diferenciación y de oposición binaria entre el sí –mismo / no sí –mismo, el mismo y el otro: y lo positivo / negativo o bueno / malo. Este mecanismo implica que para todo grupo de identificación valorizado o desvalorizado, existe necesariamente su simétrico opuesto y de la misma manera, para toda característica positiva o negativa del sí –mismo, su opuesto en el no sí –mismo. Puede verse inmediatamente la repercusión de tal mecanismo sobre los prejuicios intergrupales e intragrupal.

Estos prejuicios, que son constitutivos de la identidad, se convierten en racismo, sexismo, etc., al pasar a la esfera de lo colectivo.

Un tercer mecanismo, se refiere a la reversibilidad entre él yo y él nosotros. Nosotros podemos sorprendernos al ver la coincidencia entre las representaciones del grupo y del sí –mismo, la equivalencia “será mayor cuando la identificación al grupo sea mas fuerte: El grupo y el si –mismo son solidarios, pero esta solidaridad no conforma la forma que pensaba Erikson (1972) ya que el si –mismo se origina dentro del grupo, este cuasi – objeto no tiene realidad concreta, sino a través de los subgrupos y de los individuos particulares que han sido elegidos como referentes privilegiados, así un grupo es recodificado a través de personajes prototípicos efectivos, que permiten al si –mismo proyectar nuevamente sus propias características, necesidades y motivaciones. Es en relación con esta construcción simultánea del sí –mismo y del grupo y con la

equivalencia que existe, que se puede establecer un fenómeno de reversibilidad sobre el desarrollo y el mantenimiento de una identidad.

Fig. Espacio elemental de la identidad

Bueno	
<p>Cuadrante A</p> <p>Aspectos del grupo y del si-mismo valorados y unidos a cualidades intrínsecas y extrínsecas</p> <p>Si-mismo</p>	<p>Cuadrante C</p> <p>Aspectos de los otros valorados como diferenciación positiva y deseable o como fuente de gratificación</p> <p style="text-align: right;">NO Si-mismo</p>
<p>Cuadrante B</p> <p>Aspectos del grupo y del sí- mismo como desvalorados, unidos a faltas, privaciones o una victimización.</p>	<p>Cuadrante D</p> <p>Aspectos desvalorados de los otros oposición o fuente de privación y de amenaza</p>
Malo	

Tomado de: Zavalloni, M. y Guérin, L. (1987)

En el caso A, se tiene una identidad positiva reuniendo los atributos que son juzgados como positivos. Podemos según el grado de actualización (1, 2, 3 distinguir por una parte las realizaciones intrínsecas y extrínsecas (ser, haber, hacer) del sí –mismo, los prototipos de identificación y los grupos de identidad, por otra parte, los proyectos, deseos, aspiraciones, de esas mismas identidades.

En el caso C, que se sitúa la identidad negativa y que podemos identificar las principales zonas de estrés y de conflicto interno y externo de la persona. Dos tipos de descripciones negativas del sí –mismo y del grupo son:

Para empezar hay defectos, faltas, insuficiencias, etc., percibidas como una limitación, como un obstáculo para la realización de una meta, o un deseo, pero van a revelar una destreza o suscitar ciertos mecanismos de control o de una acción correctiva intensa o externa.

El otro tipo de descripciones negativas son consecuencia de los obstáculos o de la victimización son muy variadas consecuencias del desprecio de la injusticia, etc., originados en el entorno inmediato, familia, ambiente de

trabajo o medio social. Frente a esta victimización, encontramos las diferentes reacciones clásicas de lucha activa o desadaptación.

El caso B reagrupamos, las descripciones positivas valorizadas que poseen otros y uno no posee. Estas descripciones pueden ser de cualidades que nos agradan, admiramos en los otros, pero que no necesariamente deseamos poseer (diferenciación positiva); o a la inversa, las cualidades del ser, haber, o tener, que nos remiten a faltas personales o sociales y nos conducen a un deseo (lo deseable). En fin, en este caso encontramos cualidades en los otros complementarias y relacionales que tanto que aliadas, apoyo, ayuda, protección, amor (complementariedad) Nosotros vemos así que un “otro” evaluado positivamente puede ser también una fuente de gratificación o de frustración. En efecto en este último caso, las cualidades, posesiones, o realizaciones de otros, son juzgadas como positivas, importantes, deseables, se convierten al mismo tiempo en fuente de frustración en la medida que ellas remiten a una falla, debilidad, incapacidad o privación. Es importante remarcar la distinción si esta falta proviene de los límites personales, o bien de barreras, de prohibiciones exteriores (profesional, social, política, económica, etc.): En el primer caso la imposibilidad de realizar estos deseos, nos remite a un sentimiento de inferioridad, a un sentimiento de pérdida y algunas veces de inutilidad. Por el contrario, los casos donde esta imposibilidad proviene del exterior, remiten a sentimientos de desposesión, de rechazo, o de injusticia.

En el caso D, se reagrupa todo aquello que se encuentra en los otros y es considerado como negativo, indeseable, lo que uno rechaza, de lo que huye y considera como opuesto a si-mismo, o bien lo que puede considerarse como una amenaza y una agresión.

Una relación simétrica donde las características de los otros son directamente identificadas al aspecto negativo, y lo opuesto a las características del si-mismo. Los otros representan menos una fuente de amenaza para el si-mismo, que el prototipo a nivel del ser, del haber, y del hacer de lo que no deseamos (los contravalores). El segundo tipo de relación es una relación

asimétrica; los otros constituyen una fuente de amenaza, agresión o de privación, para el si-mismo, por sus actitudes y sus acciones (discriminación, explotación, violencia, dominación, rechazo, desprecio, etc.) y provoca en retorno sentimientos, acciones o mecanismos, de control para contrarrestar o minimizar la agresión, o bien la amenaza; la medida en que la persona tiene una conciencia social e identifica a un “enemigo común” mas que verse como una víctima personal.

El entorno constituye una fuente de amenaza permanente y se encuentra múltiples fuentes de victimización que son causa de los fracasos y de las limitaciones (caso C), el caso B (los otros positivos) en cambio, es menos denso A la inversa para otros el caso D, esta prácticamente vacío. Se encuentra entonces en el caso C (yo negativo) mucho mas faltas atribuidas a los propios.

“De una manera general, el procedimiento consiste en retomar cada palabra, e indagar con el individuo de acuerdo con un protocolo temático preciso, el recorrido del contenido colectivo de la palabra (historia del grupo, las realizaciones, proyectos y privaciones a un nivel social y las relaciones con otros grupos) y su recorrido individual (fuentes biográficas, realizaciones, proyectos y carencias en el ámbito personal), estrategias de adaptación y de defensa (prototipos de identificación, de oposición y de diferenciación con los otros como fuente de gratificación, privación y de victimización). El método es específico en la medida en que para cada palabra busca desplegar los diferentes ejes de significación explicando el valor de la palabra”⁷⁴

Las modificaciones que se hicieron en el instrumento, obedecen a dos necesidades específicas, que a continuación se señalan:

- a). Facilitar a los participantes de la investigación, la comprensión de las preguntas, modificando el vocabulario e incluso la forma de preguntar acerca de distintas categorías sociales contempladas.

⁷⁴ *Ibíd.*

b). Centrar la atención en identificar los mecanismos subyacentes a la constitución de la Identidad Social del Alcohólico en Recuperación, a través de las categorías, y la importancia que otorga el individuo a su pertenencia a distintos grupos.

Los instrumentos fueron debidamente seleccionados con el fin de conocer el impacto de las metodologías de los modelos de tratamiento en los sujetos y la vinculación de estos en la constitución de la Identidad psicosocial del alcohólico en recuperación.

5.11 Procedimiento:

Una vez establecido el objetivo, fue necesario elaborar las siguientes actividades, con el fin de alcanzarlo; las cuales consistieron en:

a) *Preparación del Instrumento.* La versión original fue modificada, por lo que se procedió a pilotear con el propósito de probar su utilidad, para los fines de esta investigación. Una vez efectuadas, las modificaciones necesarias, se prosiguió la fase.

b) En ambos casos fue necesario hacer trámite de *Autorización Institucional*, y se otorgo el permiso para establecer contacto con la población.

c) *Levantamiento de datos.* En el caso de A.A. se estableció contacto con el militante (Padrino) de mayor tiempo en el grupo “Unicornio”, y en el caso de HIJ, con los responsables del área de Tratamiento de la Comunidad Terapéutica de Fármaco dependientes (CTF). Los responsables de ambos espacios hicieron posible el contacto con los sujetos de la población –objetivo previamente asignados, se les explico brevemente el propósito del estudio, se contestaron dudas y preguntas que llegaron a generarse en torno al trabajo realizado, confirmando su participación, se prosiguió de la siguiente manera:

En todos los casos, el instrumento fue aplicado como entrevista individual. En el caso de A. A., la aplicación comenzó, con la entrevista abierta, seguida por la aplicación de la Escala (EDA), y por ultimo la aplicación de la Técnica (TMIS), realizada en una sola sesión en un tiempo aproximado de 2hrs. 40 min. A diferencia de HIJ, que por protocolos y reglamento de la Institución, tuvo que darse en dos sesiones cada una con un tiempo de 1hr. por paciente y por día de aplicación, seguida del mismo procedimiento que en A. A. Al finalizar las entrevistas se agradeció a cada uno los participantes su colaboración y se acordó con ambas instituciones la entrega pertinente de resultados de la investigación. Por último las respuestas fueron vaciadas directamente en los protocolos.

Capítulo VI. Resultados.

Análisis.

La información obtenida por la entrevista abierta estructurada con 10 reactivos con el fin de identificar variables socio demográficas e identificar el conocimiento de los sujetos sobre los modelos de atención principalmente, fue codificada y su análisis, establece una estrecha e inseparable correlación con los siguientes instrumentos.

Con la entrevista abierta se logró obtener, como se ve en el Anexo D, lo siguiente:

En la Tabla 1, nos da cuenta de la concepción del alcoholismo que tienen los sujetos pertenecientes al modelo de Alcohólicos Anónimos; el modelo concibe al alcoholismo como una enfermedad trifásica: física, mental y espiritual; además de la abstinencia absoluta e indefinida del consumo de drogas para su tratamiento. Se encontró que los respondientes en general confirman su identificación con esta concepción de alcoholismo (A. A); Sin embargo el caso 04 no confirma esto, la cual está estrechamente vinculada con su nivel de dependencia e identificación del alcoholismo.

En la Tabla 2, nos da cuenta de la concepción de la fármacodependencia que tienen los sujetos pertenecientes al modelo de Hogar Integral de Juventud; El modelo concibe a la fármacodependencia como una modalidad de la normalidad; Además de la no necesaria abstinencia absoluta e indefinida del consumo de drogas ya que promueve el contexto de la cura. En cinco casos se concibe a la fármacodependencia como una fuga de la realidad y la necesidad de llenar un vacío, los tres casos restantes la conciben como una enfermedad (adicción); sin embargo el caso 001 si reconoce la normalidad de su condición e incluso confirma su nivel de dependencia e identificación como fármacodependiente (EDA) y su identificación con el modelo de tratamiento de H.I.J.

Uno de los objetivos de esta investigación es identificar el impacto de las metodologías de cada uno de los modelos en la construcción de la Identidad social del alcohólico.

La Tabla 3 es el conocimiento de los sujetos sobre la existencia de los modelos de tratamiento; es visible que el modelo de A. A. tiene un alto nivel de Reconocimiento Social. El total de la población conoce de su existencia como modelo y las diferentes variantes de atención que ofrece. Siendo el caso opuesto para H. I. J. donde exclusivamente los beneficiarios conocen el modelo a partir de las redes sociales en sus grupos de referencia, y se observa una significativa reducción de alternativas expuestas por los sujetos.

En la Tabla 4 los sujetos nos hablan de las diversas alternativas existentes (tabla 3) sobre modelos de atención, además de las metodologías, concepciones y familiaridad con estas alternativas, ya que la mayoría ha experimentado mas de una de las opciones aquí expuestas antes del programa de recuperación de pertenencia actual. Los respondientes confirman que el modelo de Alcohólicos Anónimos goza de concepciones valoradas positivas y/o negativas: por prejuicio y/o experiencia; es reconocida su existencia, metodología y concepción del alcoholismo (como enfermedad) en la gran mayoría de la muestra y H.I.J. se ubica en caso opuesto.

En el caso de H.I.J. una de sus modalidades de tratamiento opera como Comunidad Terapéutica, como ya vimos anteriormente, en dos vías la semi residencial y la residencial, una de las diferencias es que la primera opción, el paciente (fármaco dependiente) todo el día esta en la CTF, en su rehabilitación, y por las noches regresa a su casa a dormir y al otro día muy temprano antes de iniciarse las actividades el paciente regresa a la CTF, y la segunda opción, el paciente vive las 24 hrs. en la CTF.

En esta modalidad residencial, se intenta reproducir a la sociedad exterior para hacer posible su reinserción social; H.I.J, se diferencia de todas aquellas comunidades que en México han operado bajo el tratamiento y programa de ayuda mutua, y donde generalmente están operados por un equipo mixto de adictos en recuperación y profesionales. HIJ es un modelo cuya estructura

teórica básica esta en el paradigma de la Epistemología de la Complejidad, es el primero en México, desde 1995.

En términos generales desde el ámbito Psico social, promueve a la fármaco dependencia como una modalidad de la normalidad, esta idea se contrapone absolutamente a todos los estudios anteriores sobre alcoholismo y adicciones, por lo cual fue necesario que los precursores de este modelo, estructuraran de forma holística, al programa de tratamiento, y estos a lo largo de algunos años de investigación participativa, se reconocen como un modelo que en teoría y practica opera profesionalmente.

En la presente investigación se observo en los pacientes designados en las modalidades de tratamiento semi- residencial y residencial, de acuerdo al programa de tratamiento y los resultados obtenidos lo siguiente.

Primero el modelo teóricamente se asume netamente profesional y psicosocial. Lo que justifica que en la fase de recepción se utilicen instrumentos para medir el nivel de dependencia, confirmando su carácter de fármacodependiente.

Pero además, se dan a la tarea de medir y diagnosticar, trastornos de personalidad así como cuestiones de tipo medico psiquiátrico. En el tratamiento del paciente alternan terapias relacionadas con características psicoanalíticas de la personalidad adicta. Sin embargo, como sabemos estos dos últimos puntos son característicos de un programa medico que nada tienen que ver con lo psicosocial.

Sin duda alguna, con un programa Psico social, cargado de aspectos puramente sociales y culturales, donde el reconocimiento del fenómeno es precisamente el descentralizar la idea de enfermedad y modificar las representaciones sociales del paciente y su entorno, pero como pretenden hacer estas modificaciones si al interior del modelo no son coherentes y están mal sustentados.

Se observo que evidentemente estos aspectos no resueltos al interior del programa repercuten en los sujetos, en el discurso se habla de la normalidad, pero en la practica no se han apropiado la idea Ya que insisto, el modelo

selecciona a sus sujetos a través de pruebas psicométricas que miden trastornos de personalidad y esta tendencia clínica se ve reflejado a lo largo de todas las entrevistas abiertas.

En las respuestas dadas sobre fármacodependencia, solo un caso nos hablo de normalidad, el resto de las respuestas fueron: “fuga de la realidad y la necesidad de llenar un vacío”, en ambas como en las subsecuentes, se pude apreciar la ausencia de normalidad y la idea predominante de los sujetos es considerarla una patología. Además identifican muy pocas alternativas de tratamiento, de no ser A. A. 24 hrs. y ahora HIJ.

En la Tabla 5 se pregunto el tiempo en recuperación con la finalidad de analizar la variable temporal como secuencia de hechos lineal, y lógica del proceso continuo de cambio y construcción identitaria, con el fin de establecer comparaciones entre sujetos de menor a mayor tiempo y dar cuenta de las diferencias y similitudes al nivel del discurso en la construcción del proceso de cambio identitario llegando a la conclusión con los resultados obtenidos que no es así; no es fundamental ni exclusivo la temporalidad en la construcción identitaria del alcohólico.

Algunas de las variantes encontradas a nivel del discurso están más ligadas a las categorías de Clase Social (media = clase baja superior), y escolaridad (media = preparatoria incompleta) y no establece un vínculo importante con:

- 1). Las modalidades de tratamiento (H. I. J.)
- 2). Temporalidad de abstinición
- 3). Nivel de Dependencia
- 4). Proceso de Cambio Identitario

1. Con respecto a la EDA, (Anexo F), en el caso de Hogar Integral de Juventud solo un caso (001) presenta identificación de alcohólico; tres casos de ellos (003, 005, 008) presentan la necesidad de abstinición para mejorar su condición. El resto solo indica su nivel de dependencia, y por tanto la

media se sitúo en una Dependencia Baja, la cual bajo los criterios de la EDA, hace notar la falta de identificación de los sujetos como alcohólicos.

Se encontró que los sujetos tienen un nivel de dependencia de bajo a moderado lo cual, abre dos premisas:

1. En los criterios de selección en la fase de recepción para que el sujeto sea candidato a tratamiento bajo el contexto de la cura, y con los resultados obtenidos de los instrumentos retomados del DSM IV, es necesario que su nivel de dependencia sea bajo, para que funcione el programa de tratamiento propuesto, dejando los casos más crónicos a otros modelos de tratamiento y entonces hablaríamos que HIJ es mas un modelo preventivo no curativo, o bien

2. El primer supuesto de que el consumo contextualizado en particularidades es normal. Segundo, el sujeto después de dos años de tratamiento queda curado por las modificaciones hechas en las representaciones de sí mismo y los otros. Bajo estos supuestos los sujetos minimizan su consumo, su dependencia, así como la necesidad de abstinencia, por ello en los resultados, el nivel de identificación como alcohólico y la necesidad de abstinencia es evidencia de la falta de identificación con su problema, una vez mas el programa de tratamiento, no logra a nivel simbólico clarificar el panorama del paciente, y le fortalece ciertos mecanismos psíquicos como el de negación y/o victimización.

En el caso de Alcohólicos Anónimos, solo un caso (04) no presenta una identificación de alcohólico; cuatro casos (01, 02, 03 y 05) presentan la necesidad de abstinencia al consumo para mejorar su condición. El resto de los sujetos presentan la necesidad de abstinencia para mejorar su condición y evidencian su identificación de alcohólicos, por tanto la media se sitúa en Dependencia Severa, lo cual nos habla de la identificación que presentan estos sujetos como alcohólicos en este modelo.

2. Dentro de las adaptaciones efectuadas a la TMIS, para los propósitos de este trabajo, se encuentra la de permitir la libre expresión de los entrevistados, por lo que simultáneamente al repertorio de representaciones

(fase I), se obtenía el sentido de estas (fase II) y con frecuencia, su asociación con episodios biográficos (fase III). Por consiguiente, mediante esta estrategia se estuvo en la posibilidad de conocer la manera en que los individuos hacen uso del lenguaje para hablar de mundo⁷⁵.

Se escogieron discursos de 19 personas voluntarias, 18 hombres y 1 mujer, con los cuales se trabajó la posibilidad de conocer los elementos identitarios que operan a manera de estructuras subjetivas de la experiencia (Ibáñez, 1990) dentro de las prácticas cotidianas de la recuperación de los individuos, mismas que conllevan a su vez a la realización del valor o contra valor a lo largo de las interacciones con el entorno.

1. Particularizar él si mismo, distanciándolo de las categorías sociales exploradas: “son más tranquilos y/o alegres que yo”, donde se hacen evidentes los procesos de categorización y de particularización de la cognición (Billing, op. Cit.: 133), que permiten operar la reversibilidad entre él yo y él nosotros (Guérin y Zavalloni, 1984)

2. Centrar la descripción en el no si mismo y dejar al interlocutor deducir las propias: “yo soy diferente a los demás”, es decir, construir con base a exclusiones

3. Oponer un ego positivo a un alter negativo: “yo si estoy en recuperación...”, “[en cambio otros, no quieren cambiar y construyen fugas para salirse del proceso]”. En este caso, opera el sistema de diferenciación y de oposición binaria él sí mismo y el no sí mismo (Ídem.)

4. Presentar más aspectos negativos que positivos dentro del sistema del sí mismo. Aquí, la persona tendía a enfatizar las zonas de estrés y de conflicto, derivadas de limitaciones intrínsecas (consumo, culpa), o de obstáculos o situaciones de victimización, cuyo origen es externo (discriminación)

⁷⁵ No acerca de las esencias de los objetos de la vida diaria, sino de la manera mas apropiada para hablar y pensar de esos objetos: “Al seleccionar una forma de discurso o un esquema, damos a entender que esta forma captura majar la esencia de la material [de la que hablamos]” (Billing, 1987: 138).

En cuanto a la distribución de respuestas dentro de los Espacios Elementales de Identidad, como ya se menciona, aparecieron en todos los casos aspectos positivos del sí-mismo que denotan la emergencia y realización del valor por parte del individuo: alegres, trabajadores, responsables, tranquilos. La contraparte de este aspecto de la identidad se localiza en el cuadrante correspondiente al no sí mismo negativo, que fue utilizado por el 98% de los casos, para señalar diferencias, que les separan de otros grupos: irresponsable, borracho, agresivo. Estos resultados son congruentes con lo mencionado por las autoras del modelo, quienes señalaron la tendencia de los individuos a resaltar atributos positivos propios y contrastarlos con los negativos del no sí mismo⁷⁶.

La gran mayoría de la muestra reconoció alters con cualidades que admira (congruente consigo mismo) o que remiten a fallas propias (estudioso), todos los entrevistados mencionaron aspectos de realización de sí mismo; mientras que poca más de la mitad de la muestra, aceptó abiertamente portados de atributos reconocidos como negativos, ya sea causa de limitaciones propias (alcohólico y/o adicto), o debido a una situación de victimización (carencias afectivas). En este último, se detectó con mayor frecuencia elementos negativos en él sí mismo, que comprendieron tanto limitaciones propias como situaciones de victimización y culpa.

Con respecto al número de atributos diferentes mencionados en cada cuadrante⁷⁷, se encontró la mayor en el sí –mismo negativo. En segundo lugar, se ubicó al cuadrante correspondiente al no sí mismo positivo; enseguida del no sí mismo negativo y por último al sí mismo positivo. Estos resultados llevaron a pensar que existía un mayor consenso en cuanto a atributo que representan como contra –valores, que en relación con aquellos designados como valores, donde aparece una gama de opciones distintas al valor.

- Al hablar de los amigos, apareció la contradicción aparente de mencionar a algunos que son malos, los que establecen relación con los demás buscando el interés propio. En este caso fue posible detectar

⁷⁶ Sin embargo, el porcentaje de casos que reconoció atributos negativos del ego fue mucho mayor en comparación con la emisión de respuestas en los otros tres cuadrantes.

⁷⁷ La cantidad de atributos es grande, ya que no se procedió a reducir por sinonimia en tanto que se consideró que cada palabra posee una denotación distinta. Tal es el caso de borracho y tomador.

un significado específico de la palabra, que no se ajusta al atribuido término.

- Con respecto a la persona ideal, la respuesta esperada era la referencia a un prototipo, sin embargo, aparecieron también descripciones de personas concretas que a decir de los entrevistados correspondía a las características de un ideal.

- Con referencia a la persona opuesta al sí mismo, existe la tendencia a mencionar atributos negativos que acentúen la distancia entre el ego positivo y el alter negativo (prototipos de diferenciación). En la muestra considerada, en contraste, se contempla también la existencia de personas diferentes al sí mismo, a las que se atribuyeron características positivas: tranquilo, hogareño, estable, trabajador, ordenado, con más estudios, con dinero y con una buena relación de pareja.

Por otra parte, en el caso de la presente investigación, fue posible identificar, grupos en el ámbito socioeconómico, y escolar, además de la construcción de identidades y alteridades. En el ámbito del análisis el ordenamiento jerárquico, los factores que probablemente dificultaron la partición de los grupos fueron el número excesivo de categorías y la complejidad para su codificación.

Con los resultados obtenidos por la TMIS, corrobora lo expuesto anterior, de la siguiente manera:

Veamos en el caso 001, el cual si presenta una identificación como alcohólico y la necesidad de abstenerse del consumo, en las dos herramientas anteriores, aquí en la exposición amplia de identidad en su discurso, como se ve no hay exposición aparente de zonas conflicto, sin embargo a lo largo de este y contradecir ciertas categorías de análisis, principalmente aquellas que tienen relación directa con su consumo, la identificación que este tiene es de un alcohólico efectivamente pero activo, no en proceso de recuperación, es decir que no hay movilidad, ni cambio identitario, en este caso se ejemplifica muy bien lo que a lo largo de la discusión estaré retomando, pues clarifica en el discurso una alienación del modelo, mas no una introyección de cambio identitario.

En el caso 002, de igual manera se identifica con los jóvenes que son adictos y dark. El caso 003, se identifica con los chavos adictos de su banda de la colonia, identifica como zona de conflicto su libertad, ya que es muy joven esta casado y eso le representa muchas responsabilidades que aun no quiere asumir, así como su adicción. En el caso 004 no se identifica con la gente de su edad, ubica como conflicto su consumo, culpa directamente a su familia por su condición de alcohólico y se victimiza ante este. El caso 005, se identifica con la gente de su edad, ubica como conflicto su adicción, su mala relación familiar y su proceso de recuperación, en este caso si se evidencia una confrontación de si mismo, por lo cual se puede inferir que hay una transición que por medio del discurso reconoce e identifica un proceso de cambio identitario.

El caso 006 se identifica con los chavos de su banda adictos de la colonia, siendo el mismo caso del 001 el discurso es plano y no evidencia ningún elemento de cambio o presente alguna intención de modificar su estilo de vida, el auto reconocimiento de si mismo lo considera positivo.

En este caso 007, no se identifica con la gente de su edad y lo ubica como zona de conflicto, así como su alcoholismo y su mala relación familiar, sin embargo, como en el caso 005 si evidencia un cambio, el discurso en este caso es muy ensimismado y ubica muy pocas redes sociales, esta ligado directamente en este caso con los años que tiene de consumo y la temprana edad en la que empezó a consumir.

Por ultimo el caso 008, se identifica con los jóvenes de su edad y no se identifica como alcohólico, pero si manifiesta la necesidad de abstenerse, ya que ubica como el resto del grupo, su adicción como zona de conflicto.

En general, los sujetos, no muestran elementos suficientes que evidencia una movilidad en el discurso, de no ser los dos casos, que anteriormente mencionamos.

Los chavos, ubican en general su adicción como el resto de categorías como una zona de conflicto y dada la pertinencia que la solicitud de ayuda en primera instancia es por la familia y no por ellos, evidentemente que estos jóvenes por presiones externas, tanto social como familiar, son orillados a tomar una decisión que de no ser por estos elementos externos, seguramente no

estarían en proceso de recuperación, ya que aunque en algunos casos valoran positivamente la concepción hegemónica de joven, se debe a que este discurso que en el plano de lo externo, lo superficial y en el deber ser, sin embargo, en el ámbito interno, no comparten esta idea, al contrario, evidencian aun la posición y funcionalidad que el consumo les permite tener en la familia y en la sociedad.

El caso de A.A, no es muy distinto, sin embargo veamos los detalles de esta población.

El modelo de Alcohólicos Anónimos es un programa de ayuda mutua, caracterizado por ser no profesional, es decir que los elementos de recuperación son a través de compartir la experiencia vivida a lo largo del tiempo dentro de los grupos de alcohólicos. Consideran al alcoholismo como una enfermedad en tres planos: físico, mental y espiritual, dentro del paradigma clásico y bajo concepciones de la medicina y religión, este modelo reduce al alcoholismo a un individualismo metodológico, ya que al considerar al alcoholismo como una enfermedad, supone la idea que este es algo externo del cual, el individuo necesita alejarse de el, además de tal concepción, afirma que es incurable, progresiva y mortal, dicho lo cual el tratamiento y la recuperación, operan y están sujetos también de manera preventiva a estas concepciones.

Durante esta investigación se observo a lo largo de la aplicación de los instrumentos primero que solo uno (caso 04) de los casos aplicados de los casos asignados, no considera al alcoholismo como una enfermedad, que como anteriormente se menciona esta vinculado directamente con el nivel de dependencia que presenta y como se ve mas adelante en la aplicación del TMIS con el deterioro y poco desarrollo en sus redes sociales y por ello la demanda de recuperación, sin embargo, en todos los casos hay un reconocimiento de la enfermedad, manifiesto también en la EDA.

Las numerosas alternativas expuestas, en los resultados anteriores, se deben a la exhaustiva búsqueda en la mayoría de los casos de un tratamiento y/o cura de la identificación con su problema.

El caso 01 no se identifica con la gente de su edad, además de ser altamente culpígeno y ubica en lo externo sus carencias afectivas y por ello su

condición de alcohólico, victimizando su consumo. En el caso 02 se identifica con los jóvenes de su edad adictos, ubica como zona de conflicto su consumo, sin embargo aunque existe la identificación plena de su condición, no existe evidencia de la intencionalidad de cambio.

En el caso 03 se identifica con los jóvenes de su edad que son adictos, reconoce que tiene un problema con su forma de consumir, sin embargo no hay una identificación con el proceso de recuperación y por ello no hay movilidad en el discurso. El caso 04, se identifica con los comerciantes y los bebedores problema, no presenta una identificación con el alcoholismo, sin embargo evidencia las pocas redes sociales con las que cuenta, rodeado de alcohólicos, como zona de conflicto ubica, sus problemas emocionales, así como sus carencias afectivas, a esto se debe a que sin presión familiar y voluntariamente, el chavo decide hacer una demanda de atención.

El caso 05, se identifica como alcohólico, más no con el programa de tratamiento, su discurso plano evidencia, la falta de confrontación consigo mismo, por lo cual nos habla de la poca intencionalidad que tiene de transición identitaria. El caso 06, reconoce su condición de alcoholismo, sin embargo, como conflicto ubica sus responsabilidades como casado, su adicción y la necesidad de cambiar, en este caso se evidencia mas como una necesidad del deber ser que del ser, por lo cual esto como en casos anteriores se debe mas a presiones externas, ya que también sus carencias afectivas las ubica en lo externo y victimiza su condición de enfermedad.

En el caso 09, la información no fue sensible a análisis por ello en los resultados no aparece, sus respuestas fueron anuladas por el mismo, es decir descalifico y mostró un desinterés al contestar las entrevistas. El caso 08, 10, 11 y 12, como en los anteriores, comparten las misma características que los anteriores, altamente culpígenos sobre su condición de enfermos alcohólicos es evidente su reconocimiento e identificación como alcohólicos, sin embargo, sus manifestaciones de cambio, son precarias, si hay una movilidad, en el discurso, mas no se puede hablar claramente de una nueva apropiación identitaria como tal.

El caso 07 es la única mujer, por un lado la identificación de alcohólica existe, si hay una confrontación a nivel del discurso, sin embargo, al igual que los

casos anteriores carece de sentido y dirección este cambio, igualmente se inclina mas por presiones externas su proceso de recuperación y su discurso igualmente es masculinizado, desacreditando fuertemente (igual que los hombres) y ubica a las mujeres por debajo de los hombres y reconoce por su parte como una invasión de genero a los espacios de recuperación que socialmente se reconocen como masculinos.

Discusión.

La construcción identitaria del alcohólico en recuperación, esta conformada por el transito de tres categorías identitarias, retomadas de la Topología de la Identidad Social de Giménez, G. (1992) I. Desviante, I. Heterodirigida e I. Etiquetada. Con los discursos obtenidos, las características de la Identidad son retomadas a partir de los elementos que brindaron los entrevistados por medio de los instrumentos de análisis.

Toda la población en primera instancia, fue seleccionada en los espacios de recuperación, luego confirmaron su nivel de consumo y dependencia, en el caso de H.I.J. se encontró más una dependencia baja a moderada y en A.A. obtuvo más una dependencia media a severa. Esta diferencia es el eje de comparación de la investigación ya que esta más relacionada con el impacto de las metodologías de tratamiento y por consiguiente justifica, en gran parte la diferencia en el impacto de una posible construcción identitaria.

La construcción identitaria del alcohólico en recuperación esta conformada por tres categorías identitarias:

La **Identidad Desviante** dice Giménez, G. (1992), es aquella en la cual existe una adhesión completa a las normas y modelos de comportamiento que preceden de los demás que al ser expectativas demasiado elevadas y ante la imposibilidad de responder y ponerlas en práctica, induce a rechazarlas mediante la exasperación de la diversidad.

La población entrevistada, esta en el rango de 17 a 36 años de edad. Se observo, que los de 17 a 25 años son jóvenes que comparten algunas características; perciben que no conviven mucho con gente de su edad y por lo general se relacionan con gente más grande que ellos. Positivamente se perciben como rebeldes, reventados, libres, soñadores, alegres, e irresponsables y el ser estudiantes sin la obligación de trabajar. Negativamente se perciben

como serios, alcohólicos, tristes, vagos, casados, peleoneros, confundidos y conformistas.

Los de 28 a 36 años de edad, en general ubican como zona de conflicto el no tener una buena y estable relación de pareja, no tener familia, ser alcohólicos, dependientes de los padres, reventados, mujeriegos, apáticos e irresponsables. Positivamente se perciben como estables, trabajadores, alegres, responsables y tranquilos. Todos idealizan, a un sujeto sin problemas de dependencia a las sustancias, una mejor preparación académica, éxito, mejores principios, valores y la practica de una vida con más calidad humana.

En general, son chavos de una clase social media superior que perdió dinero, empleo y robaron en el consumo y los que aun mantienen su trabajo, es por la ayuda y protección familiar brindada. Se dedica al comercio y a oficios, en el caso de H.I.J. toda la población esta desempleada por el momento, ya que el modelo de tratamiento así lo requiere. En el caso de A.A., toda la población tiene un trabajo o desempeña alguna actividad escolar.

Sin embargo, la mayoría considera poca cosa su ocupación; sus frustraciones están en no ser actualmente profesionistas y por ello descalifican sus actividades. A pesar de que algunos son muy jóvenes, sus actividades son laborales por las siguientes razones; la mayoría ayuda a trabajar el patrimonio familiar en el comercio y algunos desarrollaron oficios por la necesidad económica de mantener a su familia.

Se observo que casi la mitad, esta casado o tiene obligaciones por el estilo, que en su mayoría esta ligado a la necesidad de justificar en (hijos y pareja) emocionalmente su existencia y llenar una soledad peculiar a pesar de su inestabilidad, poca responsabilidad, compromiso y condición.

En los discursos de los entrevistados, en el caso de H.I.J. se observo que como fármaco dependientes se perciben con una dependencia baja y con descripciones negativas de si mismos como cobardes, rateros, irresponsables, sin fuerza de voluntad y con desordenes emocionales, etc. Toda la población comparte la idea de que el alcoholismo es negativo, para si mismo como para

toda la gente que los rodea, ya que es algo que lo hace un ser humano sin fuerza de voluntad, vengativo e irresponsable entre otras descripciones que hacen mucho daño a toda la sociedad.

La **Identidad Heterodirigida** dice Giménez, G. (1992), el actor es identificado y reconocido por los demás, pero por el mismo que posee una débil capacidad de reconocimiento autónomo, aquellas con la tendencia a confluir hacia expectativas ajenas.

Con ciertas fases del desarrollo infantil destinadas a ser superadas posteriormente en el proceso de crecimiento. La patología por su parte, suele descubrir la pertenencia de formas simbióticas o de apego que impiden el surgimiento de una capacidad autónoma de identificación.

En el caso de A.A., en general se describieron que como alcohólicos están enfermos, tienen mal su personalidad, son agresivos, neuróticos, mentirosos, etc. Reconocen, una dependencia severa en donde beben diario y en exceso de igual forma. Sin embargo, también vemos descripciones negativas a aquellas ligadas a responsabilizar a otra gente, parcialmente a la familia de su condición de alcohólicos, al hablar mas acerca de un sujeto traumatado, carente de atención, cariño y con desordenes emocionales estas son descripciones de sujetos con una I. Heterodirigida.

En general, se observo una identificación masculina calificándola muy negativa con descripciones de agresión, prepotencia, irresponsables, sucios, mujeriegos, locos, conflictivos y dependientes de los amigos, entre otros. Algunos reconocieron una identificación masculina positiva con descripciones de debilidad, inseguridad, insatisfacción y abandonados.

Sitúan a la mujer en lo negativo con descripciones como conflictivas, sin dignidad, vulgares, prostitutas, malas y marginadas. Así mismo, las descalifican y discriminan más y por ser el instrumento que les permite el abuso de la violencia sexual, psicológica ejercida en ellas. Esta concepción se ve reflejada en el

comportamiento cotidiano de ellos para con ellas en los espacios de recuperación con la desacreditación y rechazo a la mujer dejando al descubierto, su conflicto materno de represión – deseo. Ya que, positivamente reconocen características de lo femenino como comprensión, sentimentales, seguridad, firmeza y con más límites sociales.

En el caso de la única mujer entrevistada en el espacio de A.A., se identifica negativamente como una mujer joven, libertina, insegura, insatisfecha, no aceptada y con una gran falta de amor, percibe con rechazo a los hombres machistas, lujuriosos, que buscan humillar a la gente, así como la necesidad de admiración y aprobación. Esta concepción tiene mucho que ver con su experiencia en los espacios de recuperación, además de su historia personal de vida.

Se observó, que en general esta población tiene muy limitados sus vínculos y redes sociales. En H.I.J., solo dos casos reconocieron como referencia positiva como grupo de contención, apoyo y fuerza en el cambio de vida que están transitando, a través de la autoconocimiento, establecimiento de límites y contención a la violencia y consumo. En este caso, el programa pretende que los sujetos no sean dependientes a un grupo de recuperación, sin embargo la ausencia de este crea en los sujetos, un ambiente ausente de protección, seguridad y confianza lo cual se refleja con más ímpetu en sus relaciones interpersonales.

En el caso de A.A. en todos los casos reconocieron al grupo de recuperación A.A. positivo y muy importante como grupo de pertenencia, en donde a través de la ayuda mutua y el compartimiento de experiencias tratan su enfermedad con apoyo, valor y fraternidad, aprenden a vivir sin miedo y con sobriedad. En este caso, el programa los invita a esto y los sujetos responden con seguridad.

Casi toda la población hace una diferencia, sus amigos de antes, los del consumo valorado negativamente y los de ahora en la recuperación valorado positivamente.

Algunos, hacen referencia de sus compañeros de trabajo como aquellos que les tienen envidia y son hipócritas. Otros pocos, conservan amistades de la infancia y los valoran positivamente como aquellos que los apoyan y les son leales. La minoría sigue considerando positivamente a sus amigos con los que consumía.

Solo en H.I.J., ocurrió que algunos de los chavos se identificaron con tres tipos de identidades juveniles, como los fresas, darks y chavos banda, como su grupo de referencia.

Se observo, que toda la población tiene problemas para relacionarse con su familia. Mas de la mitad de los entrevistados, si están más cargados hacia la auto justificación y utilizan su consumo para responsabilizar y culpar a todos los demás de su condición. Generalmente hicieron referencia a familias, afectivamente distantes, con poca comunicación, en un ambiente hostil, sin confianza, con agresión física y psicológica, con problemas de alcoholismo, neurosis y abandonos. En su mayoría, hacen referencia a una figura paterna autoritaria y ejecutor mientras que la figura materna, la ubican posesiva, chantajista, sumisa y voluble. Ubican la gran ausencia de guía, protección y calidad humana en todos los aspectos de sus relaciones interpersonales.

La Identidad Etiquetada dice Giménez, G. (1992), El sujeto se identifica de forma autónoma, aunque su diversidad ha sido fijada por otros, interiorización de estigmas, ligados a diferencias sexuales, raciales, etc. Y a defectos físicos y de personalidad.

Normalmente se verifican incongruencias entre la concepción que el individuo tiene de si mismo y las imágenes de si que le devuelven sus interlocutores. La dinámica de esta identidad consistirá precisamente en la superación de las incongruencias mediante la revisión permanente de la concepción de si, sobre la base de las imágenes de si que le devuelven los demás.

La población en general ubica un conflicto en su relación con la religión. Se observo que sus connotaciones hacia la religión son negativas, principalmente

porque su referente principal es la familia. Unos cuantos se asumen como creyentes de un Dios, de la energía positiva y negativa y del amor; más no militantes o practicantes de algún credo en especial. Ya que en general consideran a la gente religiosa como “borrega”, dependiente, convenenciera, sin libertad, pedigüeños, fanáticos e hipócritas.

La minoría reconoce positivamente el profesar y practicar una religión sintiendo un cambio, apoyo, cuidado y bienestar espiritual.

La mayoría de los entrevistados, se perciben positivamente con el inmenso deseo de cambiar y sobre todo aprender a vivir. Reconocen un proceso, en el que están en vías de mejorar psicológica y emocionalmente. Valoran muy positivo el que ya no consumen, aunque sus actitudes y problemas sigan siendo muy parecidos. Y por ultimo, reconocen como conflicto su falta de aceptación social y miedo a enfrentar la realidad sin sustancias.

Es evidente que nosotros, no tenemos elementos suficientes para afirmar que los sujetos han interiorizado una identidad Etiquetada. Sin embargo, encontramos como puede saltar a la luz muchas de las incongruencias mencionadas por diferentes autores antes mencionados y por la descripción de los entrevistados.

Es necesario dar a conocer que muchas de estas incongruencias, son responsabilidad del corto y limitado alcance que los programas de atención, ofertan a los alcohólicos. Sin embargo, recordamos que a reinserción social se le entiende, como el “conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento psicológico y social”⁷⁸.

Teóricamente como vimos en capítulos anteriores, ambos modelos consideran de suma importancia la mutación identitaria en el sujeto alcohólico, como garantía de rehabilitación.

⁷⁸N. O. M., Conadic, 1999.

Recordemos brevemente que H.I.J., pretende que los fármaco dependientes (chivo expiatorio), así como sus redes sociales cercanas conozcan y se familiaricen con el fenómeno de la fármaco dependencia en el contexto de una modalidad de la normalidad, no algo externo, que “ataca”, sino algo que desde lo interno (en el núcleo de los grupos primarios) se ha ido creando, es decir que en la esfera de lo privado, en lo íntimo se encuentra la génesis y cura del mismo fenómeno, a través de la modificación de representaciones sociales que tienen de sí mismos y su relación con los otros. En términos generales, pretende no individualizar el fenómeno y por el contrario, lo contextualiza socialmente.

Con los resultados obtenidos y de manera general esta concepción, solo es en gran parte idealismo teórico ya que en el discurso se observó, que los sujetos reconocen a la fármacodependencia como algo externo a ellos, y en gran parte esta concepción está más hacia la tendencia predominante de enfermedad. Por otro lado, los sujetos reconocen su problema de dependencia y consumo de sustancias con la alternativa de compartir socialmente la culpa de ser un sujeto desviante, a través de la justificación de alineación social; en general la contextualización social del problema de la fármacodependencia, les permite atravesar por procesos de victimización social, esta particularidad se observa en casi toda la población de H.I.J., y en algunos casos de A. A. Mas adelante detallaremos lo referente a Identidad Desviante.

El modelo de Alcohólicos Anónimos es un programa de tratamiento de ayuda mutua, caracterizado por ser no profesional, es decir que los elementos de recuperación son a través de compartir la experiencia vivida a lo largo del tiempo en los grupos de alcohólicos. Consideran al alcoholismo como una enfermedad incurable, progresiva, mortal y con tres aspectos fundamentales: físico, mental y espiritual. En A.A. se sugiere a los candidatos a recuperación creer en un Poder Superior a ellos mismos tal como quieran concebirlo, afirman que después de algún (aprox. dos años y medio de estar en programa) tiempo, marca su literatura que para que el alcohólico logre una sobriedad prolongada, será necesario un

cambio profundo de (juicios y actitudes) personalidad, y esta será a través de vivir una experiencia espiritual.

Con los resultados obtenidos, los sujetos se han apropiado en la mayoría de los casos de la concepción, de que su problema de dependencia al alcohol es producto de una enfermedad trifásica, la cual es incurable y mortal. Con lo que respecta a la creencia en un Poder Superior a ellos mismos y a la vivencia de una experiencia espiritual, se observó a lo largo de las entrevistas que esta población si comparte la creencia a una deidad, que incluso esta puede llegar a ser en un momento su grupo de A.A. de recuperación. En su mayoría practican, algunas actividades relacionadas con la religión.

Estas particularidades compartidas en general por esta población, desemboca y confirma algunas características de personalidad, en sujetos con procesos altamente culpígenos, estos procesos reducen al sujeto social a individuo; lo cual lo lleva a la necesidad de buscar y creer que fuera de él existe un proceso de saneación, hace de esto un Dios y solo a través de él podrá otorgarle el perdón y limpiarlo de culpa, por los actos de mal juicio cometidos. Estas ideas están sujetas como podemos ver a concepciones más paternalistas, con la necesidad de que alguien guíe, tome las riendas de su vida y lo siga reduciendo a un ser anclado, incapaz, dependiente e infantil, estas son características que están más ligadas a una Identidad Heterodirigida, que casi todos en A.A. comparten y solo se observaron algunos casos en H.I.J.

Como podemos observar las diferencias entre las poblaciones es marcada sin embargo, ambos modelos comparten la idea que el problema de la dependencia a la sustancia, se manifiesta en comportamientos desviantes como un último síntoma, pero que la dependencia a sustancias, está más relacionada a estancamientos tempranos de personalidad y hacen mucho más hincapié en el autoconocimiento y el cuidado del superar esta identidad virtual y la búsqueda de una identidad real.

En sentido estricto, el impacto metodológico cumple parcialmente su objetivo, ya que si logran encaminara los sujetos, por lo menos algún tiempo al desarrollo y practica de estas actividades y reflexión. Los modelos si promueven, una nueva construcción identitaria pero como se observo, a nuestro juicio no se logra cerrar este proceso, es decir no fortalecen los elementos que permitan una real apropiación identitaria encaminada hacia una identidad más libre, autónoma e independiente pues en cualquiera de los casos, se observa a sujetos muy anclados o bien alienados socialmente.

La Identidad Social del Alcohólico en Recuperación, trasciende por tres etapas identitarias, siendo muy optimistas se cumpliría por lo menos la intencionalidad de cambio. Sin embargo, con los resultados obtenidos vimos en primer lugar que no necesariamente el cambio o apropiación identitaria que se evidencia realmente sucede en los espacios de recuperación, y en segundo lugar que los procesos de apropiación identitaria no dependen en el proceso de reinserción social ni viceversa.

Conclusiones.

A partir de la estrategia propuesta y con base en la información obtenida, se puede inferir:

En el caso de Hogar Integral de Juventud, se encontró que la aplicación de los criterios de selección, a los candidatos al proceso de rehabilitación y cura son solo aquellos que su nivel de dependencia sean de moderado a bajo y por ello candidatos al tratamiento, excluyendo los casos más crónicos. En sentido estricto se puede afirmar que la población que selecciona el modelo de H.I.J. es exclusivamente una población con elevadas probabilidades de convertirse en fármaco dependientes y por ello hace un muy buen trabajo de prevención y reducción del daño más no en el área de tratamiento con pacientes que solo están considerados como una población de alto riesgo.

Ambos modelos con sus respectivos métodos de abordaje, en el caso de HIJ, al ver la fármaco dependencia como una modalidad de la normalidad minimiza los rasgos de dependencia e incluso al consumo en si mismo le resta importancia, esto exagera y alienta a seguir con los rasgos desviantes en los sujetos; el autoconocimiento y la represión no garantiza la rehabilitación El caso totalmente opuesto de A.A. visto como enfermedad permite la permanente producción en serie de sujetos dependientes y condicionados a procesos meramente psicoanalíticos.

Indistintamente, se observo que a través del discurso se confirma una alienación que los sujetos desarrollan al modelo de atención, más no una real asimilación del programa de tratamiento. El éxito o fracaso del tratamiento los sujetos lo basan más a procesos cognoscitivos particularmente: victimización vs. Culpa.

Con respecto a la formación de estos procesos responden directamente a cada una de las metodologías, en el caso de HIJ, victimiza su

condición “chivo expiatorio” a través de los otros y con respecto a A.A., su proceso es altamente culpígeno, y por tanto entra en una victimización del sí mismo.

Como se ve en los resultados, los sujetos en general, no logran, modificar de fondo su identidad social, ya que los modelos no los dotan de elementos suficientes para la formación de dichas categorías, ya que de forma clara el sujeto no logra identificar diferencias en dichas categorías, sus redes sociales están aun conformadas y focalizadas en el consumo por una parte y por el otro en la alienación al modelo y no en la asimilación del programa de tratamiento.

Fue necesario para este estudio utilizar la categoría de genero, con el fin de enfatizar ciertas características encontradas, que nos remiten a la concepción de identidad masculina; la difícil construcción identitaria del alcohólico, no solo se enfrenta a las deficiencias de los modelos de atención, sino que además el proceso de cambio identitario esta sujeto directamente relacionada con la concepción hegemónica de identidad masculinidad, lo cual, nos habla del difícil camino que una mujer recorre en el proceso de rehabilitación, ya que este se masculiniza y dificulta los proceso de cambio identitario y reinserción social.

Limitaciones.

A lo largo de esta investigación se enfrentaron algunos sucesos que la hicieron por momentos más difícil y algunos otros que determinaron el desempeño. Un factor indudable fue el tiempo, no solo que a nivel escolar, se vive mucha presión por el cumplimiento de los periodos trimestrales, sino que además la elaboración de la investigación esta sujeta estrictamente a este formato.

Por otra parte y específicamente relacionado con el tema de modelos de atención al tratamiento del alcoholismo y resultados, la recopilación de información es muy difícil tener acceso, ya que las mismas instituciones no brindan fácilmente este tipo de información, algunas veces ni siquiera la tienen a la mano y algunas otras no cuentan con ella, pues no le prestan la atención debida.

Gran parte de la información obtenida no cuenta con instrumentos estandarizados que nos hubieran permitido con facilidad y precisión la obtención de elementos pertinentes para la elaboración de instrumentos cualitativos, por ello fue necesario utilizar instrumentos estandarizados mas complejos que dificultaron el manejo del método y metodología de la investigación, así como de la información obtenida.

Por otra parte la dificultad no solo fue en la recopilación de la información, además, las instituciones que voluntariamente accedieron a trabajar con la investigación en un inicio, dificultaron por protocolos y reglamentos internos de la institución el acceso a la población, en el caso de H.I.J. Y en el caso de A.A., al no ser un espacio totalmente cerrado, fue difícil el acceso a la población pues no se presentaban con regularidad a los espacios, y retardo el seguimiento de la investigación.

Es importante que para posteriores investigaciones se considere que por las exigencias particulares del tema, para un mejor aprovechamiento de la

información, hacer un estudio de corte “transversal”, y que a lo largo de un periodo de tiempo mas prolongado de investigación con cortes específicos, se lograran esclarecen algunas ideas que se dejaron a lo largo de esta investigación, es decir, que las modificaciones estrictamente identitarias fue imposible confrontarlas pues él termino de la investigación fue muy breve, y los costos que esta implicarían, son muy elevados.

Sugerencias.

La presente investigación sugiere a posteriores investigaciones que se considere que dada las dificultades para el acceso de información no estructurada en los espacios de recuperación, los modelos de atención pudieran crear una red, que permita un mayor conocimiento dentro de su población además de difundir voluntariamente la experiencia de su trayectoria en tratamiento de cada uno de los participantes; esta red, facilitaría a la población en general conocerlos mas.

En lo que respecta al modelo de H.I.J., se sugiere que tanto sus aportaciones como su amplio conocimiento en el tema sea mas difundido, ya que esta propuesta es muy local y las limitaciones propias del modelo cierran el campo de confrontación de su teoría con la realidad, ya que al escoger su parte de realidad, operan solo parcialmente en ella. Por ende, como se observo a en la investigación, este modelo muy probablemente solo trabaja con una población que se encuentra en un muy alto riesgo de tener un problema de dependencia a las drogas y/o alcohol. Por ello sugerimos, que su campo de acción lo amplíe pero solo en el área de prevención y reducción del daño, ya que hasta el momento no se tiene registro de sus alcances en tratamiento con sujetos realmente dependientes a alcohol u otras drogas.

Por el contrario con A. A., se sugiere que su campo de acción se limite al tratamiento con sujetos dependientes a alcohol y/o drogas como hasta el momento, ya que este modelo no tienen implementado un método real de prevención y puede crear efectos contrarios, confusos e irreversibles en los sujetos.

Por otra parte, tener más facilidad de acceso a la revisión de expedientes clínicos, entrevistas con terapeutas, padrinos o aquellas personas que hayan seguido de cerca la experiencia de los participantes. Así como la posibilidad de complementar y confrontar nuestras entrevistas con aquellas redes sociales más cercanas como la familia con el fin de ampliar y documentar mejor las entrevistas de los participantes.

Se recomienda, una elección de muestra más homogénea y equitativa, que permita un mayor enriquecimiento al estudio. Por ejemplo, el mismo número de hombres y mujeres, un solo rango de edad y con más tiempo en recuperación que les permita hacer una diferencia temporal mas clara en su transformación y construcción identitaria. Así también un estudio, que permita tener tres cortes temporales, en pasado, presente y futuro con el fin de ubicar mejor algunas de las modificaciones identitarias.

El estudio, también sería posible complementarlo con una actual investigación sobre el cambio de representaciones sociales de salud y enfermedad en función de la desestigmatización del alcoholismo y la apertura a más vínculos y redes sociales, que le brinden al sujeto mayor confianza y libertad.

La definición de alcoholismo como enfermedad, reduce terriblemente a la persona enferma al percibirse como inactiva, incapaz, que no se puede llevar a cabo la relación con el medio. Por el contrario la persona sana se percibe activa, dinámica, con capacidad de relacionarse con el medio e interactuar con él. Los elementos centrales de estas representaciones son, por una parte, la creencia acerca del medio como algo nocivo, con múltiples formas para afectarnos, y por otra, la noción del individuo como alguien que sortea constantemente esas dificultades.

Considero que el problema de representaciones sociales en cuanto a este concepto inicia en la comunidad científica social ya que ésta representación no ha sido investigada a profundidad con el fin de modificar las representaciones mentales y por tanto esto ha debilitado al tratamiento, distrayéndonos con la diversificación de posibilidades y dejando a un lado el fortalecimiento de redes necesarias para el mayor éxito e impacto social que pretendemos.

La inactividad es el criterio más básico de enfermedad. Lo que implica: separación violenta del la vida cotidiana; apartamiento de las relaciones cotidianas con los suyos; soledad que ello conlleva y que lo margina. Además, las personas interpretan que el medio concibe la enfermedad como una

desviación de lo normal, que destruye a la persona. Junto a esto se interpreta también que la condición del enfermo permite a las personas aprender a enfrentar el obstáculo de la enfermedad, debido a que el aislamiento y tal estatus le ubican en una situación específica, permitiéndole ocuparse de resolver el obstáculo.

Por esta razón, el impacto en reinserción social, parece ajeno a la investigación, sin embargo se podrían pretender el crecimiento y fortalecimiento de redes sociales al interior y consolidar activamente a esta población. Al reconocer la problemática particular y reconociendo las limitaciones, como la necesidad de reconocimiento y prestigio social.

En fin, por ultimo quiero reconocer la labor, lucha y dedicación que todos hemos realizado. Sin embargo, creo que el campo de acción como ya mencioné, está en el estudio y fortalecimiento de lo ya existente para lograr unir esfuerzos y fortalecer la Identidad Social del Alcohólico en Recuperación.

Bibliografía

Alcohólicos Anónimos. Material Didáctico de Información Pública. Servicios generales de Alcohólicos Anónimos sección México. Material de circulación interna de la Institución. México. D. F.

Bravo, Sandra. Comparación en el manejo de habilidades para solucionar. Problemas sociales en sujetos con diferente predisposición al alcohol. UNAM. México 1999.

Chiu, Aquiles., Sociología Identidad. UAM-I, M. A. Porrúa, México, Marzo 2002.

Criterios mínimos de Calidad para establecimientos de ayuda mutua con la modalidad residencial. CONADIC.

David P. Recuperación, Unidad, Servicio. Revista Lo mejor de la Revista Plenitud A.A. No. 1, Compendio del no. 1 al 18. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A. C. México, 1993.

Dr. Delehanty Edward J. El Valor Terapéutico de los Doce Pasos de A.A. Revista Lo mejor de la Revista Plenitud A.A. No. 1, Compendio del no. 1 al 18. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A. C. México, 1993.

Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. CONADIC. 2003.

Escohotado Antonio. Historia General de las Drogas. Ed. ESPASA Calpe, 2da edición, España, 1999.

Evaluación de resultados del tratamiento del consumo de drogas en centros de Integración Juvenil. Evaluación comparativa de ajuste psicosocial entre el ingreso, el egreso de tratamiento y un primer seguimiento No 02-02.

Fuller, N. Identidades Masculinas. Pontificia Universidad Católica de Perú. Lima, 1997. p. 17- 47.

Giménez Gilberto. La identidad social o el retorno del sujeto en sociología. Revista Versión No.2 UAM-X. 1992.

González Pérez Marco Antonio y Mendoza García Jorge. Significados Colectivos: Procesos y Reflexiones Teóricas. CIIACSO. TEC de Monterrey., México, 2001.

Jesús G. El Anonimato. Revista Lo mejor de la Revista Plenitud A.A. No. 1, Compendio del no. 1 al 18. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A. C. México, 1993.

Las Doce Tradiciones. Central mexicana de Servicios Generales de A.A., A. C. México, 2001.

Leñero Otero, Armando. Prevención, Reducción del Daño y Curra de los Fármacodependientes. Experiencias y reflexiones de un proyecto de investigación en la acción. Caritas Arquidiócesis de México, I. A. P., México, 1999.

Machín Juan. Calacas, Chamacos y Chinelos. Fiestas Tradicionales y promoción juvenil. CedoJ, Cultura Joven, A. C. México, D. F., 1999.

Machín. J, Joaquín del Bosque, Tavera, S. Rosas, E. Beltrán, R. y López., L. Comunidades Terapéuticas: algunas experiencias y reflexiones sobre el tratamiento de fármaco dependencias. Adaptación de la conferencia “De chamanes a nodos de redes sociales”, presentada por los autores en el seminario “Política de drogas y servicios de prevención y tratamiento: Intercambio entre expertos de Alemania, Colombia y México”, realizado en Berlín del 28 al 30 de Mayo de 2001.

Merlo Roberto y Milanese Efrem. Miradas en la Ciudad. Métodos de intervención juvenil comunitaria. Instituto Mexicano de la Juventud., México, D. F., 2000.

Milanese Efrem, Merlo, Roberto y Machin Juan. Redes que previenen: tomo I. Instituto Mexicano de la Juventud, Centros de Formación de Fármaco dependencias y situaciones Criticas Asociadas., SEP, México, 2000.

Milanese Efrem, Merlo Roberto y Machin Juan. Redes que previenen: tomo II. Instituto Mexicano de la Juventud, Centro de Formación de Fármaco dependencias y situaciones Criticas Asociadas., SEP., México, 2000.

Milanese Efrem, Merlo Roberto y Brigitte Laffay. Prevención y Cura de la Fármaco dependencia. Una propuesta Comunitaria. Tomo I., Ed. Plaza y Valdés, México, 2001.

Nateras Domínguez Alfredo. Jóvenes, Culturas e Identidades Urbanas. Editorial UAM-I, Porrua. México, 2002.

Norma oficial mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. CONADIC.

Reiko, Emily. El estudio de los valores desde una perspectiva Etno- Socio- Psicológica. Alcances y Limitaciones. U. N. A. M, México, 1996.

Serna Leslie y Sánchez Luis Ignacio. ONG con Programas de Juventud. Evaluación de Experiencias de Intervención social. Tomo I. Instituto Mexicano de la Juventud., México. D. F. 2000.

M. D. Tiebout, H. A.A. Llega a la Mayoría de Edad. Una breve historia de A.A Central mexicana de Servicios Generales, México, 1957.

Trastornos de ajuste Psicosocial entre usuarios que inician tratamiento en Centros de Integración Juvenil. No 99-15.

Valenzuela Arce, José Manuel, Coord. Plaza y Valdés. Decadencia y Auge de las Identidades. El Colegio de la Frontera Norte. 2000.

Velásquez Luz Maria. Ollín Modelo de Prevención y Tratamiento al Consumo de Sustancias Psicoactivas para Niños en Situación Calle. UNAM. 2001.

Viviendo Sobrio. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. México., 1989.

Zavalloni Marisa, Guérin Louis C., Sociologie et Societes, vol XIX, no. 2, 1987.

Fuentes: DE ESTIGMA DE LA DIRECCION ELECTRONICA DE www.mty.itesm.mx/dhcs/hipertextos/num4centeno:htm

ABBAGNANO, Nicola (1996) Diccionario de Filosofía. Fondo de Cultura Económica, México.

BARTH, Fredrik (1976) Los Grupos Étnicos y sus Fronteras. La Organización Social de las Diferencias Culturales. Fondo de Cultura Económica, México.

BOURDIEU, Pierre (1990) Sociología y Cultura. Grijalbo, México.

GIMENEZ, Gilberto (1997) Materiales para una Teoría de las Identidades Sociales. En: "Frontera Norte", Volumen 9, #18, Julio-Diciembre, México

GOFFMAN, Erving (1979) Relaciones en Publico. Microestudios del Orden Publico. Alianza Universidad, Madrid. (1993) Estigma la Identidad Deteriorada. Amorrortu editores, Argentina.

HUNTINGTON, Samuel P. (1998) El Choque de Civilizaciones y la Reconfiguración del Orden Mundial. Paidós, México.

"Sociología de las enfermedades Mentales". F.C.M.U.N.C. 1998. www.lafaw.com

Ramírez, J. La Fármaco dependencia: Una visión desde la Desviación Social.

Diciembre de 2002. Cueyatl. Uam. mx

“La Identidad Grupal” www.web.iteso.mx/ldh/redtdt/querident.html

Versión editada del ensayo “Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la Identidad masculina, publicado en ediciones de la Mujer, num. 24, Isis Internacional, 1997.

Traducido por Oriana Jiménez. www.jornada.unam.mx/2002/seo02/020905/Is-machismo.html

Anexo A

Datos demográficos de la muestra.

EDAD	17 a 19	20 a 22	23 a 25	26 a 28	29 a 31	32 a 34	35 a 37
01						ü	
02	ü						
03		ü					
04	ü						
05			ü				
06					ü		
07		ü					
08			ü				
10					ü		
11			ü				
12				ü			
001		ü					
002			ü				
003	ü						
004							ü
005		ü					
006			ü				
007					ü		
008			ü				

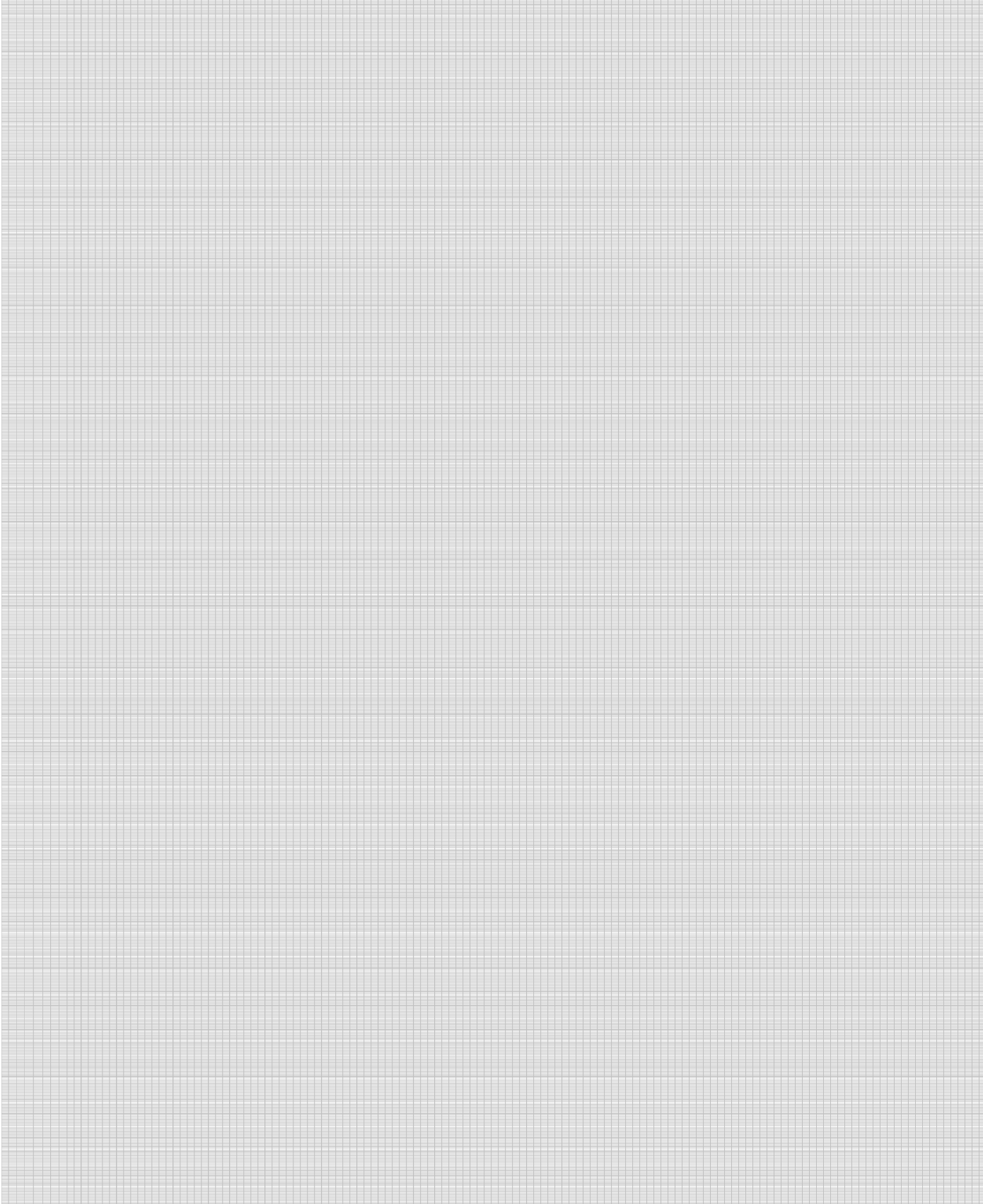
ESCOLARIDAD	Primaria	Secundaria	Secundaria Incompleta	Preparatoria	Preparatoria Incompleta	Carrera técnica incompleta	Estudios Superiores	Estudios Superiores Incompletos
01					ü			
02			ü					
03		ü						
04	ü							
05				ü				
06								ü
07								ü
08					ü			
10					ü			
11					ü			
12		ü						
001			ü					
002			ü					
003		ü						
004					ü			
005								ü
006						ü		
007		ü						
008					ü			

ESTADO CIVIL	Casado	Separado	Unión Libre	Soltero/a.
01				ü
02				ü
03				ü
04				ü
05				ü
06	ü			
07				ü
08	ü			
10	ü			
11			ü	
12	ü			
001				ü
002				ü
003			ü	
004				ü
005	ü			
006				ü
007		ü		
008			ü	

OCUPACION	Militar	Empleado	Oficios	Estudiante	Comerciant e	Profesional
01					☐☐☐	
02					☐☐☐	
03					☐☐☐	
04					☐☐☐	
05		☐				
06						☐
07				☐		
08			☐			
10					☐☐☐	
11					☐☐☐	
12					☐☐☐	
001	☐					
002			☐			
003			☐			
004			☐			
005		☐				
006		☐				
007			☐			
008			☐			

RELIGION	No cree en su religión	Místico	Mormón	Cristiano	Católico	Cree en el bien y mal
01					☒	
02					☒	
03					☒	
04					☒	
05				☒		
06					☒	
07	☒					
08					☒	
10					☒	
11					☒	
12					☒	
001						☒
002	☒					
003	☒					
004	☒					
005					☒	
006			☒			
007	☒					
008		☒				

1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0



Anexo B

Guión de la Entrevista Abierta.

Guión Entrevista Abierta.

Saludo

Presentación

1. ¿Cómo te llamas?
2. ¿Cómo estas?
3. ¿Porque llegaste aquí?
4. ¿Cómo supiste de este lugar?
5. ¿Cómo llegaste aquí, solo o alguien te trajo?
6. ¿Cuánto tiempo llevas aquí?
7. ¿Cómo te sientes de estar aquí?
8. ¿Te gusta estar aquí?
9. ¿Cuál es tu nivel de escolaridad?
10. Solo en el caso de HIJ, ¿qué modalidad de tratamiento tienes?

Explicación breve de los objetivos como introducción de la investigación.

¿Podemos comenzar?

Instrucciones de la Escala de Dependencia.

Realización de la Escala de Dependencia.

Instrucciones de la Ego Ecológica.

Realización de la Ego Ecológica.

Anexo C

Escala de Dependencia al Alcohol. Versión Utilizada.

Escala de dependencia al alcohol.

Las preguntas de este cuestionario tratan de su consumo de alcohol en los últimos 12 meses.

Instrucciones:

1. Lea cuidadosamente cada pregunta así como la posible respuesta.
2. Conteste cada pregunta encerrando en un círculo la opción que usted juzgue mas adecuada.
3. La palabra *alcohol o bebida* se refiere a las bebidas con contenido alcohólico.
4. Por favor, conteste todas las preguntas. Trabaje con cuidado, sin importar el tiempo que necesite para contestarlo.

1. ¿Cuántas copas bebió la última vez?

a). Lo suficiente para sentirse bien. b). Lo suficiente para emborracharse. c). Lo suficiente para “perderse”.

2. ¿Con frecuencia sufre crudas los domingos o los lunes por las mañanas?

a). No b). Sí

3. ¿Le tiemblan las manos o tiene escalofrío cuando vuelve a encontrarse sobrio?

a). No b). Algunas veces c). Casi cada vez que bebo.

4. ¿Al día siguiente de beber se siente enfermo con vómitos, dolor estomacal o retortijones?

a). No b). Algunas veces c). Casi cada vez que bebo.

5. ¿Ha estado intranquilo y/o ha visto, oído o sentido cosas que no existen?

a). No b). Algunas veces c). Varias veces.

6. ¿Cuándo bebe se tropieza, se tambalea y zigzaguea al caminar?

a). No b). Algunas veces c). Varias veces.

7. Al día siguiente de beber. ¿ha sentido bochorno y sudoración con fiebre?

a). No b). Algunas veces c). Varias veces.

8. Después de beber, ¿ha visto cosas que en realidad no existen?

a). No b). Algunas veces c). Varias veces.

9. ¿Siente pánico (terror) al pensar que no tendrá una copa cuando la necesite?
- a). No
b). Algunas veces
c). Varias veces.
10. ¿Después de beber ha tenido lagunas mentales sin haber sufrido desmayos?
- a). No
b). Algunas veces
c). Frecuentemente.
d). Casi cada vez que bebo.
11. ¿Lleva con usted una botella o tiene una al alcance de la mano?
- a). No
b). Algunas veces
c). La mayoría de las veces.
12. ¿Después de un periodo de abstinencia (sin tomar bebidas), termina usted bebiendo en exceso otra vez?
- a). No
b). Algunas veces
c). La mayoría de las veces.
13. En los últimos 12 meses, ¿se ha desmayado por estar bebiendo?
- a). No
b). Alguna vez
c). Más de una vez.
14. ¿Ha tenido convulsiones (ataques) después de haber bebido?
- a). No
b). Alguna vez
c). Varias veces.
15. ¿Bebe durante todo el día?
- a). No
b). Sí
16. ¿Después de haber bebido en exceso, tiene pensamientos o ideas confusas, poco claras?
- a). No
b). Sí, pero solo por unas horas
c). Si, por uno o dos días.
d). Sí, durante varios días.
17. Como consecuencia de beber, ¿ha tenido palpitaciones?
- a). No
b). Alguna vez
c). Varias veces.
18. ¿Piensa constantemente en beber y en las bebidas?
- a). No
b). Sí
19. Como consecuencia de su forma de beber, ¿ha escuchado cosas que no existen?
- a). No
b). Alguna vez
c). Varias veces
20. Cuando bebe ¿ha tenido miedo y sensaciones extrañas?
- a). No
b). Algunas veces
c). Frecuentemente.

21. Como consecuencia de haber bebido, ¿ha sentido cosas caminando por su cuerpo que en realidad no existen? (gusanos, arañas).

- a). No
- b). Alguna vez
- c). Varias veces

22. Ha tenido lagunas mentales (perdida de memoria).

- a). No
- b). Sí, durante menos de una hora
- c). Sí, durante varias horas.
- d). Sí, durante uno o varios días.

23. ¿Ha tratado de dejar de beber y no pudo?

- a). No
- b). Alguna vez
- c). Varias veces

24. ¿Bebe muy rápido (de un solo trago)?

- a). No
- b). Sí

25. Después de tomar una o dos copas, ¿puede dejar de beber?

- a). No
- b). Sí

Gracias por su colaboración.

181

Anexo D

Alcoholismo y Programas de recuperación.

ALCOHOLISMO	Enfermedad	Enfermedad Física	Enfermedad Mental	Enfermedad Emocional	Fatal y Destruye	Incurable	Progresiva	Mortal	Pérdida de control	Consumo Excesivo de Alcohol	No tiene distinciones (sexo, edad, religión, raza, etc.)	Enfermedad Social y/o Familiar	Problemática	Es triste	Fuerte, Inexistente y tramposo
01	C						C		C						
02		C	C		C										
03	C									C					
04					C								C	C	C
05		C		C							C				
06				C	C	C	C	C	C			C			
07		C		C		C									
08	C				C		C								
10	C					C	C	C			C				
11	C					C	C	C							
12	C				C				C		C	C	C		

ALCOHOLISMO	Fuga de la realidad	Normal	Por gusto	Cambiar de ánimo	Forma de aceptación	Estigma	Desorganiza la vida	Consecuencias fatales	Pérdida de control	Consumo Excesivo de Alcohol	Deteriora la salud	Adicción, que destruye Social y/o Familiar	Problemática	Llenar un vacío	Crea dependencia y es progresiva
001	C	C	C	C											
002	C			C											
003						C	C	C					C		
004	C													C	C
005	C				C			C		C	C			C	C
006								C	C	C	C				
007													C		
008												C			

PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN	Anexos/ Grupo 24 Hrs.	Grupo A.A. 1 ½ horas	Grupo AA 4to y 5to. Paso	HIJ/ Ama la vida	Clínicas	Psicólogos	Psiquiatras	Medicina	Brujería	Medicina Alternativa	Granjas	Casas Hogar	Drogadictos Anónimos	Centros de integración familiar	Religión	No sabe
01	Ü	Ü			Ü	Ü										
02	Ü	Ü														
03	Ü	Ü									Ü					
04	Ü				Ü			Ü								
05																Ü
06		Ü				Ü		Ü	Ü	Ü						
07		Ü														
08	Ü	Ü			Ü						Ü	Ü				
10		Ü														
11	Ü	Ü			Ü	Ü	Ü							Ü	Ü	
12		Ü						Ü							Ü	
001	Ü		Ü													
002	Ü	Ü		Ü												
003	Ü	Ü		Ü							Ü					
004	Ü	Ü		Ü	Ü						Ü					
005	Ü			Ü							Ü			Ü		
006	Ü			Ü							Ü					
007		Ü		Ü												
008	Ü			Ü												

INTERPRETACION DEL ALCOHOLISMO DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE RECUPERACION	Anexos/ Grupo 24 Hrs.	Grupo A.A. 1 ½ horas	Grupo A.A. 4to y 5to. Paso	HIJ/ Ama la vida	Clínicas	Psicólogos	Psiquiatras	Medicina	Brujería	Medicina Alternativa	Granjas	Casas Hogar	Centros de integración	Religión	No sabe
	Internamiento Involuntario	Enfermedad/ 12 pasos	Escribir tu vida y librarate de pecados	Internamiento voluntario/	Adicción/ pro-blema	Enfermedad	Enfermedad	Enfermedad física	Magia/ vicio	Hierbas naturales/ Vicio	Violencia	Alojamiento voluntario/ enfermedad	No sabe	Internamiento y leen la Biblia/ Vicio	No sabe
01	0	0			0	0									
02	0	0													
03	0	0									0				
04	0				0			0							
05															0
06		0				0		0	0	0					
07		0													
08	0	0			0						0	0			
10		0									0				
11	0	0			0	0	0						0	0	
12		0						0						0	
001	0		0												
002	0	0		0											
003	0	0		0							0				
004	0	0		0	0						0				
005	0			0	0						0				
006	0			0							0				
007		0		0											
008	0			0											

	TIEMPO EN RECUPERACION												
	2 meses	3 meses	4 meses y medio	5 meses	6 meses	6 meses y medio	8 meses y medio	11 meses	1 año 2 meses	1 año 7 meses	2 años	2 años 4 meses	3 años 1 mes
01											ü		
02										ü			
03					ü								
04								ü					
05										ü			
06											ü		
07						ü							
08			ü										
10									ü				
11												ü	
12													ü
001	ü												
002	ü												
003			ü										
004					ü								
005		ü											
006		ü											
007							ü						
008				ü									

Anexo E

Técnica Multietápica de la Identidad Social.

Versión Utilizada

Técnica Multietápica de la Identidad Social

Cada uno de nosotros (as) forma parte de varios grupos. Por ejemplo, de los hombres o de las mujeres, de los jóvenes; de los adultos o de las personas mayores, etc.

Nos interesa conocer cual es tu opinión acerca de los diferentes grupos que te voy a mencionar.

Te pedimos que por favor contestes cada pregunta ampliamente, de acuerdo a lo que tú piensas.

Muchas Gracias.

(Grupo de edad)

¿Cuántos años tienes? “.....”

¿Cómo es la gente de tu edad?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Es toda así o hay gente que sea diferente?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Ocupación)

¿A que te dedicas?

¿Cómo son los (las).....?tu ocupación

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Conoces gente que también sea..... y que sea de otra manera de ser?

Su ocupación

¿Cómo son?

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Clase social)

¿Cómo es la gente de la colonia (del rumbo) en donde tú vives?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Toda la gente de tu colonia es así o hay gente diferente?

Si hay diferente, ¿Cómo son?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Religión)

¿Cuál es tu religión? “.....”

¿Cómo son los.....? (Practicantes de su religión)

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Conoces gente de otras religiones? “.....”

¿Cómo son?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Alcoholismo)

¿Cómo describirías a una persona que tiene problemas con el consumo de alcohol?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Todas las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol son iguales o hay personas diferentes?

¿Cómo son?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Cómo son las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol y que están en proceso de recuperación?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Todas las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol y que están en proceso de recuperación son iguales o hay personas diferentes?

¿Cómo son?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Género)

(A llenar únicamente por personas del sexo femenino)

¿Cómo son las mujeres que tienen problemas con el consumo de alcohol?

(a)	(b)	(no escriba aquí)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Todas son así o hay otras que sean diferentes?

(a)	(b)	(no escriba aquí)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(A llenar únicamente por personas del sexo masculino)

¿Cómo son los hombres que tienen problemas con el consumo de alcohol?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Todos son así o hay otros que sean diferentes?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tú acabas de decir como son los hombres (las mujeres). Ahora piensa en las mujeres (los hombres). ¿Cómo son?

“Las mujeres son:.....”.

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

“Los hombres son:.....”.

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Estado Civil)

¿Cuál es tú es estado civil? “.....”

¿Cómo son las personas? “.....”

su estado civil

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Son todos (as) así o hay gente.....que sea de otra manera?

Su estado civil

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Otros Grupos)

¿Pertenece a algún grupo, club o asociación? “.....”.

¿Cual? “.....”

¿Cómo son? ¿Que hacen?

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Familia)

¿Cómo es tu familia?

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Conoces a otras familias que sean diferentes a la tuya? “.....”

¿Cómo son?

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Cómo son tus amigos (amistades)?

(a)	(b)	(no escriba aqui)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Conoces amistades que sean diferentes a las tuyas? “.....”.
¿Cómo son?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

a) ¿Cómo te imaginas a un hombre (una mujer) ideal? (del mismo sexo que el sujeto)

b) ¿Que cualidades te gustaría tener a ti?

c) ¿Qué cosas admiras de otras personas?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si piensas en una persona que no se pareciera nada a ti (que fuera lo más diferente posible a ti)

¿Cómo sería esa persona?

(a)	(b)	(no escriba aquí)	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(Programas de Recuperación)

¿Que consideras que es el alcoholismo?

¿Qué programas de recuperación conoces que atiendan a personas que tengan problemas con el consumo de alcohol?

¿De acuerdo a los programas que antes mencionaste, como conciben estos programas al alcoholismo?

Tiempo en recuperación: _____

¿Hay alguna otra idea o tema del (de la) que no hayamos hablado y que consideras importante anotar, con respecto a lo que hemos platicado?

Anexo F

Espacios elementales de identidad social.

المسألة الأولى
المسألة الثانية
المسألة الثالثة
المسألة الرابعة
المسألة الخامسة
المسألة السادسة
المسألة السابعة
المسألة الثامنة
المسألة التاسعة
المسألة العاشرة
المسألة الحادية عشرة
المسألة الثانية عشرة
المسألة الثالثة عشرة
المسألة الرابعة عشرة
المسألة الخامسة عشرة
المسألة السادسة عشرة
المسألة السابعة عشرة
المسألة الثامنة عشرة
المسألة التاسعة عشرة
المسألة العشرون

CASO 01.

En este caso, identifica a diversos grupos de pertenencia y alteridad, dentro de los cuatro cuadrantes.

Este hombre se identifica con los jóvenes de su edad únicamente (EGO), con una valoración negativa, aquel que no tiene superación personal, bebedor, mujeriego y apático, a diferencia de aquellos que son trabajadores, hogareños, responsables, casados, que no causan problemas y son participativos.

Se describe así mismo como un comerciante mentiroso, ambicioso, calculadores y cerrados además de no tener superación personal, positivamente se describe como negociador y soñador, a diferencia de aquellos que son sentimentalistas (ALTER +), y se distancia de aquellos que son conformistas, e inseguros.

La gente de su colonia como el, valorado como positivo (EGO +) es trabajador, tranquilo y sociable y se describe negativamente como materialista en exceso, apático y ostentoso, a diferencia de otros que no se meten con nadie y rechaza (ALTER -) a aquellos que son cerrados, negativos y ostentosos. Valora como positivo a los católicos como el, que son fieles, creyentes y conservadores; y se diferencia de los cristianos que son tranquilos, dependientes y trabajadores.

Se describe a si mismo como un hombre alcohólico y que además de tener un proceso de recuperación, a través de compartir experiencias de forma anónima, posiciona en el exterior diversas carencias afectivas, así como culpígeno y víctima, a diferencia de otros que admira los cuales son poco irritables, obtienen una madurez emocional y asimilan una conversión; ubicando con mas distancia aquellos que además son adictos, con algún defecto físico, aislado y con excesos en todo.

Se ubica como hombre, soltero positivamente como pasivo, trabajador, que se dan lujos y negativamente, grosero, prepotente, borracho, mujeriego y con excesos en todo, se distancia de otros solteros (ALTER -) que son irresponsables, inmaduro y sin proyectos las mujeres alcohólicas que son (ALTER +) sentimentalistas y con valoraciones negativas ubica que no reconocen su adicción, son agresivas y ofensivas.

Sus amigos son solidarios, tranquilos y relajientos; pero negativamente son materialistas, apáticos; valor positivamente (ALTER +) a otras amistades que valoran mucho la amistad, tienen una relación cercana y son comprensivos.

A su familia la describe positivamente como unida, comprensiva y solidarios, se distancia de otras familias que son agresivos, desunidos y egoístas.

Identifica con numerosas descripciones a su yo ideal describiéndolo como sano, humanista, idealista, puntual, con mayor experiencia y confianza en otros, así como también con un cuerpo atlético, con buen gusto y educación. Alguien muy diferente a el lo percibe como agresivo, intolerante y conformista.

En la entrevista abierta este caso, con dos años de tratamiento identifica al alcoholismo como una enfermedad progresiva y la necesidad de abstinencia ya que reconoce su adicción como conflicto (victimaza), que corresponde al programa de recuperación de A. A. además de que para el su grupo de recuperación es muy importante. En la EDA, obtuvo 25 puntos con una Dependencia Media. Este caso deja ver la necesidad de encontrar elementos que fortalezcan su identidad. Ya que aun en recuperación no ha identificado, aquellos que le ayuden a conformar más sólida su identidad real.

Handwritten notes in the top left corner, including the word "Handwritten" and some illegible scribbles.

CASO 02.

En este caso identifica a diversos grupos de pertenencia y alteridad, dentro de los cuatro cuadrantes.

Se identifica (EGO +) con los jóvenes, solteros, católicos de su edad, del pueblo donde vive dedicados al comercio, que toman y se drogan, no tienen una relación familiar y van mal en la escuela por el cotorreo, van a la Iglesia diario, pero solo a ver a las chavas, es trabajador, con ganas de ayudar a sus padres y salir adelante; como zona de conflicto (EGO -) ubica su consumo de sustancias, el ser peleonero, ratero, no le gusta obedecer ordenes, porque cree que todo lo que hace esta bien, es lambiscón y costumbrista. Se diferencia (ALTER +) de aquellos jóvenes que son introvertidos, trabajadores, que cuidan a su familia, controlan su forma de beber y de Los Testigos de Jehová que es apagados y no toman; con mas distancia (ALTER -) ubica aquellos jóvenes que son tranquilos, estudiosos, los borrachos de su colonia, así como también a los solteros que no trabajan y no ven por su familia por la adicción, así como a los Testigos de Jehová que no se divierten para nada y son criticones.

Como hombre alcohólico se percibe positivamente que se preocupa por el y su familia, y tiene muchas ganas de salir adelante(EGO) pero negativamente el cómo a sus amigos desmadrosos de consumo, percibe mal su personalidad, es egocentrista, no tiene intención de mejorar, ni cambiar es irresponsable, mentiroso, humilla a la gente y es huevón; se diferencia (ALTER +) de aquellos que toman para relajarse y de las mujeres que percibe como casi igual a un hombre; con mas distancia(ALTER -) ubica a los alcohólicos que se quedan tirados en la calle y a las mujeres alcohólicas que son interesadas, calculadoras, inseguras, andan en la calle y que su familia no se preocupa por ellas y de las mujeres que no toman porque le hacen daño; en su proceso de recuperación(EGO +) percibe a sus amigos de grupo que lo apoyan, y son trabajadores, como él , personas que luchan a diario por cambiar, aprende como desenvolverse, así como a vivir sin miedo, pero negativamente se percibe inseguro, con autoestima baja, con miedo de salir adelante, autosuficiente y orgulloso; se diferencia (ALTER +) de aquellos que en su proceso lo guían ya que saben mucho por su experiencia, son seguros de sí mismos y mustios, como de otras amistades que trabajan y son dedicados a su familia; se distancia de aquellos (ALTER -) que son mentirosos, son criticones, solo dejan de beber y siguen igual, así como de otros amigos que no se divierten son codos y no trabajan.

Su familia (EGO) como grupo de pertenencia, valora positivamente el que haya mujeres trabajadoras dentro del hogar, mi papá es rígido y luchamos para salir adelante, pero percibe negativamente que no pueda platicar con su papá que es muy estricto, su mamá es orgullosa, no tienen convivencia, al contrario hay violencia física, y muchos problemas, somos borrachos, y peleoneros; se diferencia de(ALTER +) familias como las de su tío, que son tranquilas, si tienen comunicación y convivencia, solo los papas trabajan y les dan permisos a los hijos.

Identifica al hombre ideal y lo que el no tienen como seguro, que sepa desenvolverse con la gente, ayudar a otros y ser compartido, llevarse bien con la familia, trabajador, obediente, con ganas salir adelante, con una carrera y un nivel económicamente mayor del que tiene.

En la entrevista abierta este caso, con un año siete meses de tratamiento identifica al alcoholismo como una enfermedad fatal que destruye y la necesidad de abstención para mejorar su condición ya que reconoce su adicción como conflicto (culpa), que corresponde al programa de recuperación de A. A. además de que para el su grupo de recuperación es muy importante. En la EDA, obtuvo 27 puntos con una Dependencia Media. Este caso deja ver la necesidad de encontrar elementos que fortalezcan su identidad. Ya que aun en recuperación no ha identificado, aquellos que le ayuden a conformar más sólida su identidad real.

Handwritten notes in the top left corner, including the number '10' and some illegible text.

CASO 03.

Aunque utiliza los cuatro cuadrantes para construir su identidad psicosocial, son más numerosas las descripciones del EGO y ALTER positivo.

Se describe a sí mismo e identifica su grupo de pertenencia (EGO) con los comerciantes, gente de su colonia y jóvenes de 20 años que piensan que ya están grandes y ya saben lo que tienen que hacer, le echan ganas, es alegre y son mustios y se cotizan por el dinero; pero valora como conflicto, el creer que todo lo que hace esta bien, tener responsabilidades que no le tocan es flojo y enojon; se distancia de (ALTER +) aquellos que son abiertos, amable, y de la gente de su pueblo que solo le hablan por interés y se distancia (ALTER -) de aquellos que negativamente son flexibles y sucios. Los católicos como él (EGO) son muy apegados a la Iglesia pero negativamente identifica que también echa la hueva, se diferencia (ALTER +) de los Testigos de Jehová, que acarrea gente, van a la Iglesia a escuchar y son criticones.

Se describe como hombre alcohólico, que tanto él, como sus amigos que “visten guango y tiene los pelos parados”, posicionan en el exterior, problemas y carencias afectivas que por conveniencia y para olvidarse de ello, beben y pierden el control, son mentirosos, interesados y agresivos; se distancia de (ALTER +) algunos otros que no pierden el control y toman por gusto; así como a las mujeres que las percibe como más responsables por miedo a que les pase algo y hacen desfiguros; y ubica con mas distancia (ALTER -) aquellos que no tienen problemas de dependencia al alcohol. En su proceso de (EGO +) recuperación describe a personas comprometidas con una tarea para toda la vida a través de la ayuda mutua, pero negativamente se percibe sin fuerza de voluntad, sin aceptación a su problema con el alcohol y desobediente; se diferencia (ALTER +) de aquellos que, les interesa la recuperación y si quieren cambiar, como de los que van al grupo solo al desmadre; con mas distancia ubica aquellos amigos que lo humillan. Como soltero se percibe (EGO +) como mujeriego, pachangueros, sin compromisos, ni responsabilidad; se diferencia de aquellos (ALTER +) que son mensos y se clavan con la chava y tiene miedo a que los descubra en su infidelidad. Así como sus amigos que platican en confianza con él y le dan ánimo de seguir adelante.

A su familia, la valora positivamente por que le dicen las cosas claras, es exigente, payasa, enojones, convenencieros, no le tienen confianza y esta loca y se diferencia de (ALTER +) otras familias como la de sus tíos que no toman, es cariñosa, si hay comunicación, respeto, y están muy apegados a la Iglesia.

Identifica al hombre ideal mas bien hace una descripción de su yo ideal y de lo que él tiene y lo considera un conflicto en ambos polos, como positivo ubica aquel que recupera la confianza, es alegre, sincero, atiende bien y sin pena a los clientes, y negativamente lo que el no es, como aquel que no pelea con los hermanos, se lleva bien con la familia, es “casi santo” y se lleva bien con la novia, amable, no conformistas y con mucha disposición.

En la entrevista abierta este caso, con seis meses de tratamiento identifica al alcoholismo como una enfermedad que consiste en el consumo excesivo de alcohol y la necesidad de abstinencia para mejorar su condición (se victimiza), que corresponde al programa de recuperación de A. A. además de que para el su grupo de recuperación es muy importante. En la EDA, obtuvo 19 puntos con una Dependencia Moderada. Este caso deja ver la necesidad de encontrar elementos que fortalezcan su identidad real.

Handwritten notes on graph paper, including a small table with columns and rows of numbers.

CASO 04.

En este caso identifica en los cuatro cuadrantes diversos grupos de pertenencia y alteridad, para conformar su identidad psicosocial, pero son más numerosas las descripciones en el EGO con una valoración negativa.

Se identifica (EGO +) con los comerciantes de su colonia y la gente de su edad a sus amigos que como el son trabajadores, consistentes, alegres y serio; y ubica como conflicto (EGO -) el ser inseguro, tonto, llevado, agresivo, sucio, flojo ratero y aburrido; se diferencia (ALTER -) con aquellos que son apegados a la familia, toman en serio el trabajo, son divertidos, trabajadores, divertidos, limpios, y se puede convivir con ellos. Como católico se percibe muy apegado a la Iglesia, pero negativamente siente que es obligado a seguir con la religión y por ello es inconsistente; se diferencia de los testigos de Jehová (ALTER +) que son más serios y respetuosos con su religión y por ello negativamente los percibe como enojones.

Como hombre alcohólico sé (EGO -) percibe como poco trabajador, sucio, perdido, insatisfecho, triste, enfermo, con conflictos en casa, enojon inseguro y dependiente de los amigos, se distancia (ALTER -) de aquellos que beben solos, tienen la mirada perdida, son hipócritas, mujeriegos, agresivos, demasiado problemáticos, resentidos e ignorantes; así como de las mujeres alcohólicas a las cuales percibe como reventadas, locas, sumisas, olvidadas, problemáticas y odiosas; como soltero y en proceso de recuperación se percibe (EGO +) como observador, alegre, serio y trabajador, y como conflicto (EGO -) se describe como callado, triste, conflictivo, con sentimiento de soledad, llevado, enojon, loco y torpe. Como grupo de pertenencia ubica a la gente de alcohólicos anónimos que la percibe como divertidos y sinceros, además de que platica con ellos, se diferencia con más distancia de aquellos que son aburridos, insoportables y pesados. En este caso no refiere nada en cuanto a su familia, sin embargo coloca en la alteridad con valoraciones positivas aquellas familias que son unidas, trabajadores, gente preparada, tradicionalistas y felices; con mas distancia ubica aquellas que son fanfarrones, hipócritas e inconformes.

Su hombre ideal trabajador, alegre, con buenos sentimientos, autoritario, inteligente, con familia y amigos. El no es fanfarrón, que no mide consecuencias, ni insoportable ni necio.

En la entrevista abierta, este caso con once meses en recuperación, identifica al alcoholismo como una problemática, triste fuerte inexistente y tramposo. Su percepción es un auto reconocimiento. En la EDA con 14 puntos con una Dependencia Moderada, no se identifica como alcohólico, con el programa de A.A., ni con la necesidad de abstenerse sin embargo, reconoce que para él es muy importante su grupo de recuperación.

CASO 05.

Identifica en los cuatro cuadrantes diversos grupos de alteridad y pertenencia, sin embargo sus descripciones son más numerosas en los cuadrantes positivos.

Se identifica con los jóvenes de 25 años que no se drogan y son sociables, se diferencia (ALTER +) de aquellos que percibe como buenas personas y son leales. Como vendedor de mascotas se percibe (EGO +) como amable, que tiene un buen patrón porque no lo humilla, aunque (EGO -) ubica que hay algunos que no les gusta que se les contradiga, y las cosas deben ser como ella (su jefa) quiere, se diferencia de otros (ALTER +) que tratan de hacer lo mejor posible su trabajo y con mas distancia ubica (ALTER -) aquellos que no cuidan su trabajo y es voluntarioso. Con descripciones negativas describe a la gente de su colonia (EGO), como descuidados por lo que no hay comunicación en la cuadra; se diferencia de aquellos que si se saludan y son desinteresados. Los cristianos, lo apoyan, le enseñan valores humanos, tienen el ideal hacia un solo Dios, tratan de cambiar positivamente todos los defectos de carácter y; y se diferencia de los católicos (ALTER +) como su abuela que son buenas personas.

Los hombres alcohólicos como él bebe diario, son neuróticos y antes de ser alcohólico ya era un neurótico, se diferencia (ALTER +) de los que están tristes, se sienten mal y se hacen la víctima, y rechaza, a los que se hacen los mártires, tratan de llamar la atención con sus actitudes y son exageradamente atentos; en su proceso de recuperación, se percibe como neurótico, con la idea de beber, incongruentes y lo utiliza como algún tipo de fuga además de ayudarse mutuamente a través de experiencias con sus compañeros para no beber, ser honestos y tener fortaleza, se percibe físicamente deteriorado, y negativamente con un daño psicológico; se diferencia de las mujeres y las ubica con problemas físicos y emocionales.

Los solteros como él trabajan, son hijos de familia, y hace deporte, pero negativamente solo estudian a ratos; se diferencia de aquellos que no son hijos de familia, son introvertidos y no se recuperan. De su familia percibe que su abuela como ama de casa se preocupa por él, es sociable, unida y muy tolerante se diferencia (OTRS +) de la familia de su mama y su pareja donde hay alcoholismo y desunión familiar; a sus amigos los percibe como leales e hipócritas.

Identifica al hombre ideal que es padre de familia perfecto, ejemplar, comprensivo que guíe a sus hijos, con una carrera, posición económica media alta y responsable en el trabajo. El no es un hombre emocionalmente estable, ni siempre tiene ganas de vivir, ni tampoco es buen compañero y amigo.

En la entrevista abierta este caso, con un año siete meses de tratamiento identifica al alcoholismo como una enfermedad que no tienen ninguna distinción de sexo, edad, religión, etc. y la necesidad de abstinencia para mejorar su condición (culpa), que corresponde al programa de recuperación de A. A. además de que para el su grupo de recuperación es muy importante. En la EDA, obtuvo 27 puntos con una Dependencia Media. Este caso deja ver la carencia de elementos que fortalezcan su identidad real.

Handwritten text in the top left corner, possibly a page number or header, appearing as "216" and some illegible characters.

CASO 06.

Identifica en los cuatro cuadrantes diversos grupos de pertenencia y de alteridad.

Se identifica (EGO +) con los jóvenes de su edad que son trabajadores y responsables, pero (EGO-), tenemos problemas con el alcohol y personales. Se diferencia de aquellos que tienen estudios superiores, trabajan y se dedican a la familia, y se distancia (EGO -) de los que tienen problemas de alcoholismo.

Se identifica con gente de su colonia, que son trabajadores, pero (EGO -) son fanáticos a la religión católica, chismosos, creen en Dios y los Santos, aunque (EGO -) solo cumple por requisito social, y no se preocupa por el valor espiritual, se distancia (ALTER +) de los judíos, que son hábiles para moverse; se distancia de aquellos de la colonia que tratan de darle buena educación a sus hijos así como un mejor futuro, tienen una visión amplia, utilizan el dinero y el poder bien (ALTER -), pero se diferencia por ser minoría.

Como abogado (EGO -), se percibe como cien por ciento materialista, pragmático, aprovechado, egoísta y culero; y positivamente pertenece a la Barra de Abogados que se brindan apoyo mutuo entre colegas, se diferencia de (ALTER +) aquellos que son honestos, altruistas y tienen dinero.

Como hombre alcohólico, (EGO -) se percibe con necesidad de llamar la atención, miedoso, agresivo y aislado; en su proceso de recuperación se identifica con sus amigos que se ayudan entre ellos y con aquellos que tienen deseo de cambiar (EGO +) y que luchan a diario, siendo un conflicto (EGO -) para él, ya que no le es fácil cambiar, debido a malestares emocionales, y repite actitudes de cuando bebía, como ser infiel y no valorar a su familia. Se distancia (ALTER +) de la minoría que percibe aplica el programa, son obedientes, triunfadores y de las mujeres alcohólicas comprensivas; con más distancia (ALTER-) ubica a los que son mártires, sumisos y le tienen miedo a la autoridad, así como también a las mujeres alcohólicas que describe como falsas, desvalorizadas, putas y fodongas.

Se identifica con los casados que son luchones, pero (EGO -) se siente atado, con la responsabilidad de compartir con otra persona a huevo. Se distancia (ALTER+) de aquellos que comparten todo con su familia, tienen salud, son espléndidos y desprendidos. A su familia propia la valora positivamente a su esposa como leal, aguantadora, con sus hijos mantiene comunicación y confianza; y negativamente ve a su familia como una carga y a su esposa como sumisa; se diferencia (ALTER-) de aquellas familias que son egoístas, sin arraigo en casa, triste e infiel.

Su hombre ideal es aquel sin vicios, honesto, responsable, inteligente, trabajador, libre, congruente, constante, feliz y satisfecho. Lo que él no es: profesionalista, congruente, constante y amoroso.

En la entrevista abierta, este caso con dos años en recuperación, identifica el alcoholismo como una enfermedad social y/o familiar, incurable, progresiva y fatal. En su discurso durante la TMIS, su percepción es solo a nivel del discurso aprendido durante su estancia en A. A., pero no es un auto reconocimiento. En la EDA con 44 puntos con una Dependencia Severa, se identifica como alcohólico y por ello la necesidad de abstenerse para mejorar su condición. Ubica como conflicto (victimización) su adicción, sin embargo, no se logran ubicar elementos de confrontación interna reales, que le permitan encontrar elementos de transición identitaria; ya que en este caso se encuentra estancado en una Identidad Heterodirigida.

Handwritten notes in the top left corner of the page, including the number '100' and some illegible text.

CASO 07.

Se identifica como joven estudiante con metas aunque no claras, pero a través de las cuales pueda cambiar el mundo y con motivación para superarse, es decir, se percibe propositiva. En el alter negativo se diferencia con las jóvenes que son miedosas y conformistas que estudian por presiones externas, es decir que tienen un carácter más pasivo.

Como alcohólica en recuperación se siente motivada para salir adelante, con ganas de vivir y valorando su actual condición de vida; sin embargo, como mujer alcohólica se percibe insegura, insatisfecha, en búsqueda de cariño. Su alcoholismo le ha provocado problemas con la familia y en el ámbito laboral por lo que se siente inconforme por lo que es; tiene en su Ego negativo sentimientos de soledad. A los hombres alcohólicos los describe como personas que buscan ser el centro de atención y egoístas. Las mujeres que están como ella en A.A. las valora positivamente porque comparten y se fortalecen con sus experiencias al buscar su recuperación; aunque también son orgullosas (EGO -); Y otras mujeres de A.A. de las cuales se diferencia son las que no quieren dejar de beber.

Su familia en lo positivo es trabajadora y luchona; pero tiene una mayor percepción en lo negativo la describe como descuidada e individualista, que no tiene comunicación y también hay integrantes alcohólicos. En cambio otras familias (+) las percibe más unidas porque buscan su bienestar común, se tienen confianza y no son alcohólicos.

Como soltera en su ego (+) se percibe libre, soñadora y dedicada a la escuela, aunque también es libertina y con incertidumbre de su futuro (-). Se distancia de las solteras (alter -), que buscan casarse y ser madres.

Respecto a sus amigos (+) los describe como soñadores que la escuchan; y se distancia de otras amistades (-) que son sonsacadores y mediocres.

Su ideal de mujer es una persona humana que sepa escuchar, que logre sus objetivos y que sea triunfadora en su vida personal y en lo académico. Lo que ella no es: satisfecha, ordenada, aplicada y responsable.

En la entrevista abierta este caso, con seis meses y medio de tratamiento identifica al alcoholismo como una enfermedad incurable, que corresponde al programa de recuperación de A. A. además de que para ella su grupo de recuperación es muy importante. En la EDA, obtuvo 28 puntos con una Dependencia Media. Esta indica auto identificación como alcohólica, y la necesidad de abstinencia ya que reconoce su adicción como conflicto, (víctima). Este caso deja ver con más claridad, el proceso de cambio que transita y la necesidad de encontrar elementos que fortalezcan este cambio. Ya que aun en recuperación no ha identificado, aquellos que le ayuden a conformar más sólida su identidad real.

Handwritten notes in the top left corner, including the number '100' and some illegible text.

Handwritten notes on graph paper, including a small table with columns and rows of text.

CASO 08.

Identifica en los cuatro cuadrantes diversos grupos de alteridad y pertenencia, siendo mucho más numerosas sus descripciones en el EGO negativo.

En este caso, se ubica dentro del cuadrante negativo como un joven transportista desmadroso, irresponsable y violento; a diferencia de aquellas que so responsables y trabajadores.

Dentro de este mismo cuadrante ubica como grupo de referencia a la gente de su colonia que como él, son católicos calificándolo como gente mala que no lo deja crecer y lo joden, así mismos son alcohólicos y rateros.

En su condición de alcohólico, se describe así mismo y a sus amigos de parranda, como envidiosos, ojetes y agresivos que no miden consecuencias a diferencia de aquellos que son tranquilos y pasivos.

Como grupo de pertenencia con descripciones positivas se ubica dentro de los A.A., que como él, y sus amigos leales, es gente que trata de obtener sobriedad, así como cambiar su forma de ser a través de ayuda mutua; El se percibe como orgulloso, envidioso y malo a diferencia de aquellos que positivamente son gente tranquila, con buenos sentimientos y colaborativos en el grupo de recuperación. A las mujeres alcohólicas las describe como malas, locas y chismosas.

Como casado (Ego -) se percibe como infiel, ojete y machista a diferencia en oposición de aquellos que son fieles, honestos, dedicados a su familia y trabajadores.

A su familia la describe como grupo de pertenencia que en lo positivo es unida, emprendedora y responsable, aunque también reconoce características negativas que su familia comparte con otras a las cuales rechaza por ser envidiosos, orgullosos, agresivos y con una relación afectiva fría.

Declina a describir a la persona ideal y a la opuesta como lo que el no es y quisiera llegar a ser, es decir una descripción de su "yo ideal" como honesto, responsable, fiel, trabajador, con experiencia, ímpetu, fuerza para cambiar y pasivo.

En la entrevista abierta, este caso con cuatro meses y medio en recuperación, identifica el alcoholismo como una enfermedad progresiva y fatal. En su discurso durante la TMIS, su percepción es solo a nivel del discurso aprendido durante su estancia en A. A., pero no es un auto reconocimiento. En la EDA con 37 puntos con una Dependencia Severa, se identifica como alcohólico y por ello la necesidad de abstenerse para mejorar su condición. Ubica como conflicto (culpa) su adicción, sin embargo, no se logran ubicar elementos de confrontación interna reales, que le permitan encontrar elementos de transición identitaria.

2023
2022
2021
2020
2019
2018
2017
2016
2015
2014
2013
2012
2011
2010
2009
2008
2007
2006
2005
2004
2003
2002
2001
2000
1999
1998
1997
1996
1995
1994
1993
1992
1991
1990
1989
1988
1987
1986
1985
1984
1983
1982
1981
1980
1979
1978
1977
1976
1975
1974
1973
1972
1971
1970
1969
1968
1967
1966
1965
1964
1963
1962
1961
1960
1959
1958
1957
1956
1955
1954
1953
1952
1951
1950
1949
1948
1947
1946
1945
1944
1943
1942
1941
1940
1939
1938
1937
1936
1935
1934
1933
1932
1931
1930
1929
1928
1927
1926
1925
1924
1923
1922
1921
1920
1919
1918
1917
1916
1915
1914
1913
1912
1911
1910
1909
1908
1907
1906
1905
1904
1903
1902
1901
1900

CASO 10.

Identifica en los cuatro cuadrantes, diversos grupos de alteridad y pertenencia, pero utiliza mayor número de descripciones para EGO y ALTER, positivo.

Se identifica con los comerciantes agresivos de su edad que son borrachos, desmadrosos, desenfrenados y groseros se diferencia de aquellos que son trabajadores, tienen un amplio criterio, se dedican a la familia y son envidiosos.

A la gente de su colonia, aunque casi no convive con ella, la percibe como tranquila y amable. Describe en el mismo cuadrante (EGO) positivo a los católicos, como el por tradición y aquellos que son fanáticos, moralistas e hipócritas.

En el ego negativo se identifica que como alcohólico le cuesta trabajo reconocer que no puede dejar de consumir, y por ello le cuesta trabajo la recuperación, además de percibirse sin sentimientos, iracundo y vividor, a diferencia de aquellos alcohólicos que beben y están tranquilos durante el día y no tienen tantos problemas, aunque negativamente su comportamiento sea diferente. Como hombre alcohólico en recuperación se describe como neurótico, inseguro, ya que posiciona en el exterior, una serie de carencias afectivas, además de sentirse rechazado, débil y ser fantasioso, igualmente comparte estas características con las mujeres alcohólicas, a las cuales percibe que consumen por imitación a los hombres; a diferencia de aquellos alcohólicos en recuperación que si tienen aceptación, los percibe como triunfadores que tienen ganas y coraje de salir adelante.

Los casados como él, se casaron por obligación, se siente comprometido por eso es agradecido a su compañera, es miedoso, y le pesa estar casado, aunque negativamente se considera a todo dar y el matrimonio para él es una fuga; aunque reconoce y valora positivamente que hay otros casados que son responsables y machistas, y rechaza aquellos que son trabajadores, hogareños, expresivos y sentimentales.

A su familia valorada como positivo es soberbia, exagerada, enojones aunque hay otras familias que tienen todo, son tranquilos, alegres, unidos y rechaza aquellas que son metiches, chismosos y envidiosas.

Sus amigos son incondicionales y le dicen la verdad, aunque hay otros, que son mentirosos, convenencieros, hipócritas y volubles.

Identifica al hombre opuesto de sí y al ideal como su yo ideal con numerosas descripciones lo describe como aquel que puede tomar decisiones propias, humilde, auténtico, valiente, con ganas de vivir, sensible, sencillo, y sobresaliente.

En la entrevista abierta, este caso con un año dos meses en recuperación, identifica el alcoholismo como una enfermedad incurable progresiva y mortal. En su discurso durante la TMIS, su percepción es solo a nivel del discurso aprendido durante su estancia en A. A., pero no es un auto reconocimiento. En la EDA con 33 puntos con una Dependencia Severa, se identifica como alcohólico y por ello la necesidad de abstenerse para mejorar su condición. Ubica como conflicto su adicción, sin embargo, no se logran ubicar elementos de confrontación interna reales, que le permita encontrar una transición identitaria.

Handwritten text in the top left corner, possibly a page number or header, including the number '225'.

CASO 11.

Identifica diversos grupos de pertenencia y alteridad en los cuatro cuadrantes. Se identifica negativamente con los jóvenes de 25 años que es irresponsable, no le gusta estudiar, y no convive con gente de su edad, pero admira aquellos que son trabajadores, maduros y les gusta estudiar. Los comerciantes como él, son responsables y trabajadores, y se percibe negativamente es autoritario, altanero, y materialista, se diferencia de otros que no son materialistas y son sencillos. En su colonia hay muchos alcohólicos y drogadictos, aunque hay otros que estudian, son trabajadores, no buscan problemas y la mayoría se conoce. Se diferencia de los cristianos a los cuales percibe como gente decente, maduros y que no tiene vicios.

Los hombres alcohólicos como el son mentirosos, no tienen metas ni dignidad, son vengativos, conflictivos, irresponsables y flojos; en su proceso de recuperación describe que en A.A. ha encontrado a sus amigos, que le apoyan para no consumir, así como a salir adelante y vivir mejor, yendo a sus juntas diario, casi todos tienen las mismas etapas, es depresivo, busca fugas y orgulloso, se diferencia (ALTER +) de aquellos que positivamente no beben, son responsables, trabajadores, tienen una mejor relación familiar y tranquilos; con más distancia (ALTER -) ubica a los que solo van de vez en cuando a sus juntas y que vuelven a beber, no le dedican tiempo a la recuperación y no se aceptan como alcohólicos, así como a las mujeres a las cuales percibe que no tienen dignidad, se humillan mucho con los hombres, y son irresponsables.

En este caso se identifica (EGO +) con los que viven en unión libre, que tratan de ser responsables, se preocupa mucho por sus hijos, y cariñoso, pero negativamente le causa conflicto el ser depresivo, iracundo, neurótico, codoso y materialista; se diferencia de los que son hogareños; con más distancia a los (ALTER -) que son violentos, son desunidos y no se quieren.

Percibe a su familia con valoraciones positivas ya lo sacan adelante, son sus mejores amigos, estudian y son cariñosas, pero negativamente son callados, beben, posesivos y neurótico.

Identifica al hombre ideal (yo ideal) como aquel que es organizado, buen amigo, estudioso, sin problemas de dependencia a ninguna sustancia, es responsable, honesto, sencillo, trabajador, altruista, respetuoso, cariñoso, decente, y viste bien. En este caso no identifica su opuesto.

En la entrevista abierta, este caso con dos años cuatro meses en recuperación, identifica el alcoholismo como una enfermedad incurable progresiva y mortal. En su discurso durante la TMIS, su percepción es solo a nivel del discurso aprendido durante su estancia en A. A., pero no es un auto reconocimiento. En la EDA con 41 puntos con una Dependencia Severa, se identifica como alcohólico y por ello la necesidad de abstenerse para mejorar su condición. Ubica como conflicto (culpa) su adicción, sin embargo, no se logran ubicar elementos de confrontación interna reales, que le permita encontrar una transición identitaria.

Handwritten notes in the top left corner, including the number '1' and some illegible text.

CASO 12.

Identifica, diversos grupos de alteridad y pertenencia conformando su identidad psicosocial.

Se identifica (EGO +) con los jóvenes de su colonia, y comerciantes de su edad y además sus amigos que son honestos, sencillos, trabajadores, responsables, respetuoso, amables, seguros y alegres; se distancia de aquellos que (ALTER -) son deshonestos rateros, irresponsables, groseros, briagos y apáticos. Le inculcaron la religión católica, y por ello sé (EGO +) considera creyente, negativamente se percibe que trata de no pecar y supuestamente cree; se diferencia de (ALTER+) los testigos de Jehová que son criticones, imprudentes, acarrear gente y violan las reglas y normas; y con mas distancia (ALTER -) ubica a los que percibe como mustios. Como casado (EGO +) se percibe responsable, buen padre, comprensivo, fiel se diferencia de los (ALTER +) incomprensibles, y con mas distancia (ALTER -) ubica aquellos regañones neuróticos, infieles.

Como hombre alcohólico (EGO) se percibe agresivo, loco, irresponsable, toma a diario en exceso y es mentiroso; se diferencia de las mujeres alcohólicas (ALTER +) que percibe, desmadrosas e irresponsables. En su proceso de recuperación, como perteneciente de A.A. trata su enfermedad, y recupera valores, ayuda a otros alcohólicos, son firmes y sinceros; se percibe (EGO +) tímido e inseguro, y negativamente cohibido. Admira algunos (ALTER +) otros que tienen metas, son respetuosos, sociables y son responsables.

A su familia propia la valora positivamente como alegre, unida, cariñosa y bonitas; se diferencia (ALTER +) de otras familias que son desunidas, frías y antipáticos, y rechaza a otras que son inseguras.

Identifica positiva al ideal como aquel hombre honesto, comprensivo, amable, exitoso, amistoso, con buenos propósitos, el mejor esposo e inteligente, pero negativamente inseguro. El no es: un hombre sin propósitos, y miedoso.

En la entrevista abierta, este caso con tres años un mes en recuperación, identifica el alcoholismo como una enfermedad social y/o familiar, fatal que no tienen distinciones entre sexo, edad, religión, etc. En su discurso durante la TMIS, su percepción no es solo a nivel del discurso aprendido durante su estancia en A. A., es un auto reconocimiento. En la EDA con 37 puntos con una Dependencia Severa, se identifica como alcohólico y por ello la necesidad de abstenerse para mejorar su condición.

Handwritten notes in the top left corner of the grid, including the word "Handwritten" and some illegible scribbles.

CASO 001.

Identifica diversos grupos de pertenencia y alteridad solo en los cuadrantes positivos.

Comparten ciertas características algunas categorías con las cuales se identifica en los jóvenes de 21 años, fresones y solteros como rebeldes, borrachos, adictos, mujeriegos, y vale madres. También que los jóvenes de su edad no dejan de ser niños impertinentes, fantasiosos; los solteros son vanidosos y detallistas con mas personalidad y con respecto a los fresones tiene posibilidad económica; son violentos como el y sus amigos.

Identifica que su alcoholismo lo ha utilizado como una normalidad de fuga de la realidad, que por conocer se clavo, siendo cobarde. Y dentro de su recuperación ha experimentado miedo a la realidad y ha dudado de su familia.

Como hombre alcohólico se describe a sí mismo como dedicado a la adicción, desarreglado, sucio, desaliñado, no le preocupa ni el que dirá, ni su familia. Contrapuesto a lo que había identificado en el mismo cuadrante como soltero y joven, al identificarse como alcohólico, este contradice lo anterior.

Al hablar de su familia, expreso ser respetuoso, trabajadora, responsable, de dinero, con otro pensamiento, le preocupa la sociedad así como el que dirán, termina afirmando que son mamones y que no convive con ellos.

Como militar, menciono ya haberse retirado por su consumo y se identifico (EGO) como ojete, violento, disciplinado, con mano dura, que busca ser mas que los demás, mujeriego y alebrestado; y en su grupo de alteridad ubica a los que son tranquilos, trabajadores, disciplinado, responsable y hogareño.

En la alteridad posiciona a los jóvenes de 21 años, trabajadores, hogareños, estudiosos, salen con la novia y les gusta andar a la moda.

Como grupo de pertenencia identifica a las personas que creen en el bien y en el mal, describiéndolas como normales, honesto y coherente a diferencia de los católicos en su familia como corruptos, hipócritas, espantados y mamilas.

Como grupo de alteridad positivo, ubica a las mujeres alcohólicas que al igual que los hombres, son desarregladas, pierden personalidad son vulgares y se ven fatal.

Se describe así mismo e identifica como grupo de pertenencia a sus amigos, solteros, fresones, tranquilos, con buena posición económica en la colonia, muy reventados, violentos, borrachos, mujeriegos, solidarios, compartiendo características con la alteridad, haciendo la diferencia de que estos los de alteridad son mamones, aburridos, estúpidos, fachosos, miedosos.

El hombre ideal y lo opuesto a el lo identifica como aquel con una buena posición social, buen trabajo, familia, esposa, con armonía, comprensión, sería un buen padre, estudioso, pacifico, hogareño y responsable.

En la entrevista abierta este caso, con dos meses de tratamiento si se identifica con el programa de recuperación de HIJ, puesto que ya había recibido otra clase de tratamientos que no le ayudaron, entre ellos A.A. En la EDA, obtuvo 30 puntos con una Dependencia Media. Esta indica auto identificación como alcohólico. Sin embargo; con lo descrito anteriormente en la TMIS, no logra describirse con claridad, este caso describe al ALTER con rechazo porque lo ubica como el "deber ser" y que el "tendría que ser así", pero no se identifica con ello, y siguen siendo rasgos identitarios muy importantes el ser alcohólico, drogadicto activo. Esto le crea un conflicto, ya que aun en recuperación no ha encontrado elementos, que le ayuden a conformar mas clara y sólida su identidad real, no imaginaria.

Handwritten notes in the top left corner of the page, including the number '1' and some illegible text.

Caso 002.

Utiliza los cuatro cuadrantes para construir su identidad psicosocial. Se identifica con (EGO +) algunos jóvenes de su colonia, solteros y mecánicos que eran sus amigos de la Orden del Dragón Dark , incondicionales, dinámicos, alegres, que solo creen en Dios, siempre estaban juntos, son románticos, fiel y en busca de una mujer; percibe negativamente (EGO) algunos de sus amigos con los cuales ya no convive por ser traidores, hipócritas, convenencieros, agresivos, borrachos, incorregibles y chismosos; se diferencia (ALTER +) de aquellos que son limpios, bien educados, tienen confianza en ellos mismos, intercambian ideas con él y son amigables; se distancia de los católicos y (ALTER -) solteros que son incongruentes, borrachos, mujeriegos, maleducados y narcisos.

Como hombre alcohólico se percibe, inestable, agresivo, que hace cosas inconscientemente, no demuestra sus emociones, sin fuerza de voluntad, pálido y delgado. Se diferencia (ALTER +) de los que buscan la manera de no gastar y de las mujeres alcohólicas seguras e incongruentes; y se distancia negativamente (ALTER -) de los y las que buscan efectos más fuertes, no aceptan y presumen su adicción. En su proceso de recuperación se (EGO +) percibe observador, analítico y con el inmenso deseo de salir adelante, pero negativamente tímido y con miedo a que no lo escuchen y a las mal interpretaciones; se distancia (ALTER -) de aquellos que son agresivos, construyen una fuga para salirse del proceso, son fantasiosos que no dimensionan la realidad, y sufren delirio de persecución.

Su familia valora negativamente a su hermano callado, voluble, inseguro de sí mismo, cerrado; y positivamente con más descripciones generales de su familia de origen como inteligente, firme, persistente, trabajador y analítico se diferencia de aquellas que son (ALTER +) unidas y solidarias; y se distancia (ALTER -) de aquellas que intentan darlo todo y por eso no ponen límites y los papas compran el tiempo que no están con los hijos.

Describe al hombre ideal como, firme, organizado, con equilibrio, que sepa aceptarse, congruente, honesto consigo mismo, que termine la escuela y estudie Psicología, música y poesía, agradable, con fortaleza, elegancia, que hable idiomas, y seductor. Identifica su opuesto, como conformista, sin sentimientos, apático, superficial y mujeriego.

En la entrevista abierta, este caso con dos meses en recuperación, no se identifica con el programa de HIJ. En la EDA con 8 puntos siendo una Dependencia Baja, no se identificación como alcohólico. Ubica como conflicto su adicción (victimiza), sin embargo, en su discurso, no se logran ubicar elementos de confrontación interna, que le permitan encontrar elementos de transición identitaria.

Handwritten notes in the top left corner of the page, including a date and some illegible text.

CASO 003.

En este caso, si menciona diversos grupos tanto de pertenencia como de alteridad, a los que se atribuyen rasgos positivos y negativos.

Se identifica (EGO -) con los jóvenes del barrio de su edad que hacen sushi, se describe así mismo como casado, desmadroso, envidioso, irresponsable, se droga, violento, promiscuo, inseguro, pobre, mantenido y maltratado; Positivamente percibe a otros alegres, no tienen conflictos en casa y tienen libertad, son buenos para hacer el sushi, son solidarios, creativos e incondicionales; se diferencia (ALTER+) de otros que son trabajadores, estudiantes, exigentes, rápidos, no roban, viven normal y no provocan a la gente; se distancia de aquellos que (ALTER -) son serios, se intoxican mucho, , no saben de la vida real, son presumidos, materialistas, envidiosos, gruñones, cerrados y no disfrutan de lo que tienen. Como los católicos que le caen mal, porque rezan, piden, y no se valen por sí mismos.

Como hombre alcohólico positivamente (EGO) identifica que le tiene miedo a la muerte, es trabajador, mantiene y no tiene problemas con su familia, y que tienen una mejor comunicación con la sociedad cuando no esta intoxicado, negativamente se percibe causando lastima, están demacrado, tiene problemas económicos y de amor, vive en las calles, le interesa mas la sustancia que comer y piden dinero porque ya no pueden robar, no aprovechan sus capacidades, ni reconocen sus errores, hace sufrir a la gente de su alrededor y tienen miedo del autoconocimiento. Se distancia de aquellos que (ALTER -) son depresivos, vuelven a consumir y no tienen ningún cambio, así como de las mujeres alcohólicas que las percibe tontas, porque no reconoce su adicción, son dependientes, se humillan y se prostituyen. En su proceso de recuperación percibe (EGO +) que quiere cambiar de vida, tener contención, tener seguridad en sí mismo, valorar la vida y a su familia, negativamente se percibe rebelde y desorganizado, se diferencia (ALTER +) de aquellos que son capaces de cumplir metas y sociables, se distancia (ALTER -) de aquellos que no tienen contención y no se valoran ellos mismos ni el esfuerzo de su familia.

Se identifica con los que viven en unión libre (EGO -) como él, que tienen problemas con el alcohol y drogas, no trabaja, es irresponsable, mentiroso, maltrata a la esposa, es violento y no valora lo que tiene; se diferencia de (ALTER +) otros que, luchan por subir su nivel de vida económico y social para su familia, valora lo que tiene, es independiente, son capaces y felices. A su familia propia y de origen la valora positivamente como buena, capaz, cumple objetivos, su esposa es ordenada, alegre, le gusta estar con él, es carismática, buena madre, su esposa y su madre son muy preocupadas, bonitas, mi hijo es risueño, inteligente, valiente y precoz; se distancia de (ALTER -) de otras familias que son serias, desordenados, inseguros, masoquistas y no buscan superarse.

Como ideal de hombre identifica al hombre que tiene un buen oficio, es inteligente, se valora por sí mismo, es deportista, trabajador, tiene su espacio personal, es muy feliz, romántico, buen chef, sabe expresarse, con contención, buen padre y esposo, capaz, salir de pobre y con pareja. Lo que él no tiene: contención a golpes, buena comunicación con su padre; y su opuesto es: egoísta, incapaz, desorganizado, no cuida su personalidad, no admira ni respeta a las mujeres, infiel, no quiera cambiar, irresponsable, no valore lo que tiene, envidioso y no sea sentimentalista.

En la entrevista abierta este caso, con cuatro meses y medio en tratamiento, identifica la fármaco dependencia como un estigma y una problemática compleja. Sin embargo, en su discurso durante la TMIS, no se identifica lo mismo, por lo cual únicamente su percepción solo esta a nivel del discurso aprendido durante su estancia en HIJ, pero no es un auto reconocimiento. En la EDA con 21 puntos presenta una Dependencia Moderada, ubica la necesidad de abstinencia, ya que reconoce como conflicto (culpa) su manera de consumir. En este caso presenta una serie de contradicciones en el discurso, las cuales nos hablan del proceso de cambio que transita y la necesidad de encontrar elemento que fortalezcan este cambio.

Handwritten notes in the top left corner of the page, including the word "Handwritten" and some illegible scribbles.

CASO 004.

Identifica diversos grupos de pertenencia como de alteridad, utilizando los cuatro cuadrantes para definir su identidad psicosocial, aunque son más numerosas su descripciones en el EGO negativo.

Describe a la gente de su edad, alcohólico, irresponsable, que no tienen límites y quieren llenar vacíos por las carencias que tienen. Se describe con falta de carácter ante los problemas. Como alcohólico en Recuperación le cuesta trabajo entrar al proceso, la parte positiva dentro de su proceso de recuperación (EGO +), se percibe como reflexión, se está comparando con otros estilos de vida y le permite relacionarse con la gente de otra manera; está en un proceso de cambio y no necesita sustancias para sentirse bien. Se diferencia de otros hombres de su edad por que ellos tienen una buena relación de pareja, con los hijos y no tienen adicciones (ALTER +). Percibe a otros alcohólicos en recuperación como personas que no tienen confianza en sí mismas y no saben cómo cambiar.

Los mecánicos como él y la gente de su colonia tienen una valoración negativa porque son adictos al trabajo y descuidan otros valores, son violentos, alcohólicos, conformistas.

Se diferencia de otros mecánicos que no consumen alcohol (ALTER +) pero percibe más distancia a otros mecánicos y gente de su colonia (ALTER -) a los que son antisociales, reservados y los que se agrupan en pandillas. Tienen una percepción negativa de sí mismo como hombre, alcohólico y soltero porque es agresivo, autoritario, egoísta y sin compromisos. Lo positivo en su concepción de soltero alcohólico es que es sentimental y libre. Para él las mujeres alcohólicas (ALTER -) son chantajistas, violentas que se prostituyen.

A su familia con una valoración positiva, describe la familia de su hermana que tiene una buena relación de pareja, con estabilidad emocional, comprometidos con sus hijos y a su cuñado como trabajador. Y cuando habla (EGO-) de sus padres percibe poca relación familiar y a la madre como una mujer abnegada, impositiva y voluble; al padre como ausente, alcohólico y materialista. Su grupo de mayor distancia son otras familias que son las de sus primos como resentidos, alcohólicos y abandonados.

Su modelo de hombre ideal por una parte es su cuñado que forma una familia, hijos, tienen estabilidad emocional y económica, es deportista y también admira a los amigos de su hermano quienes conocen más aspectos culturales y específicamente de arte.

Su alter negativo es aquella persona sumisa, sin sentimientos, mugrosa, vulgar e inhumana.

En la entrevista abierta, este caso con seis meses en recuperación, identifica la dependencia como una fuga de la realidad y con la necesidad de llenar un vacío. En su discurso durante la TMIS, su percepción es solo a nivel del discurso aprendido durante su estancia en HIJ, pero no es un auto reconocimiento. En la EDA con 13 puntos con una Dependencia Baja, no se identifica como alcohólico. Ubica como conflicto (victimización) su adicción, sin embargo, no se logran ubicar elementos de confrontación interna, que le permitan encontrar elementos de transición identitaria.

1. $\frac{1}{2} \times \frac{2}{3} = \frac{1 \cdot 2}{2 \cdot 3} = \frac{2}{6} = \frac{1}{3}$
 2. $\frac{3}{4} \times \frac{2}{5} = \frac{3 \cdot 2}{4 \cdot 5} = \frac{6}{20} = \frac{3}{10}$
 3. $\frac{4}{5} \times \frac{3}{7} = \frac{4 \cdot 3}{5 \cdot 7} = \frac{12}{35}$
 4. $\frac{5}{6} \times \frac{2}{3} = \frac{5 \cdot 2}{6 \cdot 3} = \frac{10}{18} = \frac{5}{9}$
 5. $\frac{6}{7} \times \frac{3}{4} = \frac{6 \cdot 3}{7 \cdot 4} = \frac{18}{28} = \frac{9}{14}$
 6. $\frac{7}{8} \times \frac{4}{5} = \frac{7 \cdot 4}{8 \cdot 5} = \frac{28}{40} = \frac{7}{10}$
 7. $\frac{8}{9} \times \frac{5}{6} = \frac{8 \cdot 5}{9 \cdot 6} = \frac{40}{54} = \frac{20}{27}$
 8. $\frac{9}{10} \times \frac{6}{7} = \frac{9 \cdot 6}{10 \cdot 7} = \frac{54}{70} = \frac{27}{35}$
 9. $\frac{10}{11} \times \frac{7}{8} = \frac{10 \cdot 7}{11 \cdot 8} = \frac{70}{88} = \frac{35}{44}$
 10. $\frac{11}{12} \times \frac{8}{9} = \frac{11 \cdot 8}{12 \cdot 9} = \frac{88}{108} = \frac{22}{27}$
 11. $\frac{12}{13} \times \frac{9}{10} = \frac{12 \cdot 9}{13 \cdot 10} = \frac{108}{130} = \frac{54}{65}$
 12. $\frac{13}{14} \times \frac{10}{11} = \frac{13 \cdot 10}{14 \cdot 11} = \frac{130}{154} = \frac{65}{77}$
 13. $\frac{14}{15} \times \frac{11}{12} = \frac{14 \cdot 11}{15 \cdot 12} = \frac{154}{180} = \frac{77}{90}$
 14. $\frac{15}{16} \times \frac{12}{13} = \frac{15 \cdot 12}{16 \cdot 13} = \frac{180}{208} = \frac{45}{52}$
 15. $\frac{16}{17} \times \frac{13}{14} = \frac{16 \cdot 13}{17 \cdot 14} = \frac{208}{238} = \frac{104}{119}$
 16. $\frac{17}{18} \times \frac{14}{15} = \frac{17 \cdot 14}{18 \cdot 15} = \frac{238}{270} = \frac{119}{135}$
 17. $\frac{18}{19} \times \frac{15}{16} = \frac{18 \cdot 15}{19 \cdot 16} = \frac{270}{304} = \frac{135}{152}$
 18. $\frac{19}{20} \times \frac{16}{17} = \frac{19 \cdot 16}{20 \cdot 17} = \frac{304}{340} = \frac{76}{85}$
 19. $\frac{20}{21} \times \frac{17}{18} = \frac{20 \cdot 17}{21 \cdot 18} = \frac{340}{378} = \frac{170}{189}$
 20. $\frac{21}{22} \times \frac{18}{19} = \frac{21 \cdot 18}{22 \cdot 19} = \frac{378}{418} = \frac{189}{209}$

CASO 005.

En este caso, identifica diversos grupos de pertenencia y alteridad en los cuatro cuadrantes. Se identifica (EGO +) con los jóvenes como amigos de su edad, que son empleados del I.M.S.S. y con la gente de su colonia que les gusta el football y estudian, trabajan, son nobles, desmadrosos, responsables, exigentes, tienen mucho dinero, y son amables; ubica como conflicto a sus amigos que como el de procedencia católica, son dependientes, convenencieros, mujeriegos, vagos, que se intoxica y tienen problemas con su familia. En el grupo de alteridad (ALTER) ubica positivamente a aquellos que son hogareños y responsables y negativamente aquellos que se intoxican; se diferencia de aquellos que (ALTER +) que son hogareños, responsables, trabajadores y negociadores; y ubica con mas distancia de los que (ALTER -) se intoxican, son mujeriegos, problemáticos, violentos y dependientes; así como a los evangelistas (sus padres), que describe hipócritas, fanáticos, chantajistas que traicionan a sus hijos. Como casado (EGO +) se describe como fiel, hogareño, vago y le gusta vivir bien, trabajador, tranquilo, bromista, pero (EGO -) enojon. Se distancia y rechaza aquellos como su papa que son impuntuales, inestables emocionalmente, con dinero quiere comprar a los hijos, infiel, beben, mujeriegos, riegan hijos, no tienen tiempo para su familia, mentirosos y dos caras.

Como hombre alcohólico, (EGO+) percibe que beben para desestresarse, y como anteriormente se ve repite y (EGO -) ubica como conflicto su adicción, con un desorden emocional, cambia su aspecto físico y forma de ser, no tiene limites, lo utiliza como fuga de la realidad, dice incoherencias, es mentiroso, agresivo y lo utiliza para desenvolverse. Se diferencia de otros (ALTER+) alcohólicos que si tienen limites, no dicen incoherencias y no tienen problemas, se distancia (ALTER -) de los que beben por gusto y de las mujeres alcohólicas que se prostituyen para conseguir la sustancia, son madres solteras, tienen un conflicto con su padre, son adictas y no se quieren a sí mismas. En la recuperación, percibe a HIJ como institución que pone los limites, ha aprendido a darle sentido a su vida, con autoconocimiento, contención y le cuesta trabajo decir la verdad; y negativamente (EGO) reconoce que necesita la sustancia para sentirse bien, le cuesta trabajo entrar a los encuadres y se pone mascararas. Y se distancia de los alcohólicos en recuperación (ALTER -) son paranoicos y neuróticos.

A su familia propia (tres integrantes) la valora positivamente con una relación estable de pareja, a su esposa como sensible, luchona, estudiosa e independiente, el cómo buen padre y a su hijo como todo en su vida. Se identifica negativamente con su familia de origen que se apoya, se intoxica, no les gusta demostrar emociones, son violentos y dependientes; se diferencia de aquellas (ALTER +) familias como la de su esposa que son tranquilas, unidas, atentas, estables, y estudiosos; pero negativamente (ALTER) muy dependientes, así como a los amigos de esta, a los cuales percibe hipócritas, superficiales y materialistas.

Identifica al hombre ideal como trabajador, amoroso, buen padre e hijo, honesto, con deseos de superarse, alegre, noble, sociable, sin conflicto con la autoridad, expresivo, emocionalmente estable, valora la vida, comprensivo, flexible y callado. El no es: huevón, callado, aburrido y pasivo.

En la entrevista abierta este caso, con tres meses de tratamiento identifica a la fármacodependencia como una fuga de la realidad además de considerarla una dependencia progresiva esta concepción, no corresponde al programa de recuperación de HIJ, pero para el la institución es muy importante, este caso ya había recibido otra clase de tratamientos que no le funcionaron, entre ellos A.A. En la EDA, obtuvo 24 puntos con una Dependencia Media. Esta indica auto identificación como alcohólico, y la necesidad de abstinencia ya que reconoce su adicción como conflicto, (culpa). Este caso deja ver con más claridad, el proceso de cambio que transita y la necesidad de encontrar elementos que fortalezcan este cambio. Ya que aun en recuperación no ha identificado, aquellos que le ayuden a conformar más sólida su identidad real.

Handwritten notes in the top left corner of the grid, including the word "Handwritten" and some illegible scribbles.

CASO 006.

Identifica al EGO y al ALTER positivamente excluyendo los polos negativos.

Se identifica (EGO) con los jóvenes de la colonia de su edad, solteros, que son chavos banda desmadrosos, consumen, venden drogas y están en la calle, trabaja eventualmente en la delegación, se percibe envidioso, y chismoso, se diferencia de aquellos (ALTER) que no se meten en broncas, trabajan, son obedientes responsables, comedidos y no consumen. Se diferencia de los mormones (su familia) que están en la religión por conveniencia, no tiene vicios, son disciplinados, obedientes, estrictos, trabajadores, responsables y le gusta que la religión se base mucho a los jóvenes.

Como hombre alcohólico percibe que está mal, pues destruye toda su vida, pierden el conocimiento, es irresponsable, solo le importa consumir, robar y sacar cosas de la casa por conseguir la sustancia. Se diferencia (ALTER +) de aquellos que son trabajadores, responsables, tienen actividades normales, cuidan a su familia pero que la engaña por su consumo; en su proceso de recuperación se percibe (EGO) agresivo, no mide consecuencias, y mentiroso, pues está en recuperación para que no los corran de su casa; se diferencia (ALTER) de aquellos que le echan ganas para salir adelante, son obedientes y dejan de consumir.

Identifica al hombre ideal (por sus carencias) como aseado, sociable, luchon, que cumple sus metas, no consume, trabajador, responsable, vanidoso y comprometido.

En la entrevista abierta, este caso con tres meses en recuperación, identifica la fármaco dependencia como un consumo excesivo, que hace que pierda el control y tenga consecuencias fatales. Su percepción es solo a nivel del discurso aprendido durante su estancia en HIJ, pero no es un auto reconocimiento. En la EDA con 12 puntos con una Dependencia Baja, no se identifica como alcohólico, con el programa de HIJ, ni con la necesidad de abstenerse o cambiar.

Handwritten notes in the top left corner, including the number '10' and some illegible text.

CASO 007.

Identifica diversos grupos de pertenencia y alteridad, aunque es mayor su descripción hacia el EGO y con más descripciones al polo negativo.

Se identifica con los hombres de su edad, oficio (trazador) y colonia, los valora como positivo, siendo estable con la familia, no reventados y negativamente borrachos, dependientes de la familia, reventados y sin responsabilidad.

Los alcohólicos como el, los valora negativamente ya que no hacen caso de nadie, no tienen responsabilidad, no trabajan, no se preocupan por su apariencia y son depresivos (EGO -).

En su proceso de recuperación positivamente el trata de entender sus problemas, el porque consumía, así como también trata de aprender otras formas de relacionarse, ser organizado y responsable. Sin embargo lo esta haciendo por la familia, para poder tratar de evitar problemas pues no esta del todo convencido de cambiar. En este caso el esta separado y vive en casa de su madre y su única hija, de la que se hace cargo en su educación, se percibe con mucho trabajo como padre soltero, aunque reconoce que su conflicto esta (EGO -) en intoxicarse y no sabe como acercarse a su hija, desobligado, solitario y con miedo a intentar una nueva relación y piensa no merecer a alguien.

El grupo mas alejado de su (ALTER -) es la gente que vende y consume droga de su colonia, así como las mujeres alcohólicas a quienes percibe sin apoyo familiar, confundidas y desubicadas. Tiene una negativa percepción de su familia, donde no hay comunicación, ni confianza, ni demuestran sus sentimientos. Se diferencia de otras familias a las que valora positivamente por ser unidas y tener una buena relación. Percibe en el ALTER positivo a católicas nobles como su abuela a quien diferencia de otros católicos como hipócritas y persinados (ALTER -).

Idealiza que sus amigos son trabajadores, con familia, se divierten diferente y hacen ejercicio.

Su ideal de hombre esta en los operadores de HIJ, a quienes el percibe que saben lo que quieren, están pendientes de las necesidades de la familia, se pueden relacionar con la gente, son honestos y felices. Su (ALTER -), totalmente diferente a el, identifica a su madre a quien describe como mentirosa, desobligada y aburrida.

En la entrevista abierta, este caso con ocho meses y medio en recuperación, identifica la fármaco dependencia con la necesidad de llenar un vacío. En su discurso durante la TMIS, su percepción es solo a nivel del discurso aprendido durante su estancia en HIJ, pero no es un auto reconocimiento. En la EDA con 13 puntos con una Dependencia Baja, no se identifica como alcohólico. Ubica como conflicto (victimización) su adicción sin embargo, no se logran ubicar elementos de confrontación interna, que le permitan encontrar elementos de transición identitaria.

المسألة الأولى
المسألة الثانية
المسألة الثالثة
المسألة الرابعة
المسألة الخامسة
المسألة السادسة
المسألة السابعة
المسألة الثامنة
المسألة التاسعة
المسألة العاشرة
المسألة الحادية عشرة
المسألة الثانية عشرة
المسألة الثالثة عشرة
المسألة الرابعة عشرة
المسألة الخامسة عشرة
المسألة السادسة عشرة
المسألة السابعة عشرة
المسألة الثامنة عشرة
المسألة التاسعة عشرة
المسألة العشرون

CASO 008.

Maneja, los cuatro cuadrantes de identidad, aunque son más numerosas sus descripciones en el ALTER negativo.

Se identifica con los jóvenes de su edad pintores, que son alegres, chambeadores, creativos y responsables, pero con mayor descripciones negativas se ubica como trasgresor, mentiros, confundido y borracho; se diferencia de otros pintores de su edad que son tranquilos, estudiosos, deportistas, responsables y que no toman; se diferencia con mas distancia de aquellos que son flojos, sucios y envidiosos. Con valoraciones positivas, se ubica dentro del grupo de los místicos que creen en Dios, no daña a la gente y se basa en la filosofía de amar y con más distancia (ALTER -) ubica a los judíos que son déspotas, hipócritas y sin escrúpulos.

Como alcohólico se ubica (EGO) con valoraciones únicamente negativas, con conflictos emocionales y sociales, irresponsable y sin valor; se distancia de aquellos (ALTER) que negativamente son manipuladores, con un carácter débil, sin voluntad y falsos.

En su proceso de recuperación como hombre alcohólico se describe así mismo y a su grupo de referencia como agresivos, con un conflicto de autoridad, egoísta, sucio, incongruente e imbécil; aunque positivamente también se ubica como perteneciente a HIJ y con valoraciones positivas se describa así mismo como a su grupo como un lugar en el cual ha aprendido a tener limites, contención, y a descubrirse además de que sus compañeros de HIJ, ahora sus amigos, lo llenan de fuerza con su solidaridad y apoyo.

Se distancia de otros hombres alcohólicos que tienen mala vibra, y son insociables. A las mujeres alcohólicas igualmente las ubica (ALTER) en el polo negativo describiéndolas que han sido abusadas en todos los aspectos, están confundidas, tienen carencias afectivas y son descuidadas y manejables.

Dentro de su colonia ubica positivamente a la gente como amable, pero que (EGO -) es hostil, sumisa y agresiva; se diferencia de aquellas personas alegres que tienen folklore (ALTER +). Y con mayor distancia ubica a la gente miedosa, poco participativa e insegura así como a sus compañeros de barrio que roban, son hipócritas, lo quieren ver abajo y son envidiosos.

Positivamente se describe así mismo que vive en unión libre y que esto le ha permitido establecer principios propios con mayor capacidad de relacionarse, brindándole seguridad, aunque (EGO -) tenga conflictos con su pareja. Se diferencia (ALTER +) de aquellos que como el viven en unión libre, pero que estos tienen hijos y se distancia (ALTER -) de aquellos que tienen una relación enfermiza, son ignorantes e irresponsables.

Tiene una percepción positiva de su familia, describiéndola como fuerte, hospitalaria y solidarios, compartiendo estas características en el (ALTER +) además de que estas son cariñosas; y rechaza aquellas familias que son agresivas, irresponsables, egoístas e hipócritas.

Su ideal de hombre (YO Ideal) lo identifica con cuerpo atlético, responsable. Humilde, inteligente, con profesión y nivel cultural, propositivo, emotivo y con aceptación de si mismo.

Lo opuesto a el, lo describe sin sentimientos, que hace daño a la gente, es infiel, agresivo y egoísta.

En la entrevista abierta este caso, con cinco meses de tratamiento identifica a la fármacodependencia como una adicción que destruye social y familiar esta concepción, no corresponde al programa de recuperación de HIJ, pero para el la institución es muy importante. En la EDA, obtuvo 18 puntos con una Dependencia Moderada. Esta indica auto identificación como alcohólico, y la necesidad de abstinencia ya que reconoce su adicción como conflicto, (culpa). Este caso deja ver con más claridad, la necesidad de encontrar elementos que fortalezcan su identidad. Ya que aun en recuperación no ha identificado, aquellos que le ayuden a conformar más sólida su identidad real.

Anexo G

Matriz Conceptual Alcohólicos Anónimos y Hogar Integral de Juventud.

1. $\int \frac{1}{x^2} dx = -\frac{1}{x} + C$
 2. $\int x^2 dx = \frac{x^3}{3} + C$
 3. $\int \frac{1}{x} dx = \ln|x| + C$
 4. $\int \frac{1}{x^3} dx = -\frac{1}{2x^2} + C$
 5. $\int x^3 dx = \frac{x^4}{4} + C$
 6. $\int \frac{1}{x^4} dx = -\frac{1}{3x^3} + C$
 7. $\int x^4 dx = \frac{x^5}{5} + C$
 8. $\int \frac{1}{x^5} dx = -\frac{1}{4x^4} + C$
 9. $\int x^5 dx = \frac{x^6}{6} + C$
 10. $\int \frac{1}{x^6} dx = -\frac{1}{5x^5} + C$
 11. $\int x^6 dx = \frac{x^7}{7} + C$
 12. $\int \frac{1}{x^7} dx = -\frac{1}{6x^6} + C$
 13. $\int x^7 dx = \frac{x^8}{8} + C$
 14. $\int \frac{1}{x^8} dx = -\frac{1}{7x^7} + C$
 15. $\int x^8 dx = \frac{x^9}{9} + C$
 16. $\int \frac{1}{x^9} dx = -\frac{1}{8x^8} + C$
 17. $\int x^9 dx = \frac{x^{10}}{10} + C$
 18. $\int \frac{1}{x^{10}} dx = -\frac{1}{9x^9} + C$
 19. $\int x^{10} dx = \frac{x^{11}}{11} + C$
 20. $\int \frac{1}{x^{11}} dx = -\frac{1}{10x^{10}} + C$
 21. $\int x^{11} dx = \frac{x^{12}}{12} + C$
 22. $\int \frac{1}{x^{12}} dx = -\frac{1}{11x^{11}} + C$
 23. $\int x^{12} dx = \frac{x^{13}}{13} + C$
 24. $\int \frac{1}{x^{13}} dx = -\frac{1}{12x^{12}} + C$
 25. $\int x^{13} dx = \frac{x^{14}}{14} + C$
 26. $\int \frac{1}{x^{14}} dx = -\frac{1}{13x^{13}} + C$
 27. $\int x^{14} dx = \frac{x^{15}}{15} + C$
 28. $\int \frac{1}{x^{15}} dx = -\frac{1}{14x^{14}} + C$
 29. $\int x^{15} dx = \frac{x^{16}}{16} + C$
 30. $\int \frac{1}{x^{16}} dx = -\frac{1}{15x^{15}} + C$
 31. $\int x^{16} dx = \frac{x^{17}}{17} + C$
 32. $\int \frac{1}{x^{17}} dx = -\frac{1}{16x^{16}} + C$
 33. $\int x^{17} dx = \frac{x^{18}}{18} + C$
 34. $\int \frac{1}{x^{18}} dx = -\frac{1}{17x^{17}} + C$
 35. $\int x^{18} dx = \frac{x^{19}}{19} + C$
 36. $\int \frac{1}{x^{19}} dx = -\frac{1}{18x^{18}} + C$
 37. $\int x^{19} dx = \frac{x^{20}}{20} + C$
 38. $\int \frac{1}{x^{20}} dx = -\frac{1}{19x^{19}} + C$
 39. $\int x^{20} dx = \frac{x^{21}}{21} + C$
 40. $\int \frac{1}{x^{21}} dx = -\frac{1}{20x^{20}} + C$
 41. $\int x^{21} dx = \frac{x^{22}}{22} + C$
 42. $\int \frac{1}{x^{22}} dx = -\frac{1}{21x^{21}} + C$
 43. $\int x^{22} dx = \frac{x^{23}}{23} + C$
 44. $\int \frac{1}{x^{23}} dx = -\frac{1}{22x^{22}} + C$
 45. $\int x^{23} dx = \frac{x^{24}}{24} + C$
 46. $\int \frac{1}{x^{24}} dx = -\frac{1}{23x^{23}} + C$
 47. $\int x^{24} dx = \frac{x^{25}}{25} + C$
 48. $\int \frac{1}{x^{25}} dx = -\frac{1}{24x^{24}} + C$
 49. $\int x^{25} dx = \frac{x^{26}}{26} + C$
 50. $\int \frac{1}{x^{26}} dx = -\frac{1}{25x^{25}} + C$
 51. $\int x^{26} dx = \frac{x^{27}}{27} + C$
 52. $\int \frac{1}{x^{27}} dx = -\frac{1}{26x^{26}} + C$
 53. $\int x^{27} dx = \frac{x^{28}}{28} + C$
 54. $\int \frac{1}{x^{28}} dx = -\frac{1}{27x^{27}} + C$
 55. $\int x^{28} dx = \frac{x^{29}}{29} + C$
 56. $\int \frac{1}{x^{29}} dx = -\frac{1}{28x^{28}} + C$
 57. $\int x^{29} dx = \frac{x^{30}}{30} + C$
 58. $\int \frac{1}{x^{30}} dx = -\frac{1}{29x^{29}} + C$
 59. $\int x^{30} dx = \frac{x^{31}}{31} + C$
 60. $\int \frac{1}{x^{31}} dx = -\frac{1}{30x^{30}} + C$
 61. $\int x^{31} dx = \frac{x^{32}}{32} + C$
 62. $\int \frac{1}{x^{32}} dx = -\frac{1}{31x^{31}} + C$
 63. $\int x^{32} dx = \frac{x^{33}}{33} + C$
 64. $\int \frac{1}{x^{33}} dx = -\frac{1}{32x^{32}} + C$
 65. $\int x^{33} dx = \frac{x^{34}}{34} + C$
 66. $\int \frac{1}{x^{34}} dx = -\frac{1}{33x^{33}} + C$
 67. $\int x^{34} dx = \frac{x^{35}}{35} + C$
 68. $\int \frac{1}{x^{35}} dx = -\frac{1}{34x^{34}} + C$
 69. $\int x^{35} dx = \frac{x^{36}}{36} + C$
 70. $\int \frac{1}{x^{36}} dx = -\frac{1}{35x^{35}} + C$
 71. $\int x^{36} dx = \frac{x^{37}}{37} + C$
 72. $\int \frac{1}{x^{37}} dx = -\frac{1}{36x^{36}} + C$
 73. $\int x^{37} dx = \frac{x^{38}}{38} + C$
 74. $\int \frac{1}{x^{38}} dx = -\frac{1}{37x^{37}} + C$
 75. $\int x^{38} dx = \frac{x^{39}}{39} + C$
 76. $\int \frac{1}{x^{39}} dx = -\frac{1}{38x^{38}} + C$
 77. $\int x^{39} dx = \frac{x^{40}}{40} + C$
 78. $\int \frac{1}{x^{40}} dx = -\frac{1}{39x^{39}} + C$
 79. $\int x^{40} dx = \frac{x^{41}}{41} + C$
 80. $\int \frac{1}{x^{41}} dx = -\frac{1}{40x^{40}} + C$
 81. $\int x^{41} dx = \frac{x^{42}}{42} + C$
 82. $\int \frac{1}{x^{42}} dx = -\frac{1}{41x^{41}} + C$
 83. $\int x^{42} dx = \frac{x^{43}}{43} + C$
 84. $\int \frac{1}{x^{43}} dx = -\frac{1}{42x^{42}} + C$
 85. $\int x^{43} dx = \frac{x^{44}}{44} + C$
 86. $\int \frac{1}{x^{44}} dx = -\frac{1}{43x^{43}} + C$
 87. $\int x^{44} dx = \frac{x^{45}}{45} + C$
 88. $\int \frac{1}{x^{45}} dx = -\frac{1}{44x^{44}} + C$
 89. $\int x^{45} dx = \frac{x^{46}}{46} + C$
 90. $\int \frac{1}{x^{46}} dx = -\frac{1}{45x^{45}} + C$
 91. $\int x^{46} dx = \frac{x^{47}}{47} + C$
 92. $\int \frac{1}{x^{47}} dx = -\frac{1}{46x^{46}} + C$
 93. $\int x^{47} dx = \frac{x^{48}}{48} + C$
 94. $\int \frac{1}{x^{48}} dx = -\frac{1}{47x^{47}} + C$
 95. $\int x^{48} dx = \frac{x^{49}}{49} + C$
 96. $\int \frac{1}{x^{49}} dx = -\frac{1}{48x^{48}} + C$
 97. $\int x^{49} dx = \frac{x^{50}}{50} + C$
 98. $\int \frac{1}{x^{50}} dx = -\frac{1}{49x^{49}} + C$
 99. $\int x^{50} dx = \frac{x^{51}}{51} + C$
 100. $\int \frac{1}{x^{51}} dx = -\frac{1}{50x^{50}} + C$

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

