



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Tesis para acceder al
Doctorado en Psicología

Título

Proceso de Cambio en Pacientes Alcohólicos del Grupo Institucional
de Alcoholismo del Hospital Falucho de Maciá, Entre Ríos.

Doctorando: Nicolás Segovia (N° de legajo 19551)

Director: Ibar Martínez Melella

Fecha presentación: febrero de 2017

Dedicatoria y agradecimientos

Dedico esta tesis a cada uno de los pacientes que han participado en el proceso de investigación y quienes se han convertido en mi principal fuente de motivación para tratar de ser cada día un mejor profesional.

Agradezco a mi director de tesis Ibar Martínez Melella por su permanente orientación, buena disponibilidad y acompañamiento.

A mis compañeros de grupo Piru y Adriana, pilares fundamentales en la lucha que hemos emprendido en el año 2013 y con quienes seguimos construyendo un nuevo camino para el tratamiento de las adicciones.

A Adrián por el generoso préstamo de la grabadora para registrar las sesiones de terapia grupal.

Indice

Introducción.....	7
CAPÍTULO I. Estado actual del conocimiento sobre el tema	Error! Bookmark not defined.
1.1 la experiencia subjetiva del alcoholismo	Error! Bookmark not defined.
1.2 Los estudios del proceso de cambio en psicoterapia	19
1.3 Resiliencia y apego en alcoholismo	30
CAPÍTULO II: Marco Teórico.....	Error! Bookmark not defined.
2.1 Proceso de Cambio.....	Error! Bookmark not defined.
2.2 Alcoholismo.....	49
2.3 Resiliencia.....	59
2.4 Apego y construcción de la Identidad	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO III. Método.....	Error! Bookmark not defined.
3.1 Diseño.....	Error! Bookmark not defined.
3.2 Participantes.....	Error! Bookmark not defined.
3.3 Técnicas de recolección de datos	Error! Bookmark not defined.
3.4 Procedimiento	Error! Bookmark not defined.
3.4.A) la Grounded Theory.....	Error! Bookmark not defined.
3.4-B) Programa ATLAS-TI	Error! Bookmark not defined.
3.5 Resultados previstos y de transferencia.....	89
CAPÍTULO IV. Presentación de los casos.....	Error! Bookmark not defined.
Caso 1: Marcelino (74 años).....	Error! Bookmark not defined.
Caso 2: Silvina (24 años).....	Error! Bookmark not defined.
Caso 3: Walter (40 años)	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO V. Resultados.....	Error! Bookmark not defined.
5.1 Episodios de cambio.....	Error! Bookmark not defined.
Caso 1: Marcelino	Error! Bookmark not defined.
Caso 2: Silvina.....	Error! Bookmark not defined.
Caso 3: Walter	Error! Bookmark not defined.
5.2 Tipos de cambio	Error! Bookmark not defined.
Aparición de culpa y angustia.....	Error! Bookmark not defined.
Aprender a decir “no”	Error! Bookmark not defined.
Cambios en el sistema familiar	Error! Bookmark not defined.

Cuando tomar ya no es una opción	Error! Bookmark not defined.
Historia de la adicción.....	Error! Bookmark not defined.
Optimismo en relación al cambio	Error! Bookmark not defined.
Preocupación por un familiar.....	Error! Bookmark not defined.
“Quiero” a diferencia de “tengo que...”	Error! Bookmark not defined.
Reconocer beneficios de la abstinencia.....	Error! Bookmark not defined.
Reconocimiento de una actividad recreativa	Error! Bookmark not defined.
Reconstruir vínculos familiares	Error! Bookmark not defined.
Resignificar conductas nocivas.....	Error! Bookmark not defined.
Resignificar el contexto del consumo	Error! Bookmark not defined.
Abandonar la culpa	Error! Bookmark not defined.
5.3 Características contextuales del grupo terapéutico que enmarcan el proceso de cambio de los pacientes	Error! Bookmark not defined.
Participar del grupo para ayudar a otros.....	Error! Bookmark not defined.
Dar consejos a compañeros	Error! Bookmark not defined.
Participación activa de familiares	Error! Bookmark not defined.
Evitar el aislamiento del alcohólico	Error! Bookmark not defined.
Ayudar a que el paciente asuma la adicción.....	Error! Bookmark not defined.
Confrontar estigmas	Error! Bookmark not defined.
Demanda de confianza	Error! Bookmark not defined.
El cambio está en tus manos.....	Error! Bookmark not defined.
Humor para desdramatizar	Error! Bookmark not defined.
Identificar situaciones de riesgo de recaída	Error! Bookmark not defined.
Incentivar comunicación grupal.....	Error! Bookmark not defined.
No hay deseos en la sesión	Error! Bookmark not defined.
Opinión de compañeros.....	Error! Bookmark not defined.
Preocupación por el otro compañero.....	Error! Bookmark not defined.
Psicoeducación	Error! Bookmark not defined.
Que circule la palabra.....	Error! Bookmark not defined.
Secreto profesional.....	Error! Bookmark not defined.
Sugerir sin juzgar	Error! Bookmark not defined.
Alentar el apoyo entre compañeros.....	Error! Bookmark not defined.

Apoyo entre coordinadores.....	Error! Bookmark not defined.
Citar a pacientes como palabra autorizada	Error! Bookmark not defined.
Darles la palabra a familiares	Error! Bookmark not defined.
Destacar lo positivo sobre lo negativo	Error! Bookmark not defined.
El cambio empieza hoy	Error! Bookmark not defined.
Es una adicción	Error! Bookmark not defined.
Estrategias para prevenir recaídas	Error! Bookmark not defined.
Evitar la soledad.....	Error! Bookmark not defined.
Expresarle al paciente que se ve un cambio	Error! Bookmark not defined.
Hablar sobre los prejuicios sociales, confrontarlos	Error! Bookmark not defined.
Incentivar a que se eviten situaciones de tentación.....	Error! Bookmark not defined.
Me importás.....	Error! Bookmark not defined.
No permitir los secretos.....	Error! Bookmark not defined.
Prepararse para situaciones de riesgo.....	Error! Bookmark not defined.
Promoción de cambio de hábitos	Error! Bookmark not defined.
Promover lo grupal.....	Error! Bookmark not defined.
Proyecto de vida alejado del alcohol.....	Error! Bookmark not defined.
Señalar discrepancias	Error! Bookmark not defined.
Empatía	Error! Bookmark not defined.
Proponer metas pequeñas a corto plazo.....	Error! Bookmark not defined.
Un paso a la vez	Error! Bookmark not defined.
Viniste	Error! Bookmark not defined.
5.4 Intervenciones de coordinadores que apuntan al cambio	Error! Bookmark not defined.
Abandonar la ilusión de querer conformar a todo el mundo	Error! Bookmark not defined.
Aliviar la culpa	Error! Bookmark not defined.
Cero alcohol.....	Error! Bookmark not defined.
Comunicar a familiares deseos de tomar.....	Error! Bookmark not defined.
Enfocarse en aspectos saludables.....	Error! Bookmark not defined.
Enseñar a poner límites	Error! Bookmark not defined.
Entre todos es más fácil.....	Error! Bookmark not defined.
Antes y después del tratamiento	Error! Bookmark not defined.
Alentar a proyectar a futuro.....	Error! Bookmark not defined.

Llevar a la práctica lo trabajado en terapia.....	Error! Bookmark not defined.
La palabra trae paz	Error! Bookmark not defined.
No postergar las emociones	Error! Bookmark not defined.
Evaluar la motivación al cambio.....	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO VI. Discusión	Error! Bookmark not defined.
6.1 Articulaciones con la teoría	Error! Bookmark not defined.
6.2 La educación emocional familiar	Error! Bookmark not defined.
6.3 Rol de los GÍA en salud pública argentina	Error! Bookmark not defined.
6.4 Acerca del proceso de cambio en el GÍA	Error! Bookmark not defined.
6.5 Terapia de grupo	Error! Bookmark not defined.
6.6 Importancia del vínculo terapéutico	Error! Bookmark not defined.
6.7 Apego en la terapia del GÍA Maciá.....	Error! Bookmark not defined.
6.8 Rol de la terapia grupal en la construcción de la resiliencia	Error! Bookmark not defined.
6.9 Hacia una resiliencia colectiva.....	Error! Bookmark not defined.
6.10 Los tutores de resiliencia en el GÍA	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO VII. Conclusiones	Error! Bookmark not defined.
9. Referencias.....	Error! Bookmark not defined.
Anexo.....	195

Introducción

El fenómeno de las adicciones afecta a la humanidad desde hace décadas a nivel global, siendo una problemática creciente, que cada vez está más enraizada en pautas culturales y cobra un número muy elevado de vidas por año. Más allá de esto, aún parecería haber cierto nivel de resistencia para lograr reconocer la existencia del problema e intervenir sobre él en los sistemas efectores de salud, sobre todo a la hora de hablar de drogas legales, como son el alcohol y el tabaco.

El cambio en el proceso de psicoterapia es un tema que ha sido de mucho interés en el campo de la investigación científica. Determinar cuáles son los factores que posibilitan que un paciente cambie durante el tratamiento podría ser considerado como una herramienta muy valiosa para concretar el éxito terapéutico.

En cuanto al tratamiento de adicciones, la terapia grupal se destaca como una de las estrategias más usadas. Un grupo terapéutico es un grupo humano que cuenta con un coordinador y que tiene el rasgo distintivo de que los sujetos que lo componen comparten una característica, en este caso en particular la de padecer una adicción.

En la década del ochenta surgen los GÍA (grupos institucionales de alcoholismo) como una respuesta desde los hospitales públicos argentinos ante el flagelo de la adicción al alcohol (Pellegrini, 2011). Desde entonces y hasta la actualidad ha sido un modelo de abordaje que se ha ido replicando en numerosos hospitales públicos del país.

Tal es así, que desde el año 2013, se está trabajando con este tipo de terapia grupal en el abordaje del alcoholismo en el hospital Falucho de Maciá (provincia de Entre Ríos, República Argentina) en forma interdisciplinaria, ateniéndose a lo dispuesto por la nueva Ley Nacional de Salud Mental del país, N° 26.657.

Atendiendo a lo señalado, el trabajo se propone explorar el proceso de cambio en pacientes alcohólicos del grupo institucional de alcoholismo del hospital Falucho de Maciá.

El alcoholismo es la adicción de mayor prevalencia en nuestro país. En Maciá (provincia de Entre Ríos, República Argentina) y localidades que la rodean (mucho más pequeñas aún), el índice de personas que padecen esta adicción y de muertes debido al consumo problemático de esta sustancia es muy elevado, aunque llamativamente nunca se lo ha reconocido oficialmente ni se ha trabajado seriamente para combatirla, siendo afectados una cantidad importante de menores.

Según el último informe sobre la situación mundial de alcohol emitido por la Organización Mundial de la Salud/OMS (2014), el 5,9% de las muertes a nivel mundial son atribuibles al consumo de alcohol, como así también el 5,1% de las enfermedades, discapacidades y accidentes. Entre las enfermedades más importantes causadas por efecto del uso excesivo de alcohol están: trastornos psiquiátricos (depresión, t. de ansiedad, condición neuropsiquiátrica, epilepsia.), cáncer, enfermedades gastrointestinales (cirrosis, pancreatitis), síndrome de alcoholismo fetal, enfermedades infecciosas, diabetes.

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud de la Nación sobre el consumo de alcohol en Argentina (2011), nuestro país se encuentra en tercer lugar en cuanto a prevalencia de consumo excesivo de alcohol (30%) en América, luego de Canadá y Perú. En la República Argentina hay 2 millones de alcohólicos y mueren 25 mil personas por año, por causas relacionadas al alcoholismo, siendo Entre Ríos, la cuarta provincia del país en lo que hace a las provincias de mayor índice de consumo de riesgo de alcohol.

La investigación que se plantea está motivada por la búsqueda de respuestas que permitan conocer el proceso de cambio en pacientes alcohólicos en tratamiento, que concurren a un grupo institucional de alcoholismo, a partir de la identificación de expresiones verbales significativas o claves en el proceso, que ayuden a entender el recorrido que va desde el problema al cambio.

Al concurrir por tiempo prolongado a las terapias grupales, los sujetos se encuentran inmersos en un proceso que paulatinamente los va transformando. El valor teórico de evaluar detenidamente este proceso radica en conocer por qué hay personas que logran transitar el camino de la recuperación y otros que no, realizando de este modo un aporte al tratamiento del alcoholismo.

Al escuchar los relatos de pacientes puede observarse sujetos con un autoconcepto sumamente pobre, personas que no se sienten capaces de superar los obstáculos de su vida, personas que desconocen sus recursos o que no han sido educados para conocer sus fortalezas.

Teniendo en cuenta que la ciudad de Maciá no es un lugar que habitualmente sea elegido para realizar trabajos de esta índole, la misma se ofrece como un terreno fértil para generar nuevos conocimientos, concientizar a los agentes de salud locales acerca de la relevancia de

esta cuestión y sentar un precedente acerca del trabajo con adicciones (trabajo que hasta el momento nunca se había realizado en la localidad).

Los GÍA no tienen solamente como objetivo brindar tratamiento sino también enseñar, prevenir e investigar, por lo que se ha reflexionado acerca de la importancia teórica de explorar y conocer qué sucede durante el tiempo que dure la terapia, cambiar el enfoque y centrarse en el proceso en vez de en los resultados.

Considerando que todos los seres humanos mutamos inevitablemente todo el tiempo es importante explorar y conocer cuáles son los factores que configuran esta transformación que los lleva a elegir un proyecto de vida, centrándose en el proceso de cambio en el cual se encuentran inmersos los pacientes que asisten a un GÍA y no solamente en los resultados.

A partir del análisis y la descripción de lo acontecido en las sesiones de terapia de grupo del GÍA Maciá se buscó responder a los interrogantes planteados, observando, identificando y categorizando los momentos significativos de la terapia que pueden ser llamados episodios de cambio (Krause,2006) y que están contenidos dentro del proceso terapéutico, en aquellos pacientes que concurren a las sesiones de terapia grupal de alcoholismo, aportando nuevos conocimientos y generando hipótesis acerca de dicho proceso de cambio.

El alcoholismo es una enfermedad muy enraizada en pautas culturales y sociales, es decir, que puede entenderse como una construcción social, razón por la cual puede resultar de valor clínico explorar su deconstrucción social en un contexto grupal/social.

De esta manera, se ha planteado como objetivo general explorar el proceso de cambio en pacientes alcohólicos del grupo institucional de alcoholismo del hospital falucho de Maciá.

A su vez, como objetivos específicos describir episodios de cambio en el transcurso de las sesiones grupales del GÍA; explorar y describir las características contextuales del grupo terapéutico que enmarcan el proceso de cambio de los pacientes; y Analizar las reflexiones de los participantes acerca del contexto que enmarca el proceso de cambio.

CAPÍTULO I. Estado actual del conocimiento sobre el tema

Se presentan a continuación los trabajos de investigación que han sido tomados para exponer el estado actual del conocimiento sobre el tema trabajado en la elaboración de esta tesis. Los mismos han sido seleccionados luego de un arduo proceso de rastreo por ser atinentes al campo problemático objeto de estudio.

En el primer apartado se describirán aquellos procesos de investigación destinados a generar conocimiento sobre la experiencia subjetiva de los sujetos que atraviesan la experiencia del alcoholismo; en un segundo apartado tendrán lugar los estudios centrados en el proceso de cambio de pacientes que padecen alcoholismo; en el tercer apartado se citarán trabajos basados en los fenómenos de apego y capacidad de resiliencia en relación a la adicción al alcohol.

1.1 la experiencia subjetiva del alcoholismo

A través de un trabajo de metodología cualitativa, de corte descriptivo, Castañeda González, Álvarez Acosta y Oramas Hernández (2008) se propusieron generar conocimiento sobre el consumo de alcohol, utilizando como fuente de información a los usuarios del policlínico Rampa, de La Habana.

A través de las conversaciones mantenidas con los pacientes, concluyeron que la mayoría no registra al alcoholismo como una adicción sino que como un vicio. Dentro de los factores de riesgo que lograron identificar para que se configure esta conducta adictiva se destacan no sólo el hecho de beber con frecuencia, sino también el crecer en un ambiente familiar en el cual tomar alcohol sea habitual y haya antecedentes de alcoholismo.

También la situación social, los problemas familiares y económicos son factores que propician que el deseo de consumir se instale. Lo más destacable es que los sujetos entrevistados perciben un desajuste muy importante en todas las dimensiones de su vida (bio-psico-social) al padecer esta enfermedad.

En cuanto al significado de la conducta de tomar alcohol hay cierto consenso entre los participantes en concebirla como uno de los principales medios para hacer lazo con el otro, de interactuar con pares y una de las formas más elegidas para divertirse entre los jóvenes. Asocian directamente la concreción de experiencias gratificantes con el ambiente con el uso de bebidas alcohólicas y el abuso de las mismas.

Expresan que la ingesta de alcohol es un fenómeno de nuestra cultura que se ha ido incrementando notablemente con el correr de los años y que existen algunos factores que claramente favorecen a su aparición y sostenimiento. Entre ellos se pueden destacar que conseguir una bebida alcohólica no implica ningún tipo de dificultad ni siquiera para un menor de edad y además la gran cantidad de lugares en los cuales se despachan este tipo de bebidas.

Además, agregan que si bien los problemas con el abuso de alcohol se manifiestan generalmente en la etapa de la adultez es el resultado de una conducta insalubre que comienza en la etapa de la adolescencia y que se prolonga durante muchos años antes de ser un problema.

Por lo tanto, mediante esta investigación los autores refieren que para que esta adicción al alcohol se configure es necesario que estén dadas ciertas condiciones en el ambiente social, a partir de los cuales estarían validadas algunas prácticas vinculadas a factores de riesgo de desarrollar el alcoholismo.

Alderete et al (2008) desarrollaron un trabajo para conocer cuáles son los patrones de consumo en adolescentes de la provincia de Jujuy (Argentina) y las consecuencias que trae aparejada la ingesta de esta bebida.

La muestra estuvo comprendida por estudiantes de secundaria de veintisiete escuelas diferentes

Ponen de relieve el hecho de que en Argentina hasta la década del ochenta si bien se consumía alcohol había una cultura de moderación y los excesos estaban vistos con cierto nivel de rechazo. Fue en la década del dos mil cuando esa cultura manifestó un giro por el cual el exceso comenzó a ser un aspecto atractivo para los jóvenes. Los autores encuentran explicación de este fenómeno en la fuerte apuesta que han hecho las industrias de ventas de alcohol en los spot publicitarios, provocando un crecimiento notable en la venta de bebidas alcohólicas sobre todo en la población menor de edad.

Dentro de los problemas que los sujetos consultados expresaron haber sufrido como consecuencia del abuso de bebidas alcohólicas pueden encontrarse conflictos con familiares, ausencia o abandono de la escuela, problemas con la policía por encontrarse en estado de ebriedad e incluso han llegado a sufrir algunas lesiones en su cuerpo por perder el control cuando han abusado del alcohol. Pero el mayor problema derivado del uso abusivo

de la bebida es el desarrollo de la dependencia, lo que configuraría la adicción a la sustancia alcohólica.

Para los autores haber realizado la investigación ayudó a desnudar algunas falencias a nivel social que vienen sucediendo desde hace varios años como por ejemplo que la experimentación con drogas legales se da en edades cada vez menores. Esto está en íntima relación con el fenómeno de la dependencia alcohólica, conflictos a nivel interpersonal/familiar y fracaso en el sistema escolar.

Lo que se desprende de esta experiencia es que se torna cada vez más necesario tener en consideración esta problemática e idear nuevas estrategias de intervención o modelos de tratamientos para abarcar la complejidad que implica un trastorno de dependencia alcohólica.

Otra de las cuestiones que destacan es que no han podido observar diferencias significativas entre hombre y mujeres en cuanto al consumo. También que a mayor edad tenían los participantes entrevistados mayor era la probabilidad de que exista un nivel de consumo excesivo.

Britos Sosa & Iraizós Barrios (2011) desarrollaron un estudio de tipo descriptivo acerca de las repercusiones desde un punto de vista bioético que ha tenido a nivel social el consumo problemático de bebidas con alcohol de pacientes pertenecientes a alcohólicos anónimos del hospital Julio Trigo López de La Habana.

Dentro de las variables que se propusieron conocer se encontraban las representaciones de los usuarios con respecto a la salud y a la enfermedad, el significado que le atribuían a la aceptación social y el lugar que ocupaba en su vida el grupo de alcohólicos anónimos.

Los sujetos entrevistados expresaron que son conscientes que el modo abusivo en que están tomando genera consecuencias negativas para su salud y repercute en todos los ámbitos de su vida como pueden ser las relaciones familiares, lo laboral, los vínculos con amistades o vecinos, etc. Además, expresan que experimentan malestar al saber que otras personas hablan en forma negativa sobre ellos criticándolos porque están padeciendo esta enfermedad.

Indagaron sobre las razones por las cuales experimentaron con el uso de bebidas y la mayoría refirió que las presiones sociales-culturales jugaron un papel importante y otro grupo también agregó que comenzaron a tomar porque estaban atravesando problemas

personales. Incluso una de las razones por las cuales sostienen esta conducta según sus argumentos es para enfrentar los problemas de la vida.

Aunque no todos los pacientes consideraban que estaban padeciendo una enfermedad destacan que el cien por cien de los participantes estaba sufriendo consecuencias a nivel orgánico. Dentro de las principales complicaciones se encontraban aquellas relacionadas con el sistema nervioso, problemas a nivel digestivo y dificultades en la concreción de sus relaciones sexuales.

Además de las complicaciones orgánicas describen un malestar muy marcado en lo referente a su vida social debido a que perciben que han sido discriminados en muchas ocasiones por ser adictos. No solo en interacciones del día a día en situaciones cotidianas sino también al asistir por ayuda en los servicios de salud.

Dentro de las críticas que realizaron a las formas de atención que han recibido en su recorrido por sistemas de salud señalan a la estigmatización del alcohólico como un “vicioso” y no como una persona que padece una adicción. Además describen al trato de profesionales como deshumanizado.

Revilla Cervantes et al. (2012) realizaron una descripción minuciosa de cuatro casos de tratamiento de adicción al alcohol de pacientes del policlínico docente “Frank País García” de la Habana (Cuba).

Los objetivos se centraron en conocer cuáles son los factores que configuran y posibilitan que esta conducta adictiva se instale. Parten de la premisa que no se conocen las causas exactas por las cuales se desarrolla esta enfermedad pero sienten conscientes de que en ella deben participar una diversidad de cuestiones que intentaron descubrir.

En todos los casos los investigadores refieren que ha existido un medio social apto para la gestación de esta enfermedad ya que estarían inmersos en un entorno en el cual la adquisición de bebidas se vería facilitada.

Han podido identificar dentro de los aspectos afectivos de los usuarios ideas depresivas y una asociación directa de estos sentimientos con una serie de duelos de larga data que no han podido ser elaborados de una manera saludable, por lo cual se han ido cronificando, eligiendo al alcohol como el medio para evadir el malestar que le producen.

No se han podido detectar un evento que pueda ser descrito por los usuarios como el desencadenante del problema sino una serie de vivencias y fundamentalmente la puesta en

práctica de un conjunto de maniobras evasivas para no lidiar con el dolor de cada una de ellas. Esto ha llevado a que lentamente vayan evadiendo todos los problemas de su vida y experimenten dificultades a la hora de controlar sus emociones.

Hablan de una fijación en eventos del pasado que se convierten en un obstáculo para poder proyectar a futuro, como así también tener la posibilidad de pedir ayuda reforzando de esta manera la conducta adictiva.

La soledad en la que se ve inmerso el sujeto alcohólico sería otro elemento que mantiene el problema ya que es difícil de revertir. En la mayoría de los casos estudiados hubo una ruptura con sus relaciones de afecto (familiares, amigos) producto del descontrol por el alcoholismo, cuestión que contribuyó notablemente a la experimentación de sentimientos de frustración.

Estos factores que descubrieron los autores y que configurarían el alcoholismo también serían elementos que cronificarían el consumo problemático ya que el usuario se iría aislando del medio y refugiendo en el alcohol como una estrategia para evitar el malestar.

Díaz-Heredia, Muñoz-Sánchez y Durán-de Villalobos (2012) exploraron las características descriptivas de sujetos que padecen adicción al alcohol (alcoholismo), utilizando como fuentes de información estudios cualitativos publicados previamente acerca del proceso de recuperación del alcoholismo, explorando una diversidad de bases de datos para dar con ellos.

Los autores destacan que en general los objetivos en tratamientos con pacientes alcohólicos son la desintoxicación y el aprendizaje de estrategias que apuntan a evitar las recaídas, por lo que la visión que ellos plantean sobre esta cuestión no es incluida dentro de los objetivos terapéuticos.

Otra de las cuestiones que señalan acerca de las investigaciones realizadas sobre la adicción al alcohol es que generalmente están abordadas desde una sola disciplina, lo cual no sería suficiente para abarcar la complejidad que implica esta problemática. Las dimensiones que se ponen en juego en un proceso de recuperación de un paciente alcohólico son múltiples y deben ser conocidas.

Basándose en datos expuestos por la organización mundial de la salud (OMS) definen al consumo problemático de alcohol como uno de los principales factores de mortandad en el mundo, llegando a un número de fallecidos de dos millones en el año dos mil once.

También destacan el hecho de que es la principal causa de muerte en países subdesarrollados y se encuentra entre las tres principales causas de muerte en los países desarrollados.

Hablan de un movimiento ascendente en cuanto que se logra pasar de un estado de soledad, aislamiento y una visión negativa sobre el mundo a lentamente comenzar a interpretar la misma realidad de una manera diferente, descubriendo aspectos y fortalezas de su personalidad que ellos mismos desconocían que le permiten plantearse nuevos objetivos de vida.

El proceso de recuperación del alcoholismo es descrito por estos autores como un encuentro con la vida a partir de una experiencia de afrontamiento positivo. Se posibilitaría una reconstrucción del self y del proyecto vital del paciente pero con la necesaria participación activa del usuario para reencontrarse con sus potencialidades y recursos que serían los pilares a la hora de alejarse del consumo activo de alcohol. A su vez, se rompe con el estigma de “enfermo incurable” con el que carga la persona que padece este tipo de adicción.

Destacan que en este proceso de autoconocimiento a partir del cual empiezan a percibirse como “sujetos capaces” posibilitan una mayor madurez. A partir de desarrollar esta madurez la manera de afrontar los conflictos de la vida se modifica radicalmente. Demuestran mayor capacidad para tomar decisiones responsables a partir del aprendizaje por la experiencia y apoyadas en procesos mentales que están basados en la intuición y la razón.

Por su parte, Henao Escobar y Segura Restrepo (2013) buscaron describir la experiencia subjetiva de lo que los autores llaman “tocar fondo” en la adicción al alcohol, tomando como punto de referencia los testimonios de pacientes que son miembros de A.A (Alcohólicos anónimos) que han luchado y logrado su recuperación.

El “tocar fondo” puede ser definido como un estado de ruina personal, sentimiento de estar bajo el dominio de la bebida alcohólica, sensación de muerte personal o social que precede a la muerte física, desdibujamiento de la identidad, ausencia de sentido de la vida y un marcado deterioro en las distintas esferas que componen su vida como son la social, familiar, laboral, etc.

Analizan por otra parte el significado de la experiencia de tocar fondo en el proceso de recuperación de la salud. Se hace referencia a un punto determinado dentro de la trayectoria alcohólica en la cual tiene un lugar un cuestionamiento personal acerca del rumbo que tomará su vida siguiendo con la misma conducta adictiva.

Destacan que una de las características de esta experiencia es que el adicto llega a registrar que el alcohol lo ha vencido, que no tiene el control que creía tener sobre su ingesta. Es a partir de esta toma de conciencia que empiezan a replantearse si este tipo de vida es la que deseaban continuar viviendo, entendiendo que es un camino que finalmente lleva hacia la muerte.

Caracterizan a este momento como un período de renacimiento y de crecimiento personal que es parte de un sentimiento generalizado de muerte en vida. La sensación de muerte social que precede a la física genera montos de dolor en el alcohólico que les resulta difícil de tolerar, por lo que surge el deseo de ser ayudado, visión esperanzada de la vida y la decisión de mantenerse sobrio.

Para los autores uno de los aportes de la noción de tocar fondo al saber científico es que teniendo en cuenta que la persona que padece la adicción al alcohol experimenta un sufrimiento difícil de tolerar se debe intervenir desde el lado de los profesionales de salud mental con empatía, colocándose en el lugar del paciente. El hecho de comprender que son seres humanos que están enfermos y que sufren rompe con ciertos estigmas sociales que modificarían el enfoque de la intervención sobre esta problemática.

En el año 2013 De La Torre, Escarabajal & Agüero revisaron la literatura disponible que ilustra una posible relación entre el consumo de alcohol con el padecimiento de estados de estrés.

Concluyen que la génesis de lo que se da en llamar un “consumo moderado” de alcohol hacia el uso “abusivo” o la “dependencia” de esta sustancia podría estar justificada por la existencia de una sensibilidad diferencial con respecto a los efectos reforzantes del etanol, sensibilidad que sería de base biológica, genéticamente predispuesta.

Pero más allá de los factores biológicos no se descartan los factores ambientales, es por ello que se considera que el estrés cumple un rol determinante para el desarrollo de esta adicción, activando la sensibilidad a la que se ha hecho referencia e influyendo también sobre el consumo de bebidas alcohólicas.

El estrés no solo está considerado como un posible factor que participa en la configuración de la adicción sino que también puede provocar recaídas en los pacientes en recuperación. La investigación de estos autores está centrada en la relación entre etanol y estrés.

Establecen una clasificación de los tipos de estrés diferenciándolos entre físicos (algógenos) y psicológicos (no algógenos), los cuales activan distintos circuitos neuronales.

El estrés psicológico se relaciona con circuitos límbicos que conectan el hipocampo con el complejo amigdalino y la corteza prefrontal; mientras que el estrés físico logra activar vías eferentes viscerales y somatosensoriales cuyo destino es el núcleo paraventricular del hipotálamo.

Buscan construir hipótesis durante la investigación acerca de por cómo los efectos del etanol interactúan con el estrés, lo que determinaría la conducta que adaptaría el sujeto ante el alcohol en situaciones en que experimente estrés. Entre estas hipótesis se expone que el alcohol reduciría la tensión que es producto del estrés mediante la amortiguación dopaminérgica por activación del sistema inhibitorio GABAérgico.

Otra de las hipótesis que plantean es que el etanol a partir de la liberación de opioides endógenos activa el sistema de refuerzo cerebral, dando por resultado una disminución marcada de los efectos aversivos del estrés.

En un artículo publicado en el año 2014, Regal et, al. hacen hincapié en los efectos que a corto o largo plazo se evidencian en el sistema nervioso central debido al consumo prolongado y problemático de alcohol.

Refieren que el etanol, de igual forma que otras sustancias que poseen potencial adictivo, son reforzadoras. Cuando se habla de reforzador se hace referencia, según lo investigado por estos autores, al contrario de aversivo, y se utilizaría en el campo de la psicología experimental para evitar la utilización de otros cuya objetivación sería más compleja y dan como ejemplo a los de necesidad, deseo o compulsión.

Se habla de la propiedad de algunos estímulos de aumentar las chances de ser aplicado de nuevo por el mismo sujeto, luego de una aplicación, apoyado en sus efectos orgánicos o psicológicos.

Por otra parte, el refuerzo negativo sería el que se manifiesta cuando la persistencia del consumo se hace con el objetivo de prevenir consecuencias negativas ya sea desde lo sociopsicológico u orgánico, relacionadas a la abstinencia de consumo.

Exponen una clasificación de distintos tipos de tolerancia, ellas son:

Tolerancia alcohólica: es aquella que se configura como producto del consumo repetido del etanol, lo cual generaría que paulatinamente la intensidad de sus efectos vaya disminuyendo. Al llegar a este punto solamente con un aumento en la dosis consumida la intensidad volverá a incrementarse.

Tolerancia farmacocinética: se genera cuando las altas dosis de etanol estimulan las enzimas que se encargan de la metabolización del etanol. Esto genera que con menores dosis de alcohol se llegue a las zonas afectadas.

Tolerancia conductual: aquí hacen referencia a que existe un número de actividades que al realizarse bajo los efectos del consumo de alcohol producirían una disminución de sus efectos. Establecen un paralelismo entre este tipo de tolerancia y el fenómeno denominado aprendizaje dependiente del estado.

Con respecto al síndrome de abstinencia concluyen que es un proceso generado por un conjunto de síntomas que serían opuestos a los que se presentan en la exposición sostenida y prolongada al etanol. Este fenómeno se presenta en distintos niveles cerebrales y se relaciona con un incremento de la actividad simpática.

García Betancourt et al. (2015) estudiaron la prevalencia y los efectos del consumo de alcohol en habitantes de la ciudad de Matanzas (Cuba) seleccionando como participantes a sujetos que comprendían una franja de edad entre quince y setenta y cuatro años.

Destacan que pese a que se ha evidenciado a lo largo de los últimos años que el alcoholismo es una de las adicciones de mayor prevalencia y que mayor daño está generando sobre la salud de la población mundial nunca se le ha otorgado la importancia necesaria. El foco generalmente está puesto en otro tipo de adicciones como son las drogadicciones.

En Cuba la edad de inicio del consumo de alcohol se sitúa alrededor de los quince años y genera preocupación en el ámbito científico por representar una de las principales causas de problemas de salud individual, familiar y no solo es concebida como una enfermedad en sí sino que también el factor determinante para otras enfermedades.

Observan que la edad de la experimentación con las bebidas alcohólicas coincide con el momento de la vida en el cual se logra cierto nivel de independencia en lo económico. Otros factores que influyen serían la imitación de conductas de personas mayores (familiares o amigos) y un incremento en lo que respecta a su vida social que es esperable en el inicio de la adolescencia.

A su vez, refieren a partir de este estudio que es un fenómeno habitual el hecho que a medida que se avanza en edad se va disminuyendo el nivel de ingesta, lo cual podría estar relacionado con que a mayor edad mayor es la probabilidad de desarrollar alguna enfermedad de tipo crónica. Esta reducción solo se da en aquellos sujetos que no han generado una dependencia de la bebida.

Establecen una relación este estado nutricional y alcoholismo señalando que el consumo de bebidas alcohólicas reemplaza en los casos de dependencia a algunos alimentos básicos para la alimentación, como así también puede impedir la absorción de nutrientes importantes generando un mayor nivel de grasa corporal.

Sobre el tratamiento de alcoholismo exponen que el abordaje requiere intentar contemplar la multiplicidad de variables que se ponen en juego y que están enraizadas en algunas pautas de tipo cultural, social, familiar. Para idear la estrategia adecuada en cuanto a la intervención se deben tener en cuenta cada una de estas dimensiones.

1.2 Los estudios del proceso de cambio en psicoterapia

Gálvez y Molina (2006) revisaron el trabajo de Leahy con respecto al proceso de cambio en terapia cognitiva-conductual. Este autor refiere que emociones universales como la ansiedad, angustia, etc. son exacerbadas por esquemas emocionales previos a partir de la evitación emocional (lo cual perpetúa los problemas dando lugar a conductas como el consumo de alcohol).

De esta manera, destaca a la alianza terapéutica como un pilar determinante para propiciar el cambio del paciente. Percibir al terapeuta como una figura empática y confiable daría lugar a la expresión de las emociones y la modificación de los pensamientos disfuncionales, dando lugar a cambios como son: Posibilitar el procesamiento emocional, disminuyendo de esta manera la evitación; Estimular al paciente a probar y modificar creencias disfuncionales; incrementar el auto-entendimiento y auto-reflexión; ayudar a evaluar los

costos y beneficios de algunos pensamientos; modificar la concepción de la importancia de la comunicación de los sentimientos; ampliar la visión del problema y el repertorio de posibles soluciones.

Describen a la preocupación como un recurso valioso para confrontar la situación problemática. Preocupándose, el sujeto logra pasar de una imagen con una carga emocional importante a un contenido de tipo lingüístico abstracto, reduciendo de esta manera la posibilidad de activación fisiológica. Otra de las ventajas de la preocupación es que los sujetos logran centrarse en otras cuestiones que son percibidas con una carga menor de amenaza.

Señalan Galvez & Molina (2006) que Leahy configuró en base a la observación de pacientes un modelo de los esquemas emocionales a partir del cual expone que las repercusiones que tengan las emociones universales a las que se hizo referencia dependerán del significado que posea para cada sujeto y de los recursos de afrontamiento de cada persona, por lo cual sería una experiencia individual. Cuanto más complejas y difíciles de controlar perciban a esas emociones mayores serán las probabilidades de que genere un trastorno en la vida del sujeto.

Dentro de esta investigación destacan los autores que Leahy define al procesamiento emocional como un mecanismo que reduce la inhibición emocional. Implica que se llegue a un auto-entendimiento y a un nivel de auto-reflexión al que no se había podido llegar hasta el momento. Los mecanismos que se ponen en juego en el procesamiento emocional tienen lugar una vez que se ha logrado experimentar la emoción, logrando de esta manera reconocerla y ponerle nombre.

Aristegui et al. (2009) realizaron un estudio acerca del proceso psicoterapéutico desde el enfoque del cambio genérico expuesto por Krause et al. (2006). La metodología de la investigación es de corte cualitativa, exploratoria, utilizándose los registros de grabaciones de audio y video.

Se trabajó con pacientes que estaban participando de dos tipos de psicoterapia distintas: estratégica breve y psicodinámica. Dentro de estos dos tipos de tratamientos los autores identifican episodios que se caracterizan por ser de estancamiento y otros episodios que son de cambio. El número de procesos psicoterapéuticos registrados durante la investigación fue de catorce en total.

Señalan que al explorar los episodios de cambio arribaron a conocer algunas características dialógicas del consultante y del terapeuta que están entrelazados en una especie de juego autorreferencial. Ambos actores construyen una visión distinta de lo que es la posición del yo dentro de este proceso, destacando que hay un compromiso con la ejecución de acciones para lograr los objetivos.

Toman como referencia el concepto de “cambio subjetivo” de Groeben & Scheele (2001) considerando a este como un repertorio de cogniciones que facilitan al sujeto una reorientación a la hora de explicar la realidad, los eventos vivenciados, anticipar algunos sucesos y programar algunas acciones a futuro. El cambio estaría dado por la configuración de nuevos mapas mentales, siempre de carácter subjetivo, que guían la visión del mundo y de sí mismo.

Refieren que este cambio subjetivo está posibilitado dentro del proceso psicoterapéutico por la confluencia de las construcciones personales que realiza el terapeuta del problema con las construcciones que realiza el paciente.

Una de las conclusiones a las que se arribó es que en los episodios de cambio existiría una convergencia entre las posiciones del terapeuta y la del paciente a partir de algunas expresiones que presuponen un acuerdo en la visión del problema de ambas partes (expresiones como pueden ser un “sí”).

Mientras tanto, en los episodios de estancamiento no sería posible esta convergencia entre profesional y usuario, a partir de lo cual se mantendría la posición con la que se inició el tratamiento que puede ser calificada como problemática impidiendo de esta manera que el cambio sea posible.

Siguiendo el mismo criterio, Martínez González, Graña Gómez y Trujillo Mendoza (2008) analizaron la efectividad del tratamiento de alcoholismo desde un enfoque cognitivo-conductual, en el que se alternaban sesiones de terapia tanto individual como grupal.

La experiencia tuvo lugar en la ciudad de Granada, en un centro de atención a drogodependientes y su objetivo era la prevención de recaídas de conductas alcohólicas tomando como muestra a un total de 80 pacientes.

Dentro de este plan se incluyó a familiares de usuarios del servicio con el fin de evaluar y realizar un seguimiento acerca del proceso de cambio del paciente. Se concluyó que el

tratamiento grupal es más efectivo que el tratamiento individual en lo que se refiere a la adicción al alcohol.

Con respecto a las estrategias terapéuticas que se utilizó desde el equipo de investigación para este procedimiento se pueden destacar la permanente motivación para la adherencia al tratamiento; la psicoeducación, brindar todo tipo de información sobre los modos posibles para evitar una recaída; trabajo para el reconocimiento de los factores que conllevan un posible riesgo de recaída y para poder decir no ante los ofrecimientos de su grupo de pares; manejo de la frustración en casos de recaída en el consumo de alcohol; preparación constante para manejar el estrés; reestructuración cognitiva; proceso de exposición gradual a estímulos vinculados con el consumo de alcohol para aprender a manejarlos; aprendizaje de hábitos sanos.

Dentro de las conclusiones a las que arriban los autores es que el éxito de este tipo de proceso terapéutico dependerá en su mayor medida del nivel de motivación que se logre desarrollar en el paciente con las distintas estrategias que implementen.

Por otro lado, observaron que hay una correlación marcada entre trastornos obsesivos de la personalidad con trastornos por dependencia. En referencia a este punto señalan que las personas que padecen trastorno obsesivo de la personalidad tienen mayores probabilidades de configurar una adicción a las bebidas alcohólicas debido a la incapacidad para adaptarse a situaciones nuevas, buscando en el consumo abusivo del alcohol una vía para desinhibirse y disminuir los niveles de ansiedad.

Con respecto a la modalidad de terapia grupal no solo sostienen que es una forma de tratamiento a partir de la cual puede mostrar mejores resultados que la terapia individual sino que también es un tipo de formato efectivo en una multiplicidad de trastornos distintos sin limitarse a los trastornos de personalidad.

Santibáñez Fernández et al. (2008) realizaron una sistematización de los factores que influyen en la consecución de los objetivos en el proceso psicoterapéutico. Refieren que el cambio a nivel psicológico dentro de la terapia a cargo de un profesional es un proceso en el cual se ven involucrados gran cantidad de factores.

Plantean que de acuerdo a las investigaciones existentes se podrían discriminar variables específicas (que son características del enfoque de la terapia que se está desarrollando) y

variables inespecíficas (en referencia a aquello que es común a todos los enfoques psicoterapéuticos).

Dentro de las variables inespecíficas distinguen e identifican tres tipos:

Las que tienen que ver con el consultante, es decir, con las características propias del paciente y que favorecen la consecución de resultados positivos en el transcurso del tratamiento. Aquí pueden identificarse variables demográficas que se refieren al nivel socioeconómico del consultante, estilo de afrontamiento, características de su personalidad, su edad y su género, su disposición personal para tratar de recuperar su salud y también las creencias y expectativas con respecto al tratamiento y a la figura del terapeuta.

Las variables del terapeuta son un factor muy importante dentro de la psicoterapia, pero es un elemento que debe estar en relación íntima con las características individuales del sujeto que consulta. De este modo, resulta de un nivel de complejidad tal esta interacción que cuesta definir claramente cuánto aporta cada uno en cuanto a los beneficios obtenidos en el proceso. De todas formas plantean que es fundamental que el profesional pueda aportar una actitud que posibilite y sostenga el cambio a partir de una serie de intervenciones como son la empatía, el demostrar calidez, aceptación, respeto, interés genuino y deseos de ayudar al consultante.

La personalidad del terapeuta es un recurso que según lo que sostiene los autores tiene un valor igual o mayor al de la formación teórica del profesional y su orientación. Así, un psicólogo que goza de buena salud psíquica podrá tener mayores probabilidades de ayudar a un consultante a resolver sus conflictos. También sería importante que el terapeuta logre un conocimiento de sus limitaciones logran tener una mayor sensibilidad hacia las preocupaciones planteadas por los pacientes.

La tercer variable inespecífica trabajada por los autores es la relación y alianza terapéutica, definida como una relación entre consultante y terapeuta en la cual tienen lugar una serie de acuerdos con respecto a los objetivos del tratamiento, compromiso mutuo entre ambas partes. Llegar a estos acuerdos contribuiría a poder construir una relación positiva entre profesional y paciente.

Cordero, Cordero, Natera & Caravea (2009) trabajaron con sesenta pacientes que padecían dependencia al etanol del instituto psiquiátrico Ramón De La Fuente (México) con el objetivo de evaluar los resultados de un tipo de terapia que estaba centrada en soluciones.

Destacan que el alcoholismo es uno de los principales problemas de salud de México y que si bien se ha intentado idear una variedad de estrategias de tratamiento no se ha podido conocer con claridad si esos planes de tratamiento son la verdadera causa de la motivación al cambio del consultante.

Con respecto a los participantes fueron divididos en dos subgrupos: aquellos que querían modificar sus hábitos de consumo y los usuarios que pretendían resolver los conflictos surgidos como producto del consumo problemático.

Dentro de las falencias que encuentran en el sistema de salud de su país está la cuestión de que si bien se sabe que el alcoholismo es un problema grave que afecta a un porcentaje alto de la población es muy reciente esta toma de conciencia de su relevancia. Por lo tanto aún no se le estaría destinando el espacio necesario para investigar sobre el tema, quedando siempre en primer plano las investigaciones centradas en otros temas de la salud pública.

La investigación demostró que los pacientes que se propusieron al inicio del tratamiento el objetivo de modificar los problemas emergentes de la adicción al alcohol consiguieron mayores resultados positivos que los sujetos que querían moderar la ingesta.

Acerca de las recaídas también una diferencia muy marcada entre estos dos grupos. Luego de un año de seguimiento la mayor parte de los sujetos que trabajaron sobre la modificación de su situación vital más allá del consumo de bebidas alcohólicas sostuvieron su abstinencia. Por otra parte, menos de la mitad de los usuarios que se plantearon el objetivo de moderar el consumo y llegar a controlarlo sufrieron recaídas en cuanto a consumo abusivo se refiere. A su vez señalan que dentro de este grupo la mayoría de las recaídas se produjo dentro de los primeros cuatro meses de iniciado el tratamiento.

Como resultado de esta experiencia, los investigadores plantearon la importancia de configurar modalidades de tratamientos para adicciones que se centren en promover la solución de las complicaciones derivadas del consumo abusivo y dependiente. Sugieren que este objetivo se debería incluir en todos los programas vigentes.

Para ampliar los conocimientos sobre la problemática de las adicciones plantean que es necesario un exhaustivo seguimiento de cada uno de los casos estudiados, contemplar dentro de este trabajo la posibilidad de una recaída y también acceder a una cantidad mayor de participantes.

Por su parte Salazar Garza, Martínez Martínez & Barrientos Casarrubias (2009) reunieron un grupo de veintiocho adolescentes del DF de México que habían manifestado que consumían alcohol y a su vez tenían problemas para controlar la ingesta.

El objetivo fue experimentar con la inducción al tratamiento como una estrategia para romper con algunos estigmas de parte de los adolescentes acerca del rol del psicólogo, trabajando además la adhesión al tratamiento y la motivación al cambio. A medida que baja la ansiedad con respecto a la naturaleza de una psicoterapia aumentan las probabilidades de que el usuario permanezca en el proceso.

Según las estadísticas con las que contaban al inicio de la investigación son altos los índices de jóvenes que ingresan a los tratamientos para recibir ayuda para su adicción debido a que ha sucedido algún evento estresante. Lo lamentable de la estadística es que es muy alto también el número de deserciones en estos tratamientos, aunque experimenten malestar por la falta de control en el consumo les cuesta tomar la decisión de cambiar la situación.

Dentro de los resultados obtenidos los autores destacaron que la terapia de inducción se presenta como un recurso necesario para definir los roles dentro de una psicoterapia. Es así que en el inicio del tratamiento se puso en conocimiento a los adolescentes que no serían juzgados por su conducta en cuanto al consumo y que por el contrario cumpliría el rol de apoyarlos y ayudarlos a revertir su consumo adictivo, disminuyendo de esta manera la resistencia al cambio.

Concluyeron que la sesión de inducción produjo una disposición diferente en los participantes por lo cual luego de transcurrir esta sesión se los veía con cierta voluntad para ejecutar algunos cambios y destinaban algunas acciones en pos de ello.

Otra de las ventajas que los autores resaltan de la sesión de inducción es que favorece la toma de decisiones del usuario en relación al consumo. A través de la empatía transmitida por el terapeuta se va trabajando las consecuencias negativas del consumo abusivo y de esta manera ayudando a resolver la ambivalencia con respecto a recuperar su salud.

Con respecto al tratamiento del G.Í.A. (Grupo Institucional de Alcoholismo), Villafañe (2009) evaluó durante 6 años la efectividad del tratamiento de este tipo de grupos, en Puerto San Julián de la provincia de Santa Cruz, Argentina, utilizando para dicha investigación el método cualitativo y la inducción analítica, efectuando entrevistas con casos seleccionados mediante el muestreo intencional.

Como conclusiones de este trabajo destaca que la terapia grupal G.Í.A. se ha mostrado efectiva en cuanto a que el usuario del servicio logra descubrir en el proceso sus propias fortalezas y recursos para así poder construir un proyecto de vida alejado del alcohol. Además, describió otros cambios significativos que contribuyen a la recuperación del paciente adicto al alcohol como son el reconstruir su identidad dejando de ser sólo “el alcohólico”, darle un giro a sus problemas ampliando su mirada sobre los mismos, generando de esta manera mayor número de alternativas para resolverlo y reconstruir vínculos familiares.

Traza una distinción entre la implicancia de la institución que albergaba el grupo institucional de alcoholismo con el resto de las instituciones locales. Describe una falta de reconocimiento de la adicción al alcohol como un problema, por lo cual propuso nuevas estrategias y proyectos basados en los resultados obtenidos en el proceso de investigación que desarrolló.

Parte de la premisa que se conoce cuál es el problema y sobre todo cuáles son algunas formas posibles de solucionarlo, trabajando estrategias grupales para el tratamiento de la adicción al alcohol. Uno de los fundamentos de la elección de esta modalidad es que al enfermar socialmente se debe trabajar en grupo para comprender las múltiples dimensiones que abarca esta problemática.

El tratamiento que se implementó no solo apuntaba al logro de la abstinencia alcohólica sino que implica concretar otros objetivos que no dejan de ser menos importantes como el de aprendizaje, de recuperación de la salud y de construir con los otros miembros del grupo un proyecto de vida que no incluya una adicción.

Concluye que para que el tratamiento del GÍA sea efectivo se deben lograr la consecución de algunas metas como son la reconstrucción de la identidad del sujeto, reconocimiento de aspectos sanos de la personalidad y fortalezas y aprender modalidades efectivas para resolver conflictos sin poner en riesgo su salud. Este proceso personal debe ir acompañado de una transformación institucional en la cual se deje de negar la enfermedad y se comience a implementar acciones para tratarla con la seriedad que amerita.

Por su parte, Agrelo (2011) realizó una sistematización de las intervenciones y procedimientos que favorecerían el éxito en el tratamiento con pacientes que padecen adicciones. Participaron de la investigación un total de nueve pacientes con los cuales se

registraron cuatro sesiones con cada uno. La investigación fue de tipo exploratoria y se propuso identificar conceptos cruciales para idear nuevas intervenciones para tratamientos futuros.

Afirma que en un tratamiento destinado a intervenir sobre una problemática de adicciones puede ser un recurso valioso para concretar sus objetivos el hecho de idear detalladamente los tipos de intervenciones en forma estratégica para conseguir modificaciones en la conducta del paciente. Esta afirmación está basada según la investigadora en que los pacientes adictos manifiestan un grado marcado de ambivalencia, por lo cual se necesita un nivel de compromiso óptimo del profesional generando permanentemente estrategias de acuerdo a los requerimientos del usuario.

Además, poder identificar y replicar en base a las experiencias previas aquellas intervenciones que resultaron exitosas a la hora de generar cambios en los consultantes sería un factor que mantiene todo aquello que es útil, favoreciendo el logro de objetivos terapéuticos.

Plantea que históricamente se ha considerado que el éxito en las terapias de adicciones se basa en conseguir la abstinencia, el cese del consumo, pero que en realidad el éxito va más allá de eso y tiene que ver con concretar otro tipo de objetivos que el paciente como son el retomar el control de su vida.

Dentro de las conclusiones a las que arribó destaca que durante el proceso de recuperación de la salud del consultante no alcanza con descubrir cuáles serían las acciones que favorecerían el cambio sino que también deben saber cómo hacer para que las pongan en práctica.

Cree necesario que a la hora de diagramar el tratamiento de debe contemplar la ambivalencia del sujeto entre cambiar o continuar con la conducta insalubre ya que si bien reconocen que tienen una enfermedad no siempre estarán dispuestos a hacer lo necesario para modificar esa situación.

La actitud del terapeuta, según su punto de vista, debe apuntar a generar situaciones de cambio desde la primera sesión ya que la complejidad de la problemática requiere que no se postergue más el compromiso con su salud.

Ruíz Sancho, Froján Parga & Calero Elvira (2013) analizaron la conducta verbal de una muestra de pacientes durante el proceso de psicoterapia en el Instituto Psicológico de

Madrid, grabando noventa y dos sesiones mantenidas con población adulta y trabajando posteriormente con los resultados obtenidos tras su posterior desgrabación.

Con el objetivo de generar conocimiento sobre el fenómeno de cambio en la terapia psicológica se centraron en describir la principal actividad que realiza el paciente en ella y que según su punto de vista ha sido muy poco estudiada hasta la actualidad: hablar. A través del habla el paciente va aportando información que describe y amplía el conocimiento del problema, información que resulta de gran interés para su tratamiento, como así también va expresando una validación hacia la figura del terapeuta y sus intervenciones en lo que respecta a ampliar la información sobre la problemática que padece el cliente e instruirlo para afrontar esta situación.

Dentro de las motivaciones que guían su investigación se encuentra el interrogante de por qué hay tan pocos trabajos basados en la conducta verbal dentro de la psicoterapia como un recurso de gran importancia para el éxito terapéutico.

A la hora de tomar una decisión acerca de cuál sería el punto de inicio del análisis de las secuencias conversacionales estudiadas se inclinaron por realizar una exhaustiva evaluación de la conducta verbal de la figura del psicoterapeuta. Tomaron esta determinación porque los terapeutas que participaron del proceso eran de estilo directivo y deseaban conocer los efectos de su conducta verbal sobre los pacientes.

También describieron los estilos de respuestas verbales de parte de los pacientes configurando una categorización de las mismas en: verbalizaciones pro-terapéuticas; verbalizaciones anti-terapéuticas; y verbalizaciones neutras. Dentro de los objetivos de los investigadores se encontraba estudiar la evolución de estos estilos.

Dentro de las conclusiones a las que lograron arribar sostienen que a partir de la conducta verbal del profesional a cargo se va modificando notablemente la conducta verbal del usuario. Observaron que algunos logros terapéuticos se daban en aquellas sesiones en donde el psicólogo realizaba una descripción del problema del paciente en base a la información que este le había brindado. Este fenómeno tendría lugar debido a que a partir de las sugerencias del terapeuta acerca de las acciones que se deben ejecutar para buscar cambios el usuario llega a contemplar los posibles beneficios de seguir el tratamiento cumpliendo con lo que se le propone.

Gantiva & Florez Alarcón (2015) se propusieron descubrir cuáles son las posibles intervenciones del terapeuta que se asocian con el incremento de la motivación al cambio de los pacientes que están bajo un tratamiento de alcoholismo.

Para la realización de dicha investigación registraron mediante grabación de audio una serie de sesiones en las cuales participaban diez pacientes que luchaban por recuperarse de la adicción al alcohol.

El método seleccionado para conocer las intervenciones asociadas al cambio fue el de la entrevista motivacional. Las razones por las cuales se inclinaron hacia este tipo de entrevista fueron que es una técnica centrada primordialmente en las necesidades e intereses del paciente como así también que es una herramienta eficaz para resolver la ambivalencia típica de alcoholismo.

A su vez, hay aspectos que ven favorables para la relación terapéutica de este tipo de entrevista como es el hecho de que el profesional no asume el rol de experto sino que permanentemente se le va transmitiendo al consultante que es el portador de la principal responsabilidad con respecto al posible cambio. Él es el verdadero protagonista de la terapia y el percibir que se le da un rol de alguien capaz de alcanzar las metas puede ser un factor que incremente su motivación a la continuidad del tratamiento.

Concluyeron que para ayudar a resolver la ambivalencia del paciente el psicoterapeuta ha utilizado algunas técnicas como poner el foco en la elección personal del consultante y en su control personal, una escucha de tipo reflexiva y propiciar un aumento de las discrepancias.

Tras el análisis de los datos pudieron concluir que hasta la cuarta sesión el nivel de resistencia al cambio y de ambivalencia era aún un obstáculo para poder avanzar hacia los objetivos del tratamiento.

Luego de la cuarta entrevista notan que hay una disminución marcada de la resistencia al cambio y las expresiones ambivalentes, apareciendo algunas frases del tipo automotivadoras y una mayor predisposición a intentar cambiar algunos aspectos de su vida que hasta el momento no contemplaban.

1.3 Resiliencia y apego en alcoholismo

De Lucas Taracena y Montañés Rada (2006) realizaron un trabajo de revisión de bibliografía sobre la temática del apego, entendiéndolo como un vínculo de tipo emocional, afectivo que además de sostenerse en el tiempo se establece con una figura que es significativa para el sujeto.

Podría ser entendida como una estrategia de supervivencia que cada ser humano posee desde el nacimiento mediante la cual el niño se mantiene próximo a sus cuidadores preservando de esta manera su seguridad personal.

Un aporte de este trabajo es el de considerar los estilos de apego de personas con trastornos de dependencia de una droga, cuestión que en la mayoría de las investigaciones sobre este concepto no era tomada en cuenta. Desde este enfoque, el trastorno por dependencia hacia alcohol o drogas es uno de los efectos colaterales del tipo de apego que experimente en sus primeras relaciones afectivas, pero sobre todo se trata de un concepto fundamental a la hora de configurar una alianza terapéutica. La alianza entre terapeuta y el paciente es una relación humana con características semejantes a las que desarrolla con sus padres o grupo de pares en lo que respecta a las expresiones de afecto, la dependencia, comunicación, etc. Esto convierte a la alianza terapéutica en un elemento de gran valor para la consecución de los objetivos del tratamiento.

Entre los supuestos que guían este proceso de investigación está el de la presencia de una “apego no seguro” en personas usuarias de drogas, por lo que mantendrían el consumo de la sustancia como una estrategia desadaptativa para romper tanto con su entorno familiar como con la posibilidad de establecer cualquier otro tipo de interacción humana de carácter adulta, manteniendo de esta forma una sensación constante de necesidad de cuidados y contención.

Tras la exhaustiva revisión de investigaciones realizadas ponen en cuestionamiento a las relaciones entre pares debido a que si se tienen en cuenta los fundamentos de la teoría del apego no se pueden considerar relaciones estables o duraderas a aquellas que se establecen con otras personas cómplices en el consumo de alcohol o drogas. Se trataría de un tipo de vínculo que se presenta como la prolongación del clima afectivo/relacional experimentado en su ambiente familiar en los cuales prevalecen los conflictos, escasez de afecto, falta de comunicación, etc.

Los estilos de apego inseguros influirían en el proceso de construcción de la alianza terapéutica generando dificultades marcadas para establecer una relación terapéutica acorde a los requerimientos de un tratamiento para adicciones.

Becoña (2007) realizó una intensiva revisión de trabajos de investigación que han intentado explorar la relación entre la capacidad de resiliencia y consumo de drogas, con la premisa de que conocer esta relación sería una herramienta muy valiosa para desarrollar programas tanto de tratamiento como de prevención de adicciones.

Con respecto a investigaciones que intentaban vincular alcoholismo y resiliencia en los que se tomó como muestra niños o adolescentes en situación de vulnerabilidad concluyó que generalmente intervenía la figura de algún adulto que era una figura de referencia para el niño/adolescente y que hizo las veces de tutor.

Este rol en los casos en que su padre era alcohólico podría ser representado por su madre, hermano, docentes, como así también amigos y padres de algunos amigos quienes han contenido al sujeto en los momentos de mayor adversidad y se han convertido en factores protectores. La capacidad de resiliencia sería un factor importante de protección, desarrollarla reduce la probabilidad de padecer alguna adicción.

Las relaciones de apego a las que hacen referencia no solo pueden ser establecidas con sus figuras paternas sino que también se contempla la posibilidad de apego a otras personas de su entorno con las cuales ha desarrollado un vínculo humano significativo. Es así que la posibilidad de poner en palabras sus emociones y todo aquello que le preocupe con un hermano configuraría un tipo de vínculo de apego que podría ser entendido como un factor protector contra el desarrollo de una adicción al alcohol.

Lo mismo sucedería en el contexto escolar. Aquellos niños a los cuales les da placer asistir a la escuela en general han tenido la oportunidad de encontrar figuras de apego dentro de la institución a la que concurren. En este caso con algún profesor que consideran un modelo a seguir y con quien han empatizado, o con uno o más compañeros con los que comparte a los cuales siente como fuentes de apoyo emocional.

El autor destaca que en los trabajos que se han ocupado de estudiar a la resiliencia como factor protector hablan de una confluencia de distintos factores tanto biológicos, ambientales, individuales, el nivel de apoyo social que favorecerían la adaptación a situaciones vitales estresantes.

Otro aporte valioso a la hora de hablar de resiliencia centrándose en el proceso grupal o colectivo lo brindan García, Loizo y Valdebenito (2009), quienes realizaron una investigación cualitativa, de tipo descriptiva e interpretativa con familiares de desaparecidos de la provincia de San Luís.

Uno de los objetivos de este trabajo fue conocer el fenómeno de la capacidad de resiliencia desde una concepción familiar, es decir, concibiéndolo como un fenómeno colectivo y dejando atrás concepciones pasadas en las cuales se estudiaba a la resiliencia como un fenómeno individual, independiente del ambiente en el cual estaba inmerso ese sujeto. Para ello fue imprescindible tener conocimiento sobre el contexto en donde tiene lugar el fenómeno.

Las entrevistas con los participantes fueron grabadas y luego transcriptas para analizar toda la información resultante de ellas utilizando el método comparativo constante, codificando y construyendo categorías.

Dentro de las principales dificultades con las que se encontraron a la hora de realizar las entrevistas fue que los testimonios de los participantes no solo eran movilizantes para ellos mismos por la carga emotiva que acarreaban sino que también lo eran para los investigadores. Más allá de esto, fue positivo para la investigación el poder empatizar con el entrevistado.

Otro de los principales objetivos fue el de conocer los factores protectores que se pusieron en juego desde una concepción familiar, colectiva y construyendo categorías conceptuales a través del método comparativo constante.

Dentro de las conclusiones destacan que los entrevistados refieren que actuó como factor protector lo afectivo, que tuvo el valor de resguardar la constitución del sí mismo pese al estrés experimentado que representaba una amenaza para su equilibrio emocional.

Los proyectos de vida personal es un factor importante que se destaca como factor protector reconocido en las entrevistas como así también la realización de actividades y sobre todo la calidad de los vínculos que tenían lugar dentro del seno familiar con los demás miembros y con el familiar desaparecido.

Destacan que algunas de las estrategias que utilizaron estos familiares para sobrellevar la desaparición de un miembro de la familia fueron: la construcción de un proyecto de vida personal; esperanza en que la desaparición del familiar finalmente llegaría a esclarecerse; el

desarrollo de vínculos familiares de calidad; comprometerse con algunas actividades o servicios.

Moral Jiménez et al. (2009) analizaron las actitudes hacia la experimentación con sustancias psicoactivas como el alcohol de adolescentes del principado de Asturias, España teniendo en cuenta tres dimensiones como son la cognitiva, la afectiva y la conductual/comportamental.

Se utilizó un muestreo intencional y se propuso como objetivo conocer qué es lo que motiva a esos participantes a consumir bebidas alcohólicas, motivaciones que están condicionadas por el medio ambiente. La muestra estaba compuesta por jóvenes que consumían alcohol y también consumidores de alcohol que acompañan a la bebida con el uso de cannabis.

A partir de este conocimiento los autores a su vez proponen una serie de estrategias que apuntan a la intervención y a la prevención del consumo de sustancias ayudando a incrementar la resistencia a este uso indebido, como la concientización de los riesgos del abuso de alcohol trabajando sobre sus representaciones sociales y sobre todo el promover el desarrollo de factores protectores como puede ser la resiliencia individual como un medio para adquirir habilidades para enfrentar las situaciones adversas de la vida.

Dentro de los resultados a los que arribaron describen que tanto los consumidores de alcohol como los consumidores de alcohol y cannabis manifiestan una actitud de desapego y de indiferencia con respecto a aquellos a los que pueda afectar con su consumo problemático. A su vez, muestran una predisposición al consumo y la habituación alcohólica, la cual estaría motivada por las falsas expectativas producto de la escasa información con la que cuentan sobre sus efectos nocivos.

En contraste, los adolescentes que no son consumidores de alcohol mostrarían una actitud diferente en cuanto a ciertos cuidados con respecto a la experimentación, mayor sensibilidad en torno los efectos producidos en los otros con su consumo, mayor nivel de conciencia e información en lo referente al consumo problemático de alcohol, etc.

A modo de aporte expresan que el trabajo con los jóvenes debe apuntar a romper creencias erróneas sobre el consumo de alcohol o sustancias, abandonando la noción de vicio y tomando conciencia de que se trata de una enfermedad. De esta manera, se irían rompiendo

con algunos mitos sobre este tipo de consumo que atenta contra la toma de conciencia de sus posibles consecuencias.

March Cerdá et al (2010) analizaron el posicionamiento de padres y madres de seis comunidades autónomas de España con respecto a la problemática del consumo de alcohol en adolescentes de edades que oscilaban entre los doce y diecisiete años a través de un estudio cualitativo trabajando con la modalidad de grupos focales.

En este artículo hacen referencia a la relación entre la función socializadora de la familia y el consumo de bebidas alcohólicas destacando que este consumo sería el emergente de las características vinculares del sistema familiar que los jóvenes habitan.

Destacan que los vínculos de afecto y de apego pueden actuar como factores protectores que previenen actitudes antisociales de los adolescentes (consumo de drogas, alcohol, etc.). Señalan que la función del padre apuntaría a aplicar la autoridad, mientras que la madre generalmente se inclinaría a optar por una estrategia de comunicación y la educación. No se olvidan de la figura del profesor quien ocupa un rol muy importante en cuanto a la educación integral del adolescente se refiere.

Destacan que en general los padres atribuyen gran parte de la responsabilidad del consumo abusivo y problemático de alcohol y drogas a falencias en la función de docentes e instituciones educativas en general. Existe por parte de ellos una disconformidad manifiesta en cuanto a la escasez de información sobre las reales consecuencias para la salud de este consumo, sumado a que reclaman por mayor cantidad de alternativas para actividades recreativas de parte de estas instituciones, actividades que mantendrían a los jóvenes alejados de las adicciones.

Los autores señalan que tanto la relación entre padres e hijos como la formación educativa van a configurar la conducta de los adolescentes destacando que son los padres las principales figuras de identificación de los jóvenes y una de las principales fuentes de información.

Con respecto a las características de los vínculos familiares refieren que en aquellas familias en las cuales se desarrollan vínculos flexibles, de tolerancia y respeto generan mayor probabilidad de existencia de conductas positivas en sus miembros como así también de un desarrollo óptimo de la autoestima, todo lo contrario a lo que sucedería con aquellas

familias en que hay rigidez en sus reglas. El apego sería considerado como una de las principales formas de prevenir las conductas adictivas.

En la dinámica de grupo algunos padres reconocieron su propio consumo adictivo de alcohol, por lo que llegan a reconocer las consecuencias negativas de su consumo en la conducta de sus hijos quienes podrían actuar por identificación.

González Elías & Hernández Trujillo (2014) trabajaron con un grupo de doce adolescentes de la comunidad de Boniato (Cuba) consumidores de tabaco y alcohol utilizando el método de terapia grupal en el período comprendido entre enero a julio de 2013 trazando como objetivos centrales para esta investigación lograr la abstinencia de los usuarios del servicio y modificar su conducta con respecto al consumo de dichas sustancias.

Durante las sesiones se trabajó con distintas técnicas como el debatir sobre cuestiones relacionadas al uso problemático de las sustancias y mediante la técnica de la sugestión se buscaba el crecimiento personal de los pacientes como así también el reforzamiento de algunos aspectos de su personalidad que les permitan hacer frente al desafío que implica someterse a un tratamiento de recuperación de adicciones.

Al finalizar las seis semanas intensivas de tratamiento grupal en las que se realizaban dos sesiones por semana volvieron a entrevistar a los doce participantes descubriendo que dos de ellos ya no consumían tabaco ni alcohol.

Mediante las entrevistas lograron observar que hay una marcada diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de inicio del consumo, el cual se da en edades más tempranas que en el caso de las mujeres teniendo como etapa de inicio el período comprendido entre los catorce y los dieciséis años. De todas formas plantean que el trabajo de prevención debería apuntar a una franja de edad más joven aún debido a que en algunos casos la experimentación tuvo lugar alrededor de los once años.

Identificaron entre los participantes algunos factores de riesgo que pudieron haber sido elementos cruciales a la hora de configurar la adicción como por ejemplo el consumo de padres que era un fenómeno que se presentaba en la mitad de los sujetos entrevistados. La identificación con pautas de conducta de las figuras paternas estaría dentro de los principales factores de riesgo.

Cuando se les consultaba a los adolescentes acerca del porqué del consumo referían que el mismo estaba dado con fines recreativos y que tenía lugar durante todos los fines de

semanas, por lo cual es considerado un factor de riesgo importante que deriva en el desarrollo de una adicción.

En referencia a la efectividad de la terapia de grupo señalan que aunque deba hacerse un seguimiento de cada una de las situaciones y es recomendable que también se lleve adelante una instancia de psicoterapia individual es un recurso muy valioso para generar cambios tanto en las atribuciones que se hacen sobre el consumo como en la ingesta misma.

En un estudio destinado a describir la relación entre el consumo problemático de alcohol y consecuencias negativas a nivel familiar e interpersonal, Reyna (2012) planteó que el conocer más en profundidad sobre estas relaciones es importante porque serían factores protectores para generar un desarrollo saludable en lo mental/emocional.

A partir de la experiencia vincular con familiares es donde se configurarían estos factores protectores y al conocerlas se puede idear nuevas estrategias preventivas. Con respecto al apego destaca que si bien la familia tiene los recursos necesarios para incrementarlo o incluso robustecerlo, esto se dificulta cuando el contexto en el que se vive es un ambiente de alcoholismo, ya que se reduciría notablemente la disponibilidad emocional de los padres, cuestión que sería fundamental. Al suceder esto, crecen las posibilidades de desarrollar un apego inseguro, que traería consecuencias negativas para la vida del sujeto.

Señala que no se debe caer en simplificaciones a la hora de analizar la relación entre el alcoholismo y los problemas familiares ya que la relación no es lineal como se ha instalado. El nivel de conflictividad no es producto del consumo de alcohol sino del monto de estrés que se experimenta en la convivencia familiar, sumado a las atribuciones que se construyan con respecto a los problemas.

Enfatiza que el único modo que la conducta adictiva de los padres respecto al consumo de alcohol no genere un impacto en las habilidades sociales de los hijos al punto de obstaculizarlas sería que haya cierto nivel de independencia de este consumo sin interferir en las interacciones de la familia.

Incluye en este trabajo el concepto de conductas adaptativas y conductas no adaptativas. Con respecto a los comportamientos adaptativos hace referencia a aquellas aptitudes sociales que posibilitan la correcta adecuación a diversas situaciones, conviviendo con otros, resolviendo obstáculos que se presenten y de este modo aprendiendo a prevenir dificultades en el futuro.

Destaca que si bien conocer cuáles serían las aptitudes sociales que permitirían una adecuada adaptación a situaciones nuevas se le ha dedicado poca atención en las investigaciones existentes a desarrollar este conocimiento. Por el contrario, la mayoría de los trabajos están centrados en los problemas de conducta, en las falencias de los sujetos para adecuarse a estos escenarios.

Martínez González, Munera Ramos & Becoña Iglesias (2013) estudiaron las variables que consideraron de mayor relevancia en el tratamiento de pacientes que padecen trastornos de personalidad y síndrome de dependencia del centro provincial de drogodependencias de Granada (España), poniendo énfasis en el indicador calidad de vida.

Los investigadores concluyeron que habría una relación negativa entre nivel de apego con calidad de vida de los usuarios del servicio, lo cual sería una evidencia de la relevancia que cobran para estos pacientes los vínculos familiares.

Es por ello que señalan que se debe poner énfasis en el afianzamiento de las relaciones familiares, ya que estas será el principal predictor para que el paciente perciba una mejor calidad de vida, mejorando el apego con familiares sería una estrategia válida para mejorar las interacciones con otros sujetos, habilidad de la que carecen pacientes con trastornos de personalidad.

Una de las conclusiones a las que arribaron luego de analizar los datos es que no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que padecían trastornos de personalidad con aquellos que padecían adicciones en cuanto a la percepción de su calidad de vida.

Exponen que en un tratamiento de adicciones se debe contemplar la ideación de algunas estrategias que potencien de todos los recursos humanos que favorezcan una mayor calidad de vida y satisfacción general. Los recursos que consideran deben ser desarrollados durante el proceso de tratamiento serían un elemento de imprescindible para la resolución de conflictos interpersonales en la convivencia familiar. A medida que el sujeto vaya percibiendo a su entorno familiar como dotado de recursos para resolver problemas mayores serán las probabilidades de que él mismo se sienta con esta capacidad.

Las intervenciones de los terapeutas deberían ser dirigidas, según los autores, a mejorar las relaciones de apego del paciente con su familia. Fundamentan esta observación por la dificultad que evidencian en la interacción con otras personas fuera de su entorno familiar,

las cuales se producen como consecuencia de una falta de desarrollo de algunas habilidades interpersonales. El sujeto no se siente lo suficientemente preparado para sobrellevar satisfactoriamente estos vínculos fuera de su hogar.

Villegas Pantoja, M. Alonso Castillo, B. Alonso Castillo & Martínez Maldonado (2014) realizaron un proceso de investigación con el objetivo central de conocer la relación entre la percepción de la crianza paterna con la edad en la que se inicia el consumo de sustancias (drogas, alcohol, etc.) en adolescentes del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, México.

Uno de los objetivos del trabajo fue conocer los factores que ayudarían a prevenir el consumo de alcohol en los adolescentes en una edad temprana y así de este modo brindar un aporte a futuros programas para trabajar sobre la prevención de adicciones y al retraso en el comienzo de consumo de drogas legales.

En cuanto a los resultados de la investigación señalan que el consumo de drogas lícitas y más específicamente el alcohol se repiten en más de la mitad de los participantes seleccionados.

Destacan el interés existente en investigaciones anteriores con respecto a la crianza parental, es decir, a aquellas acciones que tanto los padres como las madres ejecutan con el fin de promover la socialización de sus hijos. Durante este proceso interactivo se incorporarían normas, costumbres y modos de pensar que serán útiles para hacer lazo con el otro.

Destacan a su vez que la percepción de actitudes calidez por parte de las figuras parentales previenen o retrasan la aparición de conductas de consumo problemático tanto de drogas legales como ilegales. El recibir de sus figuras de apego demostraciones de afecto, una actitud no hostil y de involucramiento serían factores de protección contra las adicciones a sustancias.

Por el contrario, la falta de contención, comunicación y acompañamiento por parte de las figuras paternas podría estar asociada con un mayor riesgo de configurar una adicción ya sea a drogas legales o ilegales.

La edad de inicio en el consumo también estaría asociada a la percepción del sujeto de la crianza parental. Aquellos sujetos que perciben al vínculo con sus padres como distantes, con falta de comunicación y contención tendrían mayores probabilidades de comenzar a

consumir a edades más jóvenes. Por el contrario, la percepción de una relación con padres en las cuales haya una comunicación fluida y apoyo marcado retrasará la edad de en que comience el consumo.

Capítulo II: Marco Teórico

El capítulo que se presenta a continuación describe el marco paradigmático en el que se encuadra esta tesis, siempre vinculándolo con el objeto de estudio: el proceso de cambio en el grupo de alcoholismo del GÍA Maciá.

Se expondrán algunas nociones que permanecían implícitas hasta el momento. Con esto se hace referencia a los conceptos de: proceso de cambio; alcoholismo; resiliencia; apego y construcción de la identidad.

2.1 Proceso de Cambio.

La investigación de los procesos de cambio en la psicoterapia ha sido tema de creciente interés desde hace algunos años.

Krause et al. (2006), tras estudiar procesos de cambio de distintos tipos de psicoterapias introdujeron la categoría “indicadores de cambio”, dejando atrás la disputa entre proceso y resultado, considerando tanto lo específico como lo inespecífico de cada una de las formas de psicoterapia. Considerar cada uno de estos indicadores era el medio para comprender la relación entre el proceso y los resultados de dichas terapias. Destacan tres ejes determinantes a la hora de comprender el proceso y la evolución del cambio y su conocimiento, que puede llegar incluso a favorecerlo:

- 1) Factores comunes de psicoterapia: son los factores que están presentes en todas las modalidades de terapias psicológicas y que se considerarían como favorecedoras del cambio. Entre ellos se pueden nombrar la alianza terapéutica, el clima o aspecto situacional en el cual se enmarca la terapia, el desempeño del terapeuta y el nivel de relación entre paciente y profesional.
- 2) Proceso de psicoterapia: aquí el énfasis está puesto tanto en la relación terapéutica como en el proceso de cambio que se origina en base a esta relación. El principal aporte fue el de incluir la noción de momentos de cambio haciendo referencia a eventos relevantes que pueden destacarse como significativos dentro del marco de la terapia y que propiciarían algún tipo de cambio (Bastine et al., citados en Krause et al., 2006).

- 3) Por otro lado, se considera que los procesos cognitivos que se ponen en marcha durante el tratamiento son uno de los principales motores que impulsan el cambio. Las reestructuraciones que el paciente va logrando a nivel cognitivo podrían ser una de las razones del por qué el cambio terapéutico se genera y a su vez en el terreno de las ideas y de las creencias es el lugar desde donde se inicia este camino del cambio (Golfried et al., citados en Krause et al., 2006).

Además, introducen el concepto de “episodio de cambio”, haciendo referencia a una serie de momentos que se dan en el transcurso de una o de varias sesiones y que pueden ser importantes para el cambio terapéutico. La identificación de los mismos conlleva una evaluación y observación exhaustiva de lo acontecido durante la psicoterapia.

En cuanto a los contenidos del cambio en psicoterapia, concluyen que el cambio que se produce es con respecto a los significados que el paciente construye sobre sí mismo, sobre sus síntomas y sobre su situación vital. El cambio descripto, por lo tanto, es de carácter subjetivo; lo que se modifica es la visión que el sujeto tiene acerca de su propia vida y de la forma de transitar sus problemas.

Un aporte interesante es el de concebir el cambio como un fenómeno que no comienza con el inicio del tratamiento sino que en una etapa previa en la cual el usuario del servicio solicita ayuda. De no tomar conciencia de su problema las primeras sesiones se destinarán a propiciar esta reestructuración cognitiva. Debido a la necesidad de ayuda del paciente es una acción terapéutica muy importante construir un espacio en donde trabajen en forma conjunta terapeutas y consultantes para generar nuevas interpretaciones acerca de su problema, favoreciendo la expresión de sentimientos, el insight y cambios comportamentales.

Prochaska y Di Clemente (citados en Mussi, 2006) buscaron conocer qué es lo que lleva a que un sujeto que padece un problema tenga deseos de cambiar. Este modelo generado por los autores nombrados fue llamado “Modelo Transteórico” y se distingue por abarcar tres dimensiones, estas son: las etapas del cambio, el proceso de cambio y los niveles de cambio.

En cuanto a las etapas de cambio destacan que es de vital importancia a la hora de asistir a otra persona conocer en qué instancia se encuentran. Para lograr el cambio se debe atravesar por una serie de etapas que derivarán en la consecución de los objetivos

programados inicialmente. Estas etapas no pueden ser saltadas y debe ser trabajada cada una antes de pasar a la siguiente. El tratamiento deberá adaptarse a la etapa del cambio en que se encuentre ese paciente, ese es uno de los principales aportes innovadores de este modelo al que se hace referencia. Las etapas son: precontemplación, contemplación, preparación, actuación, mantenimiento y finalización (Prochaska y Di Clemente citados en Mussi, 2006).

Hablan de la Pre contemplación como aquella etapa cuando aún no hay una actitud seria para cambiar por parte del sujeto. La actitud generalmente es de negación del problema y/o de las consecuencias reales que podrá acarrearle el continuar con este problema sin intentar una solución. Aquí la motivación para el tratamiento es externa (familiares, amigos, etc.) y no propia (Prochaska y Di Clemente citados en Mussi, 2006).

Al referirse a la contemplación se postula que hay reconocimiento del problema pero no una intención real de cambio. Existiría en ese momento una ambivalencia muy marcada en el sujeto dada por su deseo de cambio y su baja motivación para iniciar acciones en pos de ese cambio (Prochaska y Di Clemente citados en Mussi, 2006).

En la preparación el sujeto se siente listo para cambiar y ya ha iniciado el proceso. La diferencia radica en que esta persona ya se siente listo y capacitado para realizar modificaciones en su vida a favor de su salud (Prochaska y Di Clemente citados en Mussi, 2006).

Con respecto a la actuación se generaran cambios en forma marcada y evidente. Estos cambios además tienen la característica de no ser episódicos sino que logran ser sostenidos en el tiempo y exponen que para ser considerados relevantes para los objetivos del tratamiento deben mantenerse al menos seis meses (Prochaska y Di Clemente citados en Mussi, 2006).

La etapa del mantenimiento tiene que ver con el sostenimiento de los cambios y con el fin de evitar las recaídas. Aunque sea esperable que en algún tramo del tratamiento ocurra algún episodio de recaída es importante aprender de ella para evitarlas en el futuro y en base a esta experiencia continuar avanzando con los objetivos (Prochaska y Di Clemente citados en Mussi, 2006).

En la etapa de finalización el sujeto está lo suficientemente bien preparado para evitar las recaídas por sí mismo ya que ha sabido superar los obstáculos que le impedían recuperar su salud (Prochaska y Di Clemente citados en Mussi, 2006).

La segunda dimensión del modelo se refiere al proceso de cambio, lo que hacen las personas para cambiar e incluye: concientización, autoreevaluación, auto-reevaluación social, autoliberación, liberación social, activación emocional, contracondicionamiento, manejo de lo eventual, refuerzos y relaciones de ayuda; y la tercera dimensión tiene que ver con los niveles de cambio, lo que debe ser cambiado: síntomas, cogniciones desadaptativas, conflictos actuales, conflictos familiares, conflictos interpersonales (Prochaska y Di Clemente citados en Mussi, 2006).

Introzzi, Canet-Juric, Montes, López y Moscarello (2015) refieren que el mecanismo de la flexibilidad cognitiva cobra una gran relevancia a la hora de concretar cambios tanto en lo referente a conductas como al área de los pensamientos en aquellos contextos en los que estén las condiciones dadas para que sean posibles los cambios dinámicos. Para estos autores se trataría de una conducta adaptativa el poder adaptarse a las necesidades del ambiente y cambiar en los tiempos que el contexto está demandando.

Además, destacan que para generar cambios y además poder adaptarse a ellos no solo es necesario que haya cierto nivel de flexibilidad cognitiva sino que también se requiere de la ejecución de otras funciones que son iguales de importantes como es el caso de la inhibición, proceso fundamental que actúa mitigando lo que se da en llamar tendencias prepotentes que generan interferencias en las dimensiones del pensamiento y de las conductas. Desde este enfoque sería una condición *sine qua non* para que tenga lugar un proceso de cambio que el sujeto tenga la habilidad de inhibir de manera dinámica posturas o pensamientos erróneos que mantienen el problema (Introzzi, Canet-Juric, Montes, López y Moscarello, 2015).

Expresan que la inhibición es un proceso en el que intervienen tres dimensiones diferentes y por ello es multidimensional, hacen referencia a la inhibición comportamental (mitiga las respuestas comportamentales prepotentes), inhibición cognitiva (mitiga los pensamientos intrusivos) e inhibición perceptual (permite enfocar la atención sobre los estímulos inhibiendo la presencia de otros estímulos que también están presentes en el ambiente en ese mismo momento) (Introzzi, Canet-Juric, Montes, López y Moscarello, 2015).

Maddio & Greco (2010) destacan que la flexibilidad cognitiva es uno de los componentes más importantes de las funciones ejecutivas. Además incluyen en este grupo a la capacidad de planificar las acciones destinadas a concretar una meta, la planificación de ciertas acciones que tengan como finalidad concretar la metas o las metas, el monitoreo de las acciones de consecución de las metas, controlar la interferencia de estímulos que se evalúan irrelevantes, el poseer flexibilidad para modificar errores, generar cambios en las conductas y poder concluir exitosamente las tareas.

Cuando un sujeto ha desarrollado la flexibilidad cognitiva puede contemplar ante una situación problemática una diversa gama de soluciones posibles. Y aunque resulta importante a priori que se contemplen numerosas opciones para generar una modificación también se debe priorizar la calidad de la solución que dependerá del nivel de control inhibitorio de los impulsos que se pueda lograr (Maddio & Greco, 2010).

Definen a la flexibilidad cognitiva como la capacidad del sujeto para poder desarrollar un tipo de respuesta en la que logre un nivel adecuado de inhibición de los impulsos y algunas posibles soluciones en las que se contemple la satisfacción de los deseos de la propia persona sin dejar de lado la satisfacción de los deseos de los otros. Otra de las características de la flexibilidad cognitiva es la de tener en consideración las consecuencias tanto cognitivas como emocionales y conductuales producto de cada posible solución tomada en cuenta para las demás personas que de una u otra forma se ven afectadas (Maddio & Greco, 2010).

Además, Maddio & Greco (2010) refieren que poseer la habilidad para posibilitar que confluyan la satisfacción de los deseos personales con el debido control de los impulsos para no dejar de lado la satisfacción de deseos de otras personas depende del control inhibitorio de cada sujeto y sería una competencia que tendría como finalidad un comportamiento socialmente aceptado. De esta manera, el control inhibitorio de los impulsos sería un factor determinante para concretar el desarrollo de vínculos sanos y que tengan la característica de sostenerse en el tiempo.

Para García Moreno, Expósito, Sanhueza & Angulo (2008) la existencia del consumo problemático de las bebidas alcohólicas ha llegado a convertirse en un problema que no es de índole individual sino que es familiar, social y que afecta notablemente la salud. Ponen énfasis en los daños que provoca este tipo de consumo de bebidas alcohólicas en el cerebro

y sobre todo en la corteza prefrontal, ya que traerá consecuencias negativas para la adecuada actividad de las funciones cognitivas.

Destacan que en el caso de los pacientes con problemas de alcoholismo se manifiesta un hipometabolismo frontal y que este fenómeno tiene una relación directa con la ejecución de las funciones cognitivas. Los sujetos que padecen adicción al alcohol manifiestan una reducción de su flexibilidad cognitiva (García Moreno, Expósito, Sanhueza & Angulo, 2008).

El consumo abusivo de alcohol sostenido en el tiempo paulatinamente va produciendo severos daños a nivel de la corteza prefrontal del cerebro, por lo cual inevitablemente se verán afectadas las funciones ejecutivas de esas personas que padezcan dicha adicción y por ende habrá consecuencias negativas en lo que se refiere a las posibilidades de desarrollar nuevas estrategias para resolver problemas y buscar soluciones. A su vez destacan que si bien este consumo en forma ininterrumpida de alcohol afecta las funciones ejecutivas por los efectos neurotóxicos de etanol en el cerebro la abstinencia aunque favorezca una evolución en el aspecto cognitivo no garantiza que se recuperen por completo las funciones antes mencionadas (García Moreno, Expósito, Sanhueza & Angulo, 2008).

Si bien tras diversos estudios se ha constatado que la zona del cerebro que más afectada se ve es la del lóbulo frontal también se ha podido comprobar que son diversas las regiones que sufren las consecuencias del consumo adictivo de alcohol, pero sucede que algunas zonas se verán más afectadas que otras (Salcedo Palacios, Ramírez Nova & Acosta Barreto, 2015).

Dentro del modelo teórico de la neurociencia cognitiva social se plantea que las funciones ejecutivas pueden clasificarse en dos grupos distintos: las funciones frías y las funciones calientes. Con respecto a las funciones frías los investigadores citan a aquellas que tienen que ver con un manejo de la información que se considere racional, ubicadas en la región dorsolateral del cerebro (capacidad de resolución de problemas y reflexión de tipo verbal). Las funciones cálidas estarían originadas en la región ventromedial del cerebro, responsable del comportamiento a nivel social, interpersonal como de la interpretación de las emociones y sentimientos de los otros en dichas interacciones. La flexibilidad emocional se

encontraría dentro de las funciones frías (Salcedo Palacios, Ramírez Nova & Acosta Barreto, 2015).

Salcedo Palacios, Ramírez Nova & Acosta Barreto (2015) señalan que son variadas las alteraciones a nivel cognitivo que padecen las personas que son alcohólicas, entre ellas se destaca que se evidencia una dificultad para cambiar y rectificar sus comportamientos erróneos para poder poner en práctica otro tipo de acciones más convenientes para sí mismo. Se puede apreciar que hay una persistencia muy llamativa de los sujetos alcohólicos a mantener los pensamientos erróneos y por ende manifestarse en estas actitudes que mantienen el problema.

De acuerdo a los aportes de los autores citados anteriormente hay cierto consenso en que el consumo adictivo de alcohol afecta notablemente las funciones ejecutivas, entre ellas la flexibilidad cognitiva, lo cual explicaría parcialmente las marcadas dificultades que manifiestan los pacientes usuarios del servicio del grupo institucional de alcoholismo para asumir al alcoholismo como un problema y sobre todo para desarrollar estrategias para resolver esta situación.

Para Bustos (2008) las recaídas dentro del tratamiento en los GÍA no deben ser vivenciadas como un fracaso sino por el contrario como una fase natural dentro de la búsqueda de recuperar la salud del paciente. De parte de los coordinadores simplemente acompañan este evento sin juzgar para poder prevenir en el futuro situaciones semejantes indagando sobre las razones que la generaron.

El proceso de cambio es multicausal, hay una diversidad de factores que confluyen para que ese fenómeno sea posible dentro de los cuales se pueden destacar lo individual (recuperar el cuerpo, su subjetividad y sus vínculos), lo grupal (a partir del sostén y la contención que este espacio le brinda), social (el paciente debe lograr la reinserción a partir de una diversidad de actividades en muchos casos posibilitada por la cooperación entre compañeros) e institucional (el hospital público lo debe validar como sujeto de derechos, reconociendo al alcoholismo como una enfermedad y dándole la atención que una problemática tan compleja amerita) (Bustos, 2008).

Según Bustos (2008) dentro de los primeros objetivos que se trabajan en este proceso de cambio para la recuperación de la salud está el de reconstruir la historia del sujeto. Esta se encuentra tan devastada por la adicción al alcohol que se ha llegado a perder la noción de

cuáles son los verdaderos recursos con los que se cuenta para sobreponerse a situaciones adversas. Al reconstruir la trama vital se podrá redescubrir estos recursos y fortalezas que podrán ser explotados durante el tratamiento con el fin de luchar contra esta enfermedad que lo está matando.

Un paciente alcohólico está inmerso en un proyecto que está alejado de ser un proyecto de vida y es más bien de muerte. La relación del sujeto con su entorno debe ponerse en cuestionamiento y de esta manera llevar a que este usuario se replantee otro tipo de vínculo con su entorno que le posibilite a su vez apuntar a concebir un proyecto de vida alejado del alcohol, alejado de aquello que puede llevarlo a la autodestrucción (Bustos, 2008).

Aquí es donde aparece lo grupal como alternativa terapéutica en cuanto a que será un espacio en el que se compartirán todas las ansiedades, angustia, sufrimiento con el resto de compañeros y coordinadores logrando que sean más tolerables y conociendo en estas interacciones otras alternativas para lidiar con estas emociones sin necesidad de alcoholizarse. Además, se rompe con el aislamiento con el que el paciente inició en el tratamiento y paulatinamente se empieza a vislumbrar un verdadero proyecto de vida (Bustos, 2008).

Para Bustos (2008) el proceso de cambio se considera exitoso cuando el paciente ha logrado una adecuada adaptación a la realidad, realizando cuestionamientos hacia algunos aspectos de su vida que eran perjudiciales para su salud, asumiendo un rol más activo en su recuperación y otro nivel de responsabilidad, desarrollar empatía y solidaridad con los demás miembros del grupo, etc. (Bustos, 2008).

Por su parte, Fossa (2012) destaca el vínculo terapéutico como un elemento central para la consecución del éxito terapéutico. Desde su punto de vista no existiría en la actualidad ninguna orientación psicológica que no considere al vínculo como un recurso fundamental en la búsqueda de la recuperación del paciente y se atreve a definirlo como el elemento que realmente cura al sujeto, a partir de una experiencia emocional positiva.

Por otra parte, habría una relación directa entre vínculos débiles y fracaso en la terapia, ya sea porque no se consiguen los objetivos o por la deserción del paciente en forma prematura. Las probabilidades de que el tratamiento de sus frutos disminuirían notablemente si entre terapeuta y paciente no se ha logrado consolidar una relación humana sólida (Fossa, 2012).

Dentro de la relación terapéutica diferencia tres fenómenos distintos: la transferencia, la alianza terapéutica y el vínculo terapéutico. Se entiende por alianza terapéutica al acuerdo mutuo entre profesional y consultante para trabajar en forma coordinada en pos de los objetivos del tratamiento; la transferencia sería la actualización por parte del usuario en la figura del terapeuta de sentimientos vivenciados con sus figuras de apego; y por vínculo terapéutico se refiere a un tipo de unión afectiva que se genera entre el paciente y terapeuta que tiene la característica de no ser estático sino que debe permanentemente construirse y reconstruirse en el proceso del tratamiento. Es un tipo de fenómeno que puede ser fortalecido y debilitado a partir de las múltiples interacciones que tienen lugar en las sesiones (Fossa, 2012).

Teniendo en cuenta que el vínculo terapéutico es un componente imprescindible dentro del tratamiento psicológico habría que considerar que el terapeuta puede promoverlo a partir de ciertas interacciones a partir de las cuales el consultante perciba su calidez, empatía, interés genuino y de esta manera aumente su confianza en la figura del profesional. Esto facilitará a su vez tener un mayor acceso a su mundo interior, obtener la mayor cantidad posible de información sobre esta persona y tomar las decisiones más acertadas en cuanto al rumbo que debe seguir el tratamiento (Fossa, 2012).

En Serebrinsky (2012) se encuentra un interesante aporte sobre las ventajas de la terapia grupal para el cambio del paciente. Una de las características de esta modalidad terapéutica es que brinda una sensación de protección y contención al usuario que facilita su adaptación al mismo. Dentro del grupo se cruzan una multiplicidad de factores que tienen que ver con lo individual, lo social y lo familiar. Es un espacio en el que confluyen distintos seres humanos que traen consigo una historia particular y con distintas creencias, valores, recorridos y construcciones sobre el mundo.

El relato individual de cada uno de los usuarios va a dar lugar a partir de la dinámica grupal a múltiples interpretaciones por parte de los demás actores que participan del mismo generando en muchos casos una resignificación de los acontecimientos. En muchos casos se pondrá en cuestionamiento las construcciones que tienen origen en el sistema familiar de los pacientes y brindando la posibilidad de concebir el problema desde otras perspectivas que antes no consideraba. Se amplía la visión sobre la realidad y se empieza a construir una nueva, distinta (Serebrinsky, 2012).

Expone que esta modalidad permite al sujeto convertir lo individual en grupal. Se rompe con la creencia de que se está solo en el mundo experimentando un mal que nadie más padece, en este espacio hay otras personas que están atravesando por situaciones vitales de naturaleza semejante (Serebrinsky, 2012).

Contrariamente a lo que tradicionalmente se creía una terapia de grupo no solamente está centrada en la palabra de los usuarios, sino que también cada uno de los pacientes es observado por el resto de los presentes y se tiene en cuenta sus actitudes, su conducta, la forma de vincularse dentro de la sesión. Observar cada uno de estos elementos lleva a un conocimiento más profundo de ese sujeto dando lugar a que aparezcan algunas sugerencias por parte de coordinadores y compañeros a partir de las cuales se pueden lograr cambios en los tres universos en que el sujeto está inmerso que son lo individual, lo social y lo grupal (Serebrinsky, 2012).

En este sentido, Serebrinsky (2012) afirma que las interacciones dentro del grupo propicia que desde el aporte de los compañeros se comiencen a visualizar algunos recursos y fortalezas que no estaban siendo tenidas en consideración, e incluso se logra desarrollar otras que hasta el momento no había podido construir porque no se habían dado las condiciones ambientales.

El clima afectivo percibido dentro de la terapia grupal favorece el incremento de sensaciones de bienestar, visión esperanzadora de la vida y aumento de la autoestima, sumado a un deseo de ayudar a los demás. Este conjunto de interacciones llevará a que paulatinamente cada uno de los pacientes asuma un rol dentro del grupo, roles que se caracterizan por tener un mayor nivel de flexibilidad que los que desempeñaban antes de comenzar el proceso terapéutico (Serebrinsky, 2012).

2.2 Alcoholismo

Menéndez y Di Pardo (2005) destacan que el alcohol constituye la droga de mayor producción y consumo de toda Latinoamérica. El crecimiento en su consumo ha sido permanente, siendo un responsable directo de un gran número de daños tanto en la dimensión física como psicológica situándose como el principal problema de salud mental de toda la región.

Pellegrini (2011), creador de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GÍA), refiere que se encuentra muy arraigada la creencia de que el alcoholismo (dependencia del alcohol, adicción) es una enfermedad que padecen los sujetos que consumen alcohol en forma problemática, por lo que desde esta perspectiva serían solamente los consumidores a quienes afectaría esta problemática.

Si bien esta enfermedad comprende una dimensión de daño individual que implicaría afecciones a nivel orgánico (cirrosis, hemorragias digestivas, etc.) y psicológicas (angustia, pánico, deterioro del autoconcepto, autoestima y la imagen corporal, etc.), también conlleva un trastorno a nivel social y que ayuda a una mayor comprensión de los distintos planos en que esta enfermedad actúa (Pellegrini, 2011).

En este sentido hace referencia a un “proceso de alcoholización”, proceso que conlleva un deterioro en las relaciones sociales y familiares, provocando conflictos generacionales, entre padres e hijos, de roles y aislamiento, como así también las conductas de violencia social que se pueden vincular a esta adicción como son los accidentes de tránsito, conductas delictivas y situaciones de violencia familiar o doméstica (Pellegrini, 2011).

Módena (2009) refiere que existe una brecha muy marcada entre la gravedad de la situación del alcoholismo y la atención que se le brinda desde los servicios efectores de salud considerándola escasa. Observa que la atención de esta adicción se enfoca en general a intervenir sobre las lesiones, padecimientos o consecuencias negativas que son producto de este consumo problemático y prolongando de bebidas alcohólicas, existiendo una falencia muy marcada por lo tanto en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento y prevención de este tipo de consumo.

De acuerdo al contexto, se movilizan diversos tipos de recursos que pueden ser económicos o simbólicos que apuntan a lograr la abstinencia y el cese definitivo del consumo de alcohol, y de aquí surgen los grupos de alcoholismo que hace algunas décadas están instalados como una posible respuesta a esta problemática (Modena, 2009).

La adicción al alcohol sería un problema que adquirió una mayor atención en el ámbito de la salud con el correr de las décadas debido a que está identificada como una de las principales causantes de una multiplicidad de enfermedades físicas (cirrosis, cáncer de estómago, etc.) y psíquicas que se asocian a la mayoría de las causas de muerte de Latinoamérica (Menéndez & Di Pardo, 2005).

Entre los trastornos mentales que se encuentran en comorbilidad con el consumo problemático de bebidas alcohólicas se encuentran trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión y otros cuadros de psicosis. Por lo tanto, esta adicción se encuentra dentro de los primeros factores que precipitan padecimientos mentales (Menéndez & Di Pardo, 2005).

Pellegrini (2011) enfatiza la multicausalidad del trastorno de dependencia del alcohol en el sentido de que hay una multiplicidad de factores que contribuyen a que esta patología se configure y afecte la salud del sujeto, interviniendo elementos individuales, sociales y familiares.

Teniendo en cuenta que las personas enferman social o grupalmente, se plantea que los grupos de alcoholismo son una respuesta terapéutica viable para el tratamiento de esta adicción. Durante su experiencia en hospitales públicos, notó que el alcoholismo sería el problema número uno en cuanto a salud pública se refiere, en la Argentina. Este problema se ha perpetuado debido a los mecanismos de “renegación social”, es decir, negar que uno sabe lo que sabe, lo que imposibilitaría que se reconozca como tal y se destinen acciones para combatir tal adicción (Pellegrini, 2011).

Pellegrini (2011) observa que esta falta de reconocimiento de la adicción al alcohol como el principal problema de salud en cuanto a salud pública está dado porque a veces las estadísticas no dan cuenta de la cantidad de afecciones que causa realmente (neumonía, cáncer, hipertensión arterial, T.B.C., diabetes, gastroenteritis, etc., como así también se puede asociar a otras causas de internación como traumatismos, quebraduras, heridas de arma blanca, víctimas de accidentes de tránsito, etc.).

Menéndez y Di Pardo (2005) expresan que, en lo que refiere al alcoholismo, se puede encontrar una especie de “dualidad” ya que no sólo hay consecuencias negativas para aquellos que consumen y son dependientes de esta bebida sino también para aquellos que beben moderadamente o no beben. Un ejemplo de la morbimortalidad que esto provoca sería el de las víctimas de accidentes de tránsito propiciados por personas alcoholizadas o en hechos de violencia dirigidos hacia terceros como son las golpizas y/u homicidios. Es por esto que más allá de que el alcohol junto con el tabaco pueda gozar de un status de legalidad es una de las drogas más duras por el nivel de dependencia que genera y la magnitud de sus consecuencias.

Guardia Serecigni, Becoña Iglesias, Flores Menéndez & Bustos Cardona (2013) exponen algunos aportes sobre los factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo, destacando que hay una multiplicidad de factores individuales (cognitivos, neurobiológicos, genéticos) como ambientales. Se tomará de dicha investigación aquellos que tengan que ver con lo genético y neurobiológico.

Exponen que parten del interrogante de por qué algunas personas desarrollan adicciones como el alcoholismo y otras no, sosteniendo que hay una gran variedad de factores que participan para exista esta predisposición que pueden ser activados en cualquier momento de la trayectoria vital del sujeto (Guardia Serecigni, et al, 2013).

Aproximadamente la mitad de los factores de riesgo para las adicciones al alcohol podrían ser explicados por factores genéticos, que serían determinantes en la progresión de la dependencia de la bebida. Explican que si se asocian diversos endofenotipos neurobiológicos que se relacionan con el fenómeno del alcoholismo con su base genotípica contribuye a reducir la heterogeneidad que implicaría utilizar exclusivamente el fenotipo de dependencia alcohólica. Los principales endofenotipos son:

- Bajo nivel de respuesta al alcohol: hace referencia a una respuesta disminuida a los efectos del etanol, y en consecuencia incrementa el riesgo de desarrollar el alcoholismo, con una llamada tendencia a sostenerse en familias, constituyéndose en un factor hereditario (Guardia Serecigni, et al, 2013).
- Impulsividad: se relaciona con el alcoholismo por la predisposición a responder ante un estímulo sin medir o evaluar las consecuencias de dicha acción (Guardia Serecigni, et al, 2013).
- La onda P300: se la relaciona con el alcoholismo y también con la impulsividad y hace referencia al registro electroencefalográfico que se obtiene en los momentos en que la persona está desarrollando alguna actividad de naturaleza cognitiva (Guardia Serecigni, et al, 2013).
- Trastornos psiquiátricos: existen polimorfismos en el gen c15orf53 que se asocian al riesgo de desarrollar una adicción al alcohol, por lo cual hay una comorbilidad muy clara entre esta dependencia y trastornos psiquiátricos (Guardia Serecigni, et al, 2013).

- Comorbilidad con dependencia a la nicotina: tanto la adicción a la nicotina como al alcohol estarían relacionados con polimorfismos en los genes DSCAM1 y NKAIN2.
- Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal: libera corticotrofina y glucocorticoides mediante sus agentes químicos influyendo directamente en las vías cerebrales que se relacionan con los procesos adictivos (Guardia Serecigni, et al, 2013).
- Enzimas metabolizadoras del alcohol: las enzimas ADH1B, ADH4, ADH6 y ADH7 se relacionan con el riesgo de contraer una dependencia a las bebidas alcohólicas (Guardia Serecigni, et al, 2013).
- Neuroimagen funcional: a partir de este estudio se pudo determinar que existen áreas que están relacionadas directamente con las conductas de dependencia, ellas son: el núcleo accumbens, el córtex prefrontal medial, la amígdala, el córtex orbitofrontal, el área tegmental ventral, el pálido ventral y el estriado dorsal (Guardia Serecigni, et al, 2013).

También destacan neurotransmisores asociados a estos endofenotipos, ellos son:

- Sistema opioide: está vinculado con el riesgo a desarrollar una conducta de dependencia a partir de un polimorfismo del gen KCNJ6, el cual codifica el canal GIRK2, como a su vez con el polimorfismo de la val58met COMT (Guardia Serecigni, et al, 2013).
- Sistema gabaérgico: los genes que codifiquen las subunidades del receptor GABA se relacionan con el riesgo de desarrollar una conducta alcohólica como son el GABRA2, GABRG1, GABRA1, GABRA6, BAGRG3, GABRR1 y GABRR2 (Guardia Serecigni, et al, 2013).
- Sistema dopaminérgico: se ha comprobado que la existencia del polimorfismo DRD2 Taq1A ubicado en el gen ANKK1 está asociado con el riesgo de desarrollar adicción al alcohol (Guardia Serecigni, et al, 2013).
- Sistema serotoninérgico: la exposición del sujeto al estrés en conjunto con el gen del transportador de serotonina HTTLPR está asociado con el riesgo de desarrollar adicción al alcohol (Guardia Serecigni, et al, 2013).

- Sistema colinérgico: está asociado con el riesgo de desarrollar adicción al alcohol por la acción del gen del receptor muscarínico 2 (CHRM2) (Guardia Serecigni, et al, 2013).

Por su parte, Pérez & Orellana (2007) exponen que frecuentemente hay una confusión entre los términos de tolerancia, abstinencia y adicción, no pudiendo delimitar cada una de ellas con claridad.

Estos autores señalan que tanto tolerancia como el síndrome de abstinencia podrían tranquilamente ser clasificados como mecanismos que apuntan a mantener la homeostasis de neuroadaptación que genera un aumento del AMP cíclico. Como ejemplo refieren que una exposición marcada a los opiáceos tiene un efecto inhibitorio de las vías intraneuronales de AMPc, pero cuando la exposición se prolonga en el tiempo genera un incremento compensatorio de esta molécula como así también de otros componentes que forman parte de esta vía bioquímica. El aumento compensatorio podría ser entendido como una modalidad de adaptación fisiológica. Al cesar los opiáceos la adaptación antes mencionada pierde su equilibrio y favorece el desarrollo de los síntomas de abstinencia. A partir de las investigaciones realizadas a lo largo del tiempo existirían pruebas de que el mecanismo al que se hace referencia está presente en el locus coeruleus, que es conocido por ser el núcleo noradrenérgico cerebral de mayor relevancia, y esto es considerado la base del efecto de tolerancia y abstinencia del alcohol (Pérez & Orellana 2007).

La DA se diferencia de neurotransmisores excitatorios, como el glutamato (GLU) que conectan una neurona presináptica con sólo una o unas pocas neuronas postsinápticas, ya que la DA se origina en dos núcleos cerebrales que son el área ventro tegmental (AVT) y la sustancia nigra (SN), luego se distribuye largamente a través de la superficie del cerebro, especialmente en el NAc, que es conocido por constituir la porción ventral del cuerpo estriado, y en segundo lugar en la corteza orbitofrontal. Destacan que el NAc es un importante lugar de integración de impulsos nerviosos porque es inervado por neuronas corticales GLU, que están rodeadas por las sinapsis DA (Pérez & Orellana 2007).

Una de las cuestiones que destacan es que en los mamíferos la DA siempre descarga de un modo intenso, pero cuando se presenta una situación en la que se da una recompensa inesperada las neuronas DA manifiestan una marcada descarga fásica. De todas formas, si

esta descarga a la que se refieren desaparece con rapidez si ocurre que la recompensa se repite, y por ello comienza a aparecer ante señales ambientales que anticipan la próxima aparición de dicha recompensa (Pérez & Orellana 2007).

La descarga fásica DA de la que hablan los autores sería tiene la capacidad de modular las sinapsis GLU por medio de un mecanismo llamado "potenciación a largo plazo" (PLP) (este potencia algunas sinapsis seleccionadas en menoscabo de las demás, favoreciendo la neurotransmisión en esos circuitos). Por lo tanto, la descarga fásica DA puede seleccionar aquellas vías neurales GLU que están activas y que ingresan información señales del ambiente, generando respuestas que pueden ser consideradas conductuales. En cuanto la señal ambiental que anticipa la aparición de la recompensa se apuntala como aprendizaje la descarga DA desaparece debido a que su función ya no es más necesaria. (Pérez & Orellana 2007).

En el caso de que la recompensa sufra algún tipo de modificación considerable, desaparezca, se retrase o se adelante, otra descarga DA señalará esta modificación. Lo que se destaca con esto es que la fase DA no capta la aparición de recompensa, sino que marca aquellos cambios que se consideran inesperados en la estructura temporal de las secuencias. A partir de la señal fásica de DA es que se puede llegar a marcar un error en la predicción del tiempo de las secuencias, y gracias a este error predictivo es que se generaría aprendizaje (Pérez & Orellana 2007).

Existiría una gran cantidad de DA disponible producto de la presencia de una droga, por lo que esto provoca un incremento en la concentración de DA en el NAc que sería entre 4 y 5 veces mayor que en situación de reposo, obligando al afianzamiento de las vías neurales a partir de algunos mecanismos como puede ser el la PLP, precipitando así un aprendizaje que no hubiera sido posible en otras circunstancias. Cuando el aprendizaje clásico de señales ambientales vinculados a las drogas ya esté instalado, afianzado, se desencadenan las conocidas conductas automáticas de búsqueda y consumo (Pérez & Orellana 2007).

Lo que destacan como conclusión estos autores es que se consolida un aumento de la prominencia del estímulo y el grado o relevancia que obtienen las señales ambientales vinculadas con las distintas drogas, ya que de otra manera no generarían un trastorno en el sujeto (Pérez & Orellana 2007).

Regal et. Al (2014) exponen las bases neurológicas del refuerzo positivo del etanol, cuyo núcleo se encuentra en los circuitos cerebrales de recompensa:

- Sistema dopaminérgico mesolímbico: La dependencia del alcohol evidencia el nivel de control de la conducta por la intervención de drogas en los circuitos cerebrales que han funcionado filogenéticamente para satisfacer necesidades biológicas consideradas primitivas. Habría evidencia de que las conductas de consumo dependen de la neurotransmisión de los sistemas mesotelencefálicos, y sobre todo del sistema dopaminérgico mesolímbico ya que este se logra integrarse a los sistemas que favorecen a la conducta de búsqueda. Es uno de los varios sistemas de señalización por dopamina existentes en el cerebro, se caracteriza porque sus axones son de longitud considerable y su funcionamiento estaría íntimamente vinculado con el sistema de recompensa del sistema nervioso, además de participar y favorecer procesos cognitivos y funciones motoras. Es un sistema que tiene su origen en el área tegmental ventral (VTA) y se proyecta sobre el núcleo accumbens (NAcc). Destacan estos autores que hay una variedad de estudios que han demostrado que un monto elevado de dopamina en el núcleo accumbens se entiende como un factor determinante en el aprendizaje de efectos de recompensa o refuerzo positivo en los casos de dependencia de las drogas, sea cual sea de la que se trate (Regal et. Al, 2014).

Existen otras estructuras motoras que también juegan un rol vital en las adicciones, entre ellas se puede citar:

- Porción dorsal del cuerpo estriado (núcleo caudado y putamen): relacionado con la construcción de hábitos.
- Vías estriatales: se destaca que a partir de los circuitos pálido-talámicos, forman aferencias a regiones cerebrales de ejecución como la corteza frontal.
- La vía dopaminérgica nigro-estriatal: esta se dirige al putamen, y se considera que podría participar directamente en la sensibilización y en las sensaciones de estrés en los períodos en los que el sujeto adicto logra la abstinencia.
- Las conexiones descendentes que pasan a través de la sustancia gris periacueductal: se destaca de estas conexiones que probablemente medien en aspectos aversivos de las adicciones.

- Las neuronas colinérgicas del prosencéfalo basal (núcleo basal de Meynert): estas neuronas mencionadas cumplen según lo investigado por estos autores un papel determinante en lo que es la activación cortical. Se estimula por eferencias del núcleo accumbens y probablemente sea en gran parte responsable del desencadenamiento de las conductas de búsqueda.
- El núcleo tegmental pedúnculo-pontino: según lo que se conoce sobre este núcleo parecería que actúa como una interface entre los ganglios basales y las eferencias motivacionales estimuladas del sistema accumbens-pálido. La integridad del mismo sería necesaria para la configuración de una conducta reforzada, pero no es suficiente para el mantenimiento de la misma. Las eferencias que el núcleo tegmental pedúnculo-pontino recibe de los ganglios basales y del sistema accumbens-pálido son fundamentalmente inhibitorias, mediadas por GABA. Además, el locus coeruleus que se conoce por ser el núcleo del tronco y que sería muy importante en lo que refiere a la activación simpática, tiene una participación directa en los síndromes de abstinencia.
- A su vez, hay que tener en cuenta los neurotransmisores implicados en las propiedades reforzadoras del etanol: tanto los aminoácidos inhibitorios como los excitadores se localizan en gran parte de la superficie del cerebro, y se considera de acuerdo a lo investigado que la acción del etanol en algunos de sus receptores podría intervenir en la acción reforzadora del etanol.
- Los receptores GABA_A parecen jugar un papel crucial en el reforzamiento del etanol. (Regal et. Al, 2014).

Llegado a este punto, Regal et. Al (2014) describen las transformaciones que ocurren a nivel celular como así también sus causas y consecuencias, refiriendo que la exposición prolongada al etanol estimula el desarrollo de las dendritas y axones neuronales en variadas regiones del cerebro. Este fenómeno generaría que sea posible una alteración de la función cerebral y a su vez retrasa la conducción eléctrica, interfiriendo en la regeneración sináptica intrínseca en los procesos clasificados como ontogénicos y de aprendizaje. Esta serie de acontecimientos colaboran con la disfunción a nivel cognitiva, que es un fenómeno que se observa en sujetos adictos al alcohol y que además padecen de demencia, como así también en niños con el síndrome alcohólico fetal, configuración de la tolerancia y aquellos

fenómenos relacionados con lo que se conoce de la sintomatología de abstinencia. Estas regeneraciones de las que se está hablando pueden provocar los cambios moleculares que son consecuencia de la exposición al alcohol en un período largo de tiempo. Con respecto a estos cambios moleculares cabe destacar que pueden alterar la expresión de un número importante de genes, como sería el de la pro-opiomelanocortina. Se destaca que a partir de estos cambios moleculares, y aunque se necesitaría de la existencia de un mayor número de estudios al respecto para conocer más sobre esta cuestión, que posibilitarían a través de una diversidad de vías modificaciones en la estructura, crecimiento y remodelación celular, y también en la sensibilidad de las células a estímulos externos, motivo por lo cual se vincularía a algunos fenómenos como son los de tolerancia, abstinencia, daño neuronal y crisis nerviosas en pacientes alcohólicos (Regal et. Al, 2014).

Regal et. Al (2014) investigaron también sobre las principales transformaciones que ocurren en el sistema nervioso central a partir del consumo problemático y prolongado de alcohol tomando como fuente de información una gran variedad de artículos académicos, libros e informes con datos estadísticos.

Estos autores destacan que es conocido en la actualidad que el etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$) se pone en contacto con un conjunto de proteínas que forman parte de la membrana neuronal, y que participan directamente en la transmisión de señales. Entre estas proteínas, se pueden identificar algunas que tienen un grado de sensibilidad muy alto y están asociadas a cascadas de transducción de las señales ya mencionadas.

Regal et. Al (2014) refieren que tanto los canales iónicos como ciertas proteínas transportadoras, receptores acoplados a proteínas G y proteínas quinasas cumplen la función de formar dianas para el etanol.

Existen modificaciones de la actividad neuronal que se pueden producir tanto a corto como a largo plazo, y se destacan por modificaciones en lo referente a la actividad de un gran número de enzimas y proteínas que son las encargadas de regular la expresión genética, esto tiene consecuencias directas sobre los mecanismos de comunicación interneuronales.

Dentro de su investigación destacan los efectos de la exposición temprana al etanol, y expresan que muchos de los efectos o consecuencias del etanol sobre el sistema nervioso se pueden entender y encontrar su explicación en su interacción con dos complejos proteicos que cobran una vital importancia medular en lo que respecta a la recepción y el

procesamiento de señales: con esto se refieren al receptor GABAA (aminoácido ácido gamma-amino-butírico) y el receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) del glutamato. El GABA es el neurotransmisor inhibitor más importante del Sistema Nervioso Central (SNC). A su vez, el glutamato y el aspartato son, según lo recopilado por estos autores, los neurotransmisores excitadores por excelencia del SNC, la respuesta de las neuronas que son innervadas por neuronas glutamatérgicas se ve aumentada, lo cual genera como consecuencia directa que se disminuya el umbral de excitación (Regal et. Al, 2014).

A su vez, el etanol favorece la acción del GABA y se opone a la acción del glutamato, la consecuencia de esto a nivel cerebral sería que el etanol potencia o estimula los efectos inhibitorios, generando una inhibición de los excitadores. Debido a esta cuestión es que se identifica entre las sustancias que son depresoras del SNC cuando se hace referencia a las drogas psicoactivas. En lo que se refiere al efecto depresor que tiene el alcohol sobre el sistema nervioso se ha podido relacionar con algunos efectos como son el de la sedación, relajación y somnolencia (Regal et. Al, 2014).

Refieren que el etanol, de igual forma que otras sustancias que poseen potencial adictivo, son reforzadoras. Cuando se habla de reforzador se hace referencia, según lo investigado por estos autores, al contrario de aversivo, y se utilizaría en el campo de la psicología experimental para evitar la utilización de otros cuya objetivación sería más compleja y dan como ejemplo a los de necesidad, deseo o compulsión. Se habla de la propiedad de algunos estímulos de aumentar las chances de ser aplicado de nuevo por el mismo sujeto, luego de una aplicación, apoyado en sus efectos orgánicos o psicológicos. Por otra parte, el refuerzo negativo sería el que se manifiesta cuando la persistencia del consumo se hace con el objetivo de prevenir consecuencias negativas ya sea desde lo sociopsicológico u orgánico, relacionadas a la abstinencia de consumo (Regal et. Al, 2014).

2.3 Resiliencia.

Cáceres, Fontecilla, Kotliarenco (1997) definían a la resiliencia es un vocablo que tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Se toma en cuenta los aportes de estos autores más allá del tiempo que haya transcurrido desde la publicación de su obra por ser considerado un trabajo fundante en cuanto a la investigación del concepto de resiliencia.

El término resiliencia nació en el campo de la física y significa soltura de reacción, elasticidad, hacía referencia a la capacidad de un cuerpo para resistir un golpe, aunque se le cuestiona que se le atribuía una importancia demasiado grande a la sustancia. Cuando este concepto fue tomado por las ciencias sociales, se interpretó como la capacidad de recuperarse, para vivir y desarrollarse en forma positiva, con una apropiada adaptación social, pese de la adversidad, que conllevan riesgo grave de desenlace negativo (Bronfenbrenner, citado en Rodríguez Piaggio, 2009)

La primera investigación que se ha registrado y que se ha centrado en el modelo de resiliencia fue la experiencia llevada a cabo por Werner y Smith en el año 1982. A partir de los resultados que se obtuvieron en este estudio de campo se logró romper con la creencia de que un trauma siempre conlleva un grave daño irreversible para la persona que lo sufre. Las autoras de esta investigación realizaron una evaluación a cientos de niños de Kauai (Hawai) por un período de tiempo de más de 30 años (tomando como punto de inicio la etapa prenatal en 1955 hasta la etapa de su adultez). Estos niños tenían como factor común que todos ellos habían sufrido condiciones adversas y estresantes (Chinchilla Rodríguez, 2008).

En este estudio se demostró cómo a los 20 años, el 30% de la muestra no se había hundido, sino por el contrario eran adultos bien adaptados. Al alcanzar la edad adulta, la mitad de ellos no manifestaban problemas a nivel emocional. Inicialmente se denominó a esta capacidad de los niños estudiados “invulnerabilidad” pero luego se optó por denominarla resiliencia tomando en cuenta el significado etimológico del mismo y su relación con la situación vital de los sujetos observados, quienes pudieron a pesar de las adversidades que atravesaron construir un futuro (Chinchilla Rodríguez, 2008).

Revisando el desarrollo histórico del concepto de resiliencia puede se ha podido observar que algunos autores especializados en el estudio de ese concepto han podido distinguir dos tipos de generaciones en cuanto a sus concepciones.

Por un lado, Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez & Uribe Vélez (2005) refieren que han existido dos generaciones y tres líneas o escuelas de pensamiento sobre el concepto de resiliencia, ellas son la anglosajona, la europea y la latinoamericana.

En cuanto a la primera generación ubica a la escuela anglosajona y refieren que se lo ha denominado el enfoque psicobiológico de la resiliencia. Su foco de interés está puesto en la

relación que el sujeto establece con el medio como a su vez el modo en que este sujeto responde ante los estímulos amenazantes o estresantes del ambiente que lo rodea (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez & Uribe Vélez 2005).

En el centro de esta teoría se encuentra el sujeto como el eje del enfoque, como un emergente de un contexto interactivo particular que puede ser tanto favorable como desfavorable en lo que respecta a su organización y desarrollo. La experiencia llevada a cabo por Werner y Smith en el año 1982 con los niños de Hawái puede enmarcarse dentro de esta escuela anglosajona de la primera generación, la cual buscó responder al interrogante de qué es lo que distingue a aquellos niños que pese a estar expuestos a condiciones desfavorables o estresantes pueden adaptarse positivamente y superar sus obstáculos vitales (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez & Uribe Vélez 2005).

Los mismos autores configuraron un esquema con las cualidades que ellos consideraban como factores que favorecen al desarrollo de la capacidad de resiliencia en el que se distinguen tres niveles, ellos son:

- 1) Atributos individuales
- 2) Características familiares
- 3) Condiciones socio-ambientales

Por otro lado, Rodríguez Piaggio (2009) dice que la primer generación que se destaca por su interés por conocer las aptitudes y habilidades personales que se ponían en funcionamiento en los momentos en que el sujeto atravesaba una situación de estrés o crisis personal (autoestima, confianza en sí mismo, independencia, etc.). A su vez, se ponía énfasis en tratar de discernir cuáles eran los determinantes externos que se ponían en juego como serían la presencia de una figura adulta que sea significativa para el sujeto o la estructura y vínculos familiares (Rodríguez Piaggio, 2009).

Destacan la existencia de pilares de la resiliencia como son la autonomía, las competencias sociales, la resolución de problemas y el sentido de propósito y futuro (Rodríguez Piaggio, 2009).

Además, Ospina Muñoz, et. Al (2005), exponen que existe una segunda generación de investigadores del concepto de resiliencia en la que se ubican la escuela europea y la escuela latinoamericana y que se centró en conocer cuáles son los procesos que intervienen en la adaptación positiva ante situaciones adversas.

Dentro de la escuela europea del concepto de resiliencia pueden diferenciarse tres orientaciones bien definidas:

- a) La orientación de Rutter, quien ponía énfasis en estudiar y comprender los llamados mecanismos protectores, no centrándose en los factores protectores o en los de riesgo (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez, 2005).
- b) La de Grotberg, el cual describe a la capacidad de resiliencia como el resultado de la interacción de factores sociales, recursos o habilidades personales y fortalezas personales (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez, 2005).
- c) La tercera está identificada con Luthar y Cushing, Masten, Kaplan y Bernard que conciben a la capacidad de resiliencia como el producto de la interacción de la persona con su ambiente refiriéndose al ambiente familiar, tanto como al social y al cultural (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez, 2005).

Una cuestión importante que se destaca de esta segunda generación es que consideran a la resiliencia como una construcción, y que esta construcción es posibilitada por procesos psíquicos. Las respuestas que el sujeto ejecuta ante situaciones adversas no están condicionadas por factores protectores ya que trascienden al medio. Esta segunda generación se inclinó a concebir los valores sociales o colectivos como así también a los factores individuales y culturales como fundamentales a la hora de desarrollar respuestas que podrían ser consideradas resilientes (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez, 2005).

Aquí se encontraría la principal diferencia con la primera escuela o generación, ya que postulan que no sólo se debe buscar que la persona tenga estas respuestas resilientes sino que también se debe considerar intervenir sobre el medio ambiente en el que se desenvuelve incluyendo de esta manera a profesionales de la salud que están a cargo de su cuidado. De esta manera entra en escena el concepto de “tutores de resiliencia” para referirse a la participación activa de profesionales que mediante la interacción con estos sujetos usuarios de los servicios de salud posibiliten una resignificación de las vivencias traumáticas abandonando de esta manera el sentimiento de victimización que a menudo acompañan a personas que han sufrido importantes traumas (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez, 2005).

Para Rodríguez Piaggio (2009), la segunda generación se identifica por haber puesto el foco en el proceso teniendo en cuenta el medio social e incorpora la noción de que la resiliencia puede ser promovida, se puede ayudar o enseñar a construir resiliencia. No se nace con esta capacidad, no es una propiedad innata sino que se construye y se fortalece.

Esta segunda generación no abandona el interés por conocer cuáles son los factores que permiten a un sujeto recuperarse y salir adelante pese a estar atravesando una situación de vida adversa, pero toma en cuenta la relación que existe entre este ser con su ambiente que sería fundamental para la adaptación al medio (Rodríguez Piaggio, 2009).

Uno de los principales exponentes de la escuela europea es Boris Cyrulnik, quien sostenía que hay dos palabras que son el eje para configurar la manera de observar y comprender este fenómeno de aquellos sujetos que han logrado sobreponerse más allá de las cicatrices por las experiencias que tuvieron que atravesar en el pasado, estas palabras son: resiliencia y oxímoron.

Según este autor francés, la palabra oxímoron hace referencia a una figura retórica, cuya finalidad reside en la posibilidad de poder reunir dos términos antinómicos. Con esto no se está indicando una ambivalencia con respecto al ser humano de expresar o manifestar sentimientos opuestos como pueden ser el amor y odio.

El oxímoron es aquello que se podría definir como la característica distintiva de un sujeto que sufre pero que a pesar de ello resiste, que está herido pero a su vez consigue felicidad a pesar de todo. Es la capacidad a la que hace referencia Boris Cyrulnik cuando habla de ver la maravilla del dolor.

Este autor francés expone que una desgracia nunca es maravillosa, y que es una especie de fango helado, una herida dolorosa que fuerza a las personas a tener que realizar una elección: el dejarse someter por la situación adversa o por el contrario intentar sobreponerse. El concepto de resiliencia describe el mecanismo por el que los que, habiendo experimentado una situación vital crítica, han logrado recuperarse. El oxímoron podría ser entendido desde esta postura como una especie de mundo íntimo de esas personas etiquetadas como verdaderos vencedores heridos (Rodríguez Piaggio, 2009).

Además, Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez (2005), también exponen los aportes de la escuela latinoamericana, que a partir del año 1995 comenzaron a hablar en sus

investigaciones sobre “resiliencia colectiva o comunitaria”, que sería el resultado o emergente de algunos fenómenos sociales como la solidaridad.

Destacan cuatro pilares fundamentales de la resiliencia colectiva que son:

- 1) la autoestima colectiva: satisfacción personal por pertenecer a una comunidad determinada.
- 2) Identidad cultural: pertenencia al grupo a través de costumbres, creencias, etc.
- 3) humor social: capacidad de reírse, tomar con humor la adversidad.
- 4) honestidad cultural: transparencia en la conducta pública (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez, 2005).

Desde esta perspectiva, la resiliencia individual y la colectiva no serían fenómenos opuestos o disociados, sino que interactuarían íntimamente en el momento de atravesar por una situación traumática en la cual se necesitará que entren en juego respuestas adaptativas tanto individuales como colectivas o grupales. Al ser miembro de un grupo, el sujeto necesitará del mismo para salir adelante en una relación de ida y vuelta constante (Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez, 2005).

Se toman en cuenta los aportes de Amar, Martínez González y Utria (2012) en cuanto a la consideración de la resiliencia como una capacidad de sobreponerse a situaciones adversas y estresantes para no solo recuperarse sino también salir fortalecidas o enriquecidas de ellas. Reflexionan acerca de la evolución del concepto de salud teniendo en cuenta algunas perspectivas actuales como la de la relevancia de la capacidad de resiliencia y la posibilidad de promoverla como una estrategia para la superación o recuperación de situaciones vitales desfavorables logrando a su vez un enriquecimiento personal. Es decir, que se concibe al sujeto como un ser que se encuentra provisto de un potencial y aptitud para afrontar este tipo de situaciones vitales y a su vez se debe intentar conocer cuáles son específicamente estas herramientas que el sujeto posee.

Destacan que el ser humano en situaciones en las que se pone en peligro su integridad pueden expresar dos tipos de respuestas que están asociadas a la resiliencia: la capacidad de resistirse a la propia destrucción, resguardar su bienestar ante los riesgos a los que está expuesto y por otro lado también la capacidad de desarrollar respuestas favorables que contribuyan a su subsistencia. Refieren que puede ser una capacidad no solo individual sino

también grupal para proyectarse a futuro independientemente de las condiciones de vida que no sean favorables en ese momento (Amar, Martínez González y Utria, 2012).

Un aporte que ayuda a ampliar la mirada sobre este concepto es que consideran que la resiliencia no es un rasgo estático de la personalidad sino que irá mutando de acuerdo a las condiciones del contexto que emerge de la interacción del sujeto con una serie de variables como pueden ser el entorno, la naturaleza del trauma vivenciado, los vínculos interpersonales, etc. (Amar, Martínez González y Utria, 2012).

Por otro lado, Boris Cyrulnik (2006) habla de la posibilidad de transformar o metamorfosear el dolor. Este mecanismo al cual hace referencia en su obra “la maravilla del dolor” estaría posibilitado por algunas acciones como el uso del humor, estrategia útil para convertir una tragedia en lo que según él podría ser llamado una ligera euforia.

Cyrulnik (2006) destaca el rol del iniciador, haciendo referencia a una persona que con un gesto o una palabra ayuda a metamorfosear el dolor del padeciente, fenómeno que estaría dado por la necesidad que siente ese ser humano de identificarse con alguien. Si bien a la hora de describir este fenómeno utiliza la metáfora del jardinero, se podría identificar este concepto con el rol de los compañeros de grupo de los usuarios del GÍA y los coordinadores, cualquiera de ellos puede hacer las veces de iniciador en cuanto a que colaboran a través de la empatía, la escucha atenta y el intercambio verbal a que esa emoción desagradable sufra una transformación.

También refiere Cyrulnik (2006) que el trabajo de enunciar recuerdos y compartirlos con otros genera un efecto de regulación emocional, y se llega a una aceptación de los demás cuando se los ve dispuestos a escuchar el relato que se está pronunciando. Las situaciones en que más empatía necesita recibir un sujeto que ha sufrido heridas emocionales es cuando las mismas han sido provocadas por algún familiar. Esta situación genera una resistencia mayor para la persona a la hora de poder concebir que quien le ha generado el dolor que en la actualidad experimenta es un ser querido.

El nombre con el que adopta a estas figuras que considera sustitutos afectivos es el de “tutores de resiliencia” (Cyrulnik, 2014). De esta manera hace referencia a un tipo de vínculo que el sujeto desarrolla con otra persona que no necesariamente será un familiar de sangre, que estará caracterizado por el afecto, la empatía, la comunicación en un feedback

que hará sentir validado al sujeto que está experimentando una situación vital desfavorable o traumática.

Es un tipo de relación que modifica al sujeto, que puede llevar a una modificación marcada del curso de su vida pero cabe aclarar que no es una relación que se establece al azar, sino que es un tipo de vínculo que se construye con aquellas personas que de alguna manera van dejando una impronta positiva en ese ser humano. Una interacción positiva es un elemento más que suficiente para cambiar la vida de una persona a partir de un feedback permanente que se establece entre ellos, propiciando una especie de inflexión con respecto a la noción de su vida (Cyrulnik, 2014)

Por otro lado, Rodríguez Piaggio (2009) sostiene que revisando el desarrollo histórico del concepto de resiliencia se puede distinguir dos generaciones, en cuanto a sus concepciones: La primera generación, se destaca por su interés por conocer las aptitudes y habilidades personales que se ponían en funcionamiento en los momentos en que el sujeto atravesaba una situación de estrés o crisis personal (autoestima, confianza en sí mismo, independencia, etc.). A su vez, pone énfasis en tratar de discernir cuáles son los determinantes externos que se ponen en juego, cómo puede ser la presencia de una figura adulta que sea significativa para el sujeto o la estructura y vínculos familiares. Destaca la existencia de pilares de la resiliencia como la autonomía, las competencias sociales, la resolución de problemas y el sentido de propósito y futuro.

La segunda generación se identifica por haber puesto el foco en el proceso, teniendo en cuenta el medio social e incorpora la noción de que la resiliencia puede ser promovida (se puede enseñar a construir y fortalecer resiliencia en tanto no es una propiedad innata). Esta segunda generación no abandona el interés por conocer los factores que permiten a un sujeto recuperarse y salir adelante pese a estar atravesando una situación de vida adversa, pero toma en cuenta la relación que existe entre este ser con su ambiente, que sería fundamental para la adaptación al medio (Rodríguez Piaggio, 2009).

Con respecto a lo señalado, Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez (2005), indican que esta segunda generación de investigadores del concepto de resiliencia se inclinó a concebir los valores sociales o colectivos como así también a los factores individuales y culturales, como fundamentales a la hora de desarrollar respuestas que podrían ser consideradas resilientes. En ello se encontraría la principal diferencia con la primera

escuela o generación, ya que postulan que no sólo se debe buscar que la persona tenga estas respuestas resilientes sino que también se debe considerar intervenir sobre el medio ambiente en el que se desenvuelve, incluyendo de esta manera a profesionales de la salud que están a cargo de su cuidado. De esta manera entra en escena el concepto de “tutores de resiliencia” para referirse a la participación activa de profesionales que mediante la interacción con estos sujetos usuarios de los servicios de salud posibiliten una resignificación de las vivencias traumáticas abandonando de esta manera el sentimiento de victimización que a menudo acompañan a personas que han sufrido importantes traumas.

Por su parte, Ospina Muñoz et al. (2005), refieren que existe dentro de esta segunda generación una escuela latinoamericana, que en el año 1995 incluyó la noción de “resiliencia colectiva o comunitaria”. Desde esta escuela de pensamiento entienden a la resiliencia colectiva como emergente de algunos fenómenos sociales como la solidaridad y destacan cuatro pilares fundamentales de la resiliencia colectiva:

- la autoestima colectiva: satisfacción personal por pertenecer a una comunidad determinada.
- Identidad cultural: pertenencia al grupo a través de costumbres, creencias, etc.
- humor social: capacidad de reírse, tomar con humor la adversidad.
- honestidad cultural: transparencia en la conducta pública.

Desde esta perspectiva, la resiliencia individual y la colectiva no serían fenómenos opuestos o disociados, sino que interactuarían íntimamente en el momento de atravesar por una situación traumática en la cual se necesitará que entren en juego respuestas adaptativas tanto individuales como colectivas o grupales. Al ser miembro de un grupo, el sujeto necesitará del mismo para salir adelante en una relación de ida y vuelta constante.

D'Alessio (2009) postula que es el cerebro el responsable de los mecanismos biológicos que propician la resiliencia y también el encargado de regular las respuestas al estrés.

Hay una distinción que es preciso trazar que es la de estrés respuestas agudas al estrés y respuesta crónica al estrés teniendo en cuenta que el cerebro tiene propiedades dinámicas que le dan la posibilidad de modificar su estructura y funciones adaptándose a lo que necesite, a esta capacidad del cerebro a la que se hace referencia es denominada neuroplasticidad y para la cual es necesaria la intervención de neurotransmisores,

neuropéptidos, neurotrofinas, citoquinas y hormonas que regulan las respuestas al estrés (D`Alessio, 2009).

Un aspecto que cabe destacar es que para que un sujeto reúna las condiciones para ser calificado de resiliente se de una interacción entre variables biológicas, constitucionales, contextuales y habilidades o conductas aprendidas para poder afrontar situaciones adversas o estresantes y evitar de este modo que se instalen mayores condiciones para desarrollar un trastorno psicológico (D`Alessio, 2009).

El cerebro sano tiene como característica que logra cierto nivel de plasticidad para lograr cambios en lo que se refiere a su estructura y funciones, lo cual sería fundamental para enfrentar y sobreponerse a experiencias estresantes, propiciando a su vez la recuperación de funciones afectadas y esto sería justamente la resiliencia. Algunas de las funciones de la resiliencia que pueden destacarse como cambios en la estructura del cerebro son la remodelación dendrítica hipocampal y la recuperación de la neurogénesis en el giro dentado (D`Alessio, 2009).

Se pueden distinguir ciertas situaciones que pueden ser tanto clínicas como ambientales o neurobiológicas que estimulan la neurogénesis, entre ellos se pueden nombrar la realización de actividad física, los estrógenos y también el estar interactuando con un ambiente que proporcione crecimiento personal al sujeto (D`Alessio, 2009).

Dentro de los factores genéticos que intervienen en la capacidad de resiliencia frente a las situaciones de estrés se ha puesto el foco en el sistema serotoninérgico debido a su relación con las funciones de en lo que respecta a la resiliencia del sistema nervioso central. Continuando en referencia al sistema serotoninérgico es importante destacar que la presencia del polimorfismo del gen codificador de la proteína recaptadora de serotonina, también llamada serotonin transporter (SERT) podría ser considerado como un indicador de resiliencia (D`Alessio, 2009).

Con respecto a la eficiencia en la función recaptadora del neurotransmisor se pueden encontrar de dos formas:

- La variante alélica corta o short, S: esta variante se caracteriza por poseer una menor eficiencia en lo que respecta a la función recaptadora de neurotransmisores, lo que provocaría como consecuencia respuestas inadecuadas a las situaciones de

estrés con manifestaciones de ansiedad y depresión e implicancias negativas para el sujeto (D`Alessio, 2009).

- La variante alélica larga o long, L: este tipo de variante, por el contrario, se la vincula a una adecuada respuesta a vivencias estresantes o adversas, por lo que habría un riesgo menor de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión, manifestando una mayor resiliencia del sistema (D`Alessio, 2009).

De acuerdo a esta diferenciación que se acaba de trazar, aquellos sujetos que porten dos alelos L (LL) van a ser los que desarrollen mayormente esta capacidad de recuperarse del estrés, mientras que aquellos sujetos que porten dos alelos S (SS) van a tener menor capacidad de resiliencia. Estas no serían las dos únicas variables ya que existiría un punto medio que son aquellos individuos portadores de LS (D`Alessio, 2009).

Además, la resiliencia puede estar relacionada con otros factores genéticos que afectan directamente la transcripción de los receptores de mineralcorticoides y glucocorticoides como así también la relación MG/GC (D`Alessio, 2009).

Naranjo Álvarez (2010) pone el foco en las situaciones de desastres naturales y analiza las bases neurobiológicas del mecanismo de la tan llamativa capacidad de resiliencia individual y colectiva. El autor expresa que estas bases tienen que ver con la auto-regulación frente a eventos estresantes y que existen una diversidad de regiones en la superficie del cerebro que son basales para las funciones y la estructura de la memoria y la vigilia, tomando intervención la neo-corteza cerebral y también en la región subcortical la amígdala, el hipocampo y el locus cerúleo.

Se han podido precisar cuáles son aquellas hormonas y neurotransmisores pertenecientes al eje cerebro- hipotálamo-suprarrenal-gonadal que pueden llegar a favorecer el desarrollo de la capacidad de resiliencia u obstaculizarla (Naranjo Álvarez, 2010):

- El cortisol puede ser entendido como un factor que actuaría en forma negativa para el desarrollo de la resiliencia al estar presente en exceso perjudicando el sistema inmunológico, el desarrollo e incluso la reproducción (Naranjo Álvarez, 2010).
- Testosterona: las situaciones en que se vivencia un estado de estrés agudo afectan notablemente a la testosterona influyendo negativamente en la capacidad de atención, la autoconfianza y la proactividad (Naranjo Álvarez, 2010).

- Di-hidro-epi-androsterona (DHEA): posee algunas propiedades que pueden ser consideradas pro-resilientes como que previene afecciones cardiocirculatorias y cerebrovasculares, disminuye el colesterol y las sobreexpresiones de los glucocorticoides (Naranjo Álvarez, 2010).
- Galanina: esta se origina en el intestino y puede distribuirse vía sistema circulatorio, alcanza el encéfalo con prioridad en la amígdala, el hipocampo, el locus cerúleo y la zona pre-frontal de los dos lóbulos cerebrales (Naranjo Álvarez, 2010).

Por su lado, Palacios Ruíz & Monroy Cortés (2011) realizaron una revisión de los aspectos biológicos del concepto de resiliencia. Refieren que el estrés puede ser entendido como el resultado de la exposición del organismo a una amenaza exterior. Desde la lógica médica el estrés tendría como finalidad la adaptación del organismo a los factores externos que son sentidos como una amenaza, amenazando de esta manera el equilibrio del mismo.

Destacan que en la respuesta al estrés agudo intervienen hormonas, neurotransmisores y neuropéptidos que a partir de sus interacciones funcionales generan un efecto psicobiológico que podría acarrear consecuencias a nivel psicológico en el individuo. Ante la presencia de un monto elevado de estrés la hormona liberadora de corticotropina (CRH) se desprende del hipotálamo y genera la activación del eje LHHA (Palacios Ruíz & Monroy Cortés, 2011).

Aquellas neuronas que contiene CRH y se encuentran ubicadas en la amígdala potencian las conductas del miedo, y aquellas que están ubicadas en la corteza tienden a reducir las expectativas de recompensa (Palacios Ruíz & Monroy Cortés, 2011).

Con respecto a la capacidad de resiliencia se cree que la misma puede estar asociada a una disminución de la CRH a las situaciones estresantes. A su vez, el estrés estimula la liberación y la síntesis de cortisol, y teniendo en cuenta que cumple la función de poner en movimiento a la energía para incrementar la vigilancia, la atención y reforzar la memoria se podría decir que cumple una función de reguladora en la amígdala, el hipocampo y la corteza pre-frontal (Palacios Ruíz & Monroy Cortés, 2011).

Tanto la galanina como el neuropéptido se encuentran ubicados en la amígdala, hipocampo, hipotálamo, locus coeruleus y materia gris periacueductual. Su función es la de contrarrestar los efectos de las CRH y del sistema de norepinefrina proveyendo un efecto ansiolítico (Palacios Ruíz & Monroy Cortés, 2011).

Las características resilientes de un individuo se deberían a un incremento de la dehidroepiandrosterona (DHEA) como así también del neuropéptido, la galanina, la testosterona, el receptor de 5-HT1A y el receptor de benzodiazepinas. Otro factor al cual puede estar asociada la resiliencia es a la reducción de la función del eje LHHA y del sistema del locus coeruleus-norepinefrina (Palacios Ruíz & Monroy Cortés, 2011).

Están asociados a la resiliencia algunos mecanismos en que participan las neuronas como el sistema de recompensa y la motivación (responsables del hedonismo y el optimismo), ambos vinculados a la dopamina, los receptores ácido-N-metil-D-aspartato (NMDA) y el GABA (Palacios Ruíz & Monroy Cortés, 2011).

Por otra parte, Aguilera Rodríguez (2014) sostienen que existen una infinidad de definiciones de resiliencia y que por esa misma razón se dificulta pensar en englobar dicho concepto dentro de una sola definición. Una cuestión importante que no se puede dejar de lado es el ambiente que rodea al sujeto, por lo que es válido entender a la resiliencia como la configuración resultante de la interacción permanente entre el individuo con sus atributos individuales con su medio (familia, sociedad y cultura) preparándolo para superar la adversidad.

Un importante aporte consiste en considerar a las personas resilientes como sujetos que no están exentos de experimentar estrés, de atravesar problemas en su vida cotidiana, padecer la presión, etc., sino que son individuos que a pesar de pasar por estas situaciones o vivencias desfavorables pueden sobreponerse (Aguilera Rodríguez, 2014).

Evidencias apoyarían la noción de que la resiliencia estaría dada por cambios significativos que ocurren a nivel cerebral en cuanto a su estructura. Estudios realizados con animales han demostrado que la dehidroepiandrosterona (uno de los precursores de la testosterona) colabora con la reducción del estrés. Los cambios estructurales a nivel cerebral pueden influir promoviendo las características de la resiliencia o inhibiéndolas, si se observa una reducción en el volumen del hipocampo ya sea en sustancia gris como en sustancia blanca se relaciona con mayor vulnerabilidad al desarrollo de un trastorno depresivo (Aguilera Rodríguez, 2014).

2.4 Apego y construcción de la Identidad

Abordar el apego implica inevitablemente tomar como referencia los aportes de Bowlby. En este sentido, Garrido-Rojas (2006) refiere que este autor sostenía que pudo observar en su experiencia con niños una tendencia al desarrollo de relaciones de proximidad y afecto con sus figuras protectoras, que se extenderían durante toda la vida. Así, Bowlby refiere que el apego es la conducta que le posibilita al ser humano construir y mantener una relación de cercanía con una persona que desde su consideración sería más fuerte y habitaría el lugar del saber, teniendo origen este comportamiento en la niñez temprano cuando el infante busca la protección y el afecto de sus padres u otras personas que están a cargo de su cuidado. De la calidad del vínculo entre el niño y sus figuras protectoras dependerá la capacidad de establecer nuevas relaciones en el futuro ya que los principales beneficios serán el percibir seguridad y ser habilitados para explorar el mundo exterior.

Con respecto a los estilos de apego, Garrido y Rojas (2006) señalan que hay cierto consenso entre sus investigadores en reconocer tres tipos:

Apego seguro: caracterizan a niños con este tipo de apego, la angustia marcada ante la separación de sus cuidadores y la calma al volver a estar en contacto con ellos (Ainsworth et al., citado por Garrido-Rojas, 2006).

Apego Ansioso Ambivalente: se caracteriza por una reacción de angustia del bebé ante la separación de sus padres y dificultad para calmarlos cuando estos vuelven (Ainsworth et al., citado por Garrido-Rojas, 2006).

Apego Ansioso Evitativo: es el estilo más llamativo y se caracteriza por una reacción de indiferencia del niño tanto cuando se ausentan sus padres como cuando regresan (Ainsworth et al., citado por Garrido-Rojas, 2006).

Por otra parte, Santelices-Álvarez et al. (2009) refieren que si bien se ha concebido que los patrones de apego tempranos tendrían cierta estabilidad durante toda la vida que se mantendrían hasta la edad adulta, esto podría sufrir importantes variaciones desembocando en estilos de apego más seguros (por vivencias positivas) o en otros casos estilos de apego inseguros. Los eventos traumáticos o vivencias negativas que acontecen durante la vida de las personas pueden modificar notablemente los estilos de apego.

Desde su perspectiva las personas con estilos de apego seguro han aprendido a concebir a sus padres como fuente de seguridad y de protección, lo que les permitió desarrollar una mayor confianza en sí mismos; los sujetos con estilo de apego evitativo se caracterizan por mantener cierta distancia con respecto a los demás por tener un mayor acceso a recuerdos negativos y no tan así a recuerdos positivos de los cuidados parentales; en cuanto a las personas con estilo de apego ansioso-ambivalente, presentan en sus relaciones signos de ansiedad, deseos de cercanía con sentimientos de inseguridad; hay una ambivalencia entre los sentimientos de desconfianza hacia el otro como de necesidad de afecto y temor al abandono.

En el caso de pacientes con algún tipo de enfermedad crónica como los que evaluaron para sacar sus conclusiones, los patrones de apego pueden verse seriamente afectados, al punto de sufrir una transformación de estilos de apego seguro a estilos de apego inseguro debido al estrés a que los eventos vitales los han expuesto. Se relaciona la situación de vulnerabilidad personal que estos sujetos padecen con un deterioro en las relaciones interpersonales (familia, amigos, etc.) y su forma de vida en general (Santelices-Álvarez et al., 2009).

Acerca del proceso de construcción de identidad, se considera los aportes del pensamiento filosófico de Bajtín (citado en García, 2006). En este sentido, García (2006) señala que tradicionalmente se ha definido a la identidad desde la mismidad, es decir, desde aquello que es igual a sí mismo. Esta postura genera una disociación entre el objeto y el ambiente que lo rodea, excluyéndolo a su vez de los sentidos que el contexto le atribuye y es definido en términos de singularidad. Desde esta perspectiva la alteridad es concebida como un concepto opuesto al yo, como una instancia externa. De esta cuestión se desprende que el pretender disociar al yo de la alteridad se transforma en un obstáculo para concebir la noción de que el ser es producto de una necesaria interacción entre ambos.

Es por esto que la noción de identidad debería ser resignificada y entendida como producto de un conjunto de interacciones sociales (relación yo-mundo exterior). El otro es un factor constitutivo de la identidad, que precede a la existencia del sujeto y que a su vez realiza este recorrido junto a él. Habría una interacción compleja entre las instancias del ego y el alter, esto se debe a que no se puede ser sin el otro, lo que daría lugar a una noción de identidad entendida como un fenómeno de construcción social. Por lo tanto, se podría decir que no es

un proceso que tenga lugar en la niñez y permanece en el interior del sujeto por el resto de su vida, sino que se va formando y transformando en un diálogo permanente entre el sí mismo y el otro (Bajtín, 2008).

Para Bajtín la intersubjetividad (construcción de significados comunes o compartidos) está dada por la relación con el otro. Si se concibe la alteridad como una parte constitutiva de la identidad del sujeto, entra en cuestionamiento la noción de que la construcción de la identidad es un proceso individual. La existencia del yo se ubica dentro de un complejo entramado de relaciones sociales, no puede ser ubicado en un eje egocéntrico sino que está dada por una relación dialógica consigo mismo y con los otros. Identidad y alteridad son entonces parte de un mismo proceso y existen interactuando, ya que dependen uno del otro (Bajtín, citado en García, 2006).

Bajtín (2008), analizando la obra literaria de Dostoievski, identifica lo que llama “interacciones de voces” que pueden ser internas o externas y que tienen lugar en la conversación de los personajes de sus escritos. Lo que destaca es que esta discusión no se da solamente con otro, sino que con ellos mismos en un diálogo interno que se torna muy intenso. A partir de la discusión de las distintas voces a las que hace referencia es que surgen los acuerdos, desacuerdos como así también otros emergentes de la conversación.

García (2006) refiere que para Bajtín, tanto en la adquisición del lenguaje en el comienzo de la vida como luego durante el transcurso de la misma, el ser humano es desde el vamos un ser social, por lo tanto, crece y vive como tal. El proceso de individuación es posible en tanto se da en un sistema de interacciones con el otro, interacciones que continúan a lo largo de toda su vida.

Este sujeto al que se hace referencia y que es un sujeto que podría ser llamado social tiene su origen en el contexto de la comunicación con otros seres humanos, contexto en el cual el propio discurso se va configurando a partir de la íntima interacción con los discursos de los otros. En este sentido, se podría decir que la construcción de la identidad tiene lugar en el contexto en que se da la comunicación entre diferentes discursos (García, 2006).

Bajtín (2008) se propone identificar lo que está más allá de las palabras y llega a determinar que algunos dichos esconden detrás de sí voces o ecos de naciones, culturas y distintos grupos sociales, afirmando que estos ecos podrían ser citados al diálogo explícito.

Un concepto que toma relevancia a la hora de exponer los aportes de Bajtín acerca de la noción de identidad es el de “extraposición”, que la relaciona con la capacidad que poseen los escritores cuando piensan en uno de sus personajes y logran desprenderse momentáneamente de los valores sociales que guían su vida para ponerse en la posición del otro desarrollando empatía, para luego retornar a su propio lugar y mirar a sus personajes desde una visión que logra completarlos. A partir de este movimiento de retorno hacia sí mismo el autor puede lograr una mejor comprensión de la vida de los personajes llegando a captar a su vez la identidad de los mismos (García, 2006).

Este mecanismo de “extraposición” está presente en el común de las personas durante la construcción de su identidad, se habla de una “estetización” de las relaciones en cuanto a que toma relevancia la mirada del otro en este proceso de construcción de identidad. De esta manera, las personas se ven y se reconocen en la mirada de los demás seres humanos, resultando de importancia lo que les transmite esta mirada para sentirse reconocidos (García, 2006).

Bajtín (2008) expone su concepción en lo que refiere al contexto, definiéndolo como personalizado y discursivo. Desde su mirada, se trataría de un diálogo que podría ser llamado infinito en el que no existe la posibilidad de discernir ni la primera ni la última palabra, en el cual tiene lugar un sujeto que es activo, pensante, hablante y creador.

Desde Cyrulnik (2014) se hace referencia a que en la trayectoria vital de cada ser humano tienen lugar una serie de separaciones que son necesarias y acarrear beneficios para esa persona como la construcción de un mayor grado de autonomía, pero la condición para que esta separación sea una experiencia enriquecedora será que se de en los tiempos esperables y no de manera precoz, porque de ser así se vivencia como una pérdida que podría configurar problemas emocionales a largo plazo. El sujeto adquiere una vulnerabilidad a partir de esa experiencia temprana.

Cuando una persona logró adquirir a partir de sus interacciones un estilo de apego seguro sabrá apegarse a figuras que realmente favorecerán su crecimiento personal y le brindarán protección. Un sujeto que ha desarrollado un tipo de apego ansioso desde su niñez crecerá con la sensación de necesidad de apego hacia cualquier otra persona por la sensación de abandono y desprotección que experimentan, vinculándose en la mayoría de los casos con figuras que no los tratarán de la mejor manera pero no pudiendo poner los límites

necesarios justamente por la dependencia que padecen. El solo pensar en la posibilidad de volver a atravesar por una experiencia de abandono lo horroriza y pone en marcha todos sus mecanismos para evitarlo (Cyrulnik, 2014).

Por otro lado, Cyrulnik (2014) destaca que lo grupal tiene la característica de que al compartir relatos de vivencias semejantes los miembros del grupo percibirían una sensación de seguridad alimentada por el hecho de que el otro lo entiende. Es el simple hecho de creer en las mismas cosas, compartir valores, coincidir en puntos de vista y en historias de vida lo que constituyen un factor que puede tener la propiedad de disminuir las ansiedades que padece el sujeto. En este sentido el autor estaría haciendo referencia a un proceso de construcción de identidad mediado por lo grupal.

Al existir este apego seguro a un grupo con el cual se sienta validado para compartir sus experiencias, percibe la solidaridad del resto de los miembros del grupo, sus vivencias traumáticas modifican su destino al ser compartidas. El contexto verbal que proporciona el grupo con sujetos que tengan trayectorias de vida con puntos en común con la suya genera que esas experiencias que hasta el momento no había logrado mediarlas a través de la palabra sean elaboradas, filtradas, resignificadas. Pretender transitar este proceso en forma individual puede llevar a un aislamiento de la persona encerrándolo en su propio dolor (Cyrulnik, 2014).

A partir de ello Cyrulnik (2014) hace referencia a una identidad colectiva. Al representarse a uno mismo como perteneciente a un grupo también se va configurando una percepción de familiaridad con respecto a los demás integrantes. Le otorga un valor muy grande a la dimensión vincular entre los miembros del grupo, lo cual funciona a modo de factor protector. En caso de que exista la percepción de una amenaza para la integridad del sujeto el sistema vincular que han constituido proporcionará una red de apoyo tal que prevendrá que se concrete la situación de riesgo.

Bustos (2008) menciona que la identidad individual es un fenómeno que emerge de procesos colectivos, grupales. No es posible disociar la trayectoria individual del contexto social, cultural, vincular del cual forma parte. Uno de los requisitos imprescindibles para la configuración de la identidad individual es la existencia de vínculos con otras personas de su ambiente.

Uno de los fenómenos que es característico de la adicción al alcohol es el deterioro que lleva al desdibujamiento de la identidad de la persona que la padece. Uno de los indicadores que muestran con claridad este desdibujamiento es la pérdida del nombre propio que será reemplazado por un rótulo dado por un conjunto de juicios de valores (borracho, enfermo, etc.) (Bustos, 2008).

Conocer el proceso de alcoholización de cada uno de los pacientes del GÍA es un elemento terapéutico valioso ya que se logra acceder al trayecto que se recorrió hasta que se instaló definitivamente la conducta adictiva. A su vez, conocer este recorrido favorece la recuperación de la identidad. El grupo puede ser considerado como una herramienta para resignificar aquellas identificaciones que provocaban que el alcoholismo se mantenga para poder renunciar definitivamente a ellas y reconstruir identificaciones que beneficien su salud (Bustos, 2008).

Por su parte Pellegrini (2011) afirma que la entrada por parte de un paciente a un GÍA implica una fase de crisis de identidad, nuevas identificaciones e internalizaciones. Tienen lugar una serie de identificaciones fuertes con el nuevo grupo humano al cual se incorporó, brindándole un soporte independizador.

En este período de crisis al cual hace referencia aparece interrogantes sobre su propia identidad acompañados de un temor marcado a la desintegración, por lo cual una de las conductas defensivas será la fusión al grupo. Este fenómeno si bien se da en la fase inicial del tratamiento grupal puede ser considerado como una continuidad de algunos mecanismos que se habían perpetuado en el sujeto, en este caso se hace referencia al apego a la bebida como un intento de sostener su identidad, percibida como una instancia muy frágil (Pellegrini, 2011).

El sujeto ha ido perdiendo su verdadera identidad para adquirir el rol que forma parte de una biografía mítica, la del “borracho”. Se incorporan estos estereotipos sociales y hay una identificación con ellos sustentada en las interacciones con los miembros de su entorno. Estos patrones vinculares se manifiestan durante el proceso de recuperación a partir de otra diferenciación que los usuarios marcan al referirse a sí mismos como “alcohólicos” o “alcohólicos recuperados”. El grupo posibilita que el sujeto vaya eligiendo abandonar esos clichés con los que se ha identificado durante años en muchos casos para volver a tener un

nombre y un apellido que le permite recuperar su historia y desprenderse de estereotipos descalificadores (Pellegrini, 2011).

Según Pellegrini (2011) un punto clave en el tratamiento es cuando se logra una fusión entre pertenencia e identidad y el usuario puede reconocerse a sí mismo como persona y como una persona que pertenece al GÍA. Este sería el puntapié inicial para un proceso de reconstrucción de un proyecto de vida alejado del alcohol, vínculos sanos y nuevas identificaciones.

Por su parte, Yaría (2014) afirma que la neurosis de la cultura actual es la necesidad de satisfacer las expectativas del contexto. El ser humano se ve atrapado en la búsqueda de una imagen prestigiada que se le va imponiendo y ante la cual hará todo lo posible por cumplimentar, incluso caer en una adicción, por lo cual el sujeto no buscará “ser” para uno mismo sino que buscará “ser” para los otros.

Un sujeto que se olvida de quien es probablemente iniciará un proceso de mimetización con otros, por lo que se podría hablar de un fenómeno del hombre mimetizado en nuestra cultura, caracterizado por utilizar como estrategia de supervivencia el mantenerse camuflado detrás de los otros y con la creencia de ser él. Se percibe una falsa sensación de libertad cuando la realidad marca que está siendo prisionero de la necesidad de existir en la interacción pública utilizando máscaras, espacios donde no es posible gozar de la intimidad (Yaría, 2014).

En todo tratamiento de adicciones una de las tareas que se relacionan con la labor ética de los terapeutas estaría dado en propiciar que el sujeto abandone esas máscaras, ya no tenga necesidad de ellas. Esta renuncia a las máscaras sociales implica una tarea dura en cuanto a tener que confrontarse con la dolorosa sensación del vacío personal y en muchos casos con aspectos olvidados o extraviados que tienen que ver con el sí mismo. Este trabajo puede darse tanto en forma individual como grupal (Yaría, 2014).

Otro aspecto que destaca Yaría (2014) sobre la identidad en situaciones de adicciones es la pérdida de la capacidad de poder decir, de poner en palabras que padecen las personas. Esta imposibilidad de expresar verbalmente sus emociones en torno a la vivencia que está transitando se traduce en sentimientos de impotencia y frustración. Esta ausencia de palabras lleva a que se busque la individualidad en lo colectivo, en aquellos grupos cerrados en donde se genera una fragmentación de la vida social. Otra de las características

de estos vínculos es que se establecen desde la necesidad y no desde el deseo, por lo cual no se está haciendo referencia a un conjunto de interacciones que beneficiarán a la personas sino que por el contrario establecerá un tipo de vínculo de dependencia, lo cual acarreará consecuencias negativas para su salud. Allí es donde aparece el consumo para habitar el lugar de la palabra que no está.

El apego a estas tribus que alimenta el aislamiento del sujeto está en sincronía con un derrumbe pronunciado de los vínculos familiares, sobre todo a aquellos que promoverían la autonomía y la construcción de nuevas relaciones. Ante tal escenario se acrecentan los sentimientos de soledad, desprotección, malestar, angustia y de esta manera la necesidad de refugiarse en ambientes que lo contengan y reduzcan su malestar, aquí es donde el consumo puede ser concebido como una salida posible (Yarúa, 2014).

CAPÍTULO III. Método

En el capítulo siguiente se expondrá el abordaje metodológico de esta tesis. Cabe destacar que el mismo está basado en los principales aportes de la *Grounded Theory*. Se ha considerado a la hora de afrontar esta investigación un recurso de gran valor para analizar las sesiones terapéuticas del GÍA Maciá.

3.1 Diseño

El tipo de diseño que se presenta es de tipo cualitativo, con algunos elementos de *la Grounded Theory* (GT) por ser un modelo de metodología cualitativa e inductiva que presenta la ventaja de poder abarcar la realidad en toda su complejidad.

La opción por este enfoque (la teoría fundamentada de Glaser y Strauss) se vincula a que la misma posibilita el tratamiento de la información empírica con énfasis en la inducción analítica que posibilita comprender los hechos y la generación de teoría de base.

Se propone analizar las conversaciones que tienen lugar en el contexto de las sesiones de terapia grupal basándose en el modelo propuesto por la G.T de código-indicador, generando de este modo teoría desde la obtención de los datos (Martínez Melella, 2012).

De acuerdo a ello, la investigación planteada es exploratoria-descriptiva, en tanto se exploran las conversaciones que tienen lugar durante las sesiones grupales y se describe el proceso de cambio.

Es diacrónica, ya que el foco está puesto en explorar y describir el proceso de cambio de los pacientes que asisten a las terapias grupales del G.Í.A

Se trabajó con una muestra intencional de diez pacientes que fue la totalidad del número de usuarios que formaron parte del grupo terapéutico del GÍA, utilizando el método de saturación teórica (Pandit, 1996).

El criterio de selección de casos es el de que sean pacientes usuarios de las terapias de grupo del G.Í.A del hospital Falucho de Maciá, provincia de Entre Ríos, república Argentina.

Uno de los objetivos fue el de construir una teoría que haga comprensivos los datos obtenidos en los casos estudiados. Empezando con conceptos generales y proposiciones amplias que orientan la focalización del objeto y del problema.

El énfasis estuvo puesto, por lo tanto, en el contexto de descubrimiento, se centró en la identificación de categorías y proposiciones a partir de una base de información empírica.

Este intento de comprender las acciones de las personas no se realizó en dejando de lado el contexto, sino que se tomaron en consideración la trama histórica y subjetiva de los actores, teniendo en cuenta también las variables sociales y económicas que se ponen en juego y que inevitablemente se relacionan con sus historias personales.

Otra razón por la cual el enfoque cualitativo fue el elegido es porque tiene como uno de sus principios que el investigador se implique en la realidad estudiada. No mira desde afuera lo que está estudiando sino que tiene una mayor implicancia y compromiso con la búsqueda de respuestas.

Se trabajó en esta investigación con la implicación del investigador en la realidad estudiada, hablando siempre de supuestos ideológicos que deben explicarse.

Un investigador que actúe desde un enfoque cualitativo no puede adoptar una posición de observador separado de la realidad que desea estudiar, pues su inclusión en ella le permitirá observar y comprender algunos sutiles matices que de otra manera no le sería posible detectar. Es esto justamente lo que se propuso hacer en este trabajo de producción de conocimiento, meterse en el campo, poder ser parte de él.

También se tuvo conciencia de que es imposible llegar a conocer la verdad en forma absoluta, solo se puede arribar a una parte de ella. Esto se relaciona mucho con la función que cumple la teoría con la que se guía el sujeto que investiga, esta cumple el deber de mantenernos dentro de un marco teórico específico y ayuda a que se construya un mapa de la realidad, que estará influenciada inevitablemente por la visión del mundo del investigador y sus ideologías, y que perfectamente pueden diferir de la visión de otros sujetos.

Durante transcurso del proceso de investigación el objetivo estuvo claro, era la búsqueda y la producción de teoría, de conocimiento. Y nunca se renunció a ese principio.

Si bien es cierto que el investigador debe contar con ciertas estrategias que haga las veces de guía a lo largo de su labor, se trató de no limitarse al uso de una sola de estas. El rol de investigador demanda en algunas situaciones tomar una postura más flexible y estar abierto a las opciones.

3.2 Participantes

Los participantes de esta investigación han sido los pacientes usuarios de los servicios del GÍA del hospital Falucho Maciá, participantes de las terapias grupales semanales.

El modo en que se dio su ingreso al grupo terapéutico ha sido en todos los casos por haber concurrido al hospital Falucho y recibir atención en el servicio de psicología y en otros casos por derivación de los otros servicios que funcionan dentro del nosocomio (consultorios externos de medicina, nutrición, kinesiología, neumonología, etc.).

Los diez pacientes que participaron de esta investigación fueron: Walter, Vicky, Miguel, Fabio, Marcelino, Ángel, Héctor, Martín, Silvina y Jorge.

Ciertos usuarios, como es el caso de Vicky, fueron persuadidos por miembros profesionales del GÍA para comenzar el tratamiento contra el alcoholismo luego de haber permanecido internados en el hospital debido a complicaciones orgánicas producto del consumo abusivo y sostenido de la bebida.

Otras de las formas en que han solicitado la atención de estos pacientes en el GÍA es mediante la consulta directa de algún familiar como es el caso de Ángel, quien concurrió en el comienzo del tratamiento acompañado y empujado por su mujer.

La muestra comprende pacientes tanto hombres como mujeres, entre 25 y 73 años, de clase social media-baja y baja que padecen el síndrome de dependencia del alcohol.

En cuanto al nivel educativo de los pacientes se puede decir que a excepción de un caso todos tienen primaria completa y de todo el grupo un paciente ha completado el nivel secundario.

Si bien se inició la investigación con un total de diez participantes, con el correr del proceso se seleccionaron en diciembre de dos mil catorce cinco casos que reunían ciertas características comunes como: lograr la abstinencia alcohólica y sostenerla; identificar cuáles eran los factores que generaban que la conducta de beber sea deseable; poner en marcha acciones que apuntan a la prevención de las recaídas; y sobre todo sostener la continuidad del tratamiento y por ende de los objetivos concretados.

El número inicial de cinco casos que se habían seleccionado en diciembre de dos mil catorce se redujo a tres en los últimos meses de dos mil quince debido a que al realizar entrevistas individuales semi-estructuradas con estos usuarios se observó que dos de ellos no lograron sostener los resultados positivos recayendo en su conducta adictiva.

Se tomó la decisión de descartar aquellos casos en que no fue posible sostener la abstinencia por el período de ese año debido a que no se consideraba que pudiera ser evaluado como un proceso de cambio válido para generar un aporte en la comunidad científica.

Otro de los requisitos que se tuvo en cuenta a la hora de efectuar esta selección final fue el nivel de adherencia al tratamiento y continuidad del mismo. Los tres pacientes que finalmente fueron elegidos continuaban asistiendo cada semana a las sesiones grupales del GÍA, por lo que era posible evaluar el proceso de cambio enmarcado dentro del tratamiento de grupo.

Además de los pacientes identificados en algunas sesiones estuvieron presentes algunos de los miembros de sus familias, comprendidos como un factor terapéutico de gran valor en el tratamiento grupal contra el alcoholismo. Son grupos abiertos en los que cualquier persona interesada puede formar parte (Pellegrini, 2011), por lo cual este tipo de situaciones están previstas.

3.3 Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos seleccionada inicialmente fue el de entrevistas terapéuticas grupales con el consiguiente registro de las mismas mediante la grabación de audio. Se grabaron un total de diez sesiones grupales comprendidas entre el veintiocho de octubre de dos mil catorce y el treinta de diciembre del mismo año.

La elección de esta técnica responde a que se la considera de utilidad para evaluar el proceso de cambio del sujeto dentro de la dinámica grupal de pacientes, que están bajo tratamiento para el alcoholismo.

También se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas en el período comprendido entre octubre y diciembre de 2015 con los cinco participantes del grupo GÍA que fueron seleccionados inicialmente por considerar que habían sostenido su proceso de cambio como se mencionó en el apartado anterior.

Al realizar estas entrevistas que tenían como objetivo efectuar un seguimiento y constatar de esta manera si habían mantenido los logros del proceso de cambio se redujo la elección a los tres participantes que efectivamente continuaban en abstinencia alcohólica.

Las mismas también fueron registradas mediante grabación de audio. Los ejes en torno a los cuales se organizaron las entrevistas fueron: la historia de su consumo de alcohol, los vínculos familiares, el afrontamiento de situaciones adversas y la percepción de cambio a partir del inicio de la terapia grupal.

A partir de los datos obtenidos tras la realización y registro de las entrevistas grupales e individuales se puso el foco en descubrir cuáles eran las características individuales de cada proceso de cambio, construyendo de este modo lo que se dio en llamar “episodios de cambio”.

Por otra parte, se buscó saber qué tipo de cambios se repetían en la mayoría de los pacientes del GÍA Maciá sin limitarse a los tres casos seleccionados y de esta manera definir los tipos de cambios observados durante la construcción de esta investigación.

3.4 Procedimiento

Para llevar a cabo este trabajo de investigación no se requirió de recursos financieros ni materiales, sólo de recursos humanos, que dependieron a su vez de la participación de las sesiones de terapia grupal del GÍA, tanto de los coordinadores del equipo profesional como de los pacientes que concurrían allí cada semana.

Fue una investigación viable debido no sólo a no requerir recursos económicos sino también por utilizar para la misma el material humano ya disponible desde el mes de noviembre de dos mil trece en el hospital Falucho de Maciá, Entre Ríos, tomando para la realización de la misma el período comprendido entre octubre a diciembre de dos mil catorce y un posterior seguimiento que se extendió hasta diciembre de dos mil quince.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la grabación de audio de las sesiones de terapia de grupo que tienen lugar cada semana en las instalaciones de la institución para su posterior desgrabación y análisis.

Con respecto al análisis de los datos se han empleado algunos de los principales aportes de la Grounded Theory (GT). Esta elección se efectuó debido a que es un método cualitativo e inductivo que debido a sus características brinda la posibilidad de abarcar la complejidad de la realidad.

Se han analizado las entrevistas grupales terapéuticas tomando como referencia el modelo código-indicador de la Grounded Theory. Por lo tanto, se ha tratado de generar teoría desde los propios datos.

A medida que se iban analizando las entrevistas grupales, se fueron identificando códigos a los que se les otorgó un rótulo para identificarlos. A medida que se identificaban códigos se escribieron en forma simultánea memos teóricos para cada uno de ellos.

El siguiente paso fue construir familias de códigos agrupándolos de acuerdo a la familiaridad que existía entre cada uno de ellos. Es así que quedaron conformadas las familias de códigos de frases textuales de los usuarios en las que se identificaban referencias al cambio, frases de referencias al contexto grupal, los episodios de cambio de cada uno de los participantes, intervenciones de los coordinadores que apuntaban a generar un cambio.

Como ya se señaló, luego de la grabación de las sesiones de terapia grupal también se concretaron entrevistas individuales semi-estructuradas con los usuarios del grupo terapéutico que habían concretado los objetivos del tratamiento para analizar su proceso de cambio, destacando que estos logros se han mantenido por el período de un año.

En el caso de las entrevistas individuales, luego de la desgrabación también se trabajó en la búsqueda de códigos emergentes y la posterior escritura de memos construyendo nuevas categorías teóricas.

En este sentido, el análisis implicó un proceso simultáneo de codificación y análisis de datos para desarrollar conceptos. Mediante la comprensión continua de incidentes específicos de los datos, se refinaron esos conceptos, se identificaron sus propiedades, se exploraron sus interrelaciones y por último se los integró en una teoría coherente. Este proceso se realizó mediante un registro de la información obtenida de las diferentes fuentes. La GT posibilita generar un proceso inductivo de generación de teoría, combinando la codificación explícita de los datos con el desarrollo de teorías, hipótesis, nuevas categorías, etc. También para que este proceso se dé en forma integrada, consistente, plausible y cercana a los datos.

Este método brinda la posibilidad de realizar ciertos ajustes de tipo metodológicos con el objetivo de captar con mayor detalle los fenómenos emergentes de las expresiones verbales

en las terapias grupales, teniendo en cuenta que no es un elemento estable y por ello el cambio constante es una de sus características (Martínez Melella, 2012).

Tal como afirma Martínez Melella (2012) la repetitividad de los códigos durante una conversación no es el único modo que poseen de ser reconocidos y trabajados, sino también debe tenerse en cuenta la singularidad de los mismos, el que puedan ser irrepetibles y que tienen la característica de modificar sensiblemente a la conversación que está teniendo lugar. Por lo tanto, las conversaciones que están siendo registradas dentro de las entrevistas terapéuticas grupales pueden ser un elemento que propiciar una conexión entre los obstáculos y el proceso de cambio.

La codificación de los datos a la que se está haciendo referencia se efectuó mediante el uso del software Atlas-ti. Este programa ha sido desarrollado específicamente para la Grounded Theory.

A continuación se presentarán los principales aportes de la GT.

3.4.A) la Grounded Theory

La GT es un método construido por Glaser y Strauss (1967) para ser utilizado en las ciencias cualitativas. Su foco de interés está puesto en construir teoría a partir de la aparición de los datos.

Es un método inductivo a partir del cual se pueden generar nuevas teorías. Además, sus procedimientos a partir de su formato están diseñados para posibilitar la aparición de conceptos a partir de los cuales se podrá explicar en forma detallada y precisa aquel conjunto de fenómenos que se están intentando conocer.

Otra de las cuestiones que plantean los autores con respecto al proceso de una investigación cualitativa es que las etapas de recolección de datos, selección de los participantes y el análisis de los datos obtenidos contrariamente a lo que se espera no deben ser ejecutadas por separado. Por el contrario, refieren que estos pasos deben darse en forma paralela y al mismo tiempo (Martínez Melella, 2012).

Una cuestión que cabe destacar con respecto a la GT es que no es posible construir una teoría que se apoye exclusivamente en el fenómeno tal cual aparece ante los ojos del observador. Un dato al que se le puede llamar “crudo” no puede ser tomado como un

elemento suficiente para generar una nueva teoría, sino que es a partir de la repetitividad del mismo que el investigador obtendrá las bases sólidas para teorizar.

Una de las características de la GT o teoría fundamentada es que plantea que si es una teoría que se explica desde la experiencia (empirismo) no puede limitarse solo a describir sino que también debe poder explicar. Esto rompería con la visión cualitativa tradicional y se presentaría como una propuesta superadora que trasciende el nivel descriptivo de las teorías cualitativas.

Dentro de los principios de la GT está el de la interpretación de los datos que emergen como el vehículo para acceder a una mayor comprensión del fenómeno, pero también brinda la posibilidad de configurar estrategias para intentar controlar este fenómeno. Teniendo en cuenta los objetivos de esta tesis doctoral se podría concebir que entendiendo el fenómeno a través de los datos se podrían idear nuevas estrategias para ser aplicadas en los tratamientos de los GÍA. Es uno de los principios de la GT que estaría más en relación con lo que se pretende a través de este proceso de investigación.

Con respecto al muestreo teórico, los autores plantean que se trata de una etapa de la investigación en la cual se recolectan datos que proporcionarán la base en su misión de construir una nueva teoría. Además de recolectar los datos, el teórico paralelamente va seleccionando los datos, construyendo códigos y analizando la información. A partir de este proceso debe seleccionar aquellos datos que considere que serán relevantes para darle generar la teoría.

El límite para el trabajo de recolección de los datos será la teoría que emerge, con esto se hace referencia a que el objetivo del muestreo teórico es el de generar teoría y no se debe caer en el error metodológico de pretender realizar verificaciones de la misma a partir de los hechos.

Por otro lado, la GT plantea que es importante en la fase de la investigación en la cual se están recolectando los datos y de esta manera van emergiendo distintas categorías que se debe procurar que toda la información que surja sea cubierta a partir de un trabajo minucioso. En una etapa posterior en el que tiene lugar el muestreo teórico estos datos se agruparán en categorías a partir de las cuales se podrán desarrollar sus principios.

El concepto de saturación teórica se utiliza desde la GT para indicar el momento de la investigación en la cual el investigador debe considerar ponerle fin al muestreo teórico dado que la categoría se ve saturada.

Si el investigador percibe que ya no es posible identificar datos nuevos que puedan enriquecer las propiedades de la categoría y se va encontrando con lo misma información en forma repetida puede concluir que la categoría ha llegado a saturarse. El camino a seguir en este punto será apuntar a otros grupos hasta que las categorías de estos también lleguen a saturarse.

A medida que las categorías hayan sido construidas una de las tareas del investigador será establecer relaciones entre las mismas para que la teoría se vaya construyendo. Algunos de los métodos que pueden ser utilizados serán los de escritura de memos, o la integración entre categorías y códigos (Martínez Melella, 2012).

3.4-B) Programa ATLAS-TI

El software Atlas-Ti es un programa que fue creado en el año mil novecientos noventa y cuatro en la universidad de Berlín. Se destaca que para su creación no solo intervinieron especialistas en computación sino también lingüistas y psicólogos (Muñoz Justicia, 2003). Se destaca que es considerado una de las principales herramientas informáticas para trabajar sobre el análisis de datos en lo que respecta a investigaciones de corte cualitativas basándose en la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (Martínez Melella, 2012).

De todas formas, Muñoz Justicia (2003) enfatiza en la cuestión que es imposible automatizar el proceso de análisis de la información más allá de la utilidad del programa. La intervención humana del investigador es un fundamental para este análisis porque de lo contrario se perderán en el camino importantes aspectos de la complejidad del fenómeno estudiado. El Atlas-Ti sería un auxiliar pero no sería posible analizar la información por el simple uso del software.

Dentro de las funciones que se pueden llevar a cabo utilizando el programa se encuentran: citar un fragmento del texto, lo que se da en llamar indicador; asignarle un rótulo, codificarlo; escribir memos y por último establecer relaciones entre indicadores, códigos, y memos (Muñoz Justicia, citado en Martínez Melella, 2012).

3.5 Resultados previstos y de transferencia.

En cuanto a los resultados esperados se pretende poder explorar el proceso de cambio en pacientes alcohólicos del grupo institucional de alcoholismo del hospital Falucho de Maciá. A su vez, se tratará de describir episodios de cambio en el transcurso de las sesiones grupales, a partir del análisis de los datos recolectados.

Se intentará conocer si la reestructuración cognitiva en función del desarrollo de la autoestima y la construcción de un proyecto de vida alejado del alcohol son determinantes en el proceso de cambio.

Se espera analizar las reflexiones de los participantes acerca de sí mismos y del contexto en el que se enmarca el proceso de cambio ya mencionado.

Una vez concluido el trabajo, se espera derivar de él artículos para publicaciones académicas y ponencias para congresos, jornadas y otros eventos académicos, que permitan generar el intercambio crítico con la comunidad científica, esperando que los resultados de tales transferencias permitan contribuir al conocimiento del proceso de cambio en el tratamiento del alcoholismo, brindando elementos para evaluar la marcha del proceso grupal y la coordinación del grupo.

CAPÍTULO IV. Presentación de los casos

A continuación se presentan por separado los casos Marcelino, Silvina y Walter a manera de introducción para el lector para lo que será la exposición de los resultados. Los tres casos han sido pacientes del GÍA Maciá durante el proceso grupal terapéutico que se investigó para la realización de esta tesis y la razón por la cual se ha puntualizado en sus procesos de cambio es que fueron tres usuarios que lograron recuperarse de su adicción al alcohol manteniéndose en abstinencia hasta la actualidad.

Caso 1: Marcelino (74 años)

Este paciente proviene de la ciudad vecina de Mansilla (Entre Ríos), llegó a tratamiento por pedido del área de acción social de ese municipio y fue acompañado por su nieta para que acepte iniciar.

Llama la atención sus dificultades para expresarse verbalmente al punto de que se entienda una mínima parte de lo que intenta contar, se escucha una especie de balbuceo que puede deberse además de alguna patología de habla a la falta de hábito de conversaciones ya que vive en un entorno en que la comunicación verbal es prácticamente nula.

Bebe alcohol desde su niñez y proviene de una familia en que todos eran alcohólicos. La mayoría de sus hijos también han desarrollado esta adicción y viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

Su inicio en la bebida se dio a partir de que comenzó a trabajar construyendo hornos de barro compartiendo las jornadas con personas que al terminar sus labores tomaban vino a diario. Él experimentó invitado por estas personas y desde ese momento nunca pudo dejar de consumir alcohol.

Más adelante cuando le tocaba ir a trabajar solo llevaba consigo como compañía una botella de vino o de Marcela. Experimentaba sentimientos de soledad al ir a trabajar sin sus compañeros y esto acrecentaba sus deseos de beber.

El volver alcoholizado a diario a su casa provocó discusiones con su mujer durante mucho tiempo y esto derivó en la separación. Si bien hoy en día tienen una buena relación y sigue visitándola continúan separados.

Continuamente debe luchar contra la mayoría de las personas de su entorno (familiares y compañeros del bar) que descalifican su esfuerzo y lo incitan para que siga bebiendo. Sin embargo algunos familiares desean que se recupere y lo apoyan para que siga el tratamiento.

El bar era “como una casa” para él, pasaba varias horas del día todos los días de la semana pero reconocer que era una casa que solo servía para ir a tomar.

A nivel orgánico padece cirrosis y ha ido experimentando con el correr de los años un deterioro muy marcado que llega al punto de no poder caminar como a él le gusta hacerlo sin experimentar agitación y agotamiento.

Caso 2: Silvina (24 años)

Comienza tratamiento luego de haber dado a luz su segundo hijo y tras haber sido convocada por agente sanitario del hospital Falucho aceptó el reto con buena predisposición.

Bebe alcohol desde los doce años cuando empezó a tomarse las cervezas que había en su casa para evitar que su madre tome y siga siendo alcohólica. Tras un tiempo de mantener esta conducta la adicción se fue desarrollando en ella.

Puede reflexionar acerca de cómo lentamente el consumo de alcohol fue un mecanismo que se empezó a perpetuar cada vez que experimentaba alguna emoción negativa como ansiedad, tristeza, enojo, etc. Pero también cuando se sentía bien o alegre, toda emoción experimentada era un motivo válido para tomar.

Hubo una situación de descuido de su salud que llegó al punto de dejar de alimentarse, comprometiendo así seriamente su bienestar.

Lentamente comenzó a “perder todo”, y tal vez la consecuencia más resonante de este consumo problemático fue que le quitaron la tenencia de su hija por un lapso de tres años y reconoce que mientras pasaba eso no alcanzaba a registrarlo, no le importaba. El miedo por repetir la historia y perder a su segundo hijo como lo hizo con la mayor fue una motivación para iniciar tratamiento.

Ir al bar representaba “una contención porque sabía que iba a tomar alcohol tenga o no tenga dinero” y estos deseos de ir al bar estaban alimentados por los sentimientos de soledad que experimentaba estando en su casa.

Además de lograr la abstinencia y construir un proyecto de vida alejado del alcohol hay cuestiones de los vínculos familiares que debe trabajar como son los límites con su hermana que no vive en su hogar pero que siente que continuamente la invade. No confía en ella y siempre está desconfiando de que ha recaído.

Vive con su madre, su pareja y sus dos hijos. Su mamá sufre de problemas de salud crónicos y está bajo tratamiento psiquiátrico. Es una relación en la que se dan episodios de violencia verbal y descalificaciones cruzadas, tienen dificultades para entenderse.

Con su pareja actual están atravesando una crisis ya que siente que él no responde de una manera acorde a las circunstancias. No lo ve con voluntad de crecer en la parte laboral

teniendo en cuenta que el único ingreso es la jubilación de su madre si él no trabaja y no hay compromiso en la crianza de su hijo.

Caso 3: Walter (40 años)

Walter llegó a tratamiento al GÍA derivado por médico clínico del hospital Falucho debido a las complicaciones orgánicas que se le detectaron por el consumo prolongado y problemático de alcohol. Padece diabetes, principio de cirrosis y problemas neurológicos.

Refiere que tiene problemas en los pies, trabaja en el campo y a veces se clava alguna espina que se entera que tiene clavada dos o tres días después ya que perdió todo tipo de sensibilidad en esa parte del cuerpo.

Se destacan los montos de angustia y de abulia que presenta en el comienzo del tratamiento. Se lo ve en un estado de abandono personal y con aspecto físico deteriorado, pálido y con bajo peso.

Comenzó a beber alcohol a los dieciocho años como una forma de diversión los fines de semana en las salidas a boliches y lentamente le fue agarrando el gusto. Luego se fue a vivir y trabajar a BS AS y en esa etapa su adicción se agravó.

Es un paciente que además de padecer alcoholismo evidencia falta de autonomía e independencia con respecto a la relación con sus padres. El mayor nivel de conflicto se vive en torno a la relación con su padre de quien recibe numerosas descalificaciones sin saber cómo defenderse y confrontarlo.

Reconoce que uno de los principales sentimientos que le generaban deseos de tomar alcohol eran los que experimentaba posterior a vivir alguna pelea con uno de sus dos padres, esto lo cansaba.

En sus dichos expresa que sufre la soledad a la que este consumo de alcohol le dejó como principal secuela en lo vincular luego de tantos años. En el momento del inicio del tratamiento se lo veía en una situación de aislamiento por la cual no se relacionaba con nadie que fuera externo a su círculo familiar, sin trabajar ni tener actividad recreativa alguna.

Mientras consumía bebidas alcohólicas no le daban ganas de trabajar ni de hacer nada, no quería salir de su casa y lo único que deseaba era salir a los bares a seguir consumiendo. Tampoco quería estar cerca de sus familiares, se fue aislando paulatinamente de ellos.

CAPÍTULO V. Resultados

Se expondrán en este capítulo los resultados del proceso de investigación llevado a cabo. En una primera instancia se presentará el proceso de cambio caso por caso de tres pacientes recuperados del GÍA, seguidamente se hará referencia a los tipos de cambios que abarcan todo el proceso grupal y finalmente se describirán las características del contexto que enmarca el cambio.

5.1 Episodios de cambio

Caso 1: Marcelino

28-10-14: en esta sesión cuenta apenas se le otorga la palabra dice: “*corté con el alcohol*”, lo cual sorprende gratamente a todos los presentes por ser un paciente que llegó a tratamiento con pronóstico desfavorable de acuerdo a lo que expresaron sus familiares, había pasado la mayor parte de su vida bebiendo y siempre fue muy resistente a hacer algo para abandonarlo.

Según lo que relata “compró una caja de vino como lo hacía habitualmente, tomó un trago y lo dejó porque le sintió un sabor agrio”. Desde ese momento no volvió a probar una gota de alcohol y lo siente como un logro personal muy importante ya que no lo había podido hacer antes.

Explica que “desde que hablaron con él y le propusieron comenzar en el grupo institucional de alcoholismo no sabe qué le pasó pero quiso dejar”, por eso estos cambios que está manifestando.

Nota que los miembros de su familia en estos días en que él se ha mantenido en abstinencia “han cambiado su actitud y el trato con él”. Generalmente el trato era brusco y descortés

pero desde el día en que notaron que no se estaba embriagando los modos de vincularse han mejorado.

Otra de las cuestiones que rescata de sus familiares es que su nuera se preocupa para que vaya al tratamiento, siempre están preguntando por las sesiones y le recuerdan que debe levantarse porque lo pasarán a buscar para “que asista y no agarre para otro lado”.

Define su estado anímico de esa semana diciendo que “anda de maravilla”.

En su hogar el consumo de alcohol diario y excesivo sigue siendo una constante, la mayoría de sus familiares toman, cuando esto sucede él ha optado como acción preventiva levantarse e irse a tomar un vaso con agua a otro lugar para no tentarse. Debe poner mucho de su voluntad para no tentarse.

4-11-14: en el día de la fecha se presenta con mayor entusiasmo respecto al tratamiento, entusiasmo que se ha alimentado en el hecho de haber logrado mantener durante otra semana la abstinencia. Por ello es que sostiene con mucha convicción cuando le toca el turno de hablar: *“dije que no tomo más y no tomé más”*.

Un cambio importante que manifiesta es el de haber podido sacar del centro de su vida al alcohol, paulatinamente va modificando su visión del mundo y mirando el horizonte más allá de la botella. A este giro de pensamiento se refiere con la siguiente frase: *“el alcohol no existe más para mí”*.

Siente que desde que tomó la decisión de no consumir más anda todo bien en su vida, se lo nota con un optimismo muy marcado y habla a su vez de lo mal que le hacía mantenerse en esta conducta adictiva.

Se evidencia que hay una resignificación del contexto en el que se daba el consumo ya que hasta hace un tiempo estando presente en un lugar donde otros conocidos bebían él también lo hacía. Luego de que tomó la decisión de dejar cuenta que “pueden estar al lado suyo

tomando y no le genera nada”. Esto sobre todo lo dice en relación a los momentos en que en su hogar sus hijos ingieren alcohol.

Más allá que las situaciones de la vida cotidiana de tentaciones sigan estando presentes como siempre logra manejarlas y poner límites sanos. Es así por ejemplo que en la mesa cuando toman le ofrecen y él les dice que no en forma tajante, “ni siquiera jugo acepta tomar”. Está decidido a tomar solo agua.

11-11-14: Marcelino vuelve a asistir a la sesión grupal, lo cual conlleva un enorme esfuerzo por no ser de la localidad en la que se realiza y el tener que viajar cada vez que se lleven a cabo. Se toma esto como un indicio de que la motivación al cambio sigue creciendo semana a semana debido a que se le hace saber los avances que ha sabido generar desde que comenzó el tratamiento.

Cuando se le consulta sobre cómo pasó sus últimos siete días reafirma que dejó de consumir alcohol: “yo lo dejé”. El cambio positivo estaría dado en este caso en poder sostener la conducta de la abstinencia ya que el tratamiento no solo consiste en lograr ciertos objetivos sino también y no menos importante mantener los resultados positivos con técnicas para evitar las recaídas.

Una de las cuestiones que se esfuerza por mantener es la de solo tomar agua y nada más. Lo quieren convidar con jugo y prefiere no aceptar la oferta para no empezar a ceder terreno y evitar beber otras cosas.

Algunos de los miembros de su familia se burlan de él porque ya no toma pero lejos de afectarle negativamente y de tomarlo como una excusa para retomar la adicción no les hace caso, los confronta y les dice “*dejate de molestar*”. Poner en palabras las emociones es un logro enorme para este paciente que al comenzar el tratamiento apenas balbuceaba algunas palabras y era muy difícil de entenderle lo que quería transmitir.

Uno de los cambios importantes que ha tenido lugar dentro del contexto familiar y que en esa semana se mantuvo es que lo siguieron apoyando para que asista al tratamiento preguntándole cuándo tiene que ir a la sesión y advirtiéndole que no debe olvidarse.

Con respecto al riesgo de sentir deseos de tomar asegura que desde que logró la abstinencia “no sabe qué le pasó pero le agarró asco al alcohol”.

Dentro de las vivencias que experimentó la última semana estuvo la de una visita al bar, omitiendo el consejo de se le da de no concurrir más a esos lugares que pueden generar fuertes tentaciones. Allí jugó al truco con sus amigos como lo hizo siempre pero cuando tomaban alcohol se levantaba e iba a tomar agua aplicando la misma acción preventiva que aplica en su hogar.

Comienza a reflexionar sobre las ventajas de no tomar más para su salud y reconoce que desde que cortó con el consumo problemático se siente mucho mejor, se siente “*lo más bien*”. Esto es un buen indicio porque una de las formas de resistirse al cambio más común es la de no ver los beneficios de cortar con el consumo.

Sobre las relaciones interpersonales refiere que lo tratan con más respeto desde que no lo ven tomando. Empieza a visualizar y reconocer cambios beneficiosos no solo en lo orgánico sino también en los vínculos con su entorno.

18-11-14: se dio la situación de que Marcelino se empezó a sentir cansado con la actitud de sus hijos de descalificarlo con respecto a que ya no quiere consumir alcohol, es por ello que se animó a dar el paso de confrontarlos y decirles que “dejen de embromarlo con el tema de que no toma más”. Se puede observar de acuerdo a lo que relata que ha avanzado notablemente en no evitar enfrentar los conflictos vinculares sino que por el contrario poner en palabras esas emociones que habitualmente reprimía y derivaban en la búsqueda de la botella como medio de resolución.

Empieza a reconocer méritos personales en la recuperación, siente por ejemplo que su fuerza de voluntad tuvo un papel determinante en la consecución de los objetivos del tratamiento. Este es un paso valioso dentro del proceso de recuperación de la salud ya que se toma conciencia de recursos y fortalezas personales que hasta ese momento no estaban siendo consideradas. Afirma: *“fue voluntad mía nomás”*.

En la parte física continúa descubriendo beneficios del abandono de la bebida alcohólica, describe que se “siente más ágil del cuerpo, más suelto” porque antes quería caminar y le costaba mucho. Esto le afectaba porque Marcelino disfruta según lo que ha contado de salir a caminar.

Otro de los aspectos que ressignifica es que durante la etapa en que tomaba no había control del consumo, no era posible hacerlo. Se acuerda que “antes si empezaba con vino terminaba con ginebra o padí”. Se aleja del típico discurso del alcohólico que resiste al cambio con la excusa de que puede manejar la cantidad que ingiere y dejarlo cuando desee, Marcelino toma conciencia de que esto no es real.

Destaca que en la alimentación hubo un marcado cambio en las últimas semanas, se alimenta mejor que cuando bebía alcohol y ahora “es algo infaltable”. Cada vez que en su casa están comiendo algo él se suma y se alimenta junto a sus familiares acompañado de agua fresca.

Cuenta que sus amigos del bar ocasionalmente le insisten para que vuelva a beber algo con ellos y le hacen algunas bromas burlándose de él pero se mantiene firme en su postura y ya no les hace caso.

Puede notarse que toma distancia de los amigos del bar no solo en lo físico sino también en cuanto a no compartir el mismo punto de vista con respecto a pasar tiempo en allí. Esto ya

no es una excusa solo para concurrir a beber sino que es un tiempo y espacio que aprovecha para jugar a las cartas y divertirse.

2-12-14: ha agregado mayor cantidad de actividad física a su vida, tal es así que casi a diario sale a caminar algunas cuadras, cuestión que refirió se le hacía imposible mientras bebía debido a las complicaciones orgánicas que le generaba.

Durante estas caminatas diarias se da la situación de que pasa frente a algunos bares que habituaba pero sin embargo puede resistir la tentación de ingresar y recaer. Expresa que “se le vino el no”, mantiene con mucha firmeza la decisión de no tomar alcohol.

Con respecto a su hogar ha habido una marcada resignificación, hasta antes de lograr mantener la abstinencia “no perdía jugada de truco”, iba al bar a diario y pasaba la mayor parte del tiempo allí consumiendo y rodeado de las personas que concurren habitualmente. Ahora, sin embargo, prefiere quedarse en su casa. Su casa vuelve a convertirse en un hogar, un refugio donde se siente a gusto, donde desea estar.

Los vínculos con sus “amigos del bar” comienzan a verse afectados debido a su cambio de estilo de vida. Lejos de apoyarlo en su lucha de recuperación de la salud emplean estrategias para sabotearlo, “se muestran enojados con él porque ya no toma” pero Marcelino no recoge el guante ante esta actitud y decide inclinarse por no hacerles caso, simplemente los ignora.

Más allá de que a veces la rutina lo agobia por ser un hombre mayor que ya ha dejado de trabajar logra arreglárselas para mantenerse ocupado y dice que “la vagancia se acabó para él”. Es un cambio muy importante debido a que por el hecho de haber generado una dependencia tan fuerte del bar su lugar en la casa con el correr de los años se fue desdibujando y estos serían indicios de que está recuperando ese aspecto de su salud.

En la parte grupal se evidencian algunos cambios positivos como es el de tener una mayor participación en la consigna que se propone de nombrar características de lo que ellos sienten que es una familia. Marcelino aporta que para él representa palabras como “cariño, amor, hogar”.

9-12-14: se puede apreciar en sus dichos que ha habido una evolución en lo que refiere al reconocimiento y toma de conciencia de los daños que provoca el consumo problemático de alcohol. Por ello es que expresa que se da cuenta que al no tolerar ya el sabor del jugo sabe que si vuelve a tomar cerveza le va a caer muy mal.

Una de las principales fuentes de estrés que reconocía durante las sesiones era la relación con su nuera, quien tenía la costumbre de hablarle en un tono de voz no muy agradable y es por esto que se le venía indicando que busque la forma de que no le afecte para evitar una recaída. Tras pensar en esta cuestión ha podido tomar las cosas de otra manera, bajar los niveles de tensión y si su nuera llega a la casas de mal humor como lo hace habitualmente la ignora y “hace de cuenta que no pasa nada”.

Más allá de que hay situaciones en que opta por ignorarla no siempre se queda callado y en reiteradas oportunidades la confronta. Si ella le habla mal él le contesta, ha aprendido a defenderse de sus malos tratos no renunciando a la palabra como principal recurso para resolver conflictos interpersonales. Cuando se le pregunta cómo va la relación con ella según su punto de vista afirma: “*conmigo no jode más*”.

22-10-15: en referencia a la relación con sus hijos alcohólicos cuenta en entrevista individual que cuando uno de ellos está bajo los efectos del alcohol y le dice algo fuera de lugar opta por darse la vuelta e irse para no discutir en vano. No le ve sentido discutir con una persona que está bajo los efectos de la bebida.

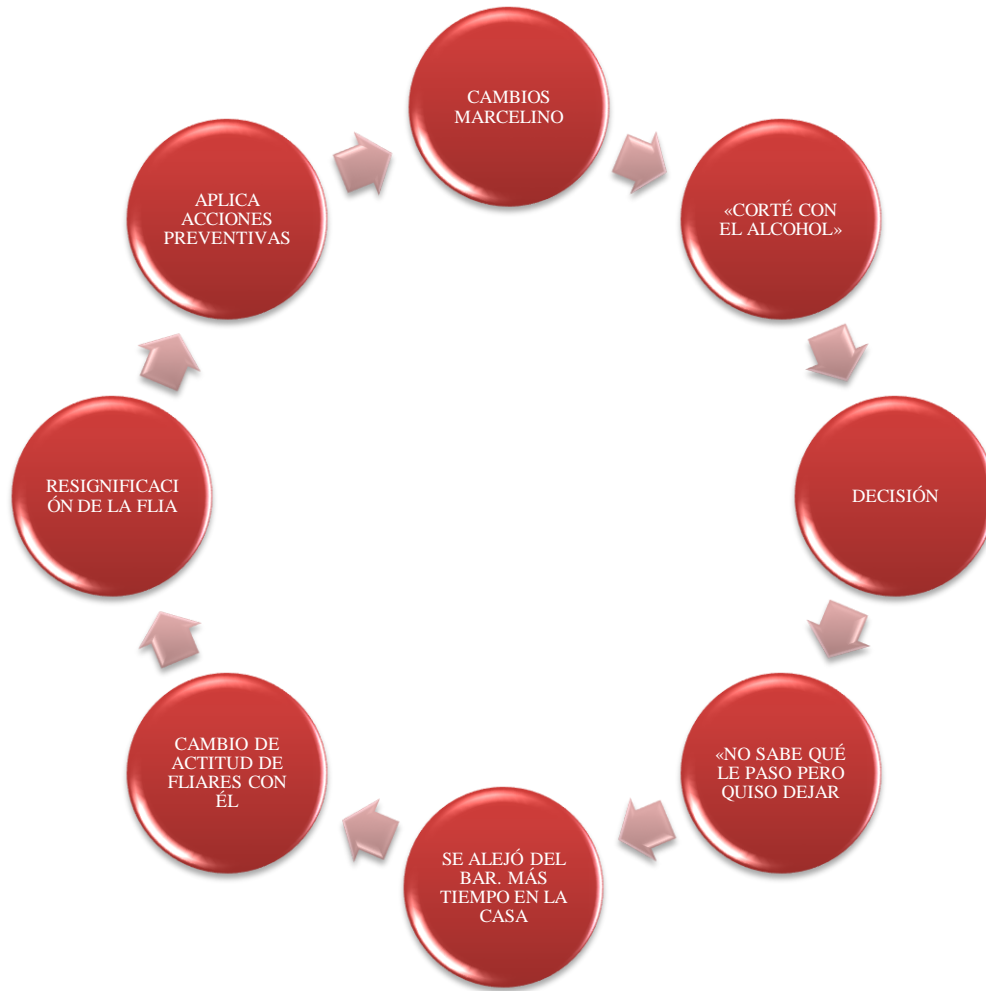
Hay personas de su entorno que notan y le expresan los cambios que ha obtenido gracias al tratamiento que realizó en el GÍA Maciá. Su ex mujer, por ejemplo, le dice que antes “él era igual a sus hijos alcohólicos” en cuanto a la forma de comportarse y que ahora está muy cambiado para bien.

Sus conocidos y amigos lo ven raro. Acostumbrados a la imagen que construyeron de él como una persona que antes lo primero que hacía era ir al bar a pedir una bebida como prioridad. Desde que consiguió estar en abstinencia y mantener los resultados positivos en el tratamiento “prefiere no ir al bar cuando están tomando bebidas fuertes”. Decide evitar las situaciones de tentación como medidas de prevención de posibles recaídas, lo cual es un indicador de que está cuidando su salud.

En la dimensión de la comunicación ahora siente que definitivamente “se expresa mejor”. Recuerda que en el pasado “se acostaba borracho y se levantaba borracho”, no tenía límites en cuanto al consumo y se olvidaba de comunicarse con los otros.

Al sentirse mejor y tomar conciencia de los beneficios de haber abandonado el consumo adictivo de alcohol puede reflexionar sobre los riesgos y perjuicios de esta conducta insalubre, por ello es que les aconseja a sus hijos que “no tomen más”, a ellos no les gusta esta actitud de parte de Marcelino porque no tienen asumida su adicción por lo que sus respuestas no son cordiales.

En las situaciones en que convive con personas que están alcoholizadas “se da cuenta que antes él era igual” y al verse reflejado en ellos no se siente a gusto, no le agrada tener que reconocer esta cuestión.



Caso 2: Silvina

28-10-14: en la primera sesión que se registra si bien expresa que ha logrado mantener la abstinencia que es considerado un logro muy importante dentro del tratamiento hace referencia a un conjunto de problemas a nivel familiar que aún no ha podido resolver. Le ha costado poner límites sanos en sus relaciones interpersonales, sobre todo en los vínculos

con su madre, su hermana y su marido, le cuesta confrontarlos y poner en palabras lo que está sintiendo con respecto a esas relaciones. Se la puede ver abúllica y se escuchan algunas expresiones como “*ando muy cansada, no puedo hacer nada. No ando bien anímicamente*”, y a partir de estas verbalizaciones se podría inferir que en ese momento no estaba dispuesta a generar un cambio en ese aspecto, estaba estancada en el lugar de la queja identificando el problema pero sin disposición a hacer algo al respecto para cambiar. Esta es una zona de confort muy peligrosa ya que de permanecer en ella sería un factor de riesgo de recaída de no ser trabajada en la brevedad.

4-11-14: en la siguiente semana se la ve con otro estado anímico, ya no es tan notable la abulia con la que concurrió la semana anterior y logra reírse de sus propios problemas agregando una cuota de desdramatización a sus preocupaciones. Siente que los problemas que estuvo contando durante la sesión anterior “*la tiran al piso*” pero pese a esto no ha recurrido a la bebida para combatir estos sentimientos. Se siente en el medio de los conflictos de convivencia que han surgido entre su pareja y su madre durante el transcurso de los últimos días debido a que él ha quedado momentáneamente desocupado.

Es un cambio positivo que la experimentación de emociones negativas no desencadene necesariamente en el consumo y es por ello que sigue siendo importante para mantener esta abstinencia que comience a expresar lo que siente más allá de los límites del grupo. En ese momento sentía que no podría controlar las palabras si tuviera que confrontar a sus familiares.

En esa fecha se pudo observar un cambio en su actitud en cuanto a que había una predisposición diferente a intentar estar mejor, ella refirió que “*trata de ponerle buena onda todos los días*”.

18-11-14: sigue manteniendo el buen humor con el que asistió la semana anterior, haciendo chistes sobre sus problemas y con la particularidad de que cuando habla lo hace para todo el grupo, hasta la sesión anterior hablaba generalmente dirigiéndose a los coordinadores de la terapia. Se nota que hay una mayor apertura hacia sus compañeros y que algo del aislamiento se ha roto.

Un signo claro de este cambio sería cuando durante la sesión y luego de escuchar a Miguel (uno de sus compañeros) le da consejos para que aplique las acciones preventivas aprendidas durante el tratamiento y le marca el riesgo que corre su vida de continuar con esta actitud, lo cual hablaría de un toma de conciencia acerca de las consecuencias de la adicción.

Se la nota preocupada por la salud de su hermana, ya no se la escucha en el mismo discurso ensimismado en el cual daba la impresión a los coordinadores que sentía que todo el mundo estaba en su contra.

Durante esa jornada logra reconocer que la noche anterior tuvo ganas de tomar alcohol diciendo: *anoche me dieron ganas, viste*, lo cual era esperable ya que como se dijo anteriormente, los conflictos vinculares/familiares postergados o no resueltos que le generan tanto malestar se convierten en un factor de riesgo de recaída. De todas formas, es un cambio destacable que comunique al grupo que han aparecido estos deseos de volver a beber ya que al expresarlo estaría generando una acción preventiva, reduciendo los niveles de ansiedad de consumir, que de mantenerlo silenciado probablemente desembocaría en la recaída.

Más allá de que hayan aparecido esos deseos tuvo la voluntad de llenar la heladera de botellas de jugo que tienen como propósito ser usadas en los momentos en que aparezca el

deseo de tomar alcohol. Comienza a aplicar técnicas conversadas durante las sesiones de psicoterapia grupal. Cuenta: “ *fueron diez minutos y listo, se me pasó*”.

25-11-14: en esta fecha Silvina al hablar sobre las cuestiones que le generan malestar actualmente y a las que ha hecho referencia a lo largo de las sesiones anteriores llega a identificar a la relación con su hermana como “el problema”, el conflicto que mayor malestar le provoca por no saber ponerle un freno.

Expresa la necesidad de poner límites sanos a su hermana, a su mamá y a su hija. Con respecto a su hija recibe de parte de ella algunas presiones para conseguir lo que desee con la amenaza de irse a vivir con su padre de no ser así, cuestión que está saturando a Silvina. Días anteriores tuvo una confrontación con su madre ya que en una discusión con Kare (su hija) ella interfirió y le dijo algunas cosas feas sobre su padre, Silvina enseguida le respondió que “no quiere que le hablen mal del padre a Kare ya que no le hace bien”.

Se observan otros signos positivos que podrían ser tomados como parte de la ruptura del ensimismamiento producto de su adicción, empieza a preocuparse por la salud de la madre y desea que se puedan mudar así ella podría vivir en una ambiente más sano, lo cual favorecería a sus condiciones de salud.

Comienzan a verse algunos indicios de intentos de romper con las pautas de relaciones familiares con las que se siente saturada, tal es así que en una discusión que tiene con su hermana en la que le cuestionaba por qué su hija se juntaba con “*cierta clase de niños*” se planta y le dice que no le va a negar ningún amiguito a su nena y la llamó “*racista*”.

En esta fecha expresa que proyecta estudiar profesorado de nivel inicial a partir del siguiente año. Es la primera vez que esta paciente logra visualizar un proyecto a largo plazo, lo cual daría la pauta que está construyendo y reconstruyendo algunos aspectos de su vida que son saludables y que están alejados del alcohol. También le cuenta al grupo que

siente muchos deseos de disfrutar al máximo de sus hijos y sigue con el deseo de mudarse de casa.

Con respecto a los niveles de ansiedad que venía experimentando desde la primer sesión registrada no ha habido avances, *se sigue sintiendo ansiosa, una bola de nervios, no da más*. Si bien ha comenzado a expresar algo de su malestar a sus familiares aún queda un largo camino que recorrer y esa sería su principal fuente de estrés.

Se queja de que su pareja pasa mucho tiempo en un stud y allí beben alcohol en forma desmedida, la mayoría de las veces vuelve con olor a alcohol y se lo reclama. Habla del stud como “*la perdición*”, lo cual es positivo en el aspecto que habría una resignificación de los contextos en los cuales se consume la bebida. Ya no es un refugio sino que es un lugar insalubre e indeseable.

2-12-14: por primera vez se planta ante su hija sintiendo que ya no tiene derecho a reclamarle nada y le pone límites firmes. La niña había tenido un capítulo de berrinche en el que reaccionó violentamente como lo hacía habitualmente y en el que le echaba en cara a Silvina la etapa en que bebía alcohol en forma adictiva. Silvina ante la culpa permitía este tipo de conductas y esta sería la primera vez que le pone un freno.

Se destaca el cambio de mirada que expresa durante la sesión en la cual se evidencia una preocupación permanente por la salud de sus compañeros del grupo. Se la nota con una escucha atenta e intervenciones positivas, tal es así que confronta a Ángel para que tome conciencia de su adicción, opina sobre su problema. También le dice a Marcelino que “al menos tome agua” ya que había referido *que ni agua toma ya*.

Durante el transcurso de la última semana ha efectuado una serie de confrontaciones a familiares debido a la saturación que viene experimentando. En primer lugar a su marido porque *no la ayuda en nada y se gasta la plata en salidas*. Luego a su mamá y hermana

acusándolas de que la desautorizan en su rol de madre. Quiere ver qué hacer en el futuro ya que su madre no estará siempre. Se la nota enojada y comenta al grupo: “*ya me cansé en serio*”.

Se nota una mayor predisposición a solucionar sus problemas, dice que “*le busca la vuelta y le busca la vuelta*”. Entre las metas que se propone es mudarse porque no quiere que sigan durmiendo todos juntos.

De acuerdo a sus dichos experimentaría una mayor toma de conciencia con respecto a las consecuencias de ser alcohólico. Se lo toma como un episodio de reconocimiento que no tiene que ver con una acción manipuladora típica en este tipo de tratamientos y repudia la actitud de su marido que ha tomado el hábito de beber casi todos los días y lo increpa diciéndole “*vos no crecés más*”

9-12-14: tuvo la oportunidad de encontrarse con su padre quien los abandonó de chicos a ella y sus hermanos y no la dejó pasar, lo confrontó y le dijo todo lo que venía sintiendo desde hacía mucho tiempo. Esta vivencia la ayudó a darse cuenta de que no quiere saber más nada con su padre y su otra hermana, son relaciones tóxicas a las cuales no debe aferrarse. Finalmente dice que se siente liberada por haber tenido esta pelea con el padre. Antes de esto se descarga diciéndole: “*vos te tomaste el palo, así que no te hagas el pelotudo*”

La actitud de su marido no había cambiado, seguía yendo al stud cada vez que podía sin hacerse cargo de su hijo y dejándola sola con esta responsabilidad aun cuando el bebé tenía problemas de salud. Esto derivó en una situación en la cual Silvina se cansó y lo terminó insultando por su falta de apoyo con respecto a su función como padre.

Fue una semana de emociones fuertes, se la da la situación en que tiene una charla profunda con su hija y le pide perdón por todo lo que le hizo sufrir en su etapa de alcoholismo, terminan llorando juntas. Esta era una cuenta pendiente que finalmente pudo saldar.

Cuenta que sintió mucha angustia porque Kare dijo que “no es feliz”, por lo cual “ella tampoco podría serlo”. Gran parte de su energía en ese momento estaba destinada a procurar el bienestar de sus hijos, lo cual es un síntoma positivo que habla sobre la ruptura del aislamiento del adicto.

Sigue mostrando una gran apertura en las sesiones, escuchando a sus compañeros y haciendo aportes positivos de acuerdo a lo que a ella le ha servido para salir adelante. Entre otras cosas opina sobre el problema del nuevo paciente (Martín), le da consejos.

16-12-14: en esta sesión se presenta muy angustiada y con la noticia de que ha tenido una *“recaída, la cual tuvo una historia atrás”*. Consistió en comprar una botella de cerveza del kiosco y tomarla. La situación fue desencadenada por una serie de peleas fuertes con su hermana y su madre que la llevaron a sentirse superada.

Silvina siente una gran culpa por haber tomado esa botella de cerveza y dice que *“antes no sentía culpa cuando tomaba”*. Sus palabras están en relación con el estado anímico que muestra durante la sesión, se la ve con un estado muy marcado de angustia y llorando casi toda la sesión. Se rescata que pese a haber tomado esa cerveza logró registrar la recaída y no seguir tomando, continuó con el tratamiento y sin ocultar lo ocurrido.

Es para destacar que deja en claro todo el tiempo que no se quiere justificar por lo que hizo, refiere que quería asistir para dar la cara. Lo que más desea en *no volver a caer, no quiere más miradas acusadoras* y dice: *“Quiero estar mejor sino no estaría acá”*. *“acá estoy”*.

No mantiene en secreto su recaída y se lo cuenta a su marido y a su madre pidiéndoles disculpas. También expresa con mucho dolor que se siente en falta con el grupo. Daría la

impresión que ha ampliado su visión del mundo teniendo en consideración a los otros (sus familiares y compañeros del GÍA) comprendiendo que no es un problema individual sino que es un problema que inevitablemente afectará a todo el sistema.

Más allá de la dura vivencia no deja de proyectar a futuro y cuenta que “desea tener su propia casa” a futuro y que su principal motivación para salir adelante “son sus hijos”.

Dentro de la situación negativa que vivió los últimos días pudo volver a confrontar a su hermana y decirle que “deje de cargar con su mochila y que le deje vivir su vida”. Además, le recriminó que no la ayuda a cuidar a su madre. Más allá de todas las diferencias que tienen en su relación confiesa que “le gustaría unirse con ella para cuidar a su madre”.

23-12-14: durante los últimos siete días ha sentido que la relación con su pareja mejoró en relación a semanas previas y desde el inicio cuenta que Se siente “mucho mejor que la semana anterior”. Por un lado porque se ha decidido a no hacerse más cargo de la salud de él asumiendo que ya es un adulto, le consumía mucha energía el perseguirlo para que vaya al médico por un golpe que sufrió en la cabeza. Además cuenta que pasarán noche buena con la familia de su marido y él les ha pedido que por favor “no haya alcohol durante los festejos”, lo cual habla de un apoyo muy importante y necesario para que no haya tentaciones.

Con respecto a la sesión grupal se planta y les confiesa a los que no estuvieron “la semana anterior que tuvo una recaída” y su estado anímico es diferente. Muestra mayor predisposición para participar dándole consejos a ángel para que ponga voluntad para no tomar en navidad.

Sus hijos siguen siendo su principal motivación y tras haber tenido unas diferencias por teléfono con el padre de Kare lo que más le preocupaba era que a la niña le caiga mal tal conflicto.

Se está esforzando para que ya no le afecten los comentarios de su hermana y su madre. Incluso se da la situación en que les plantea algunas cuestiones acerca de la convivencia pero les dice las cosas más tranquila, sin alterarse ni entrar en crisis. *“Quiere estar tranquila y que no se le salga la cadena”*.

30-12-14: se la nota reflexiva por ser la última sesión del año y entre otras cosas hace referencia a la recaída que sufrió diciendo que la ayudó a tomar conciencia de que “no puede perder todo por una botella”. Confiesa que por el consumo problemático “llegó a tocar fondo”.

Le ofrecieron una copa de sidra en navidad y respondió que “no, gracias”. Pese a mantener la abstinencia y de notarse con mucha seguridad en seguir sin beber alcohol aclara que no quiere darse de superada de la adicción, comprende que es un proceso.

Recupera su capacidad de proyectar que debido a su estado anímico se había visto afectada. Sigue con el proyecto de tener su propia casa, quiere estudiar y mantener su mente en paz.

En lo referente a los vínculos familiares recobra las energías que necesita y enfrenta a su marido porque le reclama cosas mediante escenas de celos inmaduras. También tuvo una discusión con su hermana porque pensó que se había emborrachado, pero cuenta con mucha felicidad que días después tuvo una pelea con su mamá y su hermana la defendió reconociendo su esfuerzo. Es la primera vez que se escucha en el grupo que su hermana la defiende y le reconoce todo lo positivo que ha logrado.

Una de las cosas más positivas que reconoce del año 2014 es “haber recuperado a su hija y el deseo de no querer estar más sola”, ya no desea estar aislada.

11-12-15: entrevista individual: expresa que a esta altura “ha aprendido a decir lo que siente caiga como caiga” y reconoce que decir lo que se siente ayuda a manejar el deseo, ha sido una de las acciones que ha utilizado para prevenir las recaídas.

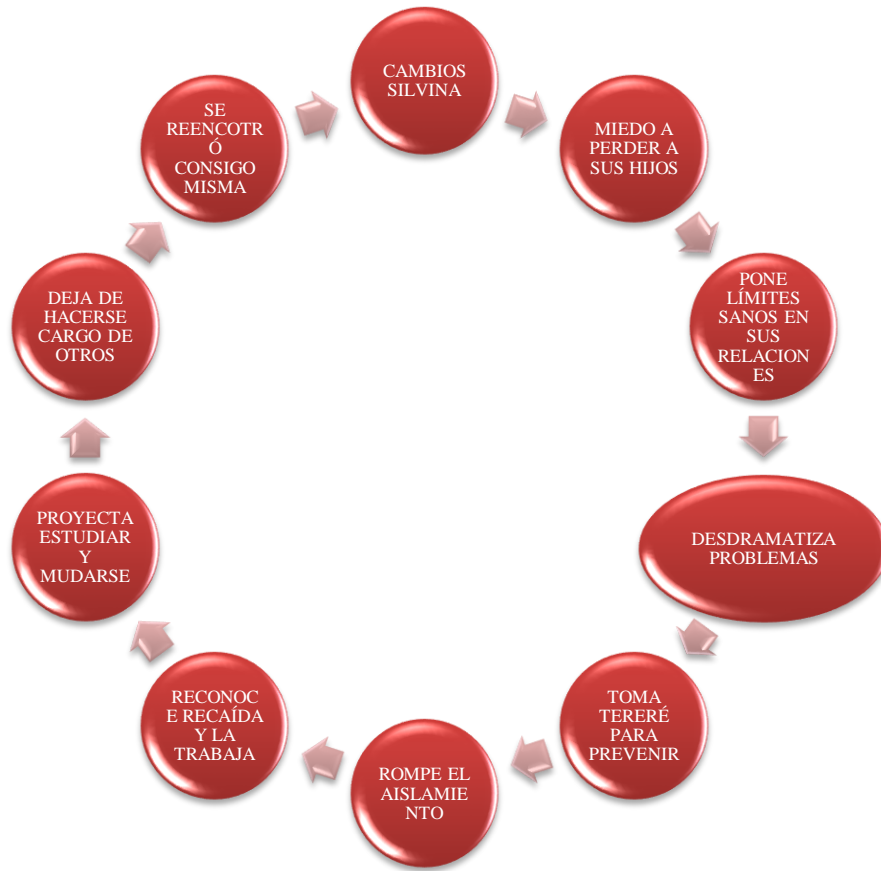
Con respecto al tratamiento que continúa realizando cuenta que antes de entrar en el GÍA primero estaba el alcohol y después todo lo demás. Además, no se consideraba “*borracha*” hasta que le hizo el click.

Acerca del contexto del bar refiere que cuando tomaba se sentía muy sola y que actualmente se siente bien desde que recuperó a su familia. Los compañeros del bar “*eran una juntadera re fea*”, no los vio más, cortó todo tipo de vínculo con ellos como una forma de alejarse de todo lo relacionado con el consumo de alcohol.

Reconoce que hay que poner voluntad para salir adelante, no es fácil y agrega: “*al deseo lo podés apagar pero siempre va a estar*”. Más allá del tiempo que lleva sin beber no se nota una actitud soberbia y superada.

Siente una transformación, se volvió a encontrar a sí misma. Ya no mira para atrás para autocastigarse, ahora mira hacia adelante con proyectos personales y familiares que están en marcha. Se ha mudado de casa y está cursando exitosamente el profesorado en nivel inicial. Uno de sus grandes anhelos es poder recibirse.

Ve a sus familiares contentos porque proyecta a futuro, *no la ven tirada*, en estado de abandono personal. Por primera vez se la ve feliz con el hecho de que sus familiares le reconocen sus logros y se lo expresan, es por esto que su hermana ya no la persigue tanto en el día a día desconfiando de que vuelva a recaer.



Caso 3: Walter

4-11-14: cuenta que para evitar tentaciones y exponerse a la posibilidad de una recaída evita ir a los bares, lo cual no es un cambio fácil de implementar ya que el sujeto se siente aferrado a ese contexto del bar. El lograr considerarlo como un ambiente tóxico implica una resignificación fundamental para mantener la abstinencia.

Un cambio muy importante que se dio pocos días antes de la sesión de esa fecha es que comenzó a trabajar como tractorista cosechando arvejas. Es un paso grande en cuanto a la búsqueda de autonomía e independencia que hasta el momento no ha podido construir. Por primera vez proyecta una actividad laboral y personal desde que vive en Maciá que no dependa de su padre.

Al haberse concretado esta posibilidad le comunica al grupo que “no puede prometer asistir al tratamiento todas las semanas” justamente por las demandas que conlleva el trabajo que ha tomado pero que cuando pueda asistirá. Se compromete a no abandonarlo.

Junto con el inicio de la actividad laboral logra a nivel familiar empezar a ponerle límites a su padre. Reconoce que antes de esto acataba todo lo que le decía y ahora solo hace lo que a él también le conviene o no le representa una carga. Expresa que “están cada uno por su lado” como una cuestión positiva.

Durante la sesión grupal le cuesta opinar sobre los demás pacientes o hacer aportes cuando surge un disparador pero se observa que los escucha con atención, ha aprendido a considerar y escuchar a los demás. Una muestra de esto es que se preocupa por un compañero que no asistió y al que vio alcoholizado días atrás. Se lo escucha con deseos por querer ayudarlo y buscar la forma, hay una empatía que no es fingida ya que por su forma de expresarse se evidencian ciertos niveles de angustia.

No solo concretó el hecho de comenzar a ponerle límites a su padre sino que también a conocidos o amigos que le proponen actividades que atentarían contra su salud. Pocos días atrás lo invitaron a ir a un bar pero quedó en contestarles después y terminó decidiendo no ir. Explica que “no quiere ir más porque lo intoxica el humo del cigarrillo”, lo cual es un incentivo para alejarse de ambientes que no favorecen su recuperación.

25-11-14: los cambios con respecto a su vida laboral que le han permitido tomar cierta distancia saludable con respecto a sus padres es un incentivo para que aparezcan los primeros indicios de la existencia de un proyecto personal, este sería el de “terminar su casa e irse a vivir allí”, ir a vivir solo.

El humor con el que concurre a la sesión ha mejorado, Walter se ha caracterizado por ser un paciente que le cuesta expresar su estado anímico y extenderse con sus palabras, sin

embargo en esa fecha toma con humor las situaciones de su propia vida cotidiana y hace chistes sobre el hecho de que se ha dilatado tanto su mudanza, les avisa al grupo “*todavía no me mudé*”. Su estado anímico ha dado un giro respecto a semanas anteriores.

Se lo nota tan entusiasmado con el trabajo en el que comenzó a desempeñarse durante el último tiempo que llega a reconocer que lo extraña. A esto lo expresa debido a que por cuestiones climáticas y al ser un empleo que se lleva a cabo en zona rural no le ha sido posible acceder ya que los caminos no estaban en condiciones.

Entre los cambios que se reconoce a sí mismo está que se siente más firme en cuanto a los límites de las relaciones interpersonales. Efectivamente desde el grupo se le reconoce que se lo ve decidido a no dejarse pasar más por encima por nadie y sobre todo por su padre con quien tenía serias dificultades al delimitar esas fronteras.

Con respecto a su papá cuenta que “*ya no lo jode más*”, que está más tranquilo y que lo deja hacer su vida sin meterse. Los cambios en su conducta y el haberse podido plantar ante él han generado que también su padre ya no lo maltrate como lo hacía antes cuando Walter no se animaba a defenderse.

Hace un balance de su situación actual y expresa que debido a las acciones que ha ido llevando adelante en las últimas semanas siente que realmente “*ya no tiene problemas*”. La adicción al alcohol era un claro obstáculo a la hora de poner en funcionamiento todo su repertorio de fortalezas y recursos de resolución de conflictos. El poder controlar esa adicción conlleva recuperar la sensación de lograr tener control sobre otros problemas que le afectaban.

Con respecto a la relación con sus hermanas que han sido otra gran fuente de apoyo en el tratamiento refiere que ve una mayor confianza hacia él. Ya no indagan tanto sobre qué

hace o si toma ni revisan sus espacios con el fin de constatar que no esté escondiendo algún recipiente de alcohol y aclara “*tampoco les he mentido*”.

El verse bien a sí mismo lo lleva a que tenga deseos de que sus compañeros también lo estén, es por ello que se lo observa con una actitud de interés y empatía más marcada hacia los demás compañeros del GÍA que semanas anteriores. Por ejemplo pregunta con preocupación por una compañera que no viene asistiendo hace un tiempo y a la que ha cruzado en la calle.

Otro indicio que marca una mayor apertura hacia los demás es el de aconsejar a Silvina que “ponga límites en sus relaciones familiares” poniéndose como ejemplo de acuerdo a lo que él ha llevado a cabo para establecer una relación sana con su padre y sus hermanas.

2-12-14: las constantes lluvias no han dado la chance de que los caminos que lo llevan hacia su lugar de trabajo sean accesibles aún, lo cual genera que se siente aburrido y que extrañe mantenerse en actividad. Esto podría interpretarse como un aspecto negativo en la semana de Walter, sin embargo es un cambio en pos de la recuperación de la salud debido a que pese a que está parado su trabajo por logra mantenerse tranquilo y sin beber. Ha sabido manejar la frustración que pudo haber experimentado por no estar en contacto con una actividad tan placentera para él sin siquiera haber indicios de riesgos de recaídas.

Lejos de afectar el rumbo de su tratamiento la cuestión de no poder asistir al lugar de trabajo lo ayudó a buscar otras alternativas para continuar en el camino de la recuperación, es por ello que empezó a trabajar haciendo rejas por su propia cuenta e incluso contempló la posibilidad de fabricar unas para el salón donde se realizan las terapias grupales del GÍA cada semana.

Durante el desarrollo de la sesión de esa fecha se toca el tema del peso corporal de Walter y de su aspecto físico comparándolo con el momento en que inició el tratamiento. Por su

parte refiere que ha recuperado varios kilos desde que comenzó a cuidar su salud y los demás integrantes presentes le reconocen la mejoría en su aspecto y que lo ven saludablemente con más peso ya que cuando asistió por primera vez estaba muy delgado.

Cada semana que asiste se puede apreciar que siente mayor empatía por sus compañeros y siempre se lo ve con buena predisposición para brindar su punto de vista sobre lo que cuentan para aportar una posible solución. Le dice a un compañero que lo entiende cuando “los domingos no sabe qué hacer y se siente solo” pero le aconseja que ponga voluntad porque hay que arreglárselas para no ir al bar, “*hay que pasarlo nomás*”.

Llama gratamente la atención que realiza varias expresiones de humor para bajar la tensión del ambiente. De esta forma genera que se desdramaticen algunos temas que se conversan durante la sesión sin descalificar a los interlocutores y hace referencias a sus propias cuestiones con humor. Se lo ve con mayor soltura y confianza en las demás personas que están presentes en el grupo.

9-12-14: no ha podido trabajar por el clima, eso sigue igual pero se sigue manteniendo con buen estado de ánimo y en abstinencia, en parte porque el deseo de beber ya no ha aparecido con fuerzas y también porque debido a la actividad construir rejas que ha iniciado desde que el trabajo en el campo está parado le ha permitido permanecer enfocado en aspectos que resguardan su salud y que son un incentivo para seguir proyectando hacia adelante.

Se muestra contento porque “ya le instalaron las cloacas” en su nueva casa que era una cuestión que estaba demorando el tener su propio espacio. Es otro paso importante hacia la construcción de su autonomía.

Una de sus compañeras expresa con admiración que cada semana que ha asistido a las sesiones del GÍA ve como Walter cuenta algo nuevo, siempre concurre mostrando cambios positivos con respecto a la semana anterior.

23-12-14: en esta sesión trabaja sobre técnicas y acciones para prevenir recaídas y Walter les dice a sus compañeros que si se continúa asistiendo a los bares “se complica mantener la abstinencia” y que lo más probable es que se recaiga. Sostiene que para dejar de tomar hay que dejar de frecuentar los bares y reconoce que en los bares siempre han intentado tentarlo. De aquí se infiere que ha habido un cambio de enfoque muy importante ya que tiempo atrás no estaba tan en contra de seguir yendo a esos lugares aunque con la idea de solo jugar a las cartas, había cierta ambivalencia al respecto que ya ha resuelto en favor de la idea no ir más a los ambientes donde se bebe alcohol.

Ha evitado la vida sedentaria cada vez que no tiene ningún trabajo que hacer y los fines de semana “siempre trata de hacer algo” para mantenerse ocupado. Ya que le gusta mucho andar en moto se ha animado a salir a pasear a otras localidades y es algo que puede notarse que le da placer hacer.

Aparte de fabricar rejas sumó otro emprendimiento que es el de cortar pasto como otra fuente de trabajo hasta que pueda volver al campo. Sigue manteniendo la predisposición a que cada semana haya aspectos para destacar en su proceso de recuperación de la salud, lo cual habla de la motivación con respecto al tratamiento.

Por primera vez durante el tiempo que lleva concurriendo a las sesiones del GÍA expresa deseos de desprenderse de sus padres. El vivir con sus padres lo mantenía en una zona de confort que le costaba abandonar, de dependencia. Ahora se está replanteando si realmente es beneficioso mantener esa vida o independizarse definitivamente.

Cuando se le consulta cuándo quisiera mudarse responde que le gustaría hacerlo “el año siguiente (2015)”. Le pone fecha a ese proyecto, lo cual hablaría de que realmente está contemplando dar ese paso.

Su papá en el día a día se ha logrado relajar y ya no lo molesta como lo hacía antes. Es un cambio que se viene dando de semanas atrás pero al haber mantenido la firmeza en los límites ha generado que la tensión baje y Walter habla con una relajación sobre este tema que antes era difícil de concebir. Dice que “*ya no lo jode más*”.

Se destaca que no cae en la actitud superada de dar por terminado el tratamiento y el proceso de recuperación sino que si bien refiere que no ha tenido deseos de beber de todas formas, “*no tentarse para que no se te salga la cadena*”.

Se puede apreciar de acuerdo a sus dichos que ha conseguido una resignificación con respecto a “los amigos del bar” ya que según su punto de vista “solo aparecen cuando tenés plata”. Ya no habla de ellos como personas de su entorno sino como figuras de una etapa pasada que no representa un vínculo beneficioso para él.

Dentro de los méritos propios para poder lograr los objetivos que hasta ese momento había concretado reconoce que “su fuerza de voluntad” ha sido muy importante. Su autoestima se ve más fortalecida y firme ya que ahora puede verse como una persona con aspectos destacables en su personalidad.

Cuenta a sus compañeros que está decidido a “tratar de hacer algo todos los días”, antes solo estaba en su casa haciendo vida sedentaria, lo cual afectaba su estado anímico. Esto denota un gran esfuerzo por parte de Walter.

Con respecto a la importancia del apoyo familiar reconoce que sus padres y hermanas cuando apenas había dejado de beber dispusieron como una acción para ayudarlo a

mantener la abstinencia o prevenir la aparición de deseos de consumir alcohol “no usar más vinagre en las comidas”.

30-12-14: reconoce que perdió su salud, que vivió una etapa muy mala en su vida en la cual se fue abandonando a sí mismo pero que ahora dijo “basta”, no está dispuesto a seguir viviendo esa vida.

Destaca que pese a todas esas consecuencias que te trajo aparejado el consumo adictivo de alcohol con un número importante de pérdidas tuvo la fortuna de nunca haber perdido su entorno, “su familia sigue estando allí”.

Aunque no ha podido retomar aún el trabajo y que en sus otros emprendimientos (fabricación de rejas y corte de pasto) no ha tenido pedidos dice sentirse súper relajado, no le ha afectado en lo anímico y no se ha convertido esta cuestión en un factor de riesgo de recaída.

Le dice al grupo que mientras bebía la situación lo llevó a “tocar fondo” y ahora “se da cuenta” y reconoce que fue así. Son expresiones que denotan que el paciente sigue descubriendo los perjuicios que ha sufrido producto del consumo problemático, lo cual ayudaría a que vea beneficioso el hecho de dejar definitivamente el alcohol.

22-12-15: se mantiene entrevista individual con él en la cual hace referencia a que dentro de los cambios más destacables que se reconoce del último año y que ha sabido mantener está el de salir a hacer una cosa u otra prácticamente todos los días. Antes de tomar esta iniciativa siente que “no hacía nada”, tenía una vida casi sin proyectos ni ambiciones personales.

Dentro de las técnicas que está implementado para evitar la aparición del deseo de tomar alcohol y prevenir una posible recaída están principalmente el de haberse “mentalizado a

alejarse del bar” y también muy importante “no llevar alcohol a la casa”. Son dos cambios que ha logrado según lo que relata con mucha fuerza de voluntad.

Cuando tomaba “no quería estar cerca de sus familiares”, era una persona que la adicción lo había aislado de todos sus seres queridos, pero expresa que en la nueva etapa eso ya no es así y quiere estar cerca de ellos. Es por ello que alejarse de la bebida conllevó que se rompa el aislamiento y que mejore notablemente el vínculo con familiares, que se una más a ellos y se deje ayudar.

Establece una comparación de cómo veía al alcohol como un beneficio en su pasado y desde que pudo empezar a controlar su ingesta cambio este enfoque, lo resignificó. Siente que “el alcohol no te ayuda en nada, te aleja de todo”.

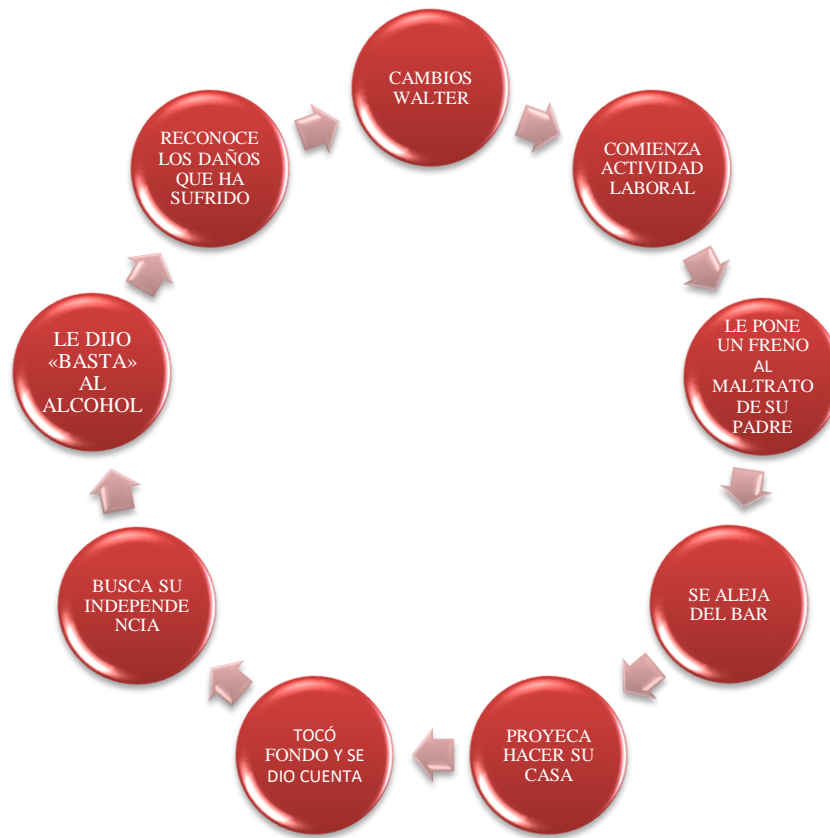
Aunque en la parte física se nota con un aspecto más saludable y se ve más gordo sostiene que sigue siendo la misma persona y que tiene la fortuna de hacer una vida en la que ha logrado “llevarse bien con todos”.

En la etapa en que padecía el alcoholismo “no le gustaba que le digan las cosas”, que lo confronten o le den consejos. Desde que se mantiene en abstinencia ha logrado relajarse ante estas situaciones y si cree que un familiar cuando le plantea algo tiene razón en lo que le está diciendo simplemente acepta.

Dentro de los cambios que observan sus allegados cuenta que sus familiares “lo ven más comunicativo” y se lo hacen saber. El recibir este tipo de expresiones de parte de los otros significativos colaboran con el reconocimiento de los aspectos saludables que se han recuperado y que tal vez él mismo no habría podido apreciar sin este aporte.

Con respecto al bar continúa con la postura de no frecuentarlos más, pero ahora la novedad es que no conlleva un gran esfuerzo evitar concurrir a esos lugares sino que “ya no lo atraen” más esos ambientes.

Reconoce las secuelas orgánicas que le ha dejado la adicción al alcohol, las cuales lo han llevado a estar bajo tratamientos médicos y que deberán continuar de por vida. Habla de estos daños con dolor, lo cual da la pauta que efectivamente ha tomado conciencia de la seriedad de la situación.



5.2 Tipos de cambio

Aparición de culpa y angustia

La aparición de las expresiones de angustia y culpa pueden interpretarse como un cambio en el paciente debido a que es una señal de que están registrando el alcoholismo como un problema. Dentro de las cuestiones que refieren que les causa mayor nivel de malestar es el reconocer las consecuencias negativas que esta adicción ha provocado en los vínculos

familiares (hijos, pareja) y en otros casos en la esfera laboral. Sin angustia no hay motivación para el cambio.

Aprender a decir “no”

Más allá de todas las técnicas que se propongan en las sesiones para lograr la abstinencia y prevenir recaídas es un cambio muy importante cuando el paciente aprende a decir "no" ante los ofrecimientos y otras tentaciones para tomar de parte de personas de su entorno habitual. Aquí puede verse una motivación y predisposición a abandonar la adicción que son fundamentales para el éxito de la terapia acompañado de una toma de conciencia de su propia responsabilidad dentro de este proceso.

Cambios en el sistema familiar

A medida que se mantiene la abstinencia y se van poniendo de manifiesto cambios positivos en la vida del sujeto sus familiares reaccionan en general positivamente ante los indicios de mejoría en torno a su lucha contra la adicción, cambiando su actitud y trato para con este miembro de la familia. Un cambio en un elemento del sistema afecta inevitablemente al sistema vincular entero, a tal punto que suele suceder que el paciente identificado se sienta descolocado ante respuestas positivas inesperadas de ciertos familiares.

Cuando tomar ya no es una opción

Aunque se logre tras un gran esfuerzo por parte del sujeto conseguir la abstinencia los problemas de vida cotidiana continuarán existiendo, por lo que se considera un cambio muy importante que el sujeto no conciba el tomar como una opción ante estas adversidades. Este

mecanismo de asociar aparición de problemas con beber se habría perpetuado hasta ese momento en todo tipo de situaciones en que se llegue a experimentar sentimientos de angustia, frustración, enojo, depresión, etc.

Historia de la adicción

Reconstruir la historia de cómo empezó la adicción, qué lo motivó a tomar e identificar cuándo pasó a ser considerado como un problema situará al paciente en otra posición que le permitirá comprender algunos aspectos importantes que ignoraba. Permite ver a la enfermedad en un entramado que tiene su explicación lógica, reflexionando sobre cuestiones disfuncionales de su vida que posibilitaron que la conducta problema se instale. Esta cuestión es importante porque el remitirse al comienzo de la adicción implica asumir que algo no estaba funcionando bien en su vida anímica y que seguramente es un problema que aún no se ha resuelto.

Optimismo en relación al cambio

Esta es una dimensión clave. el expresar que "se puede" genera una resignificación de los problemas y de la situación vital del paciente quien llega a consulta creyendo que su problemática no tiene vuelta atrás o que nadie podrá ayudarlo, sensación alimentada por la disminución de su autoestima y/o la calidad de los vínculos con su círculo íntimo. Una herramienta terapéutica efectiva es no crearle falsas expectativas y apuntar a concretar pequeñas metas, siempre de a una por vez.

Preocupación por un familiar

Generalmente el paciente alcohólico al comenzar el tratamiento muestra indicadores de aislamiento y por ello es tan difícil que logre una apertura suficiente como para dejarse ayudar y reconocer su problema. Además, los vínculos con familiares y allegados están parcial o totalmente rotos, es por esto que cuando al lograr sostener la abstinencia durante algunas semanas pueden mirar hacia afuera y reconocer al otro mostrando preocupación por sus problemas se lo considera un cambio significativo.

“Quiero” a diferencia de “tengo que...”

Puede ser considerado un cambio cuando un paciente expresa que "quiere cambiar" a diferencia del "tengo que cambiar" que denota que está asistiendo al tratamiento por presiones de terceros más que por una decisión personal. Además, el “quiero cambiar” denotaría un reconocimiento de la enfermedad, el tener conciencia de que abandonar la bebida es un beneficio y es una actitud deseable.

Reconocer beneficios de la abstinencia

Es un indicador de avance en el tratamiento del alcoholismo las expresiones del paciente en las cuales refiere que se siente mejor desde que no bebe alcohol, reconociendo una serie de beneficios que son producto de esta decisión de cortar con la bebida y de mantenerla. Mientras mayores sean los beneficios que perciba mayor será su motivación para continuar con la abstinencia, reconociendo a la etapa anterior como una etapa en que su salud y su vida estaban comprometidas.

Reconocimiento de una actividad recreativa

Para lograr la abstinencia se trabaja que cada uno de los usuarios del GÍA descubra una actividad recreativa que estaría dispuesto a poner en práctica, algo que de verdad le guste y le genere placer realizar como una estrategia de mantenerlo distraído y que ocupe sus pensamientos en aspectos sanos. Además, es una forma de recuperar aspectos de su salud que habían dejado de lado. Si bien esta técnica es útil para lograr la abstinencia lo es mucho más aún para mantenerla, se trabaja para evitar el sedentarismo ya que sería un factor de riesgo de recaída.

Reconstruir vínculos familiares

Una vez que se ha revertido el aislamiento pueden verse algunos indicios de reconstrucción de aquellos vínculos familiares que desde hace tiempo representaban una fuente de malestar para el sujeto. Son vínculos con personas significativas de su entorno, por lo que al sufrir problemas en la comunicación o el trato se convertía en motivo de sufrimiento, estando íntimamente relacionadas con el mantenimiento de la conducta adictiva. El alcoholismo podría ser entendido como un emergente de este contexto vincular particular.

“Nos pusimos a hacer unas cosas ayer “no me quiero meter le digo”, “ah tenés razón” es mi marido pero es mi compinche, la nena se nota cambiada ¿viste? Antes era “ah pobrecita”, ahora no, ahora es “dejá tranquila a tu madre, tu madre te dijo esto, tu madre te va a hacer tal cosa, te voy a dar”, es como que cambió también la rebelde. Y gracias a dios tenemos que ir al jardín a recibir la carpetita de dibujos y trabajitos, y ojalá que todo siga así ¿viste?” (Vicky).

Resignificar conductas nocivas

Es un indicador importante cuando los pacientes pueden reflexionar sobre algunas conductas del pasado que provocaban que consuman alcohol debido a la impotencia de no poder resolver el conflicto. El cambio está dado en lograr resignificar dichas conductas, entendiendo que era una manera de proceder insalubre y concibiendo otras alternativas de resolución en la actualidad para problemas de la misma naturaleza. En este sentido se puede considerar como una resignificación importante el renunciar a reprimir las emociones, postergarlas y contemplar el beneficio de ponerlas en palabras.

“y cuando lo veía a Corcho que venía medio chupado o borracho, me daba bronca y por eso al otro día arrancaba, era como una competencia sana pero es mentira eso, yo digo que ya eran ganas, eran ganas de tomar y venía el otro así y a mí ya me servía de escudo, yo digo que es eso, me venía al pelo” (Vicky).

Resignificar el contexto del consumo

Es llamativo cuando uno de los participantes refiere que aunque estén bebiendo a su lado no se sienten tentados a hacerlo ellos también. Si bien no es recomendable la permanencia en lugares donde se ingiera alcohol este tipo de comentarios demostrarían que se encuentra en vías de resignificar el contexto de "la junta del bar", ya no es un espacio donde tenga tantos deseos de estar y mucho menos de compartir la actividad de tomar alcohol, cuestión que antes se tornaba inevitable.

Este cambio de significado en torno al bar como lugar de encuentro para empezar a concebirlo como un lugar que no es favorable para su salud es un paso necesario en el proceso de recuperación. Cortar de raíz con el entorno en el que se da el consumo, alejarse de los amigos del bar es el puntapié inicial para lograr la abstinencia y prevenir recaídas.

“la otra vuelta fui a un bolicho, salí intoxicado con el humo que había, no voy más”

(Walter).

“esa era la contención en ese momento, el ir y saber que iba a tomar, tenga o no

tenga saber que iba a tomar. Una pérdida de todo, horrible” (Silvina).

Abandonar la culpa

La cuota de culpa con la que cargan los pacientes en el comienzo del tratamiento se convierte en un peso muy difícil de cargar sobre sus espaldas, puede ser un obstáculo si no se la trabaja debido a que es un sentimiento que no le permite construir, producir. Es un momento muy significativo en el tratamiento cuando se evidencian indicios de que el sujeto ya no está dispuesto a quedar estancado en la culpa. Sentiría, al igual que un preso que ha cumplido con su condena, que ya es momento de retomar el camino de su vida.

“por eso te digo, fue muy apañada, en cierto momento está bien, en algún momento ella tenía que reclamarme porque tomaba pero ahora me parece que ya no tiene motivos (Silvina)”.

5.3 Características contextuales del grupo terapéutico que enmarcan el proceso de cambio de los pacientes

Participar del grupo para ayudar a otros

Es para destacar que cuando algunos pacientes llevan mucho tiempo en abstinencia y sienten que han logrado importantes avances en el tratamiento se los vea con una predisposición muy marcada para ayudar a los compañeros. Utilizan su propia experiencia

como herramienta terapéutica y de esta manera generar conciencia en los demás pacientes, motivarlos a que intenten cambiar.

“no te nos vas a caer acá Miguel. Yo ya te dije, voy a hablar en el hospital y me voy a hacer cargo, ¡mirá como volviste!” (Silvina).

Dar consejos a compañeros

Los consejos que un usuario le da a otro compañero son un elemento terapéutico de gran valor. Los pacientes escuchan a los demás participantes con atención y respeto cuando les hacen estas devoluciones debido a que al haber transitado por experiencias semejantes son palabras para ser tenidas en cuenta. A su vez, el usuario que brinda el consejo percibe que es escuchado y se toma en cuenta la estrategia que está proponiendo, se le da un lugar que tal vez no adquiere en el seno familiar de actor principal y de palabra autorizada.

“tendrías que hablarlo a solas con ella cuando pase todo este período feo ¿y vos qué querés lograr ahora?, ¿estar de nuevo con ella o por lo menos estar con las criaturas? Eso te debe doler también” (Vicky).

Participación activa de familiares

El GÍA promueve la participación de los familiares de los usuarios ya que se los entiende como un elemento terapéutico imprescindible en el tratamiento exitoso. Se reducen las probabilidades de deserción de este proceso cuando los miembros de su familia se preocupan y se ocupan de recordarles cada semana los días y horarios de las sesiones grupales e incluso de preguntarles si han asistido como contó uno de los pacientes (Marcelino). Que un familiar asista a la sesión grupal también es un aporte de gran valor que contribuya a que ese sujeto se sienta contenido, que no está solo en esta lucha y que es importante para sus seres amados.

Evitar el aislamiento del alcohólico

Una característica de los pacientes con problemas de alcoholismo es que gradualmente se van aislando y que esto responde a una estrategia para poder continuar con su conducta sin ser juzgados por los que los rodean. La dinámica grupal rompe con el aislamiento e invita al paciente a que reflexione sobre su deseo y pueda ponerlo en palabras antes de llevarlo a la acción como una estrategia preventiva.

Ayudar a que el paciente asuma la adicción

Hay momentos en el contexto de la terapia grupal que sobre todo aquellos pacientes que llevan poco tiempo participando de la misma en que no logran expresar abiertamente que controlar la ingesta de alcohol es un problema para ellos. Aunque interiormente lo transitan con dolor y el momento en que piden ayuda coincide con que su estado de salud se ha complicado o sus familiares manifiestan que ya es intolerable la situación, el poder reconocer que sufre de alcoholismo o que es un alcohólico es un camino que no se transita con tanta facilidad. Se requiere que el coordinador de la sesión esté atento y desarrolle una escucha activa para detectar la lucha interna del paciente para abrirse y reconocerse desde un lugar en el que algo escapa de su control. Cuando esto sucede y se ha establecido una relación empática con el usuario se puede verbalizar un reflejo de lo que ha transmitido entre líneas en sus dichos poniéndole nombre o definiendo su problema dejando en claro que no es algo sin solución.

Confrontar estigmas

Un trabajo que se hace en conjunto entre coordinadores y pacientes es el de confrontar los estigmas sociales de los que se sienten víctimas los usuarios del servicio. El reconocimiento del problema se obstaculiza porque la palabra "alcoholismo" se asocia a una serie de rótulos descalificativos, por lo cual asumir que uno padece adicción al alcohol implica apropiarse de estos rótulos. Se trabaja para que resignifiquen estos estigmas entendiendo que nunca se podrá conformar a todo el mundo y que lo que es esencial es el autoconcepto.

“las miradas malas, te dicen “borracho, esto, aquello”, y la excusa que uno tiene es que uno no le pide plata a ellos, pero igual está la mirada de ellos, esa es la excusas que uno tiene y por qué toma...digo yo” (Ángel).

Demanda de confianza

Otra de las intervenciones de los coordinadores apunta a bajar los niveles de ansiedad de los pacientes con respecto a la falta de confianza de sus familiares en cuanto al consumo de alcohol. Lo que se les transmite es que esto es un proceso que dará sus resultados a medida que la familia vea en sus acciones que realmente puede confiar en ellos. Se les hace reflexionar con respecto a que son muy demandantes pidiendo confianza pero a veces no han hecho lo necesario para ganársela.

“y mentimos y mentimos y mentimos y nos sentamos y le juramos al otro en la cara que no tomamos más. Si nos ponemos en el lugar del otro por más buenos o malos que sean, yo tampoco confiaría en el otro, es frustrante porque solo uno sabe en verdad, siempre llegamos a eso ¿por qué no nos creen? Porque a mí también me cansaba, yo decía “ya está, no tomo más, me cansaste, me tenés podrido ¿por qué no

podés confiar en mí?” pero cuando uno recapacita y dice “¿por qué no confían en mí? Y yo tampoco creía en mí” (Héctor).

El cambio está en tus manos

Dentro de las intervenciones que apuntan a que el usuario se haga cargo de su problema y comience a tomar un papel central en la historia de su rehabilitación es que se le indique que más allá de la ayuda que se le está ofreciendo a través de este servicio el motor del cambio está en su propia decisión y compromiso. Mientras más implicado esté en el tratamiento, más continuidad y compromiso tome con este mayores probabilidades de lograr cambios positivos habrá.

Humor para desdramatizar

Hay momentos en el transcurrir de la sesión grupal que las expresiones de humor aparecen espontáneamente. Pero más allá de que no son planificadas por los pacientes también son utilizadas estratégicamente por la coordinación para desdramatizar la situación, bajar los niveles de tensión de la sesión. En ocasiones los coordinadores las utilizan y en otras los compañeros pero sin que se les deje emplearlas como defensa para evitar hablar de temas importantes.

Silvina: “me chusmea el telefonito, le digo “¿qué onda?, ¿con todo esto querés que tenga una amante ahora?”

Vicky: ojalá tuvieras.

Silvina: le digo “¿Qué te pensás, que me estoy viendo con alguien?”

Vicky: estarías más desestresada.

Silvina: ¡no se puede con vos!

Identificar situaciones de riesgo de recaída

Uno de los temas recurrentes dentro de la dinámica de la sesión grupal es dar lugar para que el paciente cuente si le ofrecen alcohol sus amistades o familiares, si va al bar, con quién se junta apuntan a que el usuario por sí mismo pueda identificar cuáles son las situaciones de su vida cotidiana que lo ponen en riesgo de recaer para que pueda comenzar a hacer algo con eso. Lo esencial es que reflexionando sobre estos aspectos y en el intercambio con sus compañeros registre los factores de riesgo para su salud.

Incentivar comunicación grupal

Es un fenómeno recurrente que cuando un usuario es nuevo en el servicio se dirige solo al coordinador debido a la falta de confianza que experimenta en esta fase del tratamiento hacia sus compañeros, todo le resulta extraño. El coordinador lo incentiva para que la comunicación sea circular y se dirija a todo el grupo. De esta manera nadie se siente excluido de la conversación, se motiva la escucha activa y la diversidad de opiniones. A su vez, el usuario que está hablando siente que todos lo escuchan y a todos les importa lo que expresa.

No hay deseos en la sesión

Ningún paciente expresa durante las sesiones grupales que tenga deseos de tomar alcohol, se podría entender que esto está en relación al clima que allí se vive. Así como expresan que los problemas que los alteran y desbordan generando emociones negativas son un estímulo para que el deseo de beber aparezca la calidez, contención, escucha y empatía percibida en la dinámica grupal serían un factor que previene que el deseo de ingerir alcohol.

Opinión de compañeros

Cuando se trata algún problema de uno de los miembros del grupo además se le pide opinión a sus compañeros, no para que de consejos precisamente sino para que de su apreciación sobre la situación. La interpretación que ellos realizan del conflicto en cuestión muchas veces difiere de la del paciente que expuso el problema. Esto favorecería que pueda analizar la situación desde varios ángulos diferentes y tal vez contemplar más de una solución posible.

“ah, se fue a pasear o se fue a desestresar porque por ahí la chica está saturada. Por ahí está estresada por la rutina, por los cinco nenitos. Le veo solución, a la larga le veo solución si hay diálogo” (Vicky).

Preocupación por el otro compañero

Se dan algunas situaciones en que los miembros del grupo hacen referencia a uno de sus compañeros porque no viene asistiendo o porque lo han cruzado y no lo vieron bien, pero lejos de referirse a ellos con el objetivo de “deschabarlos” lo hacen con preocupación, con dolor por el estado de su par. Incluso expresan que hay que ver de qué forma se lo puede ayudar. Esto además de hablar del contexto del grupo en cuanto a que existe un sentimiento de pertenencia y familiaridad también puede ser un indicio de que los pacientes que se preocupan por el otro han roto con el aislamiento inicial con el que asistieron las primeras sesiones y que son típicas del alcohólico.

“el lunes pasado pasé frente a un negocio con la camioneta y paro en un kiosco a buscar una gaseosa y ahí estaba el loco, hecho hilacha. Me miraba y no me conocía” (Walter hablando sobre ángel).

Psicoeducación

La información que se les va brindando a los pacientes sobre diferentes aspectos del alcoholismo es importante para bajar los niveles de ansiedad que generalmente son altos y eso apunta a prevenir el abandono del tratamiento. Se trabaja sobre los motivos que causan deseos de beber, acciones para prevenirlo, la importancia de la palabra, el no tomar una recaída como un fracaso del tratamiento, etc.

Que circule la palabra

La palabra no debe quedar estancada en un solo participante, eso debe asegurarlo el coordinador. Es un principio fundamental de la terapia grupal del GÍA que la misma circule permanentemente, que los pacientes se sientan habilitados para utilizarla y que sea el principal recurso de esta modalidad terapéutica. De esta forma nadie se siente aislado y cada participante siente que su palabra, su opinión y sus sentimientos son iguales de importantes a los de cualquier otro miembro presente.

Secreto profesional

Desde el inicio de la participación de un paciente en la terapia se le da a conocer que la principal regla que tiene el grupo es la de reserva de información, que lo que se diga allí no se divulgará afuera. El asistir por primera vez a una sesión de grupo en un contexto como es la ciudad de Maciá en que no es un dispositivo que haya sido utilizado antes genera que se convierta en una situación ansiógena. Aclarar y asegurar que se mantendrá el secreto profesional ayuda a disminuir la ansiedad e incrementar la confianza y participación de los pacientes en las sesiones.

Sugerir sin juzgar

Una de las estrategias utilizadas por la coordinación es la de sugerir técnicas para evitar las recaídas y manejar el deseo de beber, pero siempre esta se ejecuta sin utilizar críticas negativas ni imposiciones que generarían mayor resistencia o en el peor de los casos abandono del tratamiento. Se entiende que ninguna técnica será igual de efectiva para todos los pacientes y por ello se trabaja para que cada uno de los usuarios descubra cuál es la estrategia que utilizará de aquí en más para evitar ceder ante la tentación.

Alentar el apoyo entre compañeros

Si bien los vínculos entre compañeros son en general cálidos y de respeto mutuo, desde la coordinación se alienta a que incorporen a los demás como uno de los pilares en la búsqueda de la recuperación de la salud, que se los considere una fuente de apoyo tanto dentro como fuera de los límites de la terapia. La motivación de los pacientes puede ser fluctuante y si uno de ellos asiste al tratamiento con un bajo nivel de motivación al cambio puede ser un factor que revierta esta situación los niveles altos de motivación que presenten otros miembros del grupo.

Apoyo entre coordinadores

los momentos en que uno de los coordinadores ha hecho una intervención que apunta a que alguno de los pacientes pueda resignificar el problema y asumirlo como tal considerando otras alternativas de resolución se ven favorecidas cuando otro de los coordinadores apoyan esta intervención y empujan en la misma dirección. El usuario percibe una mayor

convicción y fortaleza en lo que se le está intentando transmitir y escucha desde otro lugar más reflexivo.

Citar a pacientes como palabra autorizada

En ocasiones al hacer una intervención ya sea de parte de coordinadores como de usuarios se citan las palabras de otro paciente, ya sea en lo referente a una estrategia que ese usuario contó que utilizó para lograr la abstinencia o alguna opinión acerca de un tema específico. De parte de los coordinadores se seleccionan todos aquellos dichos que sean útiles para que la intervención sea más convincente, mostrando como este compañero que se está citando pudo lograr esa meta con una técnica que a otro paciente también podría servirle o algunas opiniones que por ser de una persona que ha vivido las mismas experiencias merecen ser tenidas en cuenta. La persona citada, a su vez, puede percibir que su participación en el grupo es importante y valorada por los demás.

“Héctor aporta algo que es un testimonio de mucha voluntad, de fuerza de voluntad, que es difícil para superarlo pero que es necesario. El alcoholismo es una adicción y es muy importante tomar conciencia, poner voluntad y tratar de alejarse. Es difícil, es duro, pero es posible, y hay que contar Ángel con un recurso muy valioso que es tu familia, no cualquiera tiene eso. Mirá que han venido acá, te han apoyado siempre”
(Nicolás).

Darles la palabra a familiares

En las oportunidades en que asiste un familiar acompañando a un paciente se lo toma como un elemento terapéutico de gran valor. En su testimonio se logran conocer aspectos del problema que no se conocían y se recaba mayor información acerca del sistema vincular

familiar que a veces por resistencia no se han expresado, elemento imprescindible para trabajar durante la recuperación de la salud del usuario. Se les hace saber a los familiares siempre tiene las puertas abiertas para asistir y colaborar con la recuperación del paciente.

“si, es como él dice. Yo no me doy cuenta ¡bah! Me doy cuenta pero se cierra tanto que no hay manera de entrar, agacha la cabeza y cuando voy a afuera ya está y yo contra eso no puedo porque él se pone así. Si hablamos, hablamos, hablamos, buscamos maneras pero es el momento, es como el cuerpo, pasan dos o tres días y el cuerpo le pide. Le había comprado membrillo, durazno, y bueno ahora empezamos de vuelta, las pastillas ya no le hacen nada” (Graciela, esposa de ángel).

Destacar lo positivo sobre lo negativo

en ocasiones en que un paciente cuenta que tuvo un hecho que fue negativo como por ejemplo que bebió un día de la semana se ha optado desde la coordinación por en vez de centrarse en ese hecho poner el foco en el resto de los días en que no se bebió. Ante la recaída el paciente olvida todo lo bueno que ha logrado y su energía solo se centra en la autocrítica negativa destacando lo malo de esta vivencia, pero si se le hace reflexionar sobre el resto de los días podrá resignificar esta situación y tratar de replicar las cosas buenas que lo llevaron a estar tantos días en abstinencia, tomando conciencia de los recursos con los que cuenta y que hasta ese momento no había visualizado. En el GÍA tanto los coordinadores como los pacientes se enfocan en rescatar cada uno de aquellos objetivos que el compañero ha concretado, ayudar a su reconocimiento.

El cambio empieza hoy

Cuando se ha llegado a un acuerdo entre el paciente y los coordinadores de cuál sería un cambio necesario para la situación que está relatando como problemática también se lo incentiva para que ese cambio empiece "hoy mismo", que no se postergue para un futuro indefinido sino que se ejecuten acciones destinadas al cambio lo antes posible. Es una de las características de este tipo de tratamiento que la energía del paciente no se desgaste con autorreproches por lo que no se ha resuelto antes sino que canalice esa energía para resolver aquello que le afecta en el aquí y ahora.

Es una adicción

Se hacen intervenciones para desmitificar algunas cuestiones referentes al alcoholismo, que como tratarse de una droga legal no se la considera una adicción. Se trabaja para que resignifiquen su consumo problemático y entiendan que realmente es una adicción, que hay dependencia y no solamente "un vicio" en el que se incurre por un deseo que se puede manejar. Que el paciente no reconozca la enfermedad sería un obstáculo para lograr la abstinencia debido a que no identifica aún cuáles son los riesgos para su salud de esta conducta y por ende tampoco llega a captar los beneficios de abandonar la bebida.

Estrategias para prevenir recaídas

No solo se proponen desde la coordinación estrategias para manejar el deseo y lograr la abstinencia sino que también para evitar las recaídas que son una amenaza que siempre está presente, y con más fuerza aún el primer tiempo de que se ha logrado la añorada abstinencia. Debe destacarse que estas estrategias a las que se hace referencia no son propuestas solamente desde la coordinación sino que los propios compañeros de los

usuarios son los que desde su propia experiencia personal brindan consejos acerca de que técnicas podría utilizarse en ese caso específico para empezar a lograr los objetivos propuestos.

Evitar la soledad

Uno de los factores que se presenta como de riesgo para las recaídas es la soledad, sentirse solo. Al estar en compañía de otros, los pacientes tienen mayores probabilidades de sostener la abstinencia, están menos vulnerables a la tentación ya que tienen en quien apoyarse. Debido a esto es que tanto los coordinadores como los usuarios en más de una oportunidad recomiendan que se dejen ayudar y que traten de apoyarse en sus seres queridos evitando lo más posible estar solos.

Expresarle al paciente que se ve un cambio

En ocasiones el paciente ha logrado concretar alguna meta en su vida personal que se traduce en un cambio positivo, sin embargo no lo ha registrado como tal. Por ello, es importante cuando alguno de los coordinadores se percata de tal cambio y se lo reconoce, de esta manera va tomando conciencia de que la continuidad del tratamiento da sus frutos. De igual modo aunque con un plus se daría la situación en que hay reconocimientos entre compañeros, en que un miembro destaca el progreso y la evolución de otro miembro del grupo debido a que es alguien que está atravesando la misma lucha.

“buenos logros ¿no? Desde que nos conocimos digamos ¿no?, todas las semanas algo” (Vicky a Walter).

Hablar sobre los prejuicios sociales, confrontarlos

Los estigmas sociales a los que hacen referencia los pacientes y de los que han sido víctimas son un tema que se trae a colación en algunas sesiones con el fin de poder confrontarlos. Se trata de que en ese espacio se expresen todos los sentimientos producto de la segregación social vivida por padecer una adicción. De esta manera se apunta a una mayor auto-aceptación del sujeto, desprendiéndose de la dependencia hacia la mirada externa y de falsas expectativas de poder conformar o agradar a todo el mundo.

“si nos juntamos a conversar lo primero que van a pensar es “ya están chupando juntos”, van y le cuentan a la señora, ¿y cuándo llegues a tu casa? ¡Se te arma una! Por lo tanto yo lo trato de esquivar, no lo esquivo a él para nada, si lo encuentro converso. Yo soy amigo del padre de él y yo iba siempre a saludarlo a veces trato de esquivarlo porque lo primero que van a decir es “se juntaron para ir a...”. No es que lo desprecie a él ni nada” (Fabio).

Incentivar a que se eviten situaciones de tentación

Dentro de las acciones de psicoeducación que se ponen en práctica dentro de las sesiones se destaca como una de las más relevantes indicarles a los pacientes las veces que sean necesarias que deben hacer un esfuerzo para evitar situaciones en que habrá tentación para recaer (bares, lugares donde haya otras personas bebiendo). Se les pide que corten de raíz con su entorno: que ya no frecuenten los lugares a los que habitualmente asistían y se alejen de aquellas personas con las que tenía solo en común el hábito de consumir alcohol. Mantener el entorno imposibilitaría concretar la abstinencia.

Me importás

A partir de las intervenciones en las que se recaba más información sobre el problema del paciente con preguntas y repreguntas además de los reflejos y connotaciones positivas lo que se le transmite al usuario de parte de los coordinadores es que les importa su situación, lo que están relatando y también el poder construir una posible solución para ese problema. Lo mismo sucede cuando uno de sus compañeros le brinda consejos para tratar de ayudarlo o le realiza preguntas para saber más sobre el conflicto que está describiendo.

No permitir los secretos

Un principio con el que se trabaja es que hay que evitar los secretos acerca de la salud de un compañero si se tiene información sobre él, al ocultar este tipo de información se está siendo cómplice de la adicción y no se está permitiendo que se le ayude. Todo lo que tenga que hablarse acerca de uno de los miembros se lo hace delante del grupo y no en forma privada fuera del contexto de las sesiones. Además, se está trabajando de esta manera para romper con antiguas modalidades comunicativas disfuncionales en que el silencio era la estrategia para evitar confrontar los problemas de la vida. Poner en palabras los sentimientos, conflictos, pensamientos en las sesiones ayudará a ponerlos en palabras fuera de este espacio.

Prepararse para situaciones de riesgo

En la sesión previa a la noche buena se empieza a trabajar para preparar a los pacientes con el objetivo de prevenir una recaída. Para ello se conversa sobre ellos para saber donde pasarán esta fiesta, con quiénes, si habrá alcohol en esa reunión y a recomendar a su vez acciones preventivas como no permitir la presencia de bebidas alcohólicas durante la velada

y hablar con demás familiares para que tampoco beban ni insistan en que el paciente lo haga.

“yo sé que la paso con Pao (su pareja) pero no sabemos dónde. No sabemos si nos vamos a quedar en casa, si vamos a ir al camping, si nos vamos a ir al medio de la nada. Lo que sabemos es que al año lo empezamos juntos, solos” (Héctor).

Promoción de cambio de hábitos

Para sostener la abstinencia y los cambios positivos se promueve un cambio de hábitos. Adquirir hábitos sanos en las diferentes esferas de la vida del sujeto como son alimentación, descanso, actividades recreativas, lugares que habitúa, grupo de pares, comunicación familiar, etc. Este tipo de cambio de hábitos debe ser trabajado en conjunto entre coordinadores y pacientes sin que haya imposiciones, se lo debe trabajar para que el sujeto que padece la adicción pueda reconocer los beneficios de generar un cambio en este sentido y que sienta que lo hace por una decisión propia.

Promover lo grupal

Cuando se propone alguna actividad se lo hace pensando en que se realice en forma grupal y no individual. Esta es una de las estrategias para promover la pertenencia al grupo ya que uno de los principios que rige al GÍA Maciá es romper con el aislamiento del paciente que lo deja muy vulnerable a la adicción. La fortaleza del grupo es un recurso de gran valor para poder salir adelante. El sujeto ya no se siente solo frente a esta problemática, sabe que hay un grupo de seres humanos que están viviendo una experiencia semejante a la suya y con los que siente identificado, no lo juzgan y lo acompañan en este camino de recuperación de la salud.

“me orienta un poco, como no hay discriminación entre nosotros uno habla de una cosa, otro de otra y somos todos iguales ahí entonces uno no tiene tantos problemas en expresarse en lo que siente o lo que le pasa” (Walter).

“ustedes siempre me daban un consejo, siempre consejos buenos, siempre orientándome, siempre haciéndome respetar yo, me daban algunos tips como quien dice, una ayuda. Parece que no pero cuando estás en tu casa ayuda, ayuda mucho” (Vicky).

“para mí hacé de cuentas que son todos unas maestras o unos maestros, porque me hacen comprender lo que era el extremo de antes” (Marcelino).

“¿el grupo? Mirá, una gran contención, una familia también, me sentí muy contenida, esas son las palabras, muy contenida. Sabía que iba a tener a donde recurrir” (Silvina).

“es un grupo familiar, es lindo porque charlás, contás lo que te pasa, las vivencias tuyas, lo que vos hacés, pero viste que hay que contar lo que uno piensa y algo coherente por lo menos, no las mentiras porque las mentiras no sirven, para eso no vas y te quedás en tu casa. No vas, ¿para qué vas a andar mintiendo? Porque si le mentís al grupo te mentís a vos mismo también, eso no le sirve a la persona” (ángel).

Proyecto de vida alejado del alcohol

Dentro de los objetivos centrales del tratamiento en el GÍA se encuentra el construir un proyecto de vida alejado del alcohol, lo cual es parte de estos grupos desde su creación en la década de los ochenta. Siempre se lo tiene presente y se evalúa en qué medida se está avanzando en este camino, si no se evidencian logros se vuelve a trabajar con más énfasis para que se comience a hacerlo. Este camino posibilita redescubrir recursos personales (habilidades sociales, personales) que no estaban siendo utilizados desde hace tiempo y retomar proyectos personales que habían sido postergados (familia, trabajo, etc.).

Señalar discrepancias

Se les señala a los pacientes la discrepancia que existe entre sus dichos y su forma de actuar, la incongruencia entre sus supuestos deseos de cambiar y lo que realmente ha intentado poner en acción para alcanzar sus objetivos. Mediante esta intervención se apunta a evaluar la verdadera disposición al cambio y tratar de incrementar la motivación para los mismos. Este tipo de intervención tan importante no solo parte desde los coordinadores sino que también en ocasiones son sus propios compañeros quienes les indican que observan una incoherencia entre sus dichos y sus actos.

Empatía

Es importante que cuando un paciente se abra en la sesión y cuente algún problema que lo aqueja o confiese que ha recaído con todo el esfuerzo y la angustia que esto le conlleva que haya una respuesta del otro lado que lo haga sentirse apoyado y comprendido. Generalmente están acostumbrados al dedo acusador y los reproches de familiares, por ello es que el percibir un tipo diferente de respuesta y que logren ponerse en su lugar sin juzgarlo configura un modo distinto de vincularse que puede ser el motor para el cambio. El tratamiento puede comenzar a dar resultados positivos cuando el paciente experimenta algo diferente a lo que está acostumbrado en su sistema vincular familiar.

Proponer metas pequeñas a corto plazo

Más allá de que cada vez que un paciente manifieste un cambio se lo reconozca por más pequeño que sea también se lo motiva e incentiva a que se proponga este tipo de objetivos a corto plazo. Se tratan de metas realistas, factibles de concretar en un lapso corto de tiempo

con el objetivo de que el usuario comience a ver cambios e incrementar su motivación y adhesión al tratamiento.

Un paso a la vez

Relacionado con lo anterior cabe destacar que si el paciente empieza a mostrar indicios de motivación para generar una serie de cambios también se lo debe ayudar a que la ansiedad no le juegue en contra y se autoboicotee. Por ello, se le pide que dé un paso a la vez, que se enfoque en una meta pequeña para comenzar y no en concretar todo al mismo tiempo, lo cual sería muy difícil de cumplir. Se trabaja con la noción de que una serie de pasos pequeños en forma sucesiva generarán grandes cambios a largo plazo.

Viniste

Cuando los usuarios cuentan lo que les ha costado ir a la sesión y enumeran las razones por las que ha faltado que el coordinador pueda connotar positivamente diciendo "pero viniste" recobra una gran importancia debido a que le está reconociendo el logro de asistir, cuestión que marcaría el inicio del camino del cambio. A su vez, el paciente percibe que se le reconoce un logro sin marcarle los aspectos negativos del mismo y sin minimizarlo.

5.4 Intervenciones de coordinadores que apuntan al cambio

Abandonar la ilusión de querer conformar a todo el mundo

Puede ser una presión extra autoimpuesta el hecho de que el sujeto quiera mediante su participación en el grupo reivindicarse con todo el mundo, conformar y convencer a todas las personas que conoce de que ya es un paciente recuperado. Se trabaja para que abandone esta ilusión porque es imposible de concretar, siempre habrá gente que no le creerá y lo

seguirá juzgando, cuestión a la que si se le otorga demasiada atención y energía puede ser frustrante e incluso un elemento más que colabore a una posible recaída.

Aliviar la culpa

Ante una situación de recaída se trata de que la culpa no se convierta en un obstáculo para el paciente. Este suceso tal vez se aleje de las expectativas que el sujeto tenía y provoca una gran frustración, es por ello que si bien se trabaja sobre las condiciones que provocaron tal recaída para prevenir la aparición de otras en el futuro se trata de alentar al usuario para que siga adelante. El autocastigo en este punto no es productivo ya que no le permite proyectar hacia adelante y prepararse para enfrentar y resolver situaciones parecidas.

Cero alcohol

Para sostener la abstinencia y seguir concretando los objetivos de la terapia es importante remarcar que no se debe ingerir ni una gota de alcohol más. El querer ir reduciendo gradualmente la cantidad que se ingiere no es recomendable ya que no es posible controlar este aspecto. La persona que padece la adicción al alcohol experimenta un descontrol en cuanto a su consumo

Comunicar a familiares deseos de tomar

Dentro de las estrategias que se trabajan con insistencia dentro de las sesiones de terapia grupal es la de que cuando aparezca el deseo de beber poder comunicárselo a un familiar o un ser querido de confianza. La finalidad es prevenir la recaída, el poner en palabras este deseo disminuiría los montos de ansiedad conjuntamente con el deseo de tomar alcohol y

favorecería el acercamiento y la comunicación con las personas que sea consideradas sus principales pilares de apoyo.

“le avisó a mi mamá que tenía ganas de tomar, le dijo “tengo ganas de tomar”

(Lucas. Hijo de ángel).

Enfocarse en aspectos saludables

Cuando el paciente está bloqueado y solo menciona los aspectos negativos de su vida se pueden realizar preguntas que apunten a que descentralice su atención y energías de lo tóxico y redistribuya esas funciones hacia otras áreas en que siente que su nivel de satisfacción es mayor. De esta manera se apunta a lograr una resignificación en cuanto a la evaluación de sus propios recursos, tomar conciencia de que cuenta con fortalezas necesarias para salir adelante.

Enseñar a poner límites

Para que se sostenga el fin del aislamiento del paciente y se apunte como nuevo objetivo a reconstruir las relaciones con personas significativas se enseña a poner límites sanos en los vínculos. El poner límites puede ayudar a la constitución de vínculos saludables (sin violencia, sin descalificaciones, sin sabotajes, promoviendo la autonomía, etc.), preservando a su vez los aspectos sociales del usuario, lo cual podría ser un factor protector contra el aislamiento, disminuyendo los riesgos de recaída.

Entre todos es más fácil

Una de las nociones con las que se trabaja permanentemente en el tratamiento es que el alcoholismo al ser un problema multidimensional es muy difícil de combatir solo, las

probabilidades de éxito son menores, pero que al ser tratado en grupo estas probabilidades aumentan. El aislamiento deja en una posición de alta vulnerabilidad al alcohólico mientras que lo grupal favorece al fortalecimiento ya que se va descubriendo que otros han pasado situaciones semejantes se siente comprendido y da lugar a un proceso de aprendizaje mutuo y enriquecimiento personal. Además, hay otros que lo sostienen cuando está a punto de caer y se siente útil sosteniendo a algún compañero.

Antes y después del tratamiento

Es un episodio significativo el hecho de que un paciente tras hacer referencia a los logros que ha obtenido en el último período de tiempo trace una distinción entre lo que era su vida antes de iniciar el tratamiento y lo que es en la actualidad, destacando que en la última parte de la misma ha concretado satisfacciones que antes del tratamiento no lograba. Esto sería un indicador de cambio positivo ya que estaría reconociendo a la terapia grupal como un elemento terapéutico fundamental en su recuperación y los beneficios que le han significado realizar el tratamiento.

“me ayudó un montón, me ayudó en lo que es el alcohol y también me ayudó en lo que es la vida en sí, las relaciones con las personas, conmigo misma, me ayudó mucho, me tuvo que pasar esta desgracia como yo te decía pero siempre me ayudó”
(Vicky).

Alentar a proyectar a futuro

Una de las intervenciones utilizadas consiste en preguntarles a los pacientes sobre cómo se ven a futuro a sí mismos. Esto permite situarlos en un lugar en el que pueden ambicionar con concretar algunos objetivos personales importantes, pueden imaginar una situación

personal distinta de la que están atravesando en ese preciso momento. A través de esta intervención se logra motivar al usuario a intentar estrategias de cambio ya que visualiza las ventajas de hacer modificaciones en su vida y de resolver los problemas actuales.

“Vamos a hacer algo simple respecto de las pequeñas metas, vamos a hablar y que cada uno me diga qué objetivos tiene de aquí a seis meses. Walter, ¿qué te proponés de aquí a seis meses?” (Nicolás).

Llevar a la práctica lo trabajado en terapia

Es imprescindible que los episodios de cambio que se manifiestan en el espacio de las sesiones de psicoterapia no se limiten a ese tiempo y esas cuatro paredes, sino que en semanas siguientes puedan identificarse en sus dichos cambios que haya aplicado en su vida cotidiana en algunas de las esferas (personal, laboral, familiar). Ese es el dato que da la pauta que no ha sido solo una estrategia para conformar a los coordinadores sino que realmente busca una solución a una situación que considera un problema.

La palabra trae paz

Una de las características salientes de los usuarios del servicio que se ha podido observar es que tienen dificultades en poner en palabras sus emociones y utilizar este recurso para solucionar conflictos. A partir de sus relatos se puede deducir que no han crecido en un contexto en hayan sido educados en este sentido ni tampoco se encuentran actualmente inmersos en un entorno que favorezca ese aspecto. Cuando se les sugiere que hablen para resolver los conflictos que exponen durante las sesiones grupales se justifica esta recomendación por el hecho que la palabra trae paz, reduce los niveles de ansiedad, alivia. La consigna es no enfocarse en el otro, no hacerse cargo de cómo podría tomar la otra parte

lo que se diga sino en el beneficio que tendrá para su salud mental poner en palabras lo que siente.

No postergar las emociones

Importante es el principio de no postergar la expresión de las emociones, tratar de decir lo que se siente en el preciso momento en que se experimentan para evitar conflictos mayores a futuro o una reacción desmedida por acumulación de tensión que lleve a una explosión de ira. Este aprendizaje es fundamental en el proceso del tratamiento, la pérdida de habilidades sociales de resolución de conflictos y de autoconfianza por esta adicción lleva a que se adopte el mecanismo de la postergación de la reacción. Esto traerá consecuencias negativas a corto o largo plazo provocando situaciones de violencia, rupturas en los vínculos, angustia y deseos de beber provocando una recaída.

Evaluar la motivación al cambio

Cuando se ha logrado entre paciente y coordinadores identificar el problema se trabaja acerca de la disposición del mismo para generar un cambio, sobre qué está dispuesto a hacer para mejorar su situación. A partir de allí se evaluará la verdadera disposición a cambiar o no del sujeto y de ser baja esta motivación trabajar para aumentarla utilizando algunas de las intervenciones antes descriptas en este apartado.

CAPÍTULO VI. Discusión

En el siguiente capítulo tendrá lugar la discusión de los resultados de la investigación del proceso de cambio de los pacientes del GÍA Maciá realizando una articulación con el marco teórico y parte del estado actual del conocimiento que acompañó a este trabajo.

6.1 Articulaciones con la teoría

Con respecto a lo expuesto por Pellegrini (2011) se adhiere a la concepción del alcoholismo como una enfermedad compleja, multidimensional y por lo tanto son variadas las dimensiones que atraviesan al sujeto que se ven afectadas negativamente por esta adicción. Considerando el enfoque sistémico y concibiendo a la persona alcohólica como un subsistema dentro de un sistema mayor, sería inevitable que los demás subsistemas y por ende el sistema total se vea afectado a partir de la existencia del síntoma de la adicción.

Refiriéndose específicamente a los vínculos familiares cabe decir que el fenómeno del alcoholismo no solo afectará a la salud integral del sujeto que lo padece sino que repercutirá en los demás integrantes de la familia (subsistemas) modificando el sistema vincular familiar. La dependencia del alcohol sería entonces un trastorno familiar y no individual.

Se pudo identificar a través del análisis de la información obtenida por la grabación de las sesiones grupales que ha tenido lugar, como afirma Pellegrini, un “proceso de alcoholización” para los pacientes del GÍA Maciá, un largo proceso de deterioro en múltiples dimensiones. Más allá de eso no se acuerda con esta concepción en el sentido que no necesariamente la aparición del síntoma del consumo problemático de alcohol precederá a problemas a nivel vincular (familiar, interpersonal, etc) sino que puede ser el emergente justamente de todo un entramado de relaciones tóxicas, insalubres, que son fuentes de malestar y que al manifestarse la adicción se deterioran aún más.

A partir de esta investigación se ha podido observar que antes de que se instale el consumo problemático de la bebida el equilibrio del sujeto era ya muy precario, en gran parte debido a que su contexto relacional no representaba un ambiente saludable, lo que podría ser un factor de vulnerabilidad para desarrollar este trastorno.

La función que cumplirá el desarrollo de la conducta adictiva será la de perpetuar esas falencias a nivel relacional, emocional, comunicacional y no sería la causante de las

mismas. Aquí se está hablando de que hay ciertas condiciones que estarían dadas para que sea posible que el alcohol comience a ser un problema, un obstáculo a partir de la vulnerabilidad que el sujeto experimenta al no contar con un ambiente que lo contenga.

Tal como plantean González, Álvarez Acosta & Oramas Hernández (2008) en la reconstrucción personal de la historia de la mayoría de los usuarios del GÍA se repite en lo que tiene que ver con las características de su entorno una naturalización del consumo abusivo de alcohol. El convivir durante un importante período de tiempo de su vida con esta conducta nociva colaboraría con que no se le pueda atribuir un significado negativo sino que sería una situación que tiene que ver con la cotidianidad de su ambiente.

Este fenómeno explicaría la razón por la cual en algunos testimonios se ve que el consumo está tan enquistado y desde hace tanto tiempo, hay una fuerte identificación con pautas de conducta familiar que el paciente no siempre estará dispuesto a poner en cuestionamiento durante el proceso del tratamiento.

Si bien los antecedentes familiares serían un elemento que predispone a las personas a padecer la misma enfermedad tanto por los factores genéticos como ambientales que se ponen en juego no se podría afirmar que necesariamente alguien que crece en un ambiente en que sus familiares son alcohólicos también lo será, o que alguien que no tiene familiares con esta problemática está exento. Puede observarse en el caso de Walter que no identifica familiares con problemas de adicción alguna y sin embargo su salud se vio comprometida como consecuencia de su adicción etílica.

Con respecto a la noción de desajuste bio-psico-social como característica de los pacientes alcohólicos tras un tiempo sostenido de este consumo abusivo se acuerda parcialmente. Se vuelve a lo planteado anteriormente de que no se puede determinar con certeza si el consumo precede al desajuste de sus distintas dimensiones o este desajuste o desequilibrio es la base que predispone a la pérdida del control sobre la bebida.

La experiencia de “tocar fondo” descrita por Henao Escobar y Segura Restrepo (2013) sería un punto de inflexión en el proceso de recuperación de la salud de los usuarios del servicio del GÍA. Describe con precisión el sentimiento que expresan los sujetos cuándo relatan qué fue lo que los llevó a tomar conciencia de que estaban padeciendo una enfermedad y necesitaban ejecutar un cambio.

Se acuerda con este concepto y aunque no es un estado personal al que una persona aspire acceder se podría decir que a nivel terapéutico tiene sus ventajas. Hasta ese momento el paciente no tenía registro alguno de que está padeciendo un problema que es grave para su salud, transita la adicción con una dificultad enorme para dimensionar el daño que se está autoinfligiendo.

Llega un punto en el que una vivencia le genera un choque con la sensación de muerte, pero no hablando de una muerte física, sino de aquella muerte que la precede y que tiene que ver con la percepción de un deterioro tal vez irreversible en todos los niveles (personal, familiar, laboral, etc.) que desborda su capacidad de tolerancia y lo lleva a concebir como insostenible a la situación actual.

La noción de “ruina personal” que se experimenta sobre todo en lo referido a los vínculos con sus figuras de afecto lo sumerge en un estado de profunda soledad, incomprensión, insatisfacción, dolor personal y desesperación. Es tanto el dolor que vivencia que se le hace imposible continuar en este camino y allí es donde surge el deseo real de cambiar, de romper con la relación con la bebida y este deseo paulatinamente se acompañará de acciones.

6.2 La educación emocional familiar

Es importante focalizar sobre el proceso histórico/familiar/vincular que llevó a que los constructos negativos acerca de algunas situaciones o emociones lo conviertan en un problema, en un obstáculo para la vida del sujeto.

La importancia radica en que ni siquiera ellos saben cómo llegaron a esas concepciones pero sin embargo están tan arraigadas y son tan fuertes que lograr una reestructuración cognitiva es un trabajo que se torna difícil.

Con respecto a lo expuesto por Healy (Citado en Galvez & Molina, 2006) en referencia a las cogniciones como un factor determinante en el inicio de las patologías, se adhiere a esta noción dado que es un emergente que surge de los dichos de los pacientes alcohólicos usuarios del GÍA, quienes sostienen verdades inamovibles a priori sobre sus conflictos basados en creencias erróneas.

A la hora de explorar acerca de su historia familiar se ha descubierto que muchos de los conflictos que hoy en día son un obstáculo para dichos sujetos han sido una pauta que se ha

repetido en su familia de origen y que se ha mantenido sin poder llegar a ser resueltos hasta repetirse en su vida actual. Con esto se hace referencia no solo a antecedentes de consumo de alcohol sino también violencia de pareja, con hijos, falta de diálogo, falta de educación escolar, soledad, intolerancia, dependencia de los padres o de la pareja, escaso control de impulsos, etc.

En general describen un clima familiar/vincular en el que no se brindaba ese espacio y posibilidad para expresar lo que ellos sentían, para compartirlo y encontrar comprensión y validación de estas emociones. Algunos de ellos fueron censurados directamente mediante una acción de los padres de silenciarlos y descalificarlos con comentarios o golpes y en otros casos mediante la indiferencia y el silencio, acción que conlleva una crueldad que se puede igualar a la de la intervención física.

Sea cual fuere la modalidad mediante la cual fueron censurados en torno a la expresión emocional este tipo de interacciones generó la configuración de cogniciones acerca de que hablar sobre lo que sienten o hacerlo visible es algo que no se les está permitido, que va a acarrear consecuencias negativas, por lo que debe ser evitado a toda costa.

Así como en sus años de crianza no pudo gozar de un ambiente en el cual se sienta validado para exponer sus estados de ánimo ni pedir ayuda para resolver alguna situación conflictiva personal tampoco esto tendría lugar en la familia actual que ha construido, por lo cual muchas veces refieren no sentirse contenidos o comprendidos por sus parejas e hijos, dando lugar a una situación personal de mucha soledad e incompreensión.

Aquellos sujetos que no hayan aprendido mediante los vínculos con sus progenitores estrategias de resolución de conflictos interpersonales carecerán de recursos para enfrentar por sí solos situaciones desfavorables en los momentos en que se necesite cierto nivel de autonomía e independencia.

En cuanto a la evitación emocional como una de las estrategias que pueden considerarse problemáticas pueden verse algunas actitudes que se podrían calificar de defensivas en el grupo institucional de alcoholismo relacionadas con este mecanismo como son las ausencias a las sesiones grupales en las instancias del tratamiento en que perciben que mediante el relato de sus eventos vitales personales se está acercando demasiado al núcleo de su conflicto, o a un conjunto de vivencias que provocan niveles elevados de angustia.

Otra acción de evitación emocional que suele repetirse es la del bloqueo verbal, es decir, situaciones en las que prefieren el silencio y dejar de hacer referencia a alguna cuestión en particular o respondiendo con un número escaso de palabras.

Mediante la expresión de las emociones el sujeto podría lograr una descarga motora muy saludable y ampliar el entendimiento de estos sentimientos a los que en muchas ocasiones se les tiene un temor desmedido por el hecho de querer evitarlos a cualquier precio.

También favorecería el auto-entendimiento, se podría a partir de esto conocer con mayor claridad recursos propios para afrontar situaciones conflictivas que al no haber sido nunca puestas a prueba se desconocen por completo.

Por el contrario, de mantenerse estos esquemas emocionales negativos pueden generar que se impida el cambio, cuestión que puede notarse en aquellos usuarios que abandonan el tratamiento para evitar sentir dolor al hacer referencia a algunos aspectos que consideran conflictivos de su vida personal, fenómeno que generalmente tiene lugar durante el período inicial del tratamiento cuando la relación terapéutica aún no se ha consolidado en algunos casos.

Esta evitación de la emoción atenta directamente contra el logro de cambios en la situación vital del paciente y genera que el problema se prolongue por tiempo indeterminado.

Siguiendo con esta línea, se podría decir que el consumo de sustancias (el alcohol en este caso) es una maniobra de evitación que desemboca en el mantenimiento de estilos problemáticos de afrontamiento. Esta maniobra de evitación a la que se hace referencia tiene su explicación en los antecedentes familiares en los que en casi la totalidad de los casos de los pacientes que asisten al GÍA Maciá tienen o han tenido uno o más familiares con padecimiento de dependencia del alcohol.

La creencia de que tomar alcohol y emborracharse es un escape a los problemas o es una compañía pone al desnudo algunas estrategias insalubres utilizadas por seres queridos que han sido figuras de identificación de estos usuarios para hacerle frente a las situaciones adversas de la vida.

Claramente pueden ser entendidas como evitaciones emocionales que a corto o a largo plazo se edifican como un obstáculo en la vida cotidiana de estas personas generando una dependencia a la bebida alcohólica, pagando un costo muy elevado para no experimentar angustia, ansiedad, soledad, etc.

6.3 Rol de los GÍA en salud pública argentina

Se retoma el debate que plantea Módena (2009) acerca de la brecha que existe entre la complejidad de la situación del alcoholismo y la atención real que se le está brindando a esta adicción en los servicios de salud pública considerando todos los aspectos que esta problemática implica.

Es una desventaja en el tratamiento del alcoholismo el hecho de que se encuentre dentro del grupo de drogas legales, lo cual avala su uso y genera mayores condiciones tanto para el abuso como para el desarrollo de la dependencia a esta bebida. Tal es así que incluso dentro de los servicios efectores de salud hay indicios de que no está aceptada aún como una verdadera adicción más allá de la legalidad de su uso.

Sobre la falencia que marca acerca de que la intervención en general apunta a trabajar sobre las consecuencias del alcoholismo, las lesiones que la dependencia a la bebida provoca, se podría decir que el GÍA contiene otros objetivos que van más allá de atender los daños de la enfermedad. Así es que se trabaja en que el usuario comience a conectarse con aquellos aspectos de su vida que le hacían bien y que su adicción provocó que se aleje (actividades, vínculos, proyectos personales, etc.).

A su vez, en cada sesión se indican técnicas para lograr la abstinencia y prevenir recaídas, con la particularidad que se da cierta libertad para que los pacientes vayan construyendo su propio método de prevención para concretar esos objetivos. Es decir que se trabaja en la prevención y en la promoción de hábitos sanos, alejados de cualquier adicción tomando como un elemento central el rol del usuario dentro del tratamiento. Lograr que perciba que su iniciativa, su participación es fundamental y así de esta forma generar que se sienta validado.

En el caso de los tres pacientes a los que se ha evaluado su proceso de cambio (Marcelino, Silvina y Walter) han logrado concretar objetivos del tratamiento que van mucho más allá de dejar de ingerir alcohol. Tal es así, que en la dimensión vincular se vieron claros indicios de reconstrucción de aquellas relaciones con personas significativas de su entorno, relaciones cuyo nivel de conflictividad era una fuente de malestar muy marcada.

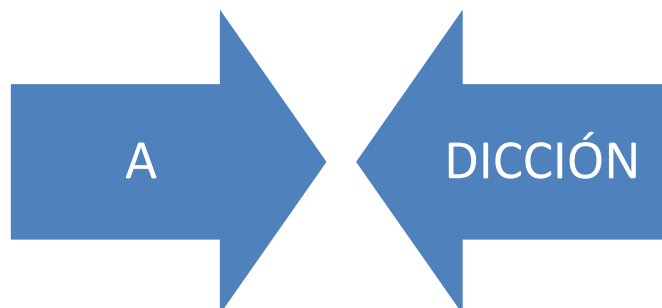
El hecho de estar en proceso de reconstruir los vínculos con otros no significa bajo ningún punto de vista que todas las falencias a nivel relacional estén resueltas, sin embargo percibir

que algunos aspectos de estas relaciones han dado un salto cualitativo es una motivación que colabora positivamente en el tratamiento.

Dentro de las falencias en los vínculos se pueden destacar la falta de límites claros, descalificaciones, escasa comunicación. Todo esto acompañado de escasez de recursos por parte del paciente identificado por poner en palabras sus emociones y de resolver mediante este recurso las situaciones que le generan malestar que están en relación directa a su vínculo con el otro.

Haciendo un juego de palabras se podría dividir el término adicción en dos sílabas generando un resultado muy interesante. Por un lado la letra “A” que siendo ubicada en primer lugar y separada puede ser entendida como ausencia; y por el otro lado “DICCIÓN”, haciendo referencia a pronunciación.

La adicción, en este caso al alcohol, tendría como uno de los aspectos salientes que hay un cúmulo de emociones que no se pueden poner en palabras, no se pueden pronunciar. Hay un pacto implícito de silencio, de no verbalizar aquello que genera malestar y del que el sujeto no es conciente, aunque sufre sus consecuencias. El alcoholismo es un síntoma que emerge de esta conflictividad.



La dinámica grupal rompe con estas modalidades comunicacionales y a partir de su participación sostenida dentro del mismo es que el usuario replicaría algunos aspectos de esta dinámica en su entorno familiar/interpersonal que va más allá de los límites físicos de las cuatro paredes donde se desarrollan las sesiones del grupo.

Los tres pacientes que han logrado el objetivo de abandonar el consumo de alcohol lo han podido sostener en la medida que fueron rompiendo con esta modalidad de comunicación. El logro en estos casos no se limita exclusivamente a mantenerse en abstinencia sino también a que se ha ido revirtiendo la creencia de que le es imposible poner en palabras sus

emociones y confrontar mediante esta herramienta comunicacional los conflictos de su vida interpersonal que son su principal fuente de sufrimiento o malestar.

En el caso particular de la recaída que sufrió en una instancia del tratamiento Silvina se pudo apreciar de acuerdo a lo que relató que no solo fue una recaída en cuanto a que se vio interrumpida su abstinencia incurriendo en la ingesta de una cerveza, sino que también sucedió en lo referente a las estrategias que venía implementando para enfrentar los conflictos de su vida cotidiana a nivel familiar.

El haber ido al kiosco y comprado una cerveza para tomarlo fue precedido por un conjunto de situaciones displacenteras con sus familiares que sobrepasaron su capacidad de tolerancia y en las que se sintió con esta imposibilidad de pronunciar palabras. Una vez que pudo trabajar esta vivencia en terapia, ponerla en palabras haciéndose cargo de la emoción que conlleva y retomar las modalidades vinculares que hasta ese momento había puesto en práctica ya no volvió a recaer.

Se puede entender a la recaída entonces no solo como una respuesta a una fuerte tentación proveniente de un estímulo ambiental (asistir al bar, se invitado a beber, etc.), sino como corolario o emergente de un retroceso temporal en la puesta en práctica de estrategias de interacción que favorecerían su bienestar y las relaciones sanas con las personas significativas de su entorno.

Tal como plantea Bajtín (2008) la identidad puede ser entendida como una construcción que se forja en base a la interacción con el otro. Es imposible aislar al sujeto del contexto que lo rodea, por eso sería terapéuticamente incorrecto no trabajar sobre los vínculos familiares de los usuarios del servicio GÍA.

La identidad sería un emergente de la interacción yo-ambiente, y lo que caracteriza a los pacientes que asisten al tratamiento por su adicción al alcohol es que se manifiesta un claro desdibujamiento de su identidad.

La falta de validación del otro, las falencias en la comunicación, descalificaciones, carencia de afecto, sensación de soledad han llevado a que la botella sea su refugio. Estos sujetos no se reconocen a sí mismos porque no han sido reconocidos en las relaciones con los integrantes de su entorno. Es por ello que una de las tareas del proceso consiste en que el paciente recupere su historia personal, se apropie. Se trabaja para reconstruir su identidad y su historia, comenzando con su nombre propio, dejando de ser “el borracho de la familia” o

“el borracho del pueblo” (rótulo del que se hace cargo) para volver a percibirse como una persona con nombre y apellido más allá de su enfermedad.

Se está hablando aquí de la identidad como una instancia del yo que se construye o se desdibuja siempre a partir del vínculo con el otro. En el caso particular de los participantes de esta investigación se podría decir que han padecido la negación de los otros, no han gozado de un ambiente enriquecedor en lo personal. Al no haberse podido reconocer en el vínculo con los demás no han desarrollado la capacidad de reconocerse a sí mismos.

También se acuerda con Bajtín (2008) en que el proceso por el cual se logra construir la identidad entendido como un diálogo permanente entre el sí mismo y el otro, no es solo exclusivo de la etapa de la niñez, sino que dura toda la vida. Así se ve evidenciado en el trabajo que emprenden los pacientes alcohólicos para llegar a conocerse a sí mismos más allá de la edad que tengan.

Es así que Marcelino teniendo setenta y cuatro años se va sorprendiendo gratamente con los aspectos de su personalidad que va descubriendo a partir de su interacción con el grupo como el hecho de tener una gran fuerza de voluntad, capacidad de enfrentar problemas, capacidad de hablar y ser entendido por los demás, ser alguien que a los demás les importa, etc.

6.4 Acerca del proceso de cambio en el GÍA

El proceso de cambio en el tratamiento de alcoholismo del GÍA no es un camino de rosas, libre de complicaciones, sino que por el contrario son variadas las modalidades de las resistencias que pueden observarse y que pueden obstaculizar la concreción de los objetivos más importantes como es el de la abstinencia alcohólica. Si bien el cambio en los seres humanos es permanente e inevitable no se puede garantizar que el cambio hacia un proyecto de vida alejado del alcohol sea algo seguro. Para esto se requiere que el paciente pueda verbalizar, poner en palabras el dolor proveniente de algunas experiencias de su vida personal e interpersonal que al ser muy movilizantes en lo emocional han optado por postergar, repitiendo en muchos casos mecanismos disfuncionales presentes en su contexto familiar. El alcoholismo es una de las formas de evitación emocional.

El apartado del capítulo de resultados “Historia de la adicción” adhiere a lo planteado por Krause (2005) acerca de la importancia terapéutica de conocer la existencia de un proceso histórico de la adicción.

El conocimiento del proceso que desembocó en la configuración de la dependencia a la bebida posibilitaría una resignificación, podría ser entendida como una herramienta terapéutica que se relaciona con una sensación de control sobre su propia vida, cuestión que antes le era imposible experimentar. El usuario generalmente se presenta en el tratamiento con la impresión de haber perdido por completo el timón de su vida.

Sin esta resignificación de sentir que ha podido obtener el control de sus actos y la noción de que el pronóstico de su vida dependerá en gran parte de lo que él esté dispuesto a hacer no se podría llegar a resignificar también el contexto en donde se bebe.

Hasta ese momento no le era posible elegir entre asistir a esos lugares o no por el hecho de que sentía la necesidad (síntoma característico del alcoholismo) de concurrir. A partir de lograr una resignificación es que puede cuestionarse hasta qué punto es beneficiosa su permanencia en esos lugares y concebir la posibilidad de que tiene los recursos necesarios como para poder elegir decir “no”, que no hay ninguna fuerza externa superior que lo está gobernando.

Con respecto a las dos modalidades que refiere Cyrulnik (2006) que utilizan algunos sujetos para defenderse del dolor de sus vivencias previas (traumáticas) se podría decir que pueden observarse como un fenómeno repetido durante las sesiones grupales del GÍA. Una de ellas es la denegación, el negar de alguna forma el dolor de una experiencia previa para no enfrentarse al contenido emocional de la misma. Esta conducta se presenta en ocasiones durante la terapia grupal cuando se le consulta a algún paciente sobre vivencias dolorosas del pasado y actúan negando la magnitud de lo acontecido, evitando continuar haciendo referencia a ella. Otra forma en que se presenta esta denegación es cuando asisten a la sesión tras haber vivido una semana muy difícil en lo personal habiendo tenido que atravesar situaciones desagradables y angustiantes pero al preguntarle cómo ha sido su semana en el comienzo de la sesión responden que fue buena sin referirse a nada de lo acontecido. No es sin antes indagar y repreguntar que luego de varios minutos que logran contar lo que los está afectando.

A veces esta denegación se expresa mediante la abstracción, actitud que se refleja en que el paciente relate sus acontecimientos vitales como si fuera un agente externo, como si estuviera hablando de otra persona que no fuera él, se abstrae emocionalmente de la situación para evitar hacerse cargo de cualquier tipo de emoción que le provoque.

La racionalización es la otra forma en que se evita ponerse en contacto con las emociones dolorosas y al igual que la denegación puede observarse como parte del repertorio de conductas defensivas de los pacientes del GÍA Maciá. Es un mecanismo que consiste en tratar de explicar los sentimientos llevando a racionalizarlos tanto que se logra percibir a través de los dichos del sujeto que es lo que piensa acerca de ese tema pero sin poder captar qué es lo que le genera a nivel emocional, qué es lo que siente realmente. Esto atenta directamente contra el proceso de cambio terapéutico debido a que es necesario ponerse en contacto con la emoción que genera esa experiencia vital para poder quitarle el rótulo de “problema sin solución” o de “problema que no debe ser hablado para no sentir dolor”.

Justamente el apartado “la palabra trae paz” de los resultados está en relación con este planteo. Un elemento de valor terapéutico para que el tratamiento comience a ser efectivo es que el usuario perciba que el contexto de la terapia es diferente a lo que está habituado a vivenciar en su entorno personal.

Sesión a sesión va experimentando la sensación de que es validado por los demás miembros del grupo, no se lo descalifica ni se lo juzga. Por el contrario, se encuentra con testimonios de vida en los que hay puntos en común con el suyo. Es un dolor que puede ser compartido con otros sin temor a la incompreensión, disminuyendo la sensación de soledad con la que inició el proceso.

El identificar estas formas patológicas de sobrellevar los conflictos personales brinda una primera aproximación al sistema de creencias del paciente, sobre todo en lo referido a la concepción de los problemas y de las estrategias de resolución que utilizan que tras lo descripto anteriormente generan un circuito que perpetúa la situación problemática.

Las dos premisas básicas con las que se guía una sesión de la terapia de grupo del GÍA Maciá son las de “escuchar y dejar fluir la palabra”, a partir de estas acciones simples en apariencia es que comienza el cambio para el paciente. La razón por la cual esto es considerado un cambio terapéutico es porque el proceso de alcoholización gradualmente va llevando al sujeto a un estado de aislamiento tal que la posibilidad de hablar sobre sus

propios sentimientos, ser escuchado, sentirse entendido y validado ya no es viable. El usuario llega generalmente con la creencia muy arraigada de que lo que él siente es una cuestión que seguramente carecerá de valor para el resto y que solo será una pérdida de tiempo para sus compañeros hacer referencia a ello.

Tampoco lo es el conectarse con otra persona a nivel emocional, de escucharlo y empatizar con él. El aislamiento emocional perturba la imagen del yo, no solo al nivel de que el autoconcepto se empobrece y el sujeto no concibe la idea de que ser escuchado o ayudado es posible porque en muchos casos no se siente digno de esto, sino que le cuesta también en consecuencia desarrollar la empatía, poder ubicarse en el lugar del otro. Una persona que tiene dificultades para reconocer sus propias emociones puede sufrir como consecuencia una marcada falencia para escuchar a otros sujetos, identificarse con sus necesidades en lo relativo a su vida afectiva y concebir que el otro también tenga sentimientos que son importantes.

En “alentar el apoyo entre compañeros” se rescata la importancia del vínculo con el otro. El proceso de la recuperación de la salud en el GÍA tiene como uno de sus pilares fundamentales el vínculo que se construya con los demás usuarios y coordinadores, a partir de los cuales se van cuestionando estos mecanismos para defenderse del dolor que planteaba Cyrulnik (2006).

Ante la pregunta planteada por Prochaska & Di Clemente (citados en Mussi, 2006) acerca de qué es lo que lleva a su sujeto a tener deseos de cambiar se podría decir que así como se ha definido al alcoholismo como una enfermedad multicausal, determinada por diversos factores, también son múltiples los elementos que intervienen en la decisión de querer abandonar la adicción.

No se le puede atribuir el éxito en la concreción de los objetivos del tratamiento a un solo factor como puede ser la voluntad del paciente de querer recuperarse, o la participación activa de los miembros de su familia, su fe en el tratamiento, temor a morir, temor a perder relaciones familiares o bienes materiales, eventos positivos en su vida personal extra terapéuticos, sentirse a gusto en el grupo, etc.

De acuerdo a los resultados obtenidos de los datos recolectados tras la grabación de las sesiones se evidencia que hay en el caso de los pacientes que han logrado cambios positivos en relación a su salud que hubo una confluencia de estos factores.

Ante una adicción tan compleja como es el alcoholismo difícilmente uno solo de estos elementos garantizará la adhesión del usuario al tratamiento y que se mantenga la motivación al cambio. Para que esto suceda sería necesario que se den una serie de condiciones como que además de poner un gran esfuerzo de voluntad por dejar de beber sus familiares lo contengan y hagan lo posible para que no haya alcohol en su casa; que el espacio de la terapia grupal sea un momento en la semana en que siente que realmente se lo está ayudando; que comience a evaluar las consecuencias reales de continuar con esta conducta en lo relativo a las pérdidas que le producirá.

Todos ellos se encontrarán en una relación circular en la que no es posible determinar cuál es el factor determinante para el éxito terapéutico sino que como se dijo antes lo será el emergente de la interacción de ese sistema de condicionantes para que el sujeto acceda al estadio de la contemplación, para que considere seriamente generar un cambio en pos de su salud.



En lo que respecta a las etapas del cambio se ha podido determinar que en el caso de Silvina más allá de que la recaída que sufrió fue una experiencia desagradable para ella la ayudó a reactivar algunos factores que eran favorables para el cambio (voluntad propia, temor a perder a sus hijos) y que en la etapa previa a la recaída se habían desdibujado temporalmente.

Además de entender a la recaída como un fenómeno esperable en este tipo de tratamientos también se puede agregar que siendo trabajada adecuadamente puede ser una experiencia enriquecedora en cuanto a que a partir de reflexionar sobre lo acontecido el paciente puede determinar qué situaciones lo llevaron a recaer, evitando repetirlas, y también identificar cuáles eran los factores que le habían permitido lograr la abstinencia hasta ese momento, tal como se plantea en el apartado “identificar situaciones de riesgo de recaídas”. Al reconocer sus fortalezas podrá sentirse con mayor motivación para seguir desarrollándolas y de esta manera continuar en el camino de su recuperación.

El rol del coordinador en el proceso de cambio es un factor que no puede quedar afuera de la discusión de la investigación ya que es una parte del sistema de la terapia grupal. A partir de su accionar y sus intervenciones puede propiciar la concreción de algunos objetivos importantes del tratamiento.

Es así que en los apartados “la palabra trae paz” y “no postergar las emociones” se expone el trabajo de la figura del coordinador para que el usuario comience a validar sus propias emociones. En el comienzo del tratamiento difícilmente el paciente se apropie de la palabra con facilidad, suele suceder que experimenta una breve etapa de adaptación al grupo en donde los niveles de resistencia y de inhibición son mayores por la ansiedad que genera la situación.

Es necesario que se le habilite la palabra y que cada vez que esto suceda el paciente perciba que no tiene ningún tipo de condicionamientos en cuanto a lo que debe expresar, que no será sancionado y que se está haciendo un esfuerzo por entenderlo.

A través de esta interacción, el usuario además de poder escuchar a sus compañeros percibe que es escuchado por los demás, aceptado por primera vez en mucho tiempo sin ser cuestionado o rotulado. Hay un sentimiento de pertenencia que va creciendo y que favorece su adherencia al grupo, el sujeto ha encontrado un ambiente en el que comparte con otros

emociones semejantes y que han tenido que enfrentarse a los mismos obstáculos que él se está enfrentando. Su opinión es requerida y tomada como una palabra autorizada, se puede sentir como un componente importante dentro de ese sistema, alguien respetado.

En este aspecto también se adhiere a lo postulado por Cyrulnik (2006) en cuanto a que el poner en palabras la experiencia de dolor que el paciente trae consigo sobre su espalda puede llevar a convertir la desgracia en relato, lo que posibilitará dar sentido al sufrimiento y el dolor.

De esta forma, el usuario puede resignificar su experiencia corriendo el foco de atención gradualmente de la situación desagradable o lo que esta le generó a poder reconocer que más allá de haber tenido una vivencia adversa supo seguir adelante y aún está en pie.

Transformar la emoción, teniendo en cuenta lo observado en el proceso del tratamiento del GÍA, no solo tendría el beneficio terapéutico de darle un sentido diferente a los acontecimientos vitales personales sino que también llevará a una resignificación del autoconcepto, el sujeto puede romper de esta manera con la creencia sobre sí mismo de ser alguien sin recursos ni posibilidades de resolver su problemática para verse de aquí en más como un ser humano dotado de capacidades suficientes como para hacerle frente a la adversidad.

Se han podido identificar dificultades de metamorfosear el dolor cuando este fue ocasionado por familiares. El nivel de dificultad que manifiestan los pacientes es notablemente mayor a la hora de confrontarse con un recuerdo doloroso en el que un miembro de su familia haya sido el responsable directo de la emoción que este le genera o de resolver un conflicto actual relacionado con una situación desagradable vinculada con un familiar.

Por una parte esto se da porque le cuesta a la persona concebir que la manera en que obró su ser querido le ha hecho daño, muchas veces está tan naturalizada la situación que poder darle el significado de algo que no estuvo bien o no fue correcto es tomado como una amenaza por el paciente que puede dar lugar al abandono del tratamiento, sobre todo si aún no está lo suficientemente consolidada la relación terapéutica.

Por otra parte aparece la resistencia al cambio, natural en todos los seres humanos y mucho más marcada en pacientes que padecen de adicciones. El metamorfosear el malestar que un familiar le está ocasionando en la actualidad implicaría tener que renunciar a ciertos puntos

de confort, ya que no solo conlleva enfrentar el dolor que esta situación le genera sino que también el tener que confrontar a este ser querido para que haya un cambio en el sistema vincular.

Se requiere que las intervenciones destinadas a que el paciente confronte una emoción muy dolorosa originada por un conflicto personal que lo ha marcado para romper con el circuito que mantiene el síntoma que estas no sean precoces. Los montos de resistencia de los pacientes alcohólicos como los de cualquier adicción son elevados y estas acciones no pueden ser ejecutadas en momentos en que la relación terapéutica no está del todo consolidada y no haya construido cierto sentido de pertenencia al grupo, porque de lo contrario esta resistencia puede acrecentarse al punto de generar el resentimiento del usuario del servicio GÍA seguido de un alejamiento del tratamiento.

Es una tarea de los coordinadores poder identificar el momento adecuado para poner en práctica las intervenciones destinadas a confrontar al paciente para que evalúe los costos y beneficios del cambio.

6.5 Terapia de grupo

La modalidad de terapia de grupo es una característica de los GÍA. El carácter complejo y multidimensional de las adicciones ha derivado en que se opte por la modalidad grupal dado que mediante la psicoterapia individual no sería posible abarcar toda su complejidad.

Desde lo vincular se podría decir que más allá de que los coordinadores puedan demostrar su idoneidad en el área de alcoholismo no siempre lograrán ser las figuras que le puedan transmitir credibilidad a los pacientes dado sus elevados niveles de resistencia.

El tratamiento les genera mayor confianza cuando además de escuchar las intervenciones de un coordinador puede escuchar a un compañero. Un par, que a diferencia de los coordinadores, ha vivido experiencias de naturaleza semejantes a las suyas y con el que se siente identificado. Este es un paso imprescindible para que el usuario comience a conectar con el grupo y con el tratamiento.

Con esto no se quiere decir que la terapia individual necesariamente fracasará pero el nivel de dificultad será mayor y las probabilidades de éxito terapéutico disminuirán notablemente.

De todas formas cabe aclarar que tampoco se consideraría una decisión terapéutica acertada llevar adelante un grupo en el que solo participen pacientes alcohólicos acompañados de otros que han logrado superar la adicción, se necesita del rol de un coordinador profesional para que pueda cumplir distintas tareas dentro del proceso como por ejemplo: evaluar el nivel de motivación al cambio de cada paciente, los factores que hacen que desee beber, favorecer la comunicación entre los miembros del grupo, transmitir empatía, determinar la dirección que debe seguir cada proceso de cambio de cada uno de los usuarios, propiciar la escucha atenta y que circule la palabra, enseñar a prevenir recaídas y promover que se pongan en práctica métodos para conseguir la abstinencia, etc.

Desde Villafañe (2009) acerca de la efectividad de la terapia grupal GÍA se considera que determinar con exactitud cuáles serán las probabilidades de éxito para el paciente no sería posible. Más allá de eso, se puede apreciar que esta modalidad abarca beneficios en múltiples dimensiones que componen la compleja problemática que el sujeto expresa. Se coincide con la autora en cuanto a que la dinámica grupal propicia la reconstrucción de su identidad, dejar de ser “el borracho” para volver a tener un nombre. Se percibe la aceptación por parte de los demás integrantes, su validación como ser humano más allá de un rótulo.

Hay una relación entre lo que se desarrolla en el apartado de los resultados “evitar el aislamiento del alcohólico” con la noción de dar un giro a los problemas. El aislamiento funciona como motor para continuar con la conducta adictiva, el sujeto se cierra a la posibilidad de vincularse y dejarse ayudar perpetuando de esta manera el circuito mantenedor del problema.

Es a partir de la construcción de un vínculo con el otro que se llega a ampliar la perspectiva sobre el problema y por sobre todo asumir que lo que está padeciendo es una adicción. Lentamente se va abandonando el sentimiento de omnipotencia que el alcohólico quiere transmitir en el comienzo del tratamiento pretendiendo convencer al resto que tiene absoluto control sobre la ingesta de la bebida y que puede abandonarla cuando desee. Escuchar las devoluciones del resto de los usuarios y coordinadores y los relatos de aquellos que están atravesando una situación semejante provoca una resignificación de su conducta como un verdadero problema que está fuera de su control, que verdaderamente hay una dependencia, que no es saludable y necesita dejarse ayudar.

Así como va descubriendo que no es un ser omnipotente y reconoce sus puntos débiles como cualquier otro ser humano también favorecería que descubra sus fortalezas y recursos para afrontar la adversidad. Se va configurando una visión más realista acerca de sí mismo. Es común la actitud dicotómica del paciente alcohólica en cuanto a autocalificarse sobredimensionando su capacidad para resolver sus conflictos o por el contrario como un sujeto que carece de todo tipo de recursos y capacidad personal, que no vale nada.

A partir de un mayor auto-conocimiento logras entender cuáles son realmente sus recursos y cuáles son sus vulnerabilidades, lo cual favorece el plantearse metas realistas sobre el tratamiento.

Sobre los beneficios del dispositivo grupal a la hora de reconstruir los vínculos familiares cabe destacar que a partir de que se le da un giro a la percepción de los problemas y se identifican falencias a nivel vincular es factible llegar a lograr ciertos ajustes.

Es notable en el caso de los tres pacientes que lograron generar un corte con el alcohol el hecho de que tomaron la determinación de marcar límites en algunos vínculos que eran fuente de malestar, evitando malos tratos y abusos de poder. De todas formas eso no significa que la conflictividad de estos vínculos quede totalmente erradicada, hay ciertos aspectos que se resuelven y que son sentidos como un cambio muy positivo para el paciente generando sensación de logro personal. Lamentablemente esto no implica que las relaciones dejen de ser complejas, por lo cual deben ser permanentemente evaluadas y re-trabajadas para evitar recaídas.

6.6 Importancia del Vínculo terapéutico

Es de vital importancia para concretar los objetivos del tratamiento de recuperación de la adicción al alcohol consolidar el vínculo terapéutico. Los niveles de resistencia al tratamiento en las adicciones son muy elevados y la probabilidad de abandono del mismo aumenta considerablemente si esta relación no se construye en una base sólida.

Para que esta consolidación se concrete el usuario del servicio logra tras su permanencia y participación en el grupo una modificación de pensamiento, esta se debe a que ingresa en el mismo con la creencia de que nadie desea escucharlo, o que nadie puede entenderlo y por esto será duramente juzgado si expone ciertos aspectos de su vida personal a los que se hacen referencia en las sesiones, pero a medida que estas transcurren sus pensamientos

pueden girar hasta concebir a ese espacio como un lugar donde es entendido y validado tanto por sus compañeros como por los coordinadores.

Solo de esta forma, a través de la interacción con los demás integrantes en una relación de empatía es posible que se genere esta reestructuración a nivel cognitivo. El clima vincular/afectivo que allí perciba configurará nuevas ideas acerca de las interacciones con los otros dando lugar a una experiencia emocional correctiva.

En su participación en el grupo concibe un tipo de vínculo al que no estaba acostumbrado modificando de esta forma sus creencias acerca de la importancia de la comunicación, de la expresión de las emociones, de poder darle a partir del intercambio con sus compañeros más de una interpretación a una situación problema que no deba ser necesariamente concebirla como un conflicto que obstaculice su vida, etc.

Con el madurar del proceso, el paciente va adquiriendo esta capacidad para metamorfosear en ciertas oportunidades el dolor como decía Cyrulnik (2006) y desdramatizar algunas situaciones de las que previamente temía hablar o incluso pensar, dando lugar a lapsos de disfrute y diversión de corto plazo. Esto podría ser entendido como un episodio o momento de cambio dentro del tratamiento contra el alcoholismo en el grupo GÍA Maciá.

6.6 Apego en la terapia del GÍA Maciá

Sobre la teoría del apego de Bowlby (citado en Garrido-Rojas, 2006) se establece una articulación con lo trabajado en las características contextuales que enmarcan el proceso de cambio, dentro de las cuales se describen características salientes de la relación terapéutica entre paciente-coordinador y de la relación paciente-paciente.

En primer lugar habría elementos para concebir que se ha construido una relación de apego por parte de los usuarios con los coordinadores. Este fenómeno tendría lugar porque los coordinadores inicialmente ocuparían el lugar de saber dentro del tratamiento. Además, son las figuras que a partir de la construcción y consolidación de la relación terapéutica transmiten una sensación de seguridad y protección.

En la dinámica de los vínculos con sus compañeros también se identifica una conducta de apego en el sentido que a medida que se van percibiendo por parte del otro acciones de preocupación, de empatía, confianza, interés genuino se van configurando relaciones en las cuales la sensación experimentada es de protección y de afecto.

Dentro de los principales beneficios de los vínculos de apego que construye con los demás protagonistas del proceso grupal con estas figuras que percibe como protectoras está la de percibir que por primera vez en mucho tiempo es habilitado por el otro para explorar el mundo, de igual modo que sostenía Bowlby (citado en Garrido-Rojas, 2006). Es un tipo de vínculo que promueve la autonomía del paciente, que constantemente lo está invitando a que confíe en sus propios recursos, que haga todo lo posible para ponerlos a disposición de sus necesidades actuales.

En referencia a los aportes de Santelices-álvarez et al. (2009) se acuerda con estos autores en que si bien los patrones de apego que se desarrollan en la niñez temprana podrán gozar de estabilidad eso no garantiza que eventos traumáticos futuros o cambios ambientales muy marcados no modifiquen esos patrones de apego, dando como resultado en el caso del alcoholismo en tipo de apego que se caracterizan por ser más inseguros.

Más allá de que arriben al tratamiento manifestando un estilo de apego inseguro ya sea porque fue una construcción que se dio en la etapa de la niñez o a causa de un evento estresante que lo modificó rotundamente, también se infiere que la participación activa y sostenida en la terapia de grupo puede generar el efecto de modificar en forma positiva su modalidad de apego.

El percibir a sus compañeros y coordinadores como una fuente de protección y bienestar puede dar lugar a un proceso de transformación que determinará que se configure un estilo de apego seguro.

Yendo a la clasificación que proponen estos autores se podría asociar de acuerdo a lo investigado que los pacientes del GÍA Maciá manifiestan un tipo de apego ansioso-ambivalente. Todo el tiempo está la ambivalencia presente en torno al conflicto que les genera por un lado su deseo de vincularse, de dejarse acompañar por los demás; y por el otro lado los elevados montos de ansiedad que esta idea les genera. Esta ansiedad se expresa a través de la desconfianza (sobre todo en las primeras sesiones) que puede ser emergente de un profundo temor a ser abandonados.

El temor al abandono por parte del otro es un obstáculo muy marcado a la hora de construir un vínculo. Es tal el dolor emocional que le genera la simple idea de concebir esa posibilidad de repetir la percepción de abandono que prefiere defenderse evitando cualquier tipo de oportunidad de que eso suceda.

A excepción de Walter, los demás pacientes crecieron en ambientes en los cuales había un historial marcado de consumo problemático sería un elemento que predispondría a que se configure un tipo de apego inseguro tal como expone Reyna (2012).

En el caso de Walter si bien no hubo referentes familiares con problemas de adicción al alcohol fue la sobreprotección de sus padres lo que hizo que configure un estilo de apego ansioso-ambivalente. Y en su etapa de despegue de ellos fue cuando la conducta de alcoholismo empezó a gestarse.

6.7 Rol de la terapia grupal en la construcción de la resiliencia

Desde los hallazgos de esta tesis se ha analizado cuáles serían las implicancias terapéuticas de la terapia grupal, la relación terapéutica y la modalidad de las intervenciones de los coordinadores durante el tratamiento.

Se considera que este tipo de terapia grupal del GÍA tienen una ventaja que no ha sido reconocida aún y es que a partir de la gama de estrategias e intervenciones que se ponen en práctica para recuperar la salud del paciente se está propiciando a su vez el desarrollo de la capacidad de resiliencia.

Así, promover el poner en palabras las emociones, ayudar a proyectar a futuro, invitar a intentar fuera de la sesión estrategias para lograr la abstinencia, enseñar a poner límites sanos en su vida, transmitir empatía, generar reestructuraciones cognitivas, usar el humor para desdramatizar serían elementos terapéuticos que promueven aspectos de la capacidad de resiliencia de los usuarios.

Se adhiere a lo que plantean Amar, Martínez González & Utria (2012) en cuanto a que existe la posibilidad real de promover la capacidad de resiliencia en el marco de un tratamiento. De todas formas cabe destacar que son los pacientes los que poseen los recursos necesarios, por lo tanto, a partir de su participación en el grupo emprenden el camino de descubrir sus propios recursos, ser concientes de los mismos.

Aquí es donde entraría en juego el rol del coordinador, como una figura que permanentemente debe estar promoviendo el descubrimiento personal del usuario y el desarrollo de sus fortalezas.

Para que se den las condiciones necesarias para que un sujeto que esté realizando el tratamiento contra su alcoholismo logre gozar de estos beneficios se debe consolidar como

se dio antes una sólida alianza terapéutica. La calidad de la relación paciente-coordinador sería un requisito indispensable para que este fenómeno de desarrollo de desarrollar la capacidad de resiliencia tenga lugar.

En referencia a estas figuras que colaboran con la promoción de cambios positivos y crecimiento personal no se puede dejar de lado a los compañeros de grupo. En su relación con ellos también experimenta una sensación de empatía, de pertenencia, aprende de ellos y les transmite sus vivencias generando reestructuraciones cognitivas, momentos en que se conectan a través del humor. Todos elementos que lo enriquecen y permiten un desarrollo de sus recursos de afrontamiento.

A partir de los resultados que arroja esta investigación se acuerda con los fundamentos de la segunda generación de investigadores de resiliencia, considerando que efectivamente se trata de una construcción que es resultado de un proceso en el que intervienen una multiplicidad de factores.

No se cuentan con elementos suficientes como para hacer una afirmación tan fuerte como sería que ningún ser humano posee desde el momento del nacimiento ciertos atributos que se podrían considerar resilientes, pero lo que sí se puede determinar teniendo en cuenta la experiencia terapéutica con el grupo institucional de alcoholismo de Maciá es que el psiquismo posee una flexibilidad tal que sujetos que no tengan desarrolladas esas capacidades puedan a partir de una participación en un contexto vincular favorable lograr aprenderlas.

Esta flexibilidad psíquica a la que se está haciendo referencia no sería patrimonio de una etapa determinada de la vida de las personas, sino que tendrían lugar durante todo lo largo del ciclo vital.

Lo que jugaría un rol importante en el hecho de que algunas personas manifiesten con mayor claridad esta flexibilidad que otros será el ambiente en que se encuentran inmersos, o el ambiente en el cual crecieron. No carecen de recursos para afrontar situaciones desfavorables o adversas, simplemente que el contexto vincular en el que conviven no favorece el descubrimiento y el desarrollo de estas fortalezas.

Aquí se pone el foco en la noción de que el desarrollo de la capacidad de resiliencia no es un proceso individual que pueda ser independiente del contexto vincular, sino que en

general es favorecido por la influencia directa de una relación con otro o un conjunto de relaciones que contribuyen a su autoconocimiento y un incremento en su autoestima.

En el caso de Marcelino se pudo observar que el síntoma del alcoholismo responde a una desconexión muy pronunciada con respecto a los miembros de su entorno familiar. Su situación de soledad, el no recibir una respuesta de los otros que afiance su sentimiento de pertenencia, lo ha colocado en una situación personal de desdibujamiento de su identidad. Llegó al tratamiento siendo una persona que no se conocía a sí misma, que le costaba llevar a cabo funciones simples al punto de tener serias dificultades para hablar y construir una oración.

Este paciente tal vez poseía algunos de los recursos necesarios para revertir su situación de adicción al alcohol y para resolver conflictos interpersonales de antaño ya que se pudo apreciar su capacidad para aprender los métodos destinados a mantener la abstinencia que se enseñaban en las sesiones. También se aprecia que aquellas habilidades que no había tenido la posibilidad de desarrollar durante su vida tuvieron una evolución.

Lo que marca una diferencia aquí es que nunca antes se había podido vincular con un “otro” que lo reconozca, lo valide, como sí le sucedió en su participación en el tratamiento grupal del GÍA. Las condiciones del contexto claramente han favorecido los procesos a través de los cuales la capacidad de resiliencia expresan una evolución.

Los seres humanos son sistemas abiertos, por lo cual constantemente estarán recibiendo información del mundo exterior. Así, una de las propiedades salientes de estos sistemas abiertos será la de mantener un estado de constante cambio y transformación hasta el último de sus días.

Incluso en contextos desfavorables, estresantes, el ser humano se encuentra en proceso de continua transformación. De todas formas cabe aclarar que habrá contextos vinculares que favorecerán cambios positivos y otros en los que esta evolución no será posible. El espacio grupal del GÍA puede ser considerado un terreno fértil para el crecimiento y enriquecimiento personal.

En este sentido, se comparte lo expuesto por Rodríguez Piaggio (2009) en cuanto a no concebir a la resiliencia como una propiedad innata sino como un recurso, una propiedad que se puede construir y fortalecer.

De igual manera se acuerda con este autor en cuanto a su planteo de que lo que actúa como un factor favorable para el desarrollo de la capacidad de sobreponerse a situaciones adversas sería el proceso de adaptación positiva al medio.

De acuerdo a los testimonios de los pacientes con los que se trabajó en esta investigación se puede observar como característica que existiría cierto nivel de desajuste a su medio, las características del sistema vincular del que son parte han generado que esta adaptación y acomodamiento se dificulten. Sería un tipo de entorno en el que constantemente hay desajustes y condiciones desfavorables para acomodarse a los mismos.

Walter es un claro ejemplo de esta cuestión de dificultades para adaptarse a los cambios de ambiente. Su adicción al alcohol comenzó a manifestarse cuando sintió el desapego de sus padres ya que las circunstancias de la vida lo llevaron a vivir a BS AS por cuestiones laborales. Este cambio de ambiente y de estilo de vida le generó un desajuste tal que manifestó todo el malestar que estaba experimentando a través del síntoma del consumo problemático de alcohol como un intento fallido en su búsqueda para concretar el equilibrio.

Es por ello que la tarea de los coordinadores será intervenir en el medio en el que el sujeto está inmerso (en este caso la terapia grupal) para favorecer su adaptación y de esta manera trabajar para promover su capacidad de resiliencia.

Aquí se destaca la participación del observador como una parte integral del sistema, carente de objetividad y no como un observador externo. Es en esta relación entre el observador y los sistemas observados en donde se genera el principal conocimiento, acordando con los fundamentos de la cibernética de segundo orden.

6.8 Hacia una resiliencia colectiva

Al adherir a la noción de que es posible promover la capacidad de resiliencia a partir de un proceso en el que participan personas significativas, participan otros, es un proceso vincular y no individual, se estaría acordando con los aportes de la escuela latinoamericana representada por Ospina Muñoz, Jaramillo Vélez y Uribe Vélez (2005), en cuanto a concebir una “resiliencia colectiva o comunitaria”.

Fenómenos que son característicos de la terapia de grupo del GÍA como la empatía, la solidaridad, el reconocimiento de logros, las intervenciones que apuntan a las

reestructuraciones cognitivas, el apoyo entre compañeros, etc. Serían factores que promueven el desarrollo de los aspectos resilientes de los sujetos que participan como pacientes en el tratamiento.

También se acuerda con lo teorizado desde esta línea de pensamiento en cuanto a que la resiliencia individual y la colectiva no serían fenómenos aislados que transitan caminos paralelos sino que se interconectan en una relación dinámica permanente. De esta manera, una situación vital adversa como es la de padecer alcoholismo requerirá para ser revertida una confluencia de factores tanto individuales como colectivos y de esta manera generar respuestas adaptativas acordes con la situación que está atravesando.

Los miembros del GÍA Maciá que han logrado concretar exitosamente los objetivos del tratamiento además de generar respuestas adaptativas individuales positivas requirieron de un conjunto de interacciones con el grupo que potenciaron esas respuestas de tipo individuales.

Por lo tanto construir resiliencia sería posible en el tratamiento grupal de alcoholismo y es el emergente del feedback que se genera tanto entre coordinadores y pacientes como a su vez entre los pacientes entre sí. Se puede agregar que no solo se genera en esta interacción un cambio en el autoconcepto del usuario a partir del cual comienza a ser plenamente conciente de sus propios recursos, que son importantes para afrontar las situaciones adversas o estresantes de la vida sino que también se modifica su visión de las relaciones humanas y del mundo.

El recurso de la palabra se encontraba desestimado, las relaciones transcurrían con un cúmulo de emociones que se postergaban y nunca se ponían en palabras. El grupo genera una modificación en este sentido debido a que se trabaja para optimizar el recurso verbal y utilizar como principal herramienta a la palabra para comunicarse con el otro, resolver diferencias y expresar lo que se siente.

Más allá de la posibilidad de la existencia de factores genéticos, hereditarios (biológicos) y de recursos personales, la terapia grupal aporta el factor ambiental que al interactuar con los demás componentes generan que sea un contexto que brinda condiciones óptimas para desarrollar la capacidad de resiliencia de los pacientes alcohólicos.

Más allá que se había considerado que en los casos en que un sujeto logra desarrollar esta fortaleza en general interactúa con una figura significativa que lo enriquece y lo valida el hecho de pertenecer a un grupo humano también puede ser una experiencia transformadora. Ser consciente de que semanalmente tiene un lugar al cual concurrir en donde asisten otras personas que han vivenciado experiencias semejantes a las suyas, que no lo juzgan y que rescatan varias de sus cualidades cuando utiliza la palabra hacen posible que la resiliencia sea un fenómeno grupal.



6.9 Los tutores de resiliencia en el GÍA

Tal como plantea Cyrulnik (2014) se puede destacar que en el tratamiento desarrollado por el GÍA para recuperar a pacientes alcohólicos, alguno o algunos de los miembros lleva a cabo el rol de lo que en un primer momento denominó “iniciador” y que luego llamó “tutor de resiliencia”.

No solo desde el lugar de los coordinadores se interviene con una palabra o un gesto de afecto que contribuya a transformar el sentido del dolor del sujeto, sino que también recibe este tipo de interacciones por parte de los demás usuarios del servicio, por lo que tanto los profesionales que coordinan el grupo como los pacientes son tutores de resiliencia en un proceso de resiliencia grupal.

Se podría identificar este concepto con el rol de los compañeros de grupo de los usuarios del GÍA y los coordinadores, cualquiera de ellos puede hacer las veces de iniciador en cuanto a que colaboran a través de la empatía, la escucha atenta y el intercambio verbal a que esa emoción desagradable sufra una transformación.

Uno de los fenómenos que posibilitaría esta resignificación del dolor será el experimentar la sensación de ser validados para compartir grupalmente una serie de experiencias, recuerdos y emociones. Al recibir una respuesta de empatía por parte de los demás miembros las emociones efectivamente se van regulando tal como sostenía Cyrulnik (2006) a partir del cual además de aprender a aceptarse a sí mismo comienza a aceptar a las otras personas que lo acompañan en este proceso tomándolos como figuras de identificación positivas.

Se produce una resignificación con respecto a la posibilidad de poner en palabras sus emociones al interactuar con estos tutores de resiliencia que con ciertos gestos, miradas o palabras expresan su interés por conocer de su vida e incluso por poder aportar un granito de arena desde su lugar.

Esta regulación emocional es posibilitada en el tratamiento del alcoholismo por el sentirse un miembro importante del grupo, el ser validado en sus opiniones sin que se emita sobre ellas ningún tipo de juicio de valores. Esta percepción puede ser alimentada con algunas acciones de parte de los coordinadores como el consultarle su opinión sobre tópicos determinados tomándolo como palabra autorizada y el reconocimiento delante del grupo de los aportes que este paciente ha realizado a partir de sus dichos.

En referencia a lo expuesto por Cyrulnik (2014) acerca de la capacidad del sujeto de lograr una inflexión se podría decir en adherencia a esta noción que la flexibilidad cognitiva de los pacientes del GÍA va evidenciando un crecimiento en la medida en que pueden sostener la continuidad del tratamiento. Esta evolución en la flexibilidad cognitiva es el emergente de las interacciones que tienen lugar en el contexto terapéutico de la instancia grupal a la que se ha hecho referencia, percibido como un ambiente enriquecedor en lo personal debido a la calidad de los vínculos.

Si bien este autor plantea que el compartir creencias con sus tutores de resiliencia es lo que posibilita que establezca un vínculo de confianza, lo que se puede apreciar en la experiencia

con el GÍA Maciá es que los pacientes sienten una identificación muy fuerte con su compañero con respecto a las experiencias de vida.

El tutor de resiliencia en este caso es una persona que puede interpretar con una asombrosa precisión qué es lo que está sintiendo respecto a lo que relata en la terapia basado en su propia experiencia de vida. El clima afectivo que se va creando a partir del feedback con los tutores dentro de la dinámica de grupo rompe con los sentimientos de soledad, aislamiento, inadecuación, ansiedad.

Al haber un feedback permanente entre los compañeros, se podría decir que cada uno de los usuarios además de percibir a otro usuario como tutor de resiliencia puede a su vez cumplir también la función de tutor de resiliencia de esa misma persona o de otro compañero.

Aquí se está haciendo referencia a que se trata de un proceso circular en el que están dadas las condiciones para que cada uno de los sujetos implicados en el sistema se enriquece a partir de las intervenciones de los otros y a su vez con su participación logra cambios positivos en la vida de otro de los miembros.

Es característico de los testimonios de los pacientes que padecen adicción al alcohol del GÍA describir una sensación de desprotección. Esta emoción en ocasiones se debe a la situación vital actual que estarían atravesando pero también puede tener su explicación en la huella que le ha quedado marcada por experiencias pasadas en las cuales sintió algún tipo de desapego con figuras de afecto.

El sentirse vulnerables, desprotegidos, abandonados y con escasos recursos de resolución de conflictos interpersonales han llevado a que busque otras modalidades de apego como pueden ser el apego a la botella.

La angustia experimentada por la vivencia de desapego que fue concebida como precoz llevaría a experimentar una necesidad de cercanía a otro. Y cuando alguien se relaciona con alguien o con algo desde el lugar de la necesidad, de la dependencia se está creando el escenario propicio para desarrollar una adicción.

El vínculo que se construye con el tutor de resiliencia, por el contrario, no es un vínculo de necesidad o de dependencia. Es una figura que a través de ciertas acciones promueve el autoconocimiento, la autonomía, la aceptación personal. No es una figura a la cual necesite para vivir pero sí desea estar en contacto con ella porque siente que en lo personal lo favorece, le genera una sensación de bienestar.

Se percibe que cada paciente que logara avances en el tratamiento (abstinencia, mantenerse sobrio durante un período prolongado de tiempo) muestran un serio interés en que los demás compañeros también logren iguales resultados positivos. Este es uno de los indicadores por los cuales se puede apreciar que cada uno de estos usuarios que han concretado los objetivos y que tuvieron tutores de resiliencia (coordinadores, compañeros) son a su vez tutores de resiliencia de otros.

Se lo ve manifestado en cada palabra de aliento que se le brinda a otro participante, cada propuesta para que resuelva algún conflicto que relata durante la terapia, las confrontaciones para que tome conciencia de su problema, la preocupación en las oportunidades en que alguien se ausenta sin aviso, las miradas, los silencios respetuosos para otorgarles el tiempo necesario, etc.

Otra de las características salientes que se han podido observar es que provienen de sistemas familiares, los cuales se caracterizan por poseer reglas rígidas, lo que posibilita que se configure un sistema cerrado creando a su vez las condiciones favorables para que los problemas que surjan sean difíciles de resolver.

Los conflictos familiares que describían estaban instalados dese hace un tiempo considerable, se habían enquistado y tendían a perpetuarse.

No es hasta que no construye relaciones de características diferentes a las que estaba habituado que el tratamiento no comienza a dar sus frutos. La interacción con estos tutores de resiliencia generan que el sujeto amplíe su perspectiva sobre los conflictos que trae sobre su espalda, el grupo terapéutico es un grupo abierto que continuamente se va transformando de acuerdo a las necesidades que van surgiendo.

Al cambiar esta persona y teniendo en cuenta que es un subsistema dentro de su sistema familiar inevitablemente generará que el sistema familiar total cambie, generando la posibilidad de que ya no sea un sistema tan cerrado y que se creen nuevas posibilidades de resolver su conflictividad.

CAPÍTULO VII. Conclusiones

Se inició esta investigación a partir de una serie de interrogantes que estaban en relación a un grupo de diez pacientes del grupo institucional de alcoholismo del hospital Falucho de Maciá (Entre Ríos). El objetivo inicial de estos usuarios del servicio es abandonar el consumo de alcohol, aunque para lograr sostener estos resultados es necesario resolver una serie de conflictos de su vida personal de larga data iniciando un proceso que no en todos los casos están dispuestos a transitar.

A partir de la recolección de datos que consistió en la grabación de las sesiones grupales y entrevistas individuales se logró reconstruir el proceso de cambio de aquellos pacientes que habían logrado los objetivos del tratamiento en cuanto a darle un corte al consumo de alcohol (abstinencia) y recuperar su salud.

En el apartado “episodios de cambio” se describen en detalle los cambios sesión a sesión que denotan una evolución en la búsqueda de superar su adicción al alcohol. Para ilustrar estos cambios se citan frases textuales de los pacientes que estarían en relación a su descripción y visión personal de estos logros.

Más allá de que se describió detalladamente el proceso de cambio de aquellos sujetos que además de conseguir los objetivos pudieron sostenerlos evitando caer nuevamente en la conducta adictiva, también se ha hecho referencia en esta tesis a los tipos de cambio que se observaron en todos los pacientes durante el transcurso de las sesiones de terapia grupal.

Para ello se destinó el capítulo de los “tipos de cambio”, ya que si bien el resto de los compañeros del grupo terapéutico no lograron la abstinencia definitiva no excluye que durante el período de tiempo que duró la investigación no hayan podido concretar ningún objetivo.

Se halló a partir de los dichos de los usuarios que la conducta adictiva con respecto al consumo de alcohol tiene una historia y se logró que cada uno de los sujetos pueda reconstruirla. De esta manera los pacientes que participaron del tratamiento comprendieron la multiplicidad de factores que se ponen en juego en esta problemática para hacerla posible, por lo que el encarar solos esta enfermedad sería un lucha desigual en la que tendrán pocas chances de salir airoso.

Una de las principales razones por las cuales se han resistido al cambio hasta ese momento y por la cual algunos sujetos lo siguen haciendo es por el precio que se debe pagar si se

acepta cortar con el consumo de la bebida. Aquí no se habla de un costo económico precisamente, sino que al considerar que el alcoholismo es un síntoma que emerge de una problemática que está enquistada en un contexto vincular particular el precio que se pagará será que el sujeto deberá a partir de su sobriedad lidiar con esta problemática que se ha ido postergando, cuestión para la cual no siempre se está dispuesto.

Un factor que actúa a favor de la toma de conciencia del problema y de la aparición del deseo de cambiar es la vivencia de una situación de quiebre, haciendo referencia a un tipo de experiencia que genera la sensación subjetiva de que se ha tocado fondo. Previo a esta situación la ambivalencia entre dejarse ayudar o no dejarse era muy fuerte hasta el punto de que la balanza se inclina hacia el lado de no dejarse asistir por nadie, pero a partir de lo acontecido por primera vez se ve en riesgo de pérdida algo tan anhelado por el sujeto que siente que debe hacer algo para preservarlo.

De acuerdo a los resultados así como el alcoholismo es una enfermedad que se origina por influencia de múltiples factores la motivación al cambio no se sostendrá solo porque una vivencia le genere la sensación de haber tocado fondo, sino que deberá ser acompañada de la asistencia profesional adecuada para trabajar esta predisposición a salir adelante. En algunos casos el trabajo en terapia posibilita que el paciente experimente la sensación de haber tocado fondo por acción de la reestructuración cognitiva.

Se considera que uno de los principales cambios que el usuario del GÍA manifiesta desde el comienzo del tratamiento es el de abandonar el aislamiento. Hasta antes de concurrir en busca de ayuda se encontraba en una situación de vulnerabilidad muy marcada debido a que se había cerrado a recibir cualquier tipo de asistencia, lo cual disminuye notablemente las chances de poder abandonar esta adicción.

Participando del GÍA que tiene la característica de ser un sistema abierto genera una inevitable transformación del sujeto, considerado como un subsistema dentro de este sistema. Comienza a haber un feedback permanente con los demás miembros del tratamiento que lo alejan del aislamiento, disminuyendo a su vez los sentimientos de inadecuación y soledad.

Se considera relevante la voluntad de la persona para dejarse ayudar y sostener el tratamiento más allá de las características del mismo o de la orientación de los coordinadores profesionales. Pasar del “tengo que” al “quiero” es un avance que muestra

como el usuario ha modificado su posición dentro del tratamiento, ya no está allí en contra de su voluntad o porque algún familiar le insistió para que comience sino que se sostiene por voluntad propia, porque quiere recuperar su salud.

A su vez, se puede ver que el poner en palabras sus emociones y compartir sus experiencias con el grupo permite que el problema que expone sea evaluado desde varias miradas y perspectivas ya que se suman las de los coordinadores y demás compañeros. Las creencias erróneas que el sujeto arrastraba hasta el momento de inicio del tratamiento comienzan a ponerse en cuestionamiento, lo cual generaría una reestructuración cognitiva importante en relación a las posibilidades de poder abandonar el consumo problemático, cuestión que hasta ese momento no era concebida como posible.

Teniendo en cuenta lo ya expuesto acerca de que el alcoholismo es un emergente de un contexto interactivo particular, se considera que el contexto vincular del GÍA propicia el aprendizaje de aquellos recursos de resolución de conflictos que no estaban siendo explotados por la persona. De esta manera, se comienza a poner el foco en darle una solución a todas aquellas cuestiones personales e interpersonales que están detrás del consumo problemático de alcohol y que generarían las condiciones necesarias para que esta adicción sea posible.

No será hasta que estos conflictos que acompañan al sujeto desde tiempo indeterminado se vean en proceso de resolución que el usuario pueda identificar algunos beneficios del cambio. Hasta ese momento cortar con el consumo implicaba enfrentarse a la realidad de los problemas que le acarreaban malestar y que creía que eran crónicos, ahora puede concebir la idea de que abandonar la bebida puede derivar en un estilo de vida con muchos más beneficios que consecuencias negativas.

El paso de una posición pasiva en el tratamiento a una posición activa en la que se va aprendiendo a decir “no” solo puede conseguirse a partir de considerar que dejar de beber realmente es un beneficio. Se ha observado que el fenómeno de los pacientes que no pudieron sostener su decisión estuvo en relación con que nunca llegaron a interpretar al alcoholismo como un verdadero problema en sus vidas, no han podido resolver la ambivalencia planteada entre cortar o no cortar con ese estilo de vida.

Además, a partir de la construcción del vínculo con los demás participantes de la terapia grupal se favorece el autoconocimiento y crecimiento personal. Se descubren recursos

personales y las personas que están bajo tratamiento en el GÍA comienzan a recuperar su identidad. Dejan de cargar con el pesado rótulo de ser “el enfermo” de la familia para volver a tener un nombre, apellido y ser el portador de una historia que le permite ubicarse en tiempo y lugar.

Otra de las resignificaciones que contribuyen a la reconstrucción de su identidad sería la de resignificar el contexto en donde consume alcohol, el punto de encuentro (el bar). Se abandona la falsa ilusión de que este lugar es un entorno de contención, de crear vínculos con otros a partir de lo experimentado en el clima afectivo creado en las sesiones de terapia grupal, en donde hay un verdadero vínculo humano que no gira alrededor del consumo de alcohol. Este es un ambiente en el que nunca olvida su nombre y los que lo rodean tienen también nombre y apellido.

Se ha hallado que el vínculo con sus compañeros del tratamiento es un recurso terapéutico determinante en el transcurso de la recuperación de su salud. Se generaría un cambio en cuanto a las creencias acerca de las relaciones con el otro ya que el resto de los usuarios no comparten ese tiempo y espacio para tomar alcohol, sino que la interacción se centra en otros intereses como conocerse, escuchar, dar consejos y palabras de aliento para salir adelante, etc..

La calidez y la familiaridad de los vínculos entre pacientes también está alimentada por el hecho de percibir que todos han vivenciado experiencias de vida similares. Por primera vez en mucho tiempo no se sienten juzgados ni reciben críticas negativas por parte de otros. Por el contrario, perciben la empatía de las personas que lo escuchan y el interés para hacer aportes que lo ayuden a salir adelante.

Se considera que mediante la experimentación de sentimientos de empatía, seguridad, interés, afecto en el contexto terapéutico posibilitaría cierto nivel de apego tanto con coordinadores como con los demás pacientes del GÍA. Es un tipo de apego que promueve su autonomía y que rompe con los patrones a los que estaba acostumbrado que se podrían definir como de apego inseguro.

Se ha considerado que algunos fenómenos producto de las interacciones que tiene lugar durante la dinámica de la terapia de grupo del GÍA como son la empatía, el uso del humor, la reestructuración cognitiva, el desarrollo de la autoconfianza y autoestima contribuyen positivamente al desarrollo de la capacidad de resiliencia. A partir de las emociones que

experimenta por el hecho de haber construido relaciones humanas positivas dentro del tratamiento lo fortalecen, lo enriquecen. Su capacidad de sobreponerse a la adversidad y revertir situaciones estresantes da un salto cualitativo importante.

Se ha podido arribar a la noción de que en el caso del GÍA Maciá este desarrollo de la capacidad de resiliencia ha estado posibilitada por la interacción con el otro (coordinadores y compañeros) por lo cual se ha optado por concebir a dicho proceso como un fenómeno que puede ser llamado de resiliencia grupal o colectiva. Más allá de los recursos personales que posean los usuarios es el vínculo con los demás participantes lo que creó las condiciones óptimas para que este recurso se manifieste.

A su vez, los pacientes pueden sentirse comprendidos, validados con pequeños gestos y actitudes que provienen desde los demás participantes. Este sería un elemento determinante en la construcción de resiliencia en el tratamiento del alcoholismo del GÍA ya que estarían cumpliendo la función de ser tutores de resiliencia, ser esas figuras que mediante estas actitudes y respuestas logran una transformación en sus sentimientos de soledad e incompreensión, al mismo tiempo que favorece la recuperación de la autoestima.

Se considera que a raíz de los descubrimientos de esta tesis se ha generado nuevo conocimiento sobre herramientas terapéuticas que pueden seguir siendo desarrolladas a futuro para optimizar el tratamiento de los grupos institucionales de alcoholismo. Concebir a la resiliencia como una capacidad que puede ser trabajada y desarrollada a través de los vínculos tanto con los profesionales como con compañeros (considerándolo un fenómeno grupal y no individual) genera una nueva perspectiva de cómo encarar el abordaje de esta adicción.

9. Referencias

- Aguilera Rodríguez, G. (2014). Estrés y resiliencia: una diada a estudiar en niños con problemas de aprendizaje. AMCAOF. Volumen 3. N° 2, pp 70-75. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/audiologia/fon-2014/fon142d.pdf>
- Agrelo, Andrea Mariana. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas: La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 15-54. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100001&lng=es&tlng=es.
- Alderete E, Kaplan CP, Nah G, Pérez-Stable EJ (2008) Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud Pública Mex*; 50:300-307. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4723889>
- Alpízar López, M., Pérez Hoz, G. y García Hernández, I. (2008). Previendo el alcoholismo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21434312>
- Amar, J.J, Martínez González, M. B. y Utria, Utria L. (2012). Nuevo abordaje de salud considerando la resiliencia. *Revista científica salud Uninorte*, 29 (1), 124-133. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4186>
- Arístegui, R; Tomicic, A; Gaete, J; Muñoz, G; Salazar, J I; Ramírez, I; Krause, M; Vilches, O; (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41() 277-289. Recuperado de <http://awww.redalyc.org/articulo.oa?id=80511496007>
- Bajtín, M. (2008). *Estética de la creación verbal*. Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores.
- Baistrocchi, R., Yaría, J. (2014). *Adicciones: cerebro-subjetividad-conducta-cultura*. Buenos Aires. Ricardo Vergara Ediciones.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1) 89-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122034010>
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid. Morata.
- Brito Sosa, Germán, & Iraizoz Barrios, Ana María. (2011). Repercusión social y análisis bioético del alcoholismo en pacientes del Grupo de Alcohólicos Anónimos de La

- Habana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(3), 307-322. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300002&lng=es&tlng=es.
- Bustos, G. (2008). *Alcoholismo hoy: el proceso de recuperación de la salud*. Buenos Aires. Dunken.
- Cáceres, I; Fontecilla, M; Kotliarenco, M. (1997). Estado de arte en resiliencia. Organización panamericana de la salud. Recuperado de: <https://www.uai.edu.ar/transfereciouniversitaria/aprendizajeyservicio/estado%20de%20Oarte%20en%20resiliencia%20%20Organizacion%20Panamericana%20de%20la%20Sa%20lud%20-%20Organizacion%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>
- Castaneda González, H., Alvarez Acosta, A. E. y Oramas Hernández, L. (2008). Alcoholismo: Criterios comunitarios sobre prevención y consecuencias. Estudio en el policlínico Rampa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7 (2) Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2008000200012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-519X
- Cordero, Martha, Cordero, Roberto, Natera, Guillermina, & Caraveo, Jorge. (2009). La Terapia Centrada en Soluciones: Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol. *Salud mental*, 32(3), 223-230. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000300006&lng=es&tlng=es.
- Cyrulnik, Boris. (2006). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Buenos Aires. Argentina. Gálica.
- Cyrulnik, B. (2014). "Sálvate, la vida te espera". Barcelona. Gedisa.
- Chinchilla Rodríguez, E. (2008). Experiencias de resiliencia de estudiantes de undécimo año del colegio Daniel Oduber Quirós. *Educación*, 32(2) 85-96. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44032207>
- D'Alessio L. (2009). *Mecanismos Neurobiológicos de la Resiliencia*. Buenos Aires. Polemos.
- De la Torre, M. L, Escarabajal, M. D. y Agüero, A. (2013). Una revisión de la literatura experimental sobre los efectos motivacionales del alcohol y su modulación por factores biológicos y ambientales. *Anales de Psicología*, 29 (3), 934-943. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244033>

- De la Villa Moral Jiménez, M., Ovejero Bernal, A., Sirvent Ruiz, C., Rodríguez Díaz, F. J. y Pastor Martín, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud mental*, 32(2), 125-138. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200005&lng=es&tlng=pt .
- De Lucas Taracena, M. T. y Montañés Rada, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 377-385. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28912281500>
- Díaz-Heredia, L P; Durán-de Villalobos, M M; Muñoz-Sánchez, A I; (2012). Recuperación de la adicción al alcohol: una transformación para promover la salud. *Aquichan*, 12() 122-133. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124103004>
- Eiranova González-Elías, I. y Hernández Trujillo, A. (2014). La sugestión como parte de un sistema terapéutico integrado en un grupo de adolescentes fumadores y consumidores de alcohol. *MEDISAN*. 18 (1), 78-83. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000100011&lng=es
- Fossa, P. (2012) Obstáculos del proceso terapéutico: una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 121-126. Recuperado de: <http://revistadepsicologiagepu.es/tl/Obst%20E1culos-del-Proceso-Terap-e2-utico-d--Una-Revisi%20F3n-del-Concepto-de-V%20EDnculo-y-sus-Alteraciones.htm>
- Gálvez, E. y Molina, H. (2006). Esquemas emocionales, evitación emocional y proceso de cambio en terapia cognitivo-conductual. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*, VII (1), 21-32. Recuperado de: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/2%20esquemas%20emocionales%20%20evitacion%20emocional.pdf>
- García, J. A. (2006). Identidad y alteridad en Bajtín. *Acta poética*, 27(1), 45-61. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-IdentidadYAlteridadEnBajtin2704963.pdf>
- Gantiva, Carlos, & Flórez-Alarcón, Luis. (2015). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 83-91. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190023862015000100007&lng=en&tlng=es.

García Betancourt, Nelson, Morales Rigau, José Manuel, González Pino, Marisela, Serrano Dueñas, Yuded, Trujillo Rodríguez, Yordanka, & Morales Fuentes, Manuel Alejandro. (2015). Alcoholism prevalence and associated factors. Municipality of Matanzas. 2011-2012. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 130-140. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000200004&lng=es&tlng=en.

García Gutierrez, M. E., Lima Mompó, G., Vilas, L. A., Casanova Carrillo, P. y Álvarez, V. F. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scihub.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572004000300007&lng=es&nrm=iso.

García Moreno, L.; Espósito, J; Sanhueza, C; Y Angulo, M (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20 (3) 271-280. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/2891/289122035007.pdf

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>

Glasser, B.; Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago. Aldine Publishin Company.

González Cantú, H. (2005). Alcohol: cuánto es demasiado. *El Cotidiano*, 132, 78-83. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32513208>.

Greco, C; Maddio, S L; (2010). Flexibilidad Cognitiva para Resolver Problemas entre Pares ¿Difiere esta Capacidad en Escolares de Contextos Urbanos y Urbanomarginales?. *Interamerican Journal of Psychology*, 44() 98-109. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420640011>

Guardia Serecigni, J., Becoña Iglesias, E., Flores Menéndes, G., Bustos Cardona, T. (2013). Factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo. Guía clínica de tratamiento del alcoholismo basada en evidencia científica. Recuperado de:

<http://www.socidrogalcohol2013.org/documentacion/m10/factoresvulnerabilidadoh2013Guiaclinica.pdf>

Gutmann, M. (2002). Etnicidad, alcohol y aculturación. *Alteridades*, 12(23), 19-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74702303>

Henoa Escobar, J. y Segura Restrepo, J. (2013). La experiencia de "tocar fondo" en alcohólicos recuperados: Una aproximación fenomenológica. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 9 (2). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179499982013000200007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1794-9998.

Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. y Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>

Loizo, J M; Valdebenito, E; García, O; (2009). Resiliencia: una mirada cualitativa. *Fundamentos en Humanidades*, X() 195-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411965012>

López Acosta, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 119-127. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511885012> ISSN 0716-6184

Main, M; Goldwin, R. (1988). *Adult Attachment Scoring And Classification System*. Manuscrito inédito.

March Cerdá, J.C; Prieto Rodríguez, M.A; Danet, A; Ruiz Azarola, A; García Toyos, N. y Ruiz Román, P. (2010). Posicionamiento de padres y madres ante el consumo de alcohol en población de 12 a 17 años en el ámbito urbano de seis Comunidades Autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 53-58. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000100009&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0213-91112010000100009

Martínez-González, J. M., Munera-Ramos, P. y Becoña - Iglesias, E. (2013). Drogodependientes vs. usuarios de salud mental con trastornos de personalidad: Su relación con la calidad de vida, la psicopatología en eje I, el ajuste psicológico y

- dinámica familiar. *Anales De Psicología*, 29(1), 48-54.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574006>
- Martínez-González, J. M, Graña-Gómez, J. L. y Trujillo-Mendoza, H. M. (2008). Influencia de los trastornos de personalidad y consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21 (2), 105-112. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/105112%20martinez.pdf>file:///C:/Users/Usuario/Downloads/monras-eficacia-TG-SDA.PDF
- Martínez Melella, I. (2012). Conversaciones terapéuticas con mujeres que abandonaron la convivencia violenta (Tesis doctoral inédita). Universidad de Buenos Aires, República Argentina.
- Mascarello, G; Montes, S; Introzzi, I; López, S; Canet-Juric, L; (2015). Procesos Inhibitorios y flexibilidad cognitiva: evidencia a favor de la Teoría de la Inercia Atencional. *International Journal of Psychological Research*, 8() 60-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299040283006>
- Menéndez E.L. y Di Pardo R.B. (2005). Alcoholismo, otras adicciones y varias imposibilidades. En Minayo M.C.S. y Coimbra Jr., C.E. (Orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* (pp. 567-586). Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920-32.pdf>
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. (2011). Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf>
- Módena, M. E. (2009). Alcoholismo, ayuda mutua y autoayuda. *Desacatos*, 29, 7-10. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140592742009000100001&lng=es&tlng=pt.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, C.A.: Sage.

- Muñoz Justicia, J. (2003). Atlas Ti. Versión 2.4. recuperado de <http://www.incluirong.org.ar/docs/manualatlas.pdf>
- Mussi, C. (2006). Entrenamiento en habilidades terapéuticas. Misiones, Argentina: Edición del autor.
- Naranjo Álvarez, R. (2010). "Neurología de la Resiliencia y Desastres". Revista Cubana de Salud Pública, 36(3), 270-274. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300013
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Global Status Report on Alcohol 2004. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publicatuions/global_status_report_2004
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- Ospina Muñoz, D. E., Jaramillo Vélez, D. E. y Uribe Vélez, T. M. (2005). La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. Investigación y Educación en Enfermería, XXIII(1) 78-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10521540100>
- Palacios Cruz, L; Monroy Cortés, B G; (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? Salud Mental, 34() 237-246. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58220785008>
- Palacios Ramírez, J. (2009). La construcción del alcohólico en recuperación: Reflexiones a partir del estudio de una comunidad de Alcohólicos Anónimos en el norte de México. Desacatos, 29, 47-68. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140592742009000100004&lng=es&tlng=es. .](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140592742009000100004&lng=es&tlng=es.)
- Pandit, N.R. (1996). The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method. *The Qualitative Report*, 2 (4), 1-15. Recuperado de <http://www.nova.edu./ssss/QR/QR2-4/pandit.html>
- Pellegrini, J. (2011). Escritos sobre alcoholismo 1989-2011. San Luis. Payné.
- Pérez F, Juan Manuel, & Orellana V, Gricel. (2007). Avances en la clínica de las adicciones: el rol del aprendizaje y la dopamina. Revista médica de Chile, 135(3), 384-391. Recuperado en 29 de junio de 2015, de

- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000300015&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872007000300015.
- Piedad Puerta, M; (2006). Una experiencia de activación de la resiliencia en familias codependientes. *Theologica Xaveriana*, () 469-494. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=191017475005> <http://www.medigraphic.com/pdfs/audiologia/fon-2014/fon142d.pdf>
- Regal, M. L. L., Otero, L. H. G., Valdés, A. L., de Armas García, J. O., Hurtado, A. U., & Caña, G. R. (2014). Bases neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Revista Finlay*, 4(1), 40-53. Rescatado de: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/253/1257>
- Revilla Cervantes, Aurora, Diaz Corral, Iliana Beatriz, Ducase Pilon, Marbelis, & Pacheco Quintana, Carmen Cecilia. (2012). Factores psicosociales en alcohólicos dependientes. *MEDISAN*, 16(7), 1170-1176. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700019&lng=es&tlng=es.
- Reyna, C. (2012). Alcoholismo parental y desempeño social en niños: el rol mediador del clima familiar. liber. rescatado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172948272012000200002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1729-4827.
- Rodriguez Piaggio, A. M. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogia*, 26(80), 291-302. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&tlng=es.
- Ruiz-Sancho, E. M., Froján-Parga, M. X. y Calero-Elvira, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de Psicología*, 29(3), 779-790. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244017>
- Salazar Garza, Martha Leticia, Martínez Martínez, Kalina Isela, & Barrientos Casarrubias, Vania. (2009). Evaluación de un componente de inducción al tratamiento con adolescentes usuarios de alcohol del Distrito Federal. *Salud mental*, 32(6), 469-477. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600004&lng=es&tlng=es.

- Salcedo Palacios, D D; Acosta Barreto, M R; Ramírez Nova, Y J; (2015). Función y conducta ejecutiva en universitarios consumidores de alcohol. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44() 3-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638014002>
- Santelices-Álvarez, M. P., Garrido-Rojas, L., Fuentes Fuentes, M., Guzmán-González, M. y Liziano-Martínez, M. (2009). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Universitas Psychología*. 8(2), 413-422. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165792672009000200009&lng=es&tlng=es.
- Santibáñez Fernández, Patricia Macarena, Román Mella, María Francisca, Lucero Chenevard, Claudia, Espinoza García, Alejandra Elena, Irribarra Cáceres, Daniela Eugenia, & Müller Vergara, Pamela Alejandra. (2008). Inespecific Variables in Psychotherapy. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. Rescatado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Serebrinsky, Horacio. (2012). Group Psychotherapy. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 10(2), 132-155. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207721612012000200001&lng=es&tlng=en.
- Valdés, N., Aristegui, R., Ben-Dov, P., Dagnino, P., De La Parra, G., Echavarri, O., Krause, M. y Vilches, O. (2005). Therapeutic Change Process: Analysis of Relevant Episodes in a Group Therapy With Addict Patients. *Psyche*, 14(2), 3-18. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822282005000200001&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-2228. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000200001>.
- Valdebenito, E., Loizo, J. M. y García, O. (2009). Resiliencia: una mirada cualitativa. *Fundamentos en Humanidades*, X(19), 195-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411965012>
- Villafañe, C. (2009). Evaluación cualitativa del abordaje integral del alcoholismo con el modelo G.Í.A. (grupos institucionales de alcoholismo). *Vertex. Revista argentina de*

psiquiatría, XX(88), 440-449. Recuperado de
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex88.pdf>

Villegas-Pantoja, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Alonso-Castillo, B. A. y Martínez-Maldonado, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichán*, 14(1), 41-52. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000100005&lng=en&tlng=es.10.5294/aqui.2014.14.1.4.

Anexo

Sesión de terapia grupal

Fecha: 30/12/14

Lugar: salón piki

Integrantes: Nicolás Segovia (psicólogo), Marilina Palazzi (Fonoaudióloga). Pacientes: Héctor (32), Martín (21), Ángel (50), Lucas (hijo 952de ángel), Walter (38), Vicky (38) y Silvina (25).

Nicolás: buen día, ¿cómo andan? Última del año, les agradezco que hayan venido, es importante que vengan tanto los pacientes como el hijo de ángel.

Silvina: el martes pasado vino la mujer.

Ángel: se me complicó ayer y tuve que salir.

Nicolás: ¿qué pasó ayer?

Ángel: salí y salí a tomar.

Vicky: la despedida.

Ángel: la despedida, despedida del año. Pero venía bien.

Lucas: venía bien pero estuvo todos estos días en casa, me parece que eso le hizo dar más miedo, le avisó a mi mamá que tenía ganas de tomar, le dijo “*tengo ganas de tomar*”. Entonces por eso le compró una sidra sin alcohol, un ananá fish como para que tenga él, jugo, pero eso como que no le alcanzaba y ayer se le saltó la térmica y se fue. Yo creo que estaba muy contenido.

Nicolás: bien, vamos a pensar en el lado positivo, porque hubo algo positivo. Hubo un montón de días que hubo dos días por lo menos que vos avisaste que tenías ganas de tomar, antes eso era imposible.

Ángel: claro, no le avisaba, pero ahora le aviso.

Lucas: ayer no, ayer se escapó.

Ángel: ayer me escapé.

Vicky: es como los chicos, como los nenes.

Nicolás: por eso, podemos centrarnos en lo que pasó ayer, en la recaída, o también en la otra parte, que hubo dos veces en que vos avisaste y mediante esta manifestación pudiste evitar tomar.

Lucas: dos días seguidos fueron.

Nicolás: y me imagino que habrá sido un esfuerzo muy grande para vos.

Ángel: si, se me complicó ayer y bueno, ahí ya no volví. A repuntar de vuelta.

Marilina: eso también habla de la puesta en práctica de lo que hablamos acá.

Ángel: lo que pasa es que si no lo hablamos quedamos todos encerrados ahí, hay que hablar.

Nicolás: ¿y qué pasó ayer?, ¿hubo algún problema en el día?

Ángel: no, estaba lavando el auto, después me fui y ya salí a la mañana y ya cuando salí fue para macana.

Nicolás: ¿vos sentías necesidad de ir?

Vicky: la pasabas bien pero al mismo tiempo con un poquito de culpa también.

Ángel: claro, ¿viste? Pero es normal, me dieron ganas y salí para allá.

Nicolás: ¿y ahí no se te dio por hablar con tu mujer?

Ángel: no, dos días o tres cuando estaba...

Lucas: dos días. Ayer salió pero fue dos días antes que dijo, ya el tercer día fue que salió sin avisar nada.

Nicolás: ¿y hoy tenés ganas?

Ángel: no.

Vicky: ya se “satisfació”.

Ángel: eso me complica. Y ahora ya estamos hablando del tema para hacerme el tratamiento allá en BS AS, ya hablamos con la doctora y nos falta el turno nomás.

Lucas: vamos a ver en enero.

Nicolás: lo que hablamos la semana pasada con él y tu mamá es que más allá de eso también es necesario un tratamiento o prevención o un estilo de vida distinto, o sea que es un cambio que va más allá de lo biológico, va más allá de lo médico, tiene que cambiar cosas de su estilo de vida porque si no se acompaña con eso va a recaer, si él no lo habla por más tratamiento que haga...

Lucas: yo creo que el apoyo familiar es importante, por ahí sentimos que por parte de los familiares de papi no tenemos ese apoyo que tiene por ejemplo mami. El otro día fueron a pasear un ratito y una de las hermanas le dijo de mala manera “no, si sale y se va a chupar ¿cómo no va a tomar el treinta y uno si sale y se va?”, como que eso también lo tira para

atrás y eso es muy negativo para la persona, mentalmente ya te va tirando para atrás. Ayer cuando él volvió yo lo traté de hablar bien, él me decía “*no si yo siempre voy a ser un borracho*” me decía y creo que en eso repercute lo que le dicen las personas.

Ángel: lo que dijo mi hermana.

Lucas: por eso. Yo creo que si él tuviera más apoyo de la familia, cosa que es medio imposible porque no vemos que tengan esa necesidad de que el hermano esté bien, entonces por ahí tampoco lo podemos separar de decir “*no vayas más con tu familia*” porque es la familia de él, pero también ya estuvimos hablando con la familia y no hay un cambio por parte de ellos para ayudarlo, o sea que no sé cómo podemos hacer ahí.

Nicolás: Ángel, ¿para vos quién es tu familia?

Ángel: mis hijos, y aparte mi familia es...pero no me ayudan, fuimos un ratito a hablar y ya me levanté y me vine.

Lucas: creo que eso también lo ayudó, esa decisión lo ayudó bastante creo. Para mí un motivo de que ayer no haya avisado nada.

Nicolás: es tu familia de origen esa: tus hermanos, tus padres. Pero la familia que vos construiste, tu familia actual: tus hijos y tu mujer, ellos te apoyan. Estuvimos hablando acá con él y tu mamá y tocamos el tema y bueno, la cuestión es que queríamos concientizarlos a Ángel y a ella que no puede haber alcohol en las fiestas en su mesa y si ellos no toman conciencia hay que decírselo, por más que sea la familia de él o que quieran pasar las fiestas tranquilos pero hay que ser concientes de que Ángel tiene un problema con el alcohol y hay que ayudarlo.

Lucas: acá en realidad no tenemos problema, no tomamos alcohol ni nada, y el treinta y uno lo íbamos a pasar todos juntos con la familia de papi y ya le tiramos esta propuesta de que si quieren tomar tomen después de la fiesta y no, fue un problema porque ellos querían tomar alcohol.

Ángel: pero ahora vamos a pasar todos juntos acá, voy a hacer el asado y lo vamos a pasar acá.

Nicolás: muy bien Ángel.

Ángel: si, corté por lo sano.

Nicolás: me alegra mucho.

Vicky: ¡un aplauso para ángel!

Aplausos.

Nicolás: la semana pasada no estabas muy convencido.

Ángel: no pero ahora si estoy.

Nicolás: tiene que ver con la autoestima, vos lo dijiste recién que él dice “*siempre voy a ser un borracho*”, cuando a uno le marcan todo el tiempo “*sos esto, sos lo otro, sos una porquería, no podés, no podés, no podés*” ¿qué pasa? Te lo vas a creer en un momento. Siempre te han dicho que no podés, la familia de origen tuya te ha dicho siempre que no podés y vos crees que no podés. Pero escuchá a la familia que vos construiste, escuchá lo que dicen tus hijos, escuchá lo que dice tu mujer, dicen lo contrario, dicen que podés.

Ángel: sí se puede.

Nicolás: escuchalos a ellos, escuchalos primero a ellos.

Ángel: si.

Nicolás: él es Héctor, se está sumando hoy, viene a contarnos su experiencia, ya ha formado parte de un grupo entonces me pareció muy importante su participación, aparte tiene una actitud que me gusta que es la no darse de superado así que realmente sabe lo que es luchar contra el alcohol, sabe lo que es la lucha diaria y que siempre es importante ayudar. Héctor, te damos la bienvenida.

Héctor: complicado, qué se yo. Yo estuve en el alcoholismo y empecé a tomar a los once años. Todos los días consumía doble v, dos o tres botellas por día y tomé hasta hace más o menos tres años así que se lo que es, sé que es complicado, sé que las tentaciones están todo el tiempo y más en un fiesta es complicadísimo. Pero bueno, creo también que es el caso personal de cada uno, lo mío fue voluntad y en el caso mío particular fue perder todo, yo perdí todo, perdí mi familia, mi mujer, mis amigos, mis allegados, mi vieja, como para tocar fondo y volver a flote. Que creo que hoy en día poder participar en grupo es un poco para ayudar entre todos para que los que están no pasar por eso. Creo que es eso, llegar a tocar fondo, creo que hay otra solución antes que esa.

Nicolás: tratamos eso, de construir un proyecto de vida que se la aleje del alcohol, que se aleje de este tocar fondo y perder todo.

Ángel: y si, tenés que tener una meta.

Walter: si pero lamentablemente uno se da cuenta cuando toca fondo, es así. Una vez que tocás fondo te das cuenta.

Vicky: se va cayendo todo de a poco ¿no? Todo, todo. Desde lo que sos vos mismo, la casa, el entorno que vos decís.

Héctor: uno deja de ser uno, la familia deja de ser la familia, los amigos, porque en verdad es uno el problema. Es uno el que va perdiendo identidad, va perdiendo identidad, amor propio, amor hacia los demás, se pierden un montón de valores. A mí me decían mis amigos y uno piensa que tiene la razón, si uno tiene intoxicado el cuerpo también tiene intoxicada la cabeza. Realmente yo en su momento estaba en una situación muy egoísta pero lamentablemente en mi caso, no en todos los casos, pero en mi caso tuve que tocar fondo. La idea es que no a todo el mundo le pase lo que me ha pasado a mí, que tengan que tocar fondo y sentirse solos para poder cambiar.

Nicolás: ¿hace cuánto estás en abstinencia?

Héctor: tres años.

Nicolás: esa cara lo dice todo.

Héctor: ¿sabés lo que son tres años?

Nicolás: de lucha.

Héctor: si, la lucha es cotidiana porque si bien al principio lo que yo hacía era alejarme de todas las situaciones de alcohol después hubo otra etapa, la etapa social, pasan uno o dos años y te acordás y...la sociedad sigue en lo mismo de fiestas, amigos, por eso al principio lo mejor para mí fue evitar pero después viene la otra lucha, la de poder socializar y concientizarse de que uno ya no toma más. Empecé con gaseosas, con jugos, con te, con un montón de cosas pero aun así y todo hoy en día sigue siendo difícil.

Vicky: un terma.

Risas.

Vicky: yo no puedo ni olerlo, no lo puedo ni ver, prefiero tomar agua, prefiero el agua helada ¿viste? De la heladera con hielito adentro pero terma no.

Nicolás: Héctor aporta algo que es un testimonio de mucha voluntad, de fuerza de voluntad, que es difícil para superarlo pero que es necesario. El alcoholismo es una adicción y es muy importante tomar conciencia, poner voluntad y tratar de alejarse. Es difícil, es duro, pero es posible, y hay que contar Ángel con un recurso muy valioso que es tu familia, no cualquiera tiene eso. Mirá que han venido acá, te han apoyado siempre.

Vicky: no se ve todos los días eso.

Nicolás: Martín, ¿cómo te ha ido?, ¿cómo van tus cosas con tu novia o ex novia?

Martín: mi mujer, todo bien. Ahora se puede charlar y bueno, directamente las cosas van bien.

Nicolás: ¿te has acercado a ella entonces?

Martín: si, hará tres semanas.

Nicolás: ¿la idea es volver?

Martín: si, el tema es la confianza de nuevo, es muy difícil, es fácil perderla pero recuperarla es muy difícil, ese es el problema.

Nicolás: ¿por qué no confía en vos?

Martín: porque hemos tenido bastantes peleas por lo mismo varias veces, para mí es un tema muy difícil.

Nicolás: ¿lo que te reclamaba del alcohol ella te lo sigue reclamando?

Martín: si.

Nicolás: ¿no confía del todo en vos? Es lo que hemos hablado acá con la familia de todos, la confianza se pierde, del ciento por ciento mucho, siempre va a sospechar un poquito por lo menos si has tomado otra vez. A la confianza la vas a reconstruir con hechos, ¿no has bebido alcohol?

Martín: si, en navidad, un poco de fernet. A las cinco de la mañana me fui cuando quedaba poca gente.

Nicolás: ah del boliche.

Martín: si, después me fui para casa.

Nicolás: ¿no te emborrachaste ningún día?

Martín: si, en el boliche si. Todavía estoy separado, me fui al boliche para olvidarme.

Nicolás: intentás olvidarte mediante el alcohol, y esa va a ser una traba muy importante en la reconciliación con tu pareja hasta que puedas aprender a resolver mediante la palabra sin recurrir a esto. Ese es el problema del alcoholismo, la dependencia, depender de la bebida para estar bien ¿te has dado cuenta de eso?, ¿te has dado cuenta que es una diferencia entre vos y tu mujer?

Martín: si.

Nicolás: habrás escuchado estos testimonios de tanta lucha y te darás cuenta que han perdido cosas o han estado al borde de perder pero lo que quiero transmitirte es que si vos seguís viniendo, seguís concurriendo y tenés voluntad vas a aprender a manejarlo. ¿Walter?

Walter: todo bien.

Nicolás: hay que pedirle la receta a Walter para ser felices.

Ángel: ah pero él está tranquilo.

Vicky: él ya es tranquilo. Eso ayuda un montón me parece, ya es una persona pacífica...paz.

Nicolás: ¿qué pasó que no fuiste a trabajar?

Walter: nada, qué vas a trabajar si está todo lleno de barro.

Vicky: mucha humedad.

Nicolás: ¿qué tal ha sido tu semana acá en Maciá?, ¿qué has hecho en la semana?

Walter: nada, ¿para que te voy a mentir?

Risas.

Nicolás: ¿has comido bien por lo menos?

Walter: si. No he salido estos días, por lo menos yo no salí. Ayer me fui a Tala, por ahí salgo y recorro un poco. Esas cosas yo no las perdí, lo que yo perdí fue parte de mi salud. Del entorno que tenía no perdí a nadie pero lo que perdí fue la salud. Ahora gracias a dios estoy bien pero me fui abandonando y en un momento decís “basta”.

Nicolás: como hablamos la semana pasada, el ser humano está compuesto por las tres dimensiones: el cuerpo, la mente y lo social, si uno de los tres sistemas se descompone se descompone todo el sistema completo. Llega un punto en el que todos los sistemas se ven descompuestos, todos. Es todo un combo lo que lleva a que estés así. Vicky ¿estás ansiosa por hablar?

Vicky: no, hoy no. Estaba escuchando. Todo bien, el año encima parece que se nos viene a todos a esta altura del partido, haciendo balances a ver qué pasó, qué no pasó, qué se puede hacer, qué no se puede hacer, que sea mejor el año próximo como decía Walter, incluyendo todo ¿no? Pero todo tranquilo.

Walter: qué te vas a hacer problema si el año está perdido.

Risas.

Vicky: mucho hablar, mucho diálogo. Cómo será que me escuchan, dos veces le dije a Corcho *“si te llegás a levantar despertame. Despertame mañana”*, ese día no sentí las máquinas, me había tomado un ibuprofeno la noche antes y estaba bastante saturada pero no es de problemas sino de hacer las cosas, por ahí hay gente que se rasca todo el día y en el Facebook, yo no me rasco, eso es un trabajo. Al otro día pasé de largo y le digo *“¿no te dije que me despertarás?”*, *“uh me olvidé”*. Después ya sentía culpa ¿viste? Puse el despertador a las siete y media, abrí los ojitos como pude y me levanté ocho y treinta, y ocho treinta ya estaba ¡dale, dale, dale! Así que bueno, tranqui, me parece la gente mide como nosotros lo de la economía, el día a día, te preocupa la luz, te preocupa las fiestas, los gastos, eso es lo que yo veo que la gente habla y comenta. Cuesta remarla, laburás un montonazo y no te alcanza ni siquiera para el día y menos para la semana. Ayer hablaba con unos amigos y les digo *“antes las preocupaciones del ser humano eran de cuánto sale el jean, las zapatillitas, la comida era lo de menos”*, ahora si no tenés como mínimo doscientos pesos en un grupo de familia de cuatro olvidate, está todo muy duro, creo que acá ya estamos hablando cosas de la Argentina, de cómo la gente labura tanto y no puede decir *“bueno, me cargo la heladera”*, ya no se pueden hacer esas cosas ¿viste? Me dijeron que en BS AS pasa lo mismo, que está todo muy duro, allá tenés el problema de la inseguridad. Pero por eso te digo que hay que remarla, por ejemplo Corcho agarra un mango y se va y ponele que la Alelí le pide salchicha y ya le compra un par de alfajores y cosas que sí me decís que los come pero los muerde y los tira, entonces hay que comprarle una cosita mínima, o comprar un raid que te dure dos días, a mí me está costando un montonazo, todos los días estamos tenemos que tener plata. Como te decía, antes de venir acá me puse a entregar un par de pedidos, ahí le dije a Corcho *“andá a vender la plancha para pagar la luz”* porque está parada la carpintería. Por ahí le digo *“fijate porque a mí ya me está preocupando esto”*. La albañilería es un bolazo ¿cómo te puedo decir? Lo debés saber bien que estás todo el día poniendo un montón de vos, cobrás y te dicen *“no tengo plata”* y a las dos semanas te aparecen con una cero KM de aquellas ¿viste? Y por ahí duele un poquito así que me gustaría que le salga algún otro trabajito aparte de la carpintería. No sé, ayer hablábamos de empezar a revestir el baño, poner el cielo raso, poner algunos caños, pero fuera de eso todo bien.

Nicolás: ¿y entre ustedes?

Vicky: re bien, re bien. Lo que pasa es el temita nomás de esa ansiedad que te quedás afuera sentada esperando a que llegue el viajante a llevarte algo ¿viste? Pero mientras estamos haciendo eso nos ponemos a acomodar las tablas, hacemos fuego. Yo le digo a la gente *“tenés que estar ahí adentro con la cantidad de porquerías que yo tengo”* ayer estuve todo el día solucionando cosas, qué sirve, qué no sirve, lavando, limpiando y bueno, todo tranquilo.

Nicolás: ¿hace cuánto no decís eso? Está bueno.

Vicky: si pero tengo mucho laburo también, ayer era un día bravo porque yo cuando me pongo a hacer algo me molesta que anden dando vueltas, le digo *“che ¿Dónde está la nena?”*, *“está en el galpón”* porque de repente la casa se convirtió en una toldería, porque tiene un galpón de cuatro metros por cuatro ¿por qué tienen que poner en el mueble que yo tengo para guardar la mercadería está todo el router, la agujereadora, el mate, pedazos de motor del auto? Y esas cosas me fastidian. Pero agarré, acomodé y le puse una tapa arriba. Es una cosa que no entienden, me cuesta mucho la convivencia.

Nicolás: pero lo que dijiste recién estuvo bueno, buscaste una solución simple a un problema en que antes tal vez te hubieses enroscado y enroscado, tuviste un actitud distinta.

Vicky: y ahora hablo de otra manera también, le digo *“no te enojés, vas a decir que yo soy una loca pero yo estoy preocupado por la situación”*, me dice *“vos esperá que pasen estas fiestas, espera”*. Está muy comprometido él también de ir a Nogoyá porque le prometió a su hijo que iba a ir, y es como que quiere ir, pobre chico. Yo tengo ganas e ir pero nunca digo nada tampoco porque yo soy más...me quedo en mi casa tranquila. Peor no, ojalá que le salga y que pueda ir, cambiar los aires y ya venir con otra mentalidad que más de una vez ha pasado, hay que engancharse.

Nicolás: bien. ¿Silvina?

Silvina: me podrí. Vino el papá de la nena para acá, la buscó. Bueno, a la noche le pidió que se quería volver porque me extrañaba, me llamó a mí *“y bueno, traela”* le digo al padre. Entonces llegó, comimos con mi suegra y al otro día me llamó por teléfono y entonces me pidió si podía ir a buscarla de mañana. Mami ya entró y se encerró en la pieza esos dos días que estuvo con el padre la Karen y dijo que yo no la hablara porque yo no tenía ovarios para echarlo de la casa y que era su casa y que ella decidía quién entraba y quién no. El loco no entra ¡eh! se queda en la puerta nomás y es menos de dos minutos, me

avisa *“ahora la busco a la Karen”* y cuando suena el auto la Karen sube y se va. Bueno, de ahí arrancamos, ya estoy cansada, ya estoy podrida, estamos en treinta y uno de diciembre, dejame tranquila, yo no le voy a prohibir al padre nunca, no se lo voy a prohibir y me parece una pelotudez que yo tenga que decirle *“no, a la Kare buscala de otro lado porque a mi mamá le molesta”* si no la ves a la nena dos días y la nena buscó un ramo de flores para que mi mamá la perdonara porque estaba con el padre ¿cuál es la historia?, ¿vos sos la madre teresa de Calcuta? No quiero que me amenaces más con mi hijo, ya está, terminemos, perdí todo y estoy tratando de recuperarla ahora, tuve sí una recaída con una cerveza, sin embargo eso me ayudó a ver y decir *“no, por una botella no”*. Entonces sí, me pasó de todo, de todo me pasó, pero justamente quiero que la Kare el día de mañana sea justamente quien me diga o *“gracias mami”*. Yo no tengo la culpa que la mujer esté embarazada ahora ¿me entendés?, *“y viene con esta que está preñada, y que la Kare...”* no sé, ese fue el show *“de que yo estoy criando muchas alas, compadrita, cocorita”*. Yo no se lo voy a negar al padre a la gurisa ¿por qué se lo tengo que negar?, ¿por qué el voy a decir *“papá es un forro que se fue a BS AS y nunca se hizo cargo”*? no, quiero que se dé cuenta ella sola, es una nena inteligente, es re inteligente y si ella lo tiene que sufrir lo va a sufrir, es una experiencia que la va a tener que pasar ella.

Vicky: ¿cuántos años tiene la nena?

Silvina: tiene nueve Vicky pero...

Vicky: si pero la cabeza así debe tener.

Silvina: y por eso, yo la voy a perjudicar más diciéndole esto.

Vicky: está grandecita también tu mamá para romper tanto ¡eh! la botella de cerveza, la próxima...

Risas.

Silvina: cayó mi hermana también ayer y la mandé a la mierda.

Vicky: me puse en el lugar de ella un minuto y sacá lo del botellazo pero ¡pobrecita!

Silvina: me mandó al frente con la Vero también. Bueno, la Vero me defendió ayer, dijo que basta, que no había que estar tanto sobre mí por el esfuerzo grande que estaba haciendo.

Walter: ¡¿qué pasó?!

Héctor: pero el tema de la desconfianza es algo que todos tenemos que saber Vicky que siempre está, y mentimos y mentimos y mentimos y nos sentamos y le juramos al otro en la cara que no tomamos más. si nos ponemos en el lugar del otro por más buenos o malos que sean, yo tampoco confiaría en el otro, es frustrante porque solo uno sabe en verdad, siempre llegamos a eso ¿por qué no nos creen? Porque a mí también me cansaba, yo decía “*ya está, no tomo más, me cansaste, me tenés podrido ¿por qué no podés confiar en mí?*” pero cuando uno recapacita y dice “*¿por qué no confían en mí?*” Y yo tampoco creía en mí.

Vicky: pasa que Silvina no tuvo quien le dé problema, el problema del alcohol no vamos a decir que está superado porque...

Silvina: no, porque en cualquier momento recaí porque me saturó todo y...

Vicky: claro, pero tenés el problemita de la gente que tenés ahí ¿cómo hacés para controlar eso?

Silvina: entonces bueno, caí con la Vero en esa discusión y quería la tarjeta de la psiquiatra, vaya Silvina y busque la tarjeta. Mirá si vas a conseguir un médico un treinta y uno de diciembre.

Vicky: veinticuatro.

Silvina: bueno. Me dijo qué pastillas le cambió, era para un control de pastillas nomás, ya le pasa todo, hace veinte años que está con los medicamentos, tiene ganas de romper las bolas porque yo le dije “*vos no podés estar bien con ninguno de tus hijos*” porque si la Natalia no le hubiese hecho todo lo que le hizo ella se hubiese hecho el bolsito y se hubiera ido con la Natalia, porque ella es el problema, porque la Vero también se lo dijo sin que yo se lo diga ¡eh!. o sea, está muy sobreprotectora con la Kare y está haciendo todo un circo y yo no quiero, es una ensalada de frutas.

Vicky: ¿y delante de la nena te dice esas cosas?

Silvina: no, yo trato de frenarla ¡una locura! Bueno, entonces a la noche después que habló con el médico, el martes después de que más o menos nos acomodamos llegó la Vero y ¡ah! “*ya nos habíamos chupado porque estábamos contentos*”, le digo “*oleme, tengo un aliento horrible en la boca pero oleme para que veas que no*” pero no, me pasó. Le digo “*mami tomó las pastillas*”, porque el médico le aumentó la dosis y es fuerte, entonces eso la relaja. Pulga abre y le digo “*Pulga, vení para acá*” viene el marmota, le digo “*¿vos estuviste tomando?, ¿estuvimos tomando?*”, “*no*”. Lo fui a bañar y me encontré con la bronca de

Pulga, porque anteriormente el Lázaro sabe que a las seis y media el papá tiene que venir, entonces se me largó a llorar porque viene Pulga y le da la vueltita. Le digo “*bueno Kare, vamos a llevarlo al Lázaro a la casa*”. Bueno, fuimos con Lázaro, cuando volvimos estaba Pulga, la Kare quería comer pizza, entonces llegamos y me había olvidado de comprar el detergente, entonces me hace con el detergente así y le digo “*mirá, vos laburás todo el día pero yo no me quedo acá rascándome la cachucha, tenés todos los calzoncillos y las medias limpias y lo lavo todos los días a eso*”, me chusmea el telefonito, le digo “*¿qué onda?, ¿con todo esto querés que tenga una amante ahora?*”

Vicky: ojalá tuvieras.

Risas.

Silvina: le digo “*¿Qué te pensás, que me estoy viendo con alguien?*”

Vicky: estarías más desestresada.

Risas.

Silvina: ¡no se puede con vos!

Vicky: no, dale. Yo ya estuve en tu lugar, por eso.

Silvina: yo también ya pasé, me quiero olvidar de esa mierda. Tenga o no tenga cosas el teléfono es privacidad tuya “*no te metas, me podré ¡basta, dejame en paz!*”. Estoy criando su hijo, es mi hijo también pero estoy hecha un palo porque el nene consume todo. Le lavo toda la ropa, le tiendo la cama, ahora está con hongos en las patas, tiene todas las patas infectadas de hongos, así un dedo tiene, no sé si será la arena o la transpiración del pie, es contagioso y no iba al médico. Lo traje al Lázaro y le digo “*por favor hacete ver esos pies*” entonces el médico le dio una crema, pero el tema es que no le está haciendo nada, le están comiendo los pies.

Nicolás: no la debe estar usando.

Silvina: ¿a la crema? Si por ahí se le pone cuando vuelve de laburar.

Vicky: hay uno que es como una rasquiña y hay otro que te salen como forúnculos, hay otros que te salen como ampollas.

Silvina: ese tiene, el de las ampollas.

Vicky: a Corcho de vez en cuando le sale uno, pero te dan penicilina.

Silvina: no sé, anoche le hizo tomar una amoxicilina.

Vicky: y con uno no hacés nada, ocho días son el tratamiento porque es horrible eso. A la nenita mía le agarró también dos o tres veces.

Silvina: bueno, yo tengo ese miedo, contagiarla a la Karen.

Vicky: por ahora no lo veo contagioso, lo veo más de la sangre.

Silvina: yo tengo miedo de que se le haga algo en los pies más grave porque ya tiene infectado.

Nicolás: y si no se preocupa él, si no toma conciencia él...

Silvina: pero mirá las pelotudeces ¡eh! a mí me revienta porque yo vengo con el combo de mami.

Nicolás: Silvina, hoy escuché algo tuyo que estaba bueno que ya habías dicho antes, que es *"basta"*

Silvina: a la Vero le dije también ayer basta, ya basta, porque como dijo él (Héctor) toqué fondo, perdí todo también, me costó un huevo volver a recuperar a mi hija y la confianza de la Kare y el Lazarito que es bebé, así que basta, basta porque quiero empezar a estudiar y necesito tener la mente despejada y tranquila.

Vicky: ¿y vos te sentís tranquila?

Silvina: no en ningún momento, todo el día así, así. Ese día de recaída mía fue porque... fue por otras cosa, pero sino estoy tensa, tensa, nerviosa, nerviosa, quiero salir corriendo, me iría al medio del campo.

Nicolás: estaría bueno que mantengas la actitud de decir *"basta"*, que mantengas eso. Empezaste al fin a hacer lo que te dijimos siempre y nunca habías aplicado. Que le digas basta a tu mamá, a tu hermana, al marido, basta, a esas cosas no las podés soportar más. Bueno, ahora comienza un nuevo año y podés cortar definitivamente con esas cosas.

Silvina: ¿cómo hago con mi mamá? Porque ahora va a estar dos días bien y después voy a tener que comerme otra vez los garrones.

Nicolás: Decile basta.

Silvia: Se lo dije.

Nicolás: vos ya sos grande, no tenés que andar dando explicaciones de esas cosas. Es algo entre vos y tu marido, no tiene ella por qué opinar, no le des lugar porque vos ya sos adulta.

Silvina: *"porque yo te la crié a la nena, yo te la saqué de esto"*

Vicky: es chiquilina quizás la señora.

Silvina: yo no quiero que haga nada, porque el padre me la puede sacar “así” si quiere.

Nicolás: vos lo has dicho “*si quiere*”. Pero como no quiere no te la va a quitar.

Silvina: a mí mi suegra me ofreció sidra y le dije “*no gracias, estoy bien*” y seguí con gaseosa.

Nicolás: bien ¿alguien más?

Ángel: yo no porque en la casa de mi suegra no se puede tomar alcohol.

Vicky: y las ganas siempre están.

Héctor: a mí nada.

Vicky: pasa que ya estás acostumbrado capaz.

Nicolás: preguntaba porque ya contó Ángel cómo pasó la navidad, es bueno para saber cómo van a pasar fin de año. Es importante, si pudieron no tomar en navidad van a repetir lo mismo en fin de año.

Vicky: con algo lo tenés que sobrellevar.

Héctor: sí, yo tomo gaseosa o una sidra sin alcohol pero tomo muy de vez en cuando.

Vicky: ¿y dónde vas a conseguir en Maciá?

Héctor: en cualquier lado, son cosas que fui haciendo porque como intentás suplantar el alcohol con otra bebida algo tenía que hacer porque llegó un momento que ya no podía. Las fiestas pasadas preferís salir para todos con una botella de sidra sin alcohol, fue más práctico encerrarme en mi casa y no salir a ningún lado.

Vicky: no tiene nada que ver.

Héctor: a mí en las fiestas por lo menos en mi caso me pasó eso.

Nicolás: lo que él dice es que hacía eso o tomaba.

Héctor: por eso me pedí la sidra sin alcohol porque me di cuenta que todo el mundo lleva y lleva y “*vamos a brindar, vamos a brindar y salud, vamos a brindar*”, es increíble pero todo el mundo quiere brindar y brindar y brindar. Son las doce y van a brindar y son las tres, cuatro, cinco de la mañana y sigue. Ya brindé mucho.

Risas.

Nicolás: ¿dónde van a pasar fin de año?

Silvina: en mi casa con mi hermana.

Héctor: yo sé que la paso con Pao (su pareja) pero no sabemos dónde. No sabemos si nos vamos a quedar en casa, si vamos a ir al camping, si nos vamos a ir al medio de la nada. Lo que sabemos es que al año lo empezamos juntos, solos. Pero después de las doce no sé.

Vicky: te recomiendo el camping. Yo si hago plata hoy Nogoyá y sino mañana en casa, tranquilos nomás.

Nicolás: ¿ustedes en su casa?

Ángel: si, y él (Lucas) está de asador.

Nicolás: ¿vos Lucas hacés el asado?

Lucas: no, lo que más me falta es hacer asado.

Ángel: le tengo que enseñar ahora.

Nicolás: ¿Walter?

Walter: y acá nomás.

Nicolás: ¿en tu casa nada?

Walter: no, no me hagas acordar.

Risas.

Martín: yo en mi casa con mis hermanos, mis cuñados.

Nicolás: ¿y ahí va a haber alcohol?

Martín: si.

Nicolás: ¿pensás que vas a tomar o que vas a poder controlar?

Martín: ¿qué pienso? No sé.

Nicolás: ¿tenés ganas de tomar?

Martín: Ganas de tomar no.

Nicolás: una cuestión a la que todos le dan valor a fin de año es al balance, es un punto en el que se para y se dice "*a ver ¿qué paso este año?, ¿qué pasó de bueno y que pasó de malo?, ¿qué nos gustaría repetir y qué nos gustaría dejar de lado?*" Vicky, empezamos por vos.

Vicky: pasaron cosas buenas, cosas malas que a ver si podemos dejarlas de lado y poder arrancar con buena onda.

Nicolás: ¿qué cosas malas querés dejar de lado?

Vicky: y...el escabio y la mala junta, no sé si la mala junta pero los comentarios, el puterío, dejar los problemitas y tratar de remarla todos los días, hacer las cosas lo mejor posible.

Nicolás: ¿y qué querés repetir de este año en el dos mil quince?

Vicky: lo de la familia que como dije va todo bien, es algo lindo, trabajo y tratar de zafar.

Nicolás: ¿Silvina?

Silvina: no quiero estar más como antes sola, no quiero volver más a eso, lo bueno es que pude recuperar a la Kare.

Nicolás: ¿un deseo para el dos mil quince?

Silvina: tener mi casita.

Vicky: estaría re bueno.

Nicolás: Héctor ¿qué deseas que no se repita y qué deseas para el dos mil quince?

Héctor: yo que no se repita del dos mil catorce, creo que el egoísmo, a veces soy un poco egocéntrico. Y deseos, este año me fue muy bien y es como que no tengo muchas cosas para mencionar, aparte soy una persona que no tiene muchas ambiciones propias, mejorar como artista, nada más.

Nicolás: ¿Angelito?

Ángel: a mí me fue bien, re bien. Arreglar mi casa un poquito más.

Nicolás: ¿y qué te gustaría dejar del dos mil catorce y que no se repita?

Ángel: la bebida me gustaría dejar, vamos a ver qué pasa.

Nicolás: ¿Walter?

Walter: ¿qué no se repita? Cosas malas este año prácticamente no ha habido, dentro de todo la pilotee bien, boludeces como a todos.

Vicky: tu problema de salud fue feo.

Walter: todo el año estuve yendo a Rosario, eso fue. Esperemos seguir bien ahí.

Nicolás: ¿qué te pareció Lucas venir acá?

Lucas: bien, es la primera vez y se ve que todos están en su salsa porque todos hablan y participan, se ve que han hecho un trabajo bueno que es de ustedes.

Nicolás: de todos en realidad.

Lucas: de todos. Y la integración de él (Héctor) que ha dejado hace dos años creo que es muy importante también porque si bien va a ser una guía...

Vicky: un ejemplo.

Lucas: un ejemplo, sí se puede, realmente sí se puede, así que es muy bueno también el aporte que hace él.

Nicolás: ¿Marilina?

Marilina: me hace escribir, me hace hablar.

Risas.

Marilina: agradecerles que estén acá, que hayan venido todo el año, que continúen, después les vamos a dar un papelito con la fecha del próximo encuentro después de las vacaciones y que en este tiempo que no nos vemos hablen mucho con la familia, a sus amigos, que cuenten con alguien con quien hablar.

Nicolás: Adriana me llamó por teléfono hoy y les mandó saludos a todos, que tengan un feliz año nuevo y que tengan muchas fuerzas, muchas ganas y que traten de seguir luchando. Y de mi parte quería agradecerles también por haber venido, por haberle puesto el cuerpo a esto. Es un emprendimiento que empezó hace poco tiempo, nos ha llevado mucho, mucho esfuerzo a todos venir cada semana y la verdad es que espero que sigamos así, que sigan asistiendo. Lo que están haciendo ustedes es muy importante y están dejando una huella para próximas generaciones y es bueno que lo sepan. La verdad es que han sido muy valientes para venir acá, sentarse y poner el cuerpo. Así que bueno, nos veremos a fines de enero y cerremos con un aplauso para todos los del grupo.

Aplausos.