



Diversitas: Perspectivas en Psicología

ISSN: 1794-9998

revistadiversitas@correo.usta.edu.co

Universidad Santo Tomás

Colombia

Henao Escobar, Juanita; Segura Restrepo, Juliana

La experiencia de "tocar fondo" en alcohólicos recuperados: Una aproximación fenomenológica

Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 9, núm. 2, 2013, pp. 319-333

Universidad Santo Tomás

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67932397006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La experiencia de “tocar fondo” en alcohólicos recuperados: Una aproximación fenomenológica*

The Experience of “Hitting Rock Bottom” Among Recovering Alcoholics: A Phenomenological Approach

Juanita Henao Escobar**
Universidad de La Sabana, Colombia

Juliana Segura Restrepo
Universidad de Los Andes, Colombia

Recibido: 3 de marzo de 2013
Revisado: 25 de abril de 2013
Aceptado: 18 de junio de 2013

Resumen

El objetivo del presente estudio es describir la experiencia de “tocar fondo” en alcohólicos recuperados, para lo cual se utilizó el método fenomenológico y se practicó una entrevista en profundidad a cinco hombres y tres mujeres seleccionados entre la comunidad de Alcohólicos Anónimos, por medio del procedimiento de máxima variación en los casos. Los hallazgos mostraron que en la experiencia de “tocar fondo”, generada por una acumulación de sucesos críticos, el alcohólico toma conciencia de su ruina existencial, se pregunta por su propia vida, siente deseos de cambiar, detiene su camino hacia la autodestrucción, busca ayuda, experimenta sentimientos de esperanza y liberación, y comienza un proceso de transformación y renacimiento, por así decirlo, que lo conduce a una vida más plena y saludable. Dicho renacer culmina con el abandono de la bebida. Esta experiencia entraña un enorme sufrimiento, precede el proceso de recuperación del alcohólico y parece ser un eslabón ineluctable de dicho proceso, cuya gravedad podría reducirse al conocer las experiencias de tocar fondo de otros alcohólicos.

Palabras clave: alcoholismo, recuperación, fenomenología, experiencia de “tocar fondo”.

* Artículo de investigación
** Correspondencia: Juanita Henao. Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana. Colombia. Correo electrónico: jhenao56@hotmail.com

Abstract

Availing of the phenomenological method, this study aims to describe the experience of “hitting bottom” among recovering alcoholics. In-depth interviews were conducted with five men and three women who belong to the Alcoholic Anonymous community. These individuals were selected through a maximum variation sampling procedure. The results demonstrate that, due to the accumulation of critical events, in “hitting bottom” an alcoholic becomes aware of his/her existential ruin, is questioned for his/her life, feels a desire to change course, desists from the road toward self-destruction, seeks help, experiences feelings of hope and liberation, and begins a process of rebirth and transformation that leads him/her to stop drinking and therefore to a healthier life. Such an experience involves enormous suffering, precedes the process of recovery from alcoholism whereto it seems to be necessary.

Keywords: alcoholism, recovery, phenomenology, “hitting bottom” experience

Las bebidas alcohólicas han estado presentes en todas las culturas y civilizaciones a lo largo de la historia humana. No obstante, hoy en día el alcohol etílico representa la droga psicoactiva más utilizada a escala mundial. Si bien en el continente americano su consumo es aproximadamente 40% mayor que el promedio mundial (Monteiro, 2007), también se registra un alza en la mayoría de países con disponibilidad de información adecuada (OMS, 2004).

Para la mayoría de personas, el consumo moderado de alcohol no representa riesgo. Sin embargo, su abuso ha adquirido proporciones masivas, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo, hasta tal punto que el consumo excesivo de alcohol es hoy uno de los principales problemas de salud pública en América y Europa (OMS, 2005). En Colombia, según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias disponible, 2,4 millones de personas, cuyas edades oscilan entre los 12 y 65 años, consumen alcohol de manera considerada riesgosa o perjudicial. De esta cifra, 1,8 millones son hombres y 0,6 millones, mujeres. Es decir, por cada cuatro consumidores hay tres hombres y una mujer. La mayor proporción de consumidores se halla entre los jóvenes de 18 a 24 años de edad: aproximadamente el 20%, uno de cada cinco (Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

La gravedad de estas cifras radica en que el consumo riesgoso o perjudicial del alcohol genera una constelación de consecuencias físicas y psicológi-

cas adversas, dentro de las cuales el desarrollo de la enfermedad del alcoholismo constituye una de las más relevantes desde el punto de vista clínico. En efecto, en el 2000 la Organización Mundial de la Salud (2005) estableció que el alcohol fue la causa del 3,2% de las muertes en el mundo y que el 4% de la carga mundial de morbilidad era consecuencia del consumo excesivo de alcohol, al cual se le atribuyen traumatismos no intencionales, accidentes, diversas enfermedades, discapacidades y trastornos neuropsiquiátricos, lo que ha tenido una gran repercusión sobre el sistema sanitario. No obstante, se considera que una proporción importante de los problemas de salud y muerte asociados con el alcohol se deben más al alcoholismo que al consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (Cargiulo, 2007).

El alcoholismo es una enfermedad crónica caracterizada por la dependencia al consumo del alcohol, que afecta la salud física y mental de la persona e interfiere en sus actividades sociales, familiares y laborales. La dependencia se define en términos de las siguientes cuatro manifestaciones: 1. *“Craving”*: fuerte anhelo, deseo, o necesidad de beber. 2. Tolerancia, es decir, la necesidad de beber cantidades de alcohol cada vez mayores para poder sentir su efecto. 3. Pérdida de autocontrol o incapacidad para dejar de beber una vez se ha comenzado. 4. Síndrome de retiro o síntomas de abstinencia, como náuseas, sudoración o temblores al dejar de beber, los cuales pueden conllevar incluso al *delirium tremens* (American Psychiatric Association, 1994).

Ante la gravedad, el alcance y las consecuencias individuales y sociales del alcoholismo, desde el siglo pasado se han hecho diversas investigaciones que han intentado esclarecer sus verdaderas dimensiones y han tendido a estudiar sus causas, consecuencias y tratamientos (Beard, 1998; National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 1997).

A escala etiológica se han podido establecer tanto factores genéticos e individuales, como familiares y socioculturales, que interrelacionados aumentan la probabilidad de que en un individuo se desarrolle la enfermedad (Casas, 1994; Freixa, 1996; Madden, 1986; Beard, 1998; American Accreditation Health Care, 2006; Tam, Weisner y Mertens, 2000; Dick, Meyers, Rose, Kaprio y Kendler, 2009, Becoña et al., 2012). En lo que se refiere a sus consecuencias, las investigaciones se han concentrado en comprender sus efectos en la salud física y mental del enfermo. Al respecto, se ha podido establecer que el alcoholismo está ligado con enfermedades gástricas como la esofagitis, así como de otra índole, que involucran la diabetes, la peritonitis, la hepatitis, la cirrosis y la pancreatitis. A escala neurológica se ha establecido ampliamente que produce disfunción aguda y crónica del cerebro, así como trastornos en el sistema nervioso central, que generan a su vez alteraciones en la memoria y en las funciones intelectuales, como cálculo, comprensión y aprendizaje (Arias, 2005).

Entre los problemas más frecuentes de los alcohólicos se citan la neuropatía periférica, la enfermedad de Wernicke, el síndrome de Korsakoff y la degeneración cerebelar (Beard, 1998; Madden, 1986; Cargiulo, 2007), a las que se agregan “lagunas mentales” o estados de amnesia alcohólica (Benítez y León, 2003). Adicionalmente, el alcoholismo se vincula con el incremento de suicidios consumados e intentos de suicidio, así como con trastornos mentales y de comportamiento, dentro de los cuales figura con más frecuencia el comportamiento agresivo y violento (Freixa, 1996; Beard, 1998; Petrakis, González, Rosenheck y Krystal, 2002; Wells y Graham, 2003; Fernández-Montalvo y Landa, 2003; Caetano, McGrath, Ramisetty-Mikler y Field, 2005).

En lo que se refiere al tratamiento del alcoholismo como enfermedad, diversos estudios han procurado establecer los efectos de diferentes tipos de intervenciones, como las farmacológicas, las psicológicas y las sociales (Peck, 1981; Calvo, 1983; Freixa, 1991; Kissin, Madden, Walker y Kenyon, 1987; Beard, 1998; Sánchez, 2002; Fernández-Montalvo y Lorea, 2005; Almazón, González y Rocha, 2012). Algunos tratamientos que combinan la farmacología con la atención psicológica resultan más eficientes que aquellos en que se utiliza únicamente un tipo de estrategia (Mattson y Litton, 2005; Kim et al., 2012). Los modelos interdisciplinarios incluyen componentes biológicos, psicológicos y sociales, y generalmente muestran resultados más prometedores en el tratamiento de la dependencia del alcohol (Kissin et al., 1987; Wilton y DeVerteuil, 2006).

Por otra parte, existe el Programa de Alcohólicos Anónimos (A. A.), que surgió en los Estados Unidos durante la década de los treinta y se ha expandido mundialmente. Dicho programa ha demostrado ser una alternativa adecuada para muchos individuos que padecen esta enfermedad, según testimonios de muchos miembros de la organización (Alcohólicos Anónimos, 1986) y los resultados de varias investigaciones (Galanter, 1999; Kaskutas et al., 2005; Kelly, Hoepfner, Stout y Pagano, 2012). No obstante, también hay que señalar que existen estudios que indican que este programa solamente tiene éxito entre un 30 y 35% de los casos (Nathan, 1982).

Los principios básicos de A. A., tal como se encuentran redactados hoy, fueron apropiados en su mayoría de los campos de la medicina y de la religión, aunque algunas de las ideas que tuvieron una importancia decisiva para el éxito del programa se adoptaron como resultado de observar el comportamiento de la comunidad e identificar sus necesidades. Los ‘doce pasos’ que se aplican en el programa son un conjunto de principios de naturaleza espiritual que, de adoptarse como estilo de vida, pueden liberar al enfermo de la obsesión por beber y transformarle en un ser íntegro, útil y feliz (Alcohólicos Anónimos, 1986).

Cualquiera que sea el tratamiento, existe un consenso entre los investigadores y profesionales que

trabajan en el campo de que tomar conciencia del problema y tener el deseo de solucionarlo es una precondition para el éxito del proceso de recuperación. Según DiClemente, Bellino y Neavins (1999), la motivación que demuestre cada individuo desempeña un papel fundamental en el tratamiento del alcoholismo. Fernández-Montalvo y Lorea (2005) plantean que los programas de tratamiento del alcoholismo constan habitualmente de cuatro fases específicas, dentro de las cuales la primera es precisamente la *fase de motivación para el cambio*, en la que se trata de lograr una mayor implicación en la terapia por medio del aumento de la conciencia sobre las consecuencias de la bebida, los beneficios de la abstinencia y las posibilidades de recuperación.

Las fases siguientes son la de *desintoxicación*, dirigida a lograr un periodo mínimo de abstinencia, para eliminar la dependencia físico-química —por medio de un control estimular, programa de actividades y/o conductas incompatibles con la bebida, instrucciones de autocuidado, técnicas para el control de la activación y, en casos necesarios, reestructuración cognitiva—; le sigue la *fase de deshabitación*, cuyo fin es eliminar la dependencia psicológica —las ganas de beber y el recuerdo selectivo de los aspectos positivos de la bebida— y normalizar la vida de la persona por medio de la eliminación de la función evocadora del consumo que tienen ciertos estímulos y de la creación de nuevos hábitos, mediante una exposición gradual a aque-lllos y el recordatorio de los efectos negativos del consumo; la última es una *fase de rehabilitación*, en la que se previene la aparición de recaídas.

Dependiendo de la motivación, Wilson (1987) plantea que existen tres posibilidades para un alcohólico o adicto: la primera es a. escoger no vivir y b. escoger morir. El resultado usualmente es el suicidio o una muerte lenta y dolorosa a raíz del alcoholismo o la adicción. La segunda posibilidad consiste en: a. escoger no morir y b. escoger vivir. El resultado es un cambio de vida. La tercera posibilidad radica en: a. escoger no morir y b. escoger no vivir. El resultado es un ajuste y aceptación del sistema adictivo.

Casi siempre la toma de conciencia y el deseo de cambio se producen a partir de experiencias críti-

cas causadas por el consumo excesivo de alcohol, que en lenguaje popular se conocen como experiencias de “tocar fondo”. Si se tiene en cuenta que el alcoholismo es una enfermedad progresiva que va generando tanto alteraciones en el comportamiento como daños psicosomáticos diversos, es comprensible que en el transcurso de la carrera alcohólica los individuos atraviesen situaciones adversas y críticas. Según los historiales de Alcohólicos Anónimos (AA, 1986), estas experiencias son decisivas para iniciar un proceso de recuperación. ¿Qué tipo de situaciones experimentan los alcohólicos, hombres y mujeres, que llevan a “tocar fondo”? ¿En qué consiste, esencialmente, la experiencia de “tocar fondo”? ¿Qué significado tiene para los alcohólicos esta experiencia? ¿Qué papel cumple ella en su proceso de recuperación? Estas son las preguntas que el estudio buscó responder, teniendo como propósito central describir fenomenológicamente la experiencia de “tocar fondo” en alcohólicos anónimos ya recuperados.

Sin duda, la fenomenología nos ofrece una alternativa viable para responder estas preguntas. La fenomenología como escuela se originó en la enseñanza de Franz Brentano y su máximo exponente en Edmund Husserl, quien empleó el método fenomenológico para desarrollar uno de los sistemas filosóficos más populares y refinados de la primera mitad del siglo XX (Treviño, 2007). La fenomenología como movimiento filosófico estudió la conciencia y su armazón, como también los fenómenos (entendidos como ocurrencias perceptibles u observables) que se manifiestan en la conciencia (Lyotard, 1989). Dicho de otro modo, la fenomenología se refiere al mundo tal como nosotros lo experimentamos de manera prerreflexiva e inmediata, antes de conceptualizarlo, categorizarlo o reflexionar sobre este. Según Treviño:

... para la fenomenología, esa fenomenología de la que se apropió una corriente del pensamiento psicológico, el fenómeno ocurre no en la interioridad misma del sujeto, sino en la relación donde se vinculan sujeto y mundo: en la experiencia vivida por el sujeto y la significación que esta tiene para él en un momento determinado (2007, p. 251).

De este modo, su finalidad es obtener una comprensión profunda del significado de nuestras experiencias cotidianas y de nuestras experiencias vividas (Van Manen, 1990).

La experiencia vivida, en su forma más básica, envuelve la conciencia inmediata y prerreflexiva de lo que vivimos o experimentamos del mundo: contemplar un atardecer, asistir a una manifestación pública, separarse de un cónyuge, ser víctima de un terremoto o tocar fondo como alcohólico. Sin embargo, la experiencia vivida tiene una estructura temporal: nunca puede ser aprehendida en su manifestación inmediata, sino solamente reflexivamente como vivencia pasada. La apropiación del significado de una experiencia vivida es siempre de algo pasado y por ello recurre a su reconstrucción mediante la expresión lingüística (Van Manen, 1990).

El propósito de la fenomenología es, entonces, transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su estructura esencial, de manera que el texto conduzca a revivirla reflexivamente, y a una apropiación meditada de su significado. Así, la fenomenología es el estudio de las esencias, como lo afirmaba Merleau-Ponty (1962). Sin embargo, el término “esencia” debe ser entendido como una construcción lingüística, como una descripción de un fenómeno. En una descripción rigurosa de lo que constituye la estructura esencial de una vivencia, tal experiencia es revelada de forma que es posible comprender su naturaleza y significado de manera rica y profunda.

Para la psicología y las ciencias de la salud es pertinente ampliar el conocimiento de la experiencia humana en general, y de la experiencia alcohólica en particular, y aumentar el conocimiento disponible sobre la naturaleza y el papel que tienen las experiencias de “tocar fondo” en el proceso de recuperación del alcoholismo. Ello posibilita lograr una mayor comprensión empática entre psicólogos, médicos, enfermeras, educadores, padres de familia y demás profesionales, con miras a que, por medio de un conocimiento activo-sensitivo (*action-sensitive knowledge*) (Van Manen, 1990), puedan ofrecer una ayuda más adecuada a quienes padecen esta enfermedad.

Método

Diseño

Para el presente estudio se utilizó el método fenomenológico desarrollado por Moustakas (1994).

Participantes

De acuerdo con la propuesta de Moustakas (1994), los participantes asumen una posición de coinvestigadores. En el presente estudio, fueron cinco hombres y tres mujeres pertenecientes a la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de Bogotá, quienes participaron voluntariamente y cuya selección se hizo por medio de un procedimiento no probabilístico de máxima variación en los casos y de la estrategia de bola de nieve (Miles y Huberman, 1994). La variabilidad se evidenció en la edad de los participantes, que osciló entre los 36 y los 74 años; en el nivel socioeconómico (estilos bajos, medios y altos), en su nivel educativo (desde bachillerato incompleto hasta estudios de maestría), en su estado civil (solteros, casados, separados y viudos), en su ocupación (ama de casa, pensionado, profesor universitario, gerente, vendedor, ingeniero, pintora y obrero), y en el tiempo de vinculación con la Comunidad de Alcohólicos Anónimos (de 2 a 26 años).

Instrumentos

Se aplicó una entrevista que giró en torno a tres preguntas centrales y sobre las cuales se profundizó por medio de las tácticas de ampliación, parafraseo y recapitulación: 1. ¿qué tipo de situaciones críticas vivió usted como alcohólico que lo condujeron a tocar fondo?; 2. por favor describa qué sintió y qué significado tuvo para usted la experiencia de tocar fondo; 3. ¿qué papel cree usted que tuvo esta experiencia en su proceso de recuperación? Con la autorización de los participantes, se utilizó una grabadora para registrar las entrevistas.

Procedimiento

Por medio de contactos con la Comunidad de Alcohólicos Anónimos de Bogotá se buscó la

participación de ocho personas, entre las cuales algunas ayudaron a contactar a otras a través del procedimiento de bola de nieve. A estas personas se les dio a conocer el propósito de la investigación, se les garantizó anonimato y confidencialidad, y se les solicitó firmar un formulario de consentimiento informado. Los ocho investigadores fueron entrevistados por separado, en un sitio tranquilo, cómodo, privado y elegido por cada uno ellos, el cual fue, en la mayoría de los casos, su lugar de residencia o la sede del grupo de Alcohólicos Anónimos al que pertenecen. Cada entrevista fue grabada y transcrita textualmente.

Posteriormente, se efectuó el análisis de datos siguiendo los pasos propuestos por Moustakas (1994). En primer lugar, la *horizontalización*, a partir de tres grandes unidades temáticas: 1. los sucesos que configuran la experiencia de tocar fondo; 2. el significado de la experiencia de “tocar fondo”, y 3. el significado de la experiencia de “tocar fondo” en el proceso de recuperación.

La horizontalización consistió en identificar en las entrevistas transcritas afirmaciones significativas de los participantes sobre la unidad temática, al darle a cada afirmación el mismo valor y elaborar una lista con ellas sin que hubiera repeticiones, las cuales fueron relacionadas en una matriz. En segundo lugar, la *descripción textural*, en la que se agruparon las afirmaciones en unidades de significado para describir la textura de cada unidad temática. En el último paso se integraron y sintetizaron los análisis precedentes en una descripción del significado y de la naturaleza de la experiencia, dando lugar a la *descripción estructural*.

Se utilizaron los siguientes procedimientos de verificación del proceso analítico: 1. los análisis fueron sometidos a la revisión de un investigador externo, quien debió reconocer la lógica y el sentido de la experiencia; 2. reconocimiento espontáneo y análisis racional en los que los mismos investigadores se preguntaron si los patrones o significados encajaban lógicamente y si los mismos elementos podían ser ordenados para constituir un patrón diferente; 3. revisión de los resultados y de la interpretación de los investigadores

en una sesión grupal a la que asistieron cuatro de los participantes y dos alcohólicos anónimos que no habían participado anteriormente en la investigación, gracias a la cual se pudo constatar que lo postulado por los investigadores describía de manera acertada lo esencial de sus experiencias de tocar fondo.

Resultados

De acuerdo con las preguntas de la investigación y el proceso analítico efectuado, a continuación se presentan los resultados estructurados en tres grandes temáticas: en primer lugar, los sucesos particulares que configuraron en cada uno de los participantes la experiencia de “tocar fondo” y que responden a la pregunta sobre el tipo de situaciones que experimentan los alcohólicos, tanto hombres como mujeres, que llevan a “tocar fondo”. En segundo lugar, el significado de la experiencia de “tocar fondo”, a partir de los sentimientos vividos y los sentidos comunes y compartidos por todos los participantes respecto a la experiencia, lo cual responde a la pregunta por su naturaleza, por aquello que hace que ella sea lo que es. En tercer lugar, el significado y el papel que tuvo la experiencia de tocar fondo en el proceso de recuperación de los participantes. Y por último, se intenta ofrecer la estructura esencial de la experiencia.

Los sucesos que configuran la experiencia de “tocar fondo”

Son diversas las situaciones difíciles y los sucesos adversos que vivieron los participantes por su consumo de alcohol, los cuales se relacionan en la tabla 1. Además, según testimonios de los participantes, no fue una, sino varias las situaciones que los desplomaron hacia el fondo. Es decir, estas situaciones muestran un carácter acumulativo y culminan en una situación que conjura la experiencia de “tocar fondo”. Esta idea la expresa uno de los participantes, al afirmar elocuente: “Yo toqué varios fondos hasta que llegué al último”.

Tabla 1.
Descripción textural: clasificación de los sucesos

1. Problemas y pérdidas familiares

- Le pegué a mi esposa.
 - Mi matrimonio se acabó.
 - Abandoné a mi familia.
 - Mi mamá me echó de mi casa y me tuve que ir con mi hija de 9 años.
 - Mis hijos no me querían ver.
 - Haber visto a mi mamá destrozada llegando a Medicina Legal.
 - Fui irresponsable con mi hija y perdí comunicación con mis padres.
-

2. Problemas y pérdidas laborales

- Había perdido el respeto en mi sitio de trabajo.
 - Yo encontré fondo en el desprestigio.
 - Perdí mi trabajo, perdí mi profesión.
 - Hacía malos negocios, sin sentido.
-

3. Ruina económica

- Había perdido todo, solo tenía dos pares de medias, un jean y un par de camisetas. El resto estaba perdido.
 - Vivi en la calle.
 - Una vez una mujer me quiso dar ropa. Mi estado físico era deplorable. Me sentí mal, pues a mí nadie nunca me había dado limosna.
 - Me tocó llegar a la casa de mi exsuegra porque no tenía a dónde ir, ni un peso en el bolsillo.
-

4. Problemas de salud física y mental

- Estuve al borde de la muerte después de haber tenido un accidente automovilístico y mi carro quedó desbaratado.
 - Perdí el conocimiento y fui declarado loco por especialistas en psiquiatría.
 - Tenía ganas de suicidarme, la idea mía era volarme la cabeza, pero no tenía valor para hacerlo.
 - Muchas veces llegué herido a mi casa.
 - Me desperté en un gran manicomio que existe en París y al moverme me di cuenta de que estaba desnuda y me tenían amarrada.
-

5. Pérdida de los amigos y aislamiento social

- Mis amigos me evitaban y me rechazaban; no tenía ni enemigos, estaba tan mal que ni para enemigos.
 - No podía volver a los sitios donde la embarraba, cerraba las puertas, hasta que no tuve a dónde ir y me quedé totalmente solo.
-

6. Comportamientos desviados

- La mitomanía me ayudó a tocar fondo, pues detestaba volverme mentiroso.
 - Herí a muchas personas y a un amigo lo herí mortalmente.
 - Me desperté y estaba en una casa y en una cama que no eran las mías. Frente a mí, sentado en una silla, estaba un hombre desconocido.
 - Muchas veces llegué desnudo a la casa.
 - No podía sacar a la calle ni una joya, ni el pasaporte, porque todo se me perdía, hasta los sacos.
 - Se llegó un 28 de diciembre y yo llegué a mi casa con dos botellas de buen coñac. Me desperté el 2 de enero y en mi casa encontré un paraguas que no sé de dónde salió y una máquina de afeitar de hombre que no sé de dónde salió.
 - La última borrachera mía duró tres días, hasta que de pronto me di cuenta de que estaba manejando un carro que no era mío, con un pasajero que no conocía.
-

Fuente: elaboración propia.

El análisis de la tabla 1 permite identificar que las situaciones difíciles y los sucesos adversos vividos por los participantes se relacionan, en primer lugar, con *problemas y pérdidas familiares*: violencia, separación conyugal, alejamiento y rechazo de los hijos, el hecho de ocasionar dolor a seres queridos y la salida del hogar en condiciones conflictivas. En segundo lugar, con *problemas y pérdidas laborales*, como el des prestigio, la pérdida del empleo y del ejercicio profesional. En tercer lugar, se refieren a situaciones de *ruina económica*, que en algunos casos incluyó un modo de mendicidad y hasta la indigencia. En cuarto lugar, tienen que ver con *problemas de salud física y mental*, como estar al borde de la muerte a causa de un accidente automovilístico, la pérdida del conocimiento o un diagnóstico de enfermedad mental, hospitalizaciones en clínicas psiquiátricas, sufrir heridas y experimentar ideación suicida. En quinto lugar, hallamos la *pérdida de los amigos*, el deterioro de la red social y el subsiguiente aislamiento social. En sexto lugar, se refieren a *comportamientos des-*

viados, muchos de ellos exhibidos bajo condiciones de amnesia alcohólica o “lagunas mentales”, como llegar desnudo a casa, mentir, despertarse en casa de un desconocido, conducir a un hombre desconocido a su casa, herir a otros e, incluso, causar la muerte de un amigo cercano.

El significado de la experiencia de “tocar fondo”

Ante las situaciones y sucesos adversos previamente descritos, los participantes expresaron haber “tocado fondo”. ¿Cuál es el significado de esta experiencia? Las afirmaciones que figuran en la tabla 2 permiten describirla como una vivencia de *ruina existencial*, de muerte en vida, de tragedia y desgracia, de derrota ante el poder del alcohol, de desquiciamiento y pérdida del sentido de la vida, en la que percibieron la destrucción o deterioro de las distintas esferas de su existencia (afectiva, familiar, económica, laboral, moral y espiritual).

Tabla 2.
Descripción textural de la experiencia de “tocar fondo”

1. Ruina existencial

- Es un desquiciamiento total de la vida.
- Es una muerte en vida.
- Es una derrota ante el poder del alcohol.
- Es meterse en un hoyo oscuro y profundo.
- Es una ruina afectiva, moral, espiritual, económica, familiar y laboral.
- Una vida caótica y sin sentido.
- La vida es una desgracia.
- La vida es una tragedia.

2. Deterioro de la identidad

- Sentimiento de inutilidad, de ser paria.
- Sentirse una mierda, lo peor.
- Sentirse como una cucaracha.
- No tenía de qué enorgullecarme, había perdido la dignidad.
- Me daba lástima y vergüenza de mí mismo.
- Mi autoestima estaba en el piso.

3. Perturbación emocional y sentimientos negativos

- Vergüenza y culpa.
- Angustia, miedo, terror.
- Sentimiento de vacío.
- Ira, rabia.
- Desasosiego y desesperación.
- Melancolía, dolor, tristeza.
- Soledad, sentimiento de no pertenecer al mundo.

Fuente: elaboración propia.

Junto con la vivencia de una ruina existencial, los participantes testimoniaron un *deterioro de la identidad*, ya que, desasosegados, se sintieron parias, inútiles, cucarachas, lo peor. También, sintieron lástima y vergüenza de sí mismos. Reconocieron que habían perdido la dignidad. En el marco de esta vivencia de ruina existencial y deterioro del sentido del propio yo, también sufrieron *una perturbación emocional* y soportaron *sentimientos muy negativos*, como vergüenza y culpa, angustia, miedo, terror, ira, rabia, desesperación, melancolía, dolor y tristeza, ligados con una sensación de soledad profunda, de no pertenecer al mundo.

El significado de la experiencia ... “tocar fondo” en el proceso de recuperación

Al analizar el significado que tuvo la experiencia de “tocar fondo” en el proceso de recuperación de los participantes, las afirmaciones de la tabla 3 indican que en dicha experiencia se vive una *toma de conciencia y un cuestionamiento existencial*, pues los participantes manifiestan, por una parte, haberse dado cuenta de su derrota ante el poder del alcohol y de su ruina existencial, y haberlas reconocido; y por otra, haberse preguntado si ese era el tipo de vida a la que aspiraban, llegar a considerar que no lo era y que no deseaban seguir descendiendo por el abismo y recorriendo ese camino que conducía a la autodestrucción.

Tabla 3.

Descripción textural del significado de la experiencia de “tocar fondo” en el proceso de recuperación

1. Toma de conciencia y cuestionamiento existencial

- El fondo es tomar conciencia y preguntarse hasta qué punto estoy dispuesto a seguir con esta vida de perro. A mí eso fue lo que me hizo parar.
 - Me permitió darme cuenta, saber que algo andaba mal conmigo, que tenía un vacío en mi vida que estaba llenando con el alcohol y que eso no estaba solucionando nada, sino cada vez empeorando todo.
 - Asumí la responsabilidad de mi derrota, la reconocí.
 - Tocar fondo es llegar al punto en el que uno siente que moralmente no puede bajar más.
 - Hace que uno sienta que no puede seguir viviendo así, tan indignamente, tan cobardemente, porque es una cobardía esconderse detrás del alcohol para poder funcionar.
 - El fondo me hizo darme cuenta de que no quería seguir con la vida que tenía, que había perdido a mis hijos y que estaba sola.
-

2. Deseo de cambio

- Sentí deseos de dejar de beber.
 - Tocar fondo trae como consecuencia un verdadero deseo de luchar por conseguir la sobriedad.
-

3. Búsqueda de ayuda

- Busqué ayuda.
 - Llamé a Alcohólicos Anónimos y asistí a mi primera reunión.
 - Me llevó a los grupos de Alcohólicos Anónimos y pude darme cuenta de que era posible vivir sin el alcohol, de que hay una vida sin tener que tomar para olvidarlo todo.
-

4. Sentimiento de esperanza y liberación

- Lo que uno experimenta es como una especie de liberación esperanzadora, pues el fondo mismo lo lleva a sentir que uno puede salir de esos problemas y que no tiene que pasar por esta vida en forma tan trágica.
 - Cuando uno reconoce el fondo, uno comienza a pensar que tiene otra oportunidad, que puede rehacer todo y darle un nuevo sentido a la vida.
 - Es la construcción de una esperanza, porque uno también siente que de esas ruinas totales puede construir algo que tenga verdadero sentido.
 - Ese fue el sentimiento que yo tuve, que podía enfrentar el mundo y tener valor.
-

5. Renacimiento y crecimiento

- Volví a nacer, pero volví a nacer gracias a los grupos de apoyo.
- Es la posibilidad de crecer a partir del dolor.
- Me permitió construir un presente brillante y un futuro sin temores.
- A partir de ese momento he ido creciendo espiritualmente y me he dedicado al servicio.
- Esos fondos, ese dolor, todo eso ha redundado en que hoy vivo una vida plena.
- Me permitió iniciar un proceso que fue doloroso, pero de crecimiento.

6. Soporte para permanecer sobrio

- Esos fondos son los que le sirven a uno como soporte para no consumir más licor, porque volver a esa vida sería volver a caer en la desgracia.
- El fondo tiene un sabor que a mí no me gustó, hay gente que le gusta ese sabor a abismo, pero a mí me dolió mucho haber estado en ese estado y no deseó volver a revivir esos fondos, sería mortal.
- Me dio la firmeza de no tomar licor y el deseo de ayudar a quienes estén tratando de salir de ese mundo de los fondos.
- Todavía hoy me duele y espero que me siga doliendo y no se me olvide, porque el día que se me olvide corro peligro.

Fuente: elaboración propia.

De manera articulada y coherente, luego de la toma de conciencia y de un cuestionamiento existencial, como parte de la experiencia de “tocar fondo” se percibe en los participantes el *deseo de cambiar*, de dejar la bebida y transformar su vida, el cual conduce a *buscar ayuda*, lo que en el caso de los participantes se hizo en la Comunidad de Alcohólicos Anónimos. Es comprensible, por ende, que se experimente un sentimiento de esperanza y de liberación: esperanza en una vida mejor, en la posibilidad de rehacer la existencia, libres de la dependencia al alcohol.

La toma de conciencia, el deseo de cambiar, la búsqueda de ayuda y el sentimiento de esperanza y liberación se articularon de modo que permitieron a los participantes iniciar un proceso de *renacimiento y crecimiento*, a partir del cual lograron transformar sus vidas y construir un presente satisfactorio. Es decir, el dolor ocasionado por la “muerte en vida” les permitió darle un giro a su existencia que comenzó con “parar” o interrumpir el consumo de alcohol. Por ello, la experiencia de “tocar fondo” es como un proceso de muerte y renacimiento. Ahora bien, esta experiencia, particularmente el sufrimiento experimentado por la ruina existencial y la destrucción sistemática del yo, se erige en un *soporte para permanecer sobrio*, dado que los participantes expresaron su

unánime deseo de evitar recaer en la misma situación.

La estructura esencial de la experiencia de “tocar fondo”

A partir del proceso analítico precedente se puede describir la estructura esencial de la experiencia de “tocar fondo” de la siguiente manera: por sucesos adversos de distinta índole (familiares, económicos, sociales, laborales y de salud), los cuales tienen un carácter acumulativo, se configura una experiencia en la que el alcohólico se siente muerto en vida, derrotado ante el poder que tiene el alcohol sobre su comportamiento y en la que percibe su existencia y su ser destruidos, lo cual produce una compleja gama de emociones que oscilan entre la vergüenza y la culpa, hasta un sentimiento de soledad y de exclusión del mundo.

“Tocar fondo” significa tomar conciencia de esta situación existencial, preguntarse si se quiere mantener o transformar, exhibir deseos de cambiar, detenerse en el camino a la autodestrucción, buscar ayuda, respirar esperanza y liberación, y así empezar un proceso de renacimiento y transformación de la existencia que comienza con

abandonar la bebida y conduce a una vida más plena y saludable. Así, la experiencia de “tocar fondo” es un proceso de muerte y renacimiento que conduce a la emancipación.

Discusión

El objetivo del estudio consistió en describir fenomenológicamente la experiencia de “tocar fondo” en alcohólicos anónimos recuperados y comprender el significado que tuvo en su proceso de recuperación.

Tal como se señaló, existen tres posibilidades que un adicto o alcohólico puede escoger: puede elegir no vivir y morir; puede elegir no morir y vivir; y puede, también, elegir no morir y a la vez no vivir, por paradójico, y ajustarse al sistema adictivo (Wilson, 1987). Las personas que participaron en esta investigación escogieron la segunda posibilidad: rechazaron la muerte y optaron por la vida. Pero lo hicieron a partir de pasar por la experiencia de “tocar fondo”, que se asemeja a un proceso de muerte y de duelo, seguido de uno de renacimiento que conduce a la emancipación.

En efecto, los resultados del estudio muestran que los participantes vivieron diversas situaciones adversas que, acumuladas, configuraron una situación de ruina existencial y de pérdidas en los diversos ámbitos de la vida, así como de deterioro de la propia identidad, lo cual coincide con los hallazgos de las investigaciones previas (Beard, 1998; Madden, 1986; Cargiulo, 2007). Estos afirman que el alcoholismo afecta la salud física y mental del individuo, circunstancia presente en todos los participantes, dos de los cuales llegaron a estar hospitalizados en clínicas psiquiátricas; uno, a estar al borde de la muerte por un accidente de tránsito, y tres, a pasar por la ideación suicida. Así mismo, todos sufrieron un deterioro de la identidad y experimentaron sentimientos de minusvalía (sentirse “un paria, como una cucaracha, lo peor”), así como estados emocionales muy difíciles, incluido un intenso sufrimiento (Freixa, 1996; Beard, 1998). Adicionalmente, se extraviaron en “lagunas mentales” o estados de amnesia alcohólica (Benítez y León, 2003).

Del mismo modo, las investigaciones previas indican que el alcoholismo afecta la vida familiar, social, económica y laboral de las personas (Beard, 1998; Wells y Graham, 2003; Caetano, et al., 2005). Esto se constató en todos los participantes, quienes vivieron problemas y pérdidas familiares (separaciones conyugales, rechazo de los hijos y alejamiento del hogar), las cuales les produjeron inmenso dolor. También, tuvieron que enfrentar dificultades laborales, que en el caso de algunos llevó al desprestigio, la pérdida del empleo y el abandono del ejercicio profesional. Varios sufrieron dificultades económicas, que en ciertos casos condujeron a situaciones de pobreza extrema e indigencia. Hubo, sin duda, pérdidas de amistad, aislamiento social, y la mayoría exhibieron comportamientos desviados que iban en contra de sus códigos éticos (mentir, pasar la noche con un desconocido, llegar desnudo a la casa y herir mortalmente a un amigo, entre otros).

Según las evidencias arrojadas por este estudio, la experiencia de “tocar fondo” en un alcohólico consiste en experimentar un intenso sufrimiento al percibir su impotencia ante anhelos insoporables de consumir alcohol, su derrota ante la sustancia y la subsiguiente ruina existencial y deterioro del yo a los que conduce la ingesta incontrolada. Constituye un momento de lucidez que permite tomar conciencia de la ruina existencial y preguntarse si se desea nutrirla o destronarla. De ahí que el *primer paso* del programa de Alcohólicos Anónimos implica admitir “que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables” (1986, p. 19). Es decir, este primer paso, sin el cual, según el programa, no es posible recuperarse del alcoholismo, invita a la toma de conciencia del consumo incontrolado de alcohol que caracteriza la enfermedad y que ha conducido al individuo a desmoronar su vida y a minar su cuerpo y su mente.

Es precisamente a partir de aquel “darse cuenta” y de aceptar la derrota o la imposibilidad de controlar el consumo de alcohol, de comprender cómo este consumo ha trastocado la vida sumiéndola en el delirio y del cuestionamiento existencial concomitante (“me pregunté hasta qué punto quería seguir llevando esta vida de perro”), que

el alcohólico eventualmente opta por la vida al momento de “tocar fondo”.

Por esto, dentro de los elementos que caracterizan la experiencia aquí analizada se encuentra el deseo de cambiar. En otras palabras, optar por la vida significa sentir deseos de dejar atrás ese tipo de “muerte en vida” que constituye la ruina existencial a la que se llega por el consumo descontrolado de alcohol. Dicho de otro modo, “tocar fondo” significa no solo tomar conciencia de la situación, reconocerla, aceptarla y desear transformarla, sino actuar y movilizarse para lograrlo. De ahí que la recurrencia de buscar ayuda como punto de inflexión en la experiencia de “tocar fondo” sea el mejor indicador de esta disposición positiva, lo cual coincide con el planteamiento de DiClemente et al. (1999), para quienes el alcohólico debe estar dispuesto a someterse a un tratamiento, pues sin su motivación los resultados no serían exitosos.

Es comprensible que, junto con los elementos anteriores, esta experiencia también se caracterice por sentimientos de esperanza y liberación. Si la persona toma conciencia de la situación de derrota ante el alcohol, degusta los sinsabores de la ruina existencial, experimenta deseos de cambiar y busca ayuda, resulta fácil de entender que sienta que puede volver a comenzar y rehacer su vida. Sin duda, la persona tiene motivos para sentir esperanza al estar comenzando un proceso de liberación del estado de enajenación producido por la dependencia al alcohol.

De ahí que igualmente resulte lógico, dentro de la estructura trazada de la experiencia, que también signifique el inicio de un proceso de renacimiento y crecimiento, que se siente como un volver a vivir. Es decir, como un proceso de renacimiento, pues de la muerte se pasa a una vida más plena. Dado que morir en vida resulta doloroso, se entiende por qué varios de los participantes expresaron que esta experiencia, dentro del proceso de recuperación, significa “crecer a partir del dolor”. Esto sugiere que el dolor, la culpa, la vergüenza, el miedo, el desasosiego, la desesperación y la angustia que se padecen durante el transcurso de la experiencia de “tocar fondo” son condiciones necesarias para iniciar el proceso

de recuperación del alcoholismo y la construcción de una nueva vida. Por esto mismo, también es comprensible que los sentimientos vividos contribuyan no solo a generar el deseo de cambiar, sino que se conviertan en el soporte y aliciente para permanecer sobrio, pues los participantes manifestaron no querer a volver a experimentarlos.

Ahora bien: ¿qué aporta esta comprensión de la experiencia de “tocar fondo” en alcohólicos recuperados? En primer lugar, los resultados del estudio enseñan que “tocar fondo” implica un enorme sufrimiento, frente al cual los profesionales de la psicología, de la salud o de la educación deben asumir actitudes de empatía y comprensión. Dicho de otra manera, los resultados del estudio enseñan que el alcohólico está enfermo y que sufre a causa de su enfermedad y de las consecuencias que le genera. Sin duda, llegar a comprender que la condición de alcohólico entraña una forma de estar en el mundo que implica un dolor profundo, permite enriquecer no ya el trato y la atención médica que requieren dichos pacientes, sino derribar los prejuicios morales que se han tejido en torno a los alcohólicos.

En segundo lugar, comprender la naturaleza de esta experiencia hace pensar que, de cara a la recuperación de quienes sufren de alcoholismo, parece necesario que quienes los rodean no impidan que rueden por la pendiente y eviten comportamientos protectores que los “libren” de una situación crítica. Aunque pueda sonar paradójico, o incluso moralmente inaceptable, los resultados sugieren que quienes deseen ayudar a un alcohólico, lo único que pueden hacer es no ayudarlo antes de que él mismo pida o reclame ayuda, en el sentido de protegerlo o facilitarle resolver sus problemas mientras que se encuentra consumiendo alcohol (pagarle deudas, disculparlo en el trabajo, ocultar el problema, entre otros). Por el contrario, asumir comportamientos firmes de rechazo frente al consumo parece ser más favorable, como ocurrió en el caso de una de las participantes, a quien su madre “echó de la casa”. Dado que el compromiso de la persona con su propia recuperación es crucial y que este parece ser fruto del dolor, una máxima para quien desee ayudar a un alcohólico es no evitar el sufrimiento.

Lo anterior no excluye ofrecer otro tipo de ayudas para evitar el deterioro progresivo, como la que brindan los alcohólicos recuperados a otros alcohólicos aún activos a través de “pasar el mensaje”, es decir, de compartir con ellos su propia experiencia de alcoholismo, ruina y recuperación. De hecho, el *paso doce* del Programa de Alcohólicos Anónimos reza: “Habiendo experimentado este despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos” (Alcohólicos Anónimos, 1986, p. 22). Así, por medio de este paso, los alcohólicos recuperados logran motivar a quienes aún sufren a causa del alcoholismo a iniciar su camino de recuperación, y pasar por la primera fase de todo proceso de recuperación, que, según Fernández-Montalvo y Lorea (2005), implica el desarrollo de la motivación para el cambio. En otras palabras, para aumentar la conciencia sobre las consecuencias de la bebida, los beneficios de la abstinencia y las posibilidades de recuperación, en esta fase puede ser útil conocer la experiencia de “tocar fondo” de alcohólicos recuperados.

Aunque bien otras aproximaciones teóricas y otras alternativas metodológicas hubiesen permitido dilucidar diferentes aspectos de la compleja enfermedad del alcoholismo, el método fenomenológico adoptado permitió comprender en qué consiste la experiencia de “tocar fondo” y muestran, como lo señala Treviño (2007), la actualidad de la fenomenología en la psicología. Sin embargo, en armonía con la capacidad heurística que deseablemente debe tener toda práctica investigativa, surgen algunos interrogantes que podrían ser respondidos en futuras investigaciones: ¿por qué algunas personas “tocan fondo” y otras personas no? ¿Qué hace que ese proceso de renacimiento ocurra en ciertos individuos, mientras que en otros no? ¿Por qué algunas personas escogen la muerte o la “muerte en vida”?

Referencias

- Alcohólicos Anónimos. (1986). *Alcohólicos Anónimos. El texto Básico de Alcohólicos Anónimos*. Versión en español de la tercera edición del original en inglés. Medellín: Corporación Nacional de Servicios Generales de A. A.
- Almazán, G., González, M., & Rocha, M. (2012). Análisis del cambio en un problema de adicción al alcohol. Estudio de caso. *Clinica y Salud*, 23(1), 63-87
- American Accreditation HealthCare. (2006). Alcoholismo. En: *Enciclopedia Médica en español*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000944.htm#Definición>.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th Ed.). Washington, D.C.: Library of Congress.
- Arias, R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 138-147.
- Beard, J. D. (1998). Clinical and experimental research on alcoholism. A brief review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(9), 1874-1892.
- Becerra, E., Martínez, U., Calafat, A., Montse, J., Duch, M., & Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253-268
- Benítez, H., & León, J. (2003). *Manual SET del alcoholismo: Aspectos sociales de la evaluación diagnóstica del alcoholismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Caetano, R., McGrath, C., Ramisetty-Mikler, S., & Field, C. A. (2005). Drinking, alcohol problems and the five-year recurrence and incidence of male to female and female to male partner violence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 98-106
- Calvo, R. (1983). Tratamiento conductual del alcoholismo. *Estudios de Psicología*, 13, 10-27.
- Cargilio T. (2007). Understanding the health impact on alcohol dependence. *American Journal of Health*, 64(3), S5- S10.

- Casas, M. (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona: Citrán.
- Dick, D. M., Meyers, J., Rose, R., Kaprio, J., & Kendler, S. (2009). Measures of current alcohol consumption and problems: two independent twin studies suggest a complex genetic architecture. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(12), 2152-2161.
- DiClemente, C., Bellino, L., & Neavins, T. (1999). *Motivation for Change and Alcoholism Recovery*. Recuperado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>.
- Fernández-Montalvo, J., & Landa, N. (2003). Comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de personalidad. *Clinica y Salud*, 14, 27-41.
- Fernández-Montalvo, J., & Lorea, I. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de alcoholismo. En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez (Coords.). *Terapia Psicológica: Casos prácticos*. (pp. 139-147). Madrid: Pirámide.
- Freixa, F. (1991). Tratamiento psicológico de la adicción al alcohol. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.). *Manual de psicología clínica aplicada*. (pp 173-185). Madrid: Siglo XXI.
- Freixa, F. (1996). *La enfermedad alcohólica: modelo psicobiológico de trastornos comportamentales*. Barcelona: Herder.
- Galanter, M. (1999). Research on Spirituality and Alcoholics Anonymous. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(4), 716-719.
- Kaskutas, L. A., Ammon, L., Delucchi, K., Room, R., Bond, J., & Weisner, C. (2005). Alcoholics anonymous careers: patterns of aa involvement five years after treatment entry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(11), 1983-1990.
- Kelly, J. F., Hoeppner, B., Stout R. L., & Pagano M. (2012). Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within alcoholics anonymous: a multiple mediator analysis. *Addiction*, 107(2), 289-299.
- Kim, J. W., Choi, Y. S., Shin, K. C., Kim, O. H., Lee, D. Y., Jung, M. H., Lee, B. C., Kang, T.-C., & Choi, I.-G. (2012). The effectiveness of continuing group psychotherapy for outpatients with alcohol dependence: 77-month outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(5), 686-692.
- Kissin, B., Madden, J. S., Walker, R., & Kenyon, W. H. (1987). Alcoholism and drug dependence: a multidisciplinary approach. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1(4), 379-393.
- Lyotard, J.F. (1989). *La fenomenología*, Barcelona: Paidós.
- Madden, J. (1986). *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: Manual Moderno.
- Matteson, M., & Litten, R. (2005). Combining treatments for alcoholism: why and how? *Journal of Studies on Alcohol*, 15, 8-16.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994) *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias psicoactivas 2008*. Bogotá: Editorial Guadalupe.
- Monteiro, M. G. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas. Un caso para la acción*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, C.A.: Sage.
- Nathan, P. E. (1982). Alcoholismo. En H. Leitenbeg. *Modificación y Terapia de Conducta. Tomo I. Edad Adulta*. (pp. 21-76). Madrid: Morata.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1997). Emerging approaches to alcohol research. *Alcohol Research: Current Reviews*, 21(4), 277-286.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Global status report on alcohol 2004. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/es/>.
- Peck, D. (1981). Progresos en el estudio y tratamiento del alcoholismo. En D. Peck y J. Cáceres. *Avances en la terapia de conducta*. (pp 201-218). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Petrakis, I. L., González, G., Rosenheck, R., & Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol and Comorbid Mental Health Disorders*, 26, 80-91.
- Sánchez, E. (2002). Psicoterapia en los trastornos por consumo de sustancias. *Anales de psiquiatría* 18(4), 180-188.
- Tam, T. W., Weisner, C., & Mertens, J. (2000). Demographic characteristics, life context, and patterns of substance use among alcohol-dependent treatment clients in a health maintenance organization. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(12), 1803-1810.
- Treviño, R. (2007). Actualidad de la fenomenología en psicología. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 3(2), 249-261
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience*. London: State University of New York Press.
- Wells, S., & Graham, K. (2003). Aggression involving alcohol: relationship to drinking patterns and social context. *Addiction*, 98, 33-42.
- Wilson, A. (1987). *When Society becomes an addict*: San Francisco: Harper & Row Publishers.
- Wilton, R., & DeVerteuil, G. (2006). Spaces of Sobriety/sites of Power: Examining social model of alcohol recovery programs as therapeutic landscapes. *Social Science & Medicine*, 63, 649-661.