

Etica y alcoholismo

Investigación sobre aspectos de la identidad personal tal como aparecen en dos modelos multidimensionales

Autor:

Sanese, Claudia M

Tutor:

Bonilla, Alcira B

2005

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Magister de la Universidad de Buenos Aires en Ética Aplicada

Posgrado

TESIS
5-2-18

TESIS 5-2-18

FACUL	FILOSOFIA y LETRAS
Nº 823 071	ESA
25 NOV 2005	DE
Agr.	ADIDAS

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Facultad de Filosofía y Letras Agr.

SECRETARÍA DE POSGRADO

Maestría en Ética Aplicada

Orientación en Bioética

TESIS DE MAESTRÍA:

“Ética y alcoholismo.

**Investigación sobre aspectos de la identidad personal
tal como aparecen en dos modelos multidimensionales”**

Directora: Dra. Alcira B. Bonilla

Maestranda: Prof. Claudia M. Sanese

Expediente Nº 889.419

Fecha: Noviembre de 2005

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

Dirección de Bibliotecas

TESIS
5-2-18

Índice

Prólogo: Diónisos y Deméter	vi
Origen de la cerveza	ix
Origen del vino	ix
Leche fermentada y arroz	x
La destilación del alcohol	xi
Bebidas en América	xi
Introducción	1
I. Diagnóstico del alcoholismo: ¿enfermedad o adicción?	8
Alcoholismo como abuso y compulsión	9
El alcoholismo como enfermedad	9
Desórdenes orgánicos y no orgánicos	10
Signos y síntomas	11
El síndrome	13
El alcoholismo como adicción	13
Alcoholismo y pérdida de control	14
El alcoholismo ¿es una enfermedad mental?	16
Alcoholismo y control social	17
<i>Enfermedad</i> es un concepto valorativo	18
Alcoholismo y responsabilidad	20
Responsabilidad de la familia y del terapeuta	21
Obligación, intención, voluntad, deseo	21
El alcoholismo como problema de salud	22
Metáforas del alcoholismo	25
II. Diagnóstico del alcoholismo: consumo, abuso y dependencia	27
El efecto alcohólico	28
<i>Lesiones no intencionales</i> causadas por el consumo de alcohol	29
<i>Bebedores y alcohólicos</i>	31
Bebedor <i>mediterráneo</i> y bebedor <i>anglosajón</i>	32
Alcoholismo <i>crónico</i> y alcoholismo <i>agudo</i>	32
Alcoholismo <i>primario</i> y alcoholismo <i>secundario</i> . Alcoholismo <i>clínico</i>	32
Síntomas y consecuencias. Enfermedades asociadas y complicaciones	33
Criterios para determinar el grado de alcoholismo	34
Tolerancia y abstinencia	35
La dependencia como aprendizaje	35
Formas clínicas de alcoholismo: <i>alfa, beta, gamma, delta, epsilon</i>	36
Excursus: Alcoholismo y salud mental	39
Normal y patológico	40
Enfermo y paciente	42
III. Modelos de alcoholismo	43
Etiología orgánica: el modelo genético	43
Etiología múltiple o policausalidad del alcoholismo	44
Modelo moral	44
Modelo del deterioro	44
Modelo psicoanalítico	45
Modelo de interacción familiar	45
Modelo de Alcohólicos Anónimos	46
Modelo médico	46
Modelo bio-psico-social	47
Modelo de la vulnerabilidad	47

Neurociencia: ¿Una vuelta al modelo genético?	47
IV. Tipos de tratamiento	50
Tratamientos farmacológicos	50
Farmacoterapia a largo plazo (en la rehabilitación y en la reinserción)	52
Técnicas conductistas	52
Psicoterapia, socioterapia y autoayuda	53
Rehabilitación, programa terapéutico, ambiente terapéutico.....	54
V. Algunos problemas de ética y política sanitaria en torno al alcoholismo	55
Una lectura del alcoholismo desde los cuatro principios	55
Alcoholismo, autonomía y responsabilidad	58
Identidad y paternalismo	58
Enfermedad y responsabilidad	60
Modelos de justicia	62
El modelo individualista liberal y la perspectiva colectivista	63
Alcoholismo y emergencias	65
Alcoholismo y economía	66
Prevención y propaganda	67
Profesionales del alcoholismo y otras adicciones	69
Alcoholismo en mujeres	70
VI. La cuestión de la identidad personal	74
Sustancia, ser humano, persona	75
Identidad numérica, semejanza y diferencia. El principio de individuación ..	76
Identidad cuantitativa. Identidad en el momento e identidad en el tiempo ..	76
Conciencia, continuidad de la memoria y olvido ..	77
<i>Persona</i> es un término forense ..	77
VII. Las aporías de la identidad personal	80
La sustancialidad de la identidad ..	80
La convencionalidad del término o <i>ilusión de la identidad</i> ..	80
Circularidad ..	81
Transitividad ..	81
Reflexividad ..	82
Corporalidad y mentalismo ..	82
La identidad personal como continuidad de la memoria ..	83
<i>Supervivencia y antiapación</i> ..	83
VIII. El uso de los <i>puzzling cases</i>	85
El loro racional ..	86
El príncipe y el zapatero ..	87
El extraño caso de Julia North ..	87
El rejuvenecimiento cerebral ..	87
El trasplante de cerebro ..	88
Recuerdos venecianos ..	89
Los <i>puzzling cases</i> y la identidad personal ..	89
IX. La identidad narrativa: dialéctica entre <i>mismidad</i> e <i>ipseidad</i>	91
La etapa epistemológica de la individualización ..	92
La pragmática y la identificación ..	92
La dimensión ética: la imputación ..	93
Cuerpo, persona, conciencia ..	93
Tiempo y narración ..	94
Identidad personal e identidad narrativa ..	95
Alternativa de la <i>tesis reduccionista</i> ..	95
Trama, acontecimiento y necesidad narrativa ..	96
El relato y la acción: el personaje <i>puesto en trama</i> ..	97

La teoría aristotélica de la imitación	98
Ficciones	99

X. Primer modelo narrativo: La Terapia Cognitiva Post-Racionalista 102

Epistemología evolutiva	103
Dos modalidades de pensamiento	103
Adaptación, autoorganización y conocimiento	105
Los procesos del <i>self</i>	106
Narrativismo y construcción de la identidad personal	108
Intervención terapéutica	110

XI. Segundo modelo narrativo: Alcoholismo e identidad de familia 111

La teoría del sistema de familia	113
Temperamento e identidad de familia	114
Rutinas, rituales y conductas reguladoras	116
Fases de maduración de la familia alcohólica	118
Primera fase: desarrollo de una identidad alcohólica	119
Fase intermedia: rutinas y rituales	120
Última fase: el legado familiar	121
Identidad de la familia alcohólica	123
Transmisión del alcoholismo	124
La importancia de los <i>rituales de familia</i>	126
El método: las entrevistas rituales	128
Tratamiento de la familia alcohólica: la <i>historia de vida</i>	130

Excursus: El estigma del alcohólico o la identidad deteriorada 134

Tipología del estigma	135
Estigma e identidad social	135
Estigmatización y enmascaramiento	136
Victimización: el <i>gancho</i>	137
Estigma y narración	137
Programa narrativo de recuperación	138

XII. Las implicancias éticas del relato en cuestiones de alcoholismo 140

Narración, fragilidad y autonomía	141
Estudio de casos	143
El diagnóstico como narración. Persona, personaje, autor	145
Competencia narrativa	148
El alcohólico como adicto	148
El alcohólico como enfermo	150
Análisis del carácter. ¿Existe un carácter alcohólico?	151
Promesas del individuo alcohólico y tratamiento	152
Terapia cognitiva	154
Terapia para sistemas de familias	155
Responsabilidad y control. Justicia para alcohólicos	156

Conclusiones 159

Apéndice I: Cuestionarios para la detección del alcoholismo xiii

Cuestionario básico para una entrevista dirigida	xiii
Cuestionario para recién llegados al grupo terapéutico	xv
Cuestionario para mujeres alcohólicas	xvi

Cuestionario Michigan para la Detección del Alcoholismo	xvi
Cuestionario AUDIT para la detección del Alcoholismo	xvii
Apéndice II: Estadísticas	xix
Apéndice III: Recortes periodísticos	xxii
Alcoholismo pediátrico	xxii
Riesgos en el consumo de alcohol	xxiii
Campaña de concientización	xxiv
Consumo de alcohol en la Argentina	xxvi
Consumo de alcohol entre adolescentes	xxvii
Apéndice IV: Ley 24.788, Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo	xxx
Apéndice V: El programa <i>narrativo</i> de Alcohólicos Anónimos	xxxiii
Los Doce Pasos	xxxiii
Las Doce Tradiciones	xxxiii
Los Doce Conceptos	xxxiv
Apéndice VI: Glosario	xxxvi
Bibliografía	lviii

Prólogo: Dionisos y Deméter

“Un día, de lo alto del cielo, llovió sobre la tierra una gota de sangre de los dioses. En medio de las forestas germinó un arbusto de tallos sarmentosos con zarcillos y pámpanos. Una viña salvaje, que crecía por sí misma, enrollándose alrededor de los árboles en alturas naturales. Hasta el momento en que Dioniso, errante por el mundo, la encuentra y reconoce en ella el racimo hinchado por un jugo rojo oscuro, anunciado por los oráculos de Rea.”

Marcel Detienne, *Dioniso a cielo abierto*

La historia de occidente ha sido transitada por dos tipos de bebedores: el bebedor *mediterráneo* –consumidor de vino– y el *anglosajón* –consumidor de bebidas hechas a base de cereales fermentados. (Freixa¹, 1996: 201)

Nuestra tradición occidental ha sido preferentemente *mediterránea*. Quizás la fuerza simbólica del vino radique en la semejanza que éste tiene con la sangre y resulte así un referente de la vida y del exceso de vida. Pues como bien señala Mary Douglas (1978: 30) “Los principios activos del cuerpo son la bilis negra, la sangre roja y la leche blanca.” Negro, rojo y blanco constituyen los colores vitales por excelencia en tanto que colores de los fluidos del cuerpo humano. Douglas afirma asimismo que es posible observar cómo los colores de estos principios corporales activos, tales las savias lechosas y rojizas, las resinas rojas, la madera carbonizada se reproducen en la naturaleza.² Por las mismas razones podemos agregar el vino tinto. Sin embargo, las costumbres van cambiando: el consumo de cerveza va ganando adeptos, especialmente entre los bebedores más jóvenes, pertenecientes, en general, al tipo de bebedor *anglosajón*.

Ahora bien, ambas tradiciones se remontan a los mitos³ de Deméter (Δημήτηρ), por un lado, y Dionisos (Διόνυσος), por el otro. El *anglosajón* es un bebedor paroxístico que

¹ Francesc Freixa, médico especialista en neurología y psiquiatría, Hospital Clínico de Barcelona, Jefe de la Unidad de Drogodependencias del ICS de la Generalitat de Catalunya.

² En su exposición, Douglas ejemplifica con el caso de la tribu *ndembu* de Zambia, cuyos miembros utilizan tales colores como símbolos condensados que expresan la estructura representativa de sus grupos de filiación y grupos estratificados por edad y culto. Combinando los colores realizan una compleja representación de las esferas masculina y femenina, de los poderes creativos y destructivos, etc.

³ A continuación, una definición de *mito*: “Narración maravillosa situada fuera del tiempo histórico y protagonizada por personajes de carácter divino o heroico. Con frecuencia interpreta el origen del mundo o grandes acontecimientos de la humanidad.” (*Real Academia*, 2001) Los mitos se cuentan en relación con dioses o seres superhumanos que se ven envueltos en situaciones extraordinarias. Se llaman mitos *fundacionales* o *cosmogónicos* las narraciones simbólicas de la creación y organización del mundo tal como se entiende en alguna tradición particular. No todos los mitos cosmogónicos incluyen la idea de un creador, si bien es común la creencia en una deidad creadora suprema, existente en un tiempo anterior. (*Britannica*, 2005)

Marcel Detienne se pregunta cómo podemos leer los textos de los mitos, al tiempo que afirma que éstos no son fuentes documentales para reconstruir la organización social o las creencias y prácticas sociales, pues no puede deducirse lo real a partir de un relato mítico. Tampoco son necesariamente una creación del medio histórico, geográfico y social de una época determinada; son algo diferente: “los mitos griegos aún son los nuestros, y puesto que Occidente se ha nutrido de esa mitología, no podemos errar en su sentido; a continuación en los mitos de Grecia, aparte de algunos elementos irracionales, es del Hombre de lo que se trata: la mitología del Heleno está dominada por el antropomorfismo.” (Detienne, 1982: 37).

Jean-Pierre Vernant, por su parte, pone de manifiesto el estrecho vínculo entre mito, música y poesía, a la vez que rechaza una hermenéutica erudita como fácil reemplazo de la lectura banal. Y, sin embargo, el mito requiere de ciertas leyes de asociaciones, oposiciones y homologías, constitutivas de su armazón conceptual. (Vernant, 2001)

consume preferentemente bebidas hechas de cereales —como la cerveza, pero también destilados como el whisky. Por lo general es un bebedor de fin de semana y puede llegar a la pérdida de conciencia e incluso al coma alcohólico. Es característico de países escandinavos, Gran Bretaña y Estados Unidos, y podemos relacionarlo con la tradición proveniente de la diosa Deméter.

El bebedor *mediterráneo* es el típico consumidor de vino del sur de Europa y considera la bebida como ingrediente de los hábitos alimenticios. El consumo de vino nos recuerda la tradición dionisiaca: de allí proviene la creencia en sus bondades para la salud⁴, como asimismo su parentesco con lo festivo y lo sagrado.

Deméter, también llamada *Ceres*, es la diosa del verano y las cosechas (Parfait, 1996: 23) Es hija de Cronos y Rea, hermana y esposa de Zeus. Además, es diosa de la agricultura y su nombre puede significar tanto *gran madre* como *madre tierra*. Deméter es raramente mencionada por Homero y tampoco es incluida entre los dioses Olímpicos, pero las raíces de su leyenda son probablemente muy antiguas. (*Britannica*, 2005)

Deméter casi nunca sonríe, excepto cuando la visita su hija Perséfone, una vez al año. Nadie recuerda al padre de Perséfone: probablemente fuera algún dios del campo, que se casó con Deméter como broma de borrachera, durante alguna celebración de la cosecha. Su emblema es la flor de la amapola, “que crece roja⁵ como la sangre entre la cebada.” (Graves, 2001: 14-15)

Diónisos, por su parte, es uno de los dioses más notorios de la mitología griega, considerado al principio sólo como dios del vino. Más tarde se convirtió en el dios de la vegetación y eventualmente en el dios de los placeres y de la civilización. Es el hijo de Zeus y Semele, hija del rey de Tebas. También llamado *Baco* y *Liber*, es especialmente conocido como el dios del éxtasis. Aunque se supone que fue introducido desde Tracia y Frigia, las extrañas leyendas de su nacimiento y muerte y su matrimonio con Ariadna, una diosa de Creta, sugieren que su culto representaba una nueva versión de creencias prehelénicas. (*Britannica*, 2005)

Ya desde su nacimiento se anuncia cierta duplicidad en la vida de Diónisos. En primer lugar, porque posee una doble naturaleza debido al origen divino de su padre Zeus, por un lado; y al origen humano de su madre Semele, por el otro. En segundo lugar, porque Dítirambo, uno de sus apelativos, significa “nacido dos veces”. (Graves, 1984: 17) Según cuenta una versión⁶ del mito, la aventura de Zeus con Semele despertó los celos de Hera, esposa del dios, quien entonces tramó venganza. Hera engañó a Zeus y lo hizo encender en plenitud, frente a Semele, que ardió viva y murió. Al momento apareció Hermes como

⁴ Algunos consideran que las bebidas alcohólicas en cierta medida mejoran la salud de las personas, por ejemplo, en el funcionamiento del corazón. (Ugarte, 1993: 203). Pero otros consideran que el alcohol siempre perjudica la salud y critican a esos médicos que consideran los licores como alimento y aun como recurso terapéutico, acusándolos de olvidar “que el alcohol etílico vínico no posee cualidades distintas a las del etanol. Un vino de 11° contiene por litro 110 ml de alcohol puro.” (Freixa, 1996: 191)

⁵ Una vez más el rojo emblemático de la sangre.

⁶ Para el estudio mitológico, M. Detienne (1997, 1982) considera primordiales las distintas variantes que se cuentan en torno a un mito, puesto que la variedad es portadora del sentido, coincidiendo en este punto con Vernant (2001).

mediador y para salvar al niño lo encerró en el muslo de su padre, hasta que se cumplieron los tres meses que faltaban para dar a luz definitivamente.⁷

Diónisos es un dios extranjero⁸, el más cosmopolita y el menos sedentario de los dioses de Grecia. Descubre la viña en Nisa, lugar en el que ha sido escondido por Hermes⁹. Así, es introducida la bebida obtenida del racimo, que tanto apacigua en los humanos las angustias como proporciona el don del sueño, el olvido de los males cotidianos y el remedio para las penas. (Detienne, 1997: 62)

Hay más elementos que muestran la duplicidad en las distintas versiones del mito de Diónisos. En la ciudad de Cadmos, Diónisos aparece desdoblado, con dos caras y dos nombres distintos; y posee dos moradas -dos sitios en que lo celebran. En Corinto le rinden culto a través de dos estatuas idénticas, talladas ambas en madera y enfundadas en una máscara de oro: una llamada *Lisios* y la otra *Baqueios*. (Detienne, 1997: 56)



También los mitos fundacionales del judaísmo y, por consiguiente, del cristianismo posterior, hacen referencia al consumo de alcohol. Aquí mencionamos dos, en la versión de P. Steinglass¹⁰ y su equipo de colaboradores: L. Bennet¹¹, S. Wolin¹² y D. Reiss¹³, autores que estudiaremos en la última parte de este trabajo.¹⁴

Noé es hijo de Lamech, noveno descendiente de Adán y el elegido por dios para perpetuar la raza humana a través de sus hijos. También es considerado el pionero en el cultivo de la viña. (*Britannica*, 2005)

Según cuenta la Escritura una de las primeras cosas que hizo Noé cuando se asentó con su familia tras el diluvio fue plantar una vid. (*Génesis 9*) Al poco tiempo, Noé bebió de la bebida fruto de la vid, se emborrachó y quedó tirado en el suelo, desnudo. En ese estado lo vio su hijo menor, Cam, quien avisó a sus hermanos y éstos cubrieron la desnudez de su padre. Al recobrase de la borrachera, Noé se enojó con su hijo menor por ser el testigo de su exposición vergonzosa.

⁷ Siendo tan característica cierta duplicidad en Diónisos, quizás podamos preguntarnos si este *doble nacimiento* no podría acaso indicar una doble identidad del bebedor. Dedicaremos la segunda parte del trabajo a la cuestión de la identidad del alcohólico.

⁸ *Extranjero* (ξένος) aquí no se refiere al no-griego o bárbaro de lengua ininteligible, sino al ciudadano de comunidad vecina, que posee la misma sangre, la misma lengua, en fin, que pertenece al mismo mundo helénico. (Detienne, 1997: 28)

⁹ Hermes lo escondió de Hera por segunda vez.

¹⁰ Peter Steinglass, profesor de psiquiatría y ciencias de la conducta, Director del Centro para Investigaciones de la Familia, Universidad de George Washington, Premio 1987 de la Asociación Norteamericana de Terapia Familiar.

¹¹ Profesora asociada de antropología, Universidad del Estado, Memphis.

¹² Stephen J. Wolin, profesor de psiquiatría clínica y ciencias de la conducta, Escuela de medicina, Universidad George Washington.

¹³ David Reiss, profesor de psiquiatría y ciencias de la conducta, Escuela de medicina, Universidad George Washington.

¹⁴ Para los autores recién mencionados, estas dos familias bíblicas encarnan lo que estudiaremos como tipos de *familias alcohólicas*.

Otra referencia bíblica que ilustra la conducta alcohólica es la historia de Lot. (*Génesis 19*) Lot era sobrino de Abraham y emigró con éste de Ur a Canaán, estableciéndose en Sodomá, una ciudad tan maligna que Dios decidió destruirla. Prevenido por los ángeles del desastre por venir, Lot huyó de la ciudad con su familia. Pero su esposa desobedeció las órdenes que había enviado Dios al darse vuelta a mirar la ciudad en llamas y fue convertida en una estatua de sal. Más tarde, Lot tuvo hijos con sus propias hijas, y se convirtieron en los fundadores de las naciones Moabita y Amonita, enemigas de Israel. (*Britannica*, 2005).

Lot y sus dos hijas se habían refugiado en una cueva, completamente solos. Ellas comprendieron que no habría posibilidad alguna de que tuvieran contacto con hombres para formar familia y procrear descendencia. Razón por la cual urdieron el siguiente plan: darían vino a su padre hasta embriagarlo y así acostarse con él para obtener prole. De tal manera lo hicieron. La primera, noche la primogénita. La segunda noche, la hija menor. De ese modo, ambas hijas quedaron embarazadas del padre.

* * *

Origen de la cerveza

Las bebidas alcohólicas fermentadas surgieron hace aproximadamente 10.000 años cuando en la Mesopotamia se destiló una primitiva cerveza de cebada. Este cereal era uno de los principales cultivos de los egipcios, que utilizaban para preparar la cerveza¹⁵ que bebían diariamente —incluidos los dioses. Los egipcios bebían grandes cantidades de cerveza y las madres daban a sus hijos una ración diaria para llevar a la escuela. (Allen *et al.*, 1996: 334)

La cerveza era la bebida de los sumerios. La preparaban probablemente poco después de la cosecha de cereales, labor que realizaban las amas de casa. Llegaron a tener diecinueve clases distintas de cervezas, variando según el tipo de grano —trigo, cebada o mezcla de ambos— según la clase de plantas aromáticas utilizadas para dar sabor y preservar y según la cantidad de miel y malta utilizadas. (Allen *et al.*, 1996: 23)

Hacia el año 900, unos monjes ingleses añadieron lúpulo a la preparación de la cerveza, dándole así un sabor amargo que la mejoró. (Allen *et al.*, 1996: 334)

Origen del vino

El vino proviene de Asia Menor, actual Turquía. Sus productores originarios eran los hititas, que florecieron 2000 años a. C. Los egipcios importaban el vino de Siria y Palestina. A los nobles celtas les gustaba mucho el vino, que llevaban de Italia o de Marsella, en Francia. Lo bebían en jarros de bronce. El resto de la tribu tomaba cerveza de cebada o trigo preparada

¹⁵ Esta cerveza de cebada tenía una graduación alcohólica del 8% y se fabricaba humedeciendo la cebada con agua, para dejarla reposar por un tiempo. Luego se mezclaban los granos húmedos con hogazas de cebada ligeramente horneadas en una jarra, vertían más agua y dejaban fermentar. Resultaba una cerveza espesa que debía colarse antes de ser bebida. (Allen *et al.*, 1996: 30)

con miel, que solían tomar en una copa común. Frecuentemente se embriagaban y peleaban con dagas. El gran consumo de alcohol por parte de los celtas era legendario. (Allen *et al.*, 1996: 341, 106)

El vino en Egipto era para los privilegiados. Los mejores viñedos se encontraban en el delta del río Nilo. Los egipcios fabricaban vinos tintos y blancos, secos y dulces; eran vinos muy apreciados. Pisaban las uvas formando un prensado y obtenían un excelente vino. Después colocaban los restos en lienzos que exprimían para lograr otro vino, de calidad inferior. Los zumos de los distintos prensados se vaciaban en jarras para ser fermentados. Las jarras se tapaban con hojas mojadas en barro, dejando un agujero para la fermentación secundaria. Luego se sellaban y se etiquetaban detallando calidad, año y viñedo de origen. También producían vinos de dátiles, granadas y savia de palma. (Allen *et al.*, 1996: 31)

Los griegos amaban el vino, añadiéndole a veces una bola de masa mojada en miel. Los viñedos eran una de las dos principales fuentes de riqueza agrícola griega —junto con los olivos. Las uvas se cortaban maduras en septiembre, para pisarlas sobre un piso de madera o argamasa. El jugo derramado bajaba por una boquilla hacia una cuba empotrada en el suelo. El vino se fermentaba en cubas de arcilla revestidas con brea o resina, mantenidas en sótanos fríos durante seis meses. Luego se pasaba a grandes ánforas para el transporte. Se han hallado ánforas en buques mercantes hundidos que demostrarían que los griegos exportaban vino a gran escala. (Allen *et al.*, 1996: 78)

El vino fue introducido en las Galias por los romanos, quienes lo bebían diluido¹⁶ durante las comidas formales. Los viñedos de Borgoña y Burdeos producían vino desde el siglo I. Los romanos acompañaban la comida con jarros de vino al que a veces añadían miel, al igual que los griegos. La ebriedad y la glotonería eran tan frecuentes que eructar era considerado de buenos modales y vomitar un hábito ordinario: ciertos esclavos tenían la labor específica de limpiar divanes, mesas y pisos. Si bien los banquetes tenían como fin, comúnmente, el placer de la mesa y la buena compañía, a veces se presentaban espectáculos con gladiadores, exponiendo “sangre sudor y hedor de la matanza para goce de los comensales. A veces las borracheras degeneraban en orgías, y los apetitos lujuriosos eran estimulados por las contorsiones de las bailarinas.” (Allen *et al.*, 1996: 93)

Hacia el siglo XVI, los europeos bebían vino en grandes cantidades; pero los toneles no eran herméticos, por lo cual no se podía añejar. Recién se inventó la botella cilíndrica con corcho en 1750 y a partir de entonces fue posible guardar vinos durante largos períodos. (Allen *et al.*, 1996: 341)

Leche fermentada y arroz

Algunos pueblos han elaborado bebidas alcohólicas a partir de los fermentos de la leche. Por ejemplo, los escitas o hunos y los mongoles; unos y otros consumían principalmente una bebida de leche de burra fermentada llamada *kumis* o *qumis*, que bebían en exceso causando numerosas muertes. Y si bien beber en cantidad se consideraba una cualidad

¹⁶ Los romanos, al igual que los griegos, consideraban que tomar el vino puro era una costumbre bárbara.

viril, el abuso del alcohol fue tan prolongado y persistente por parte de los pueblos mongoles que llegó a ser considerado como un vicio y una debilidad hereditarios. (Allen *et al.*, 1996: 171)

La bebida de los chinos siempre fue el *sake* o vino de arroz. Durante el período Edo, siglo XIX, la gente vivía en aldeas y los campesinos eran mayoría. Sus vidas eran miserables, pagaban onerosos impuestos y padecían hambre e inundaciones. No podían salir de la aldea, no podían vender sus tierras, no podían beber té ni *sake* regularmente. Sólo podían beber durante las festividades como Año nuevo, únicas ocasiones de temporario alivio para sus penas. (Allen *et al.*, 1996: 216)

La destilación de alcohol

El alcohol se comenzó a destilar en el sur de Europa desde 1100, cuando en una escuela de medicina de Salerno, Sicilia, calentaron vino o cerveza para obtener sus vapores. El vapor despedido se condensó en un líquido con mayor contenido alcohólico. Este producto fue considerado una medicina y fue llamado *aqua vitae*, *agua de la vida*. Se pensaba que curaba la gota y otras dolencias y que preservaba la juventud. Este líquido fue llamado *al-kohol* por los árabes, de donde deriva el término *alcohol*. Los holandeses lo llamaron *brandewijn*, *vino quemado*; de allí proviene el término *brandy*. Sin embargo, los europeos del norte ya destilaban sus propias bebidas –whisky, ginebra, vodka, ron– desde el siglo VI. (Allen *et al.*, 1996: 332)

En el siglo XVII se impuso en Rusia el monopolio estatal de licores, que se servían en tabernas también estatales –y que no expendían alimentos. Bebían *vodka* hasta alcanzar el *zapot* –estupor alcohólico. Los rusos amaban la comida y la bebida. Los banquetes se organizaban en largas mesas en las que servían pasteles, confituras, almendras, nueces, pasas de uva, higos, hongos y caviar, todo regado por ríos de bebida, especialmente *vodka*. Si bien no bebían todos los días, sí lo hacían copiosamente. La borrachera les duraba hasta el otro día y les llevaba un tercer día recuperarse. La ebriedad llegó a convertirse en un problema nacional, pero los intentos por controlarla fueron fútiles, pues el alcohol era una de las principales fuentes de ingresos del Estado. Cuando Pedro el Grande ofrecía fiestas, los invitados tenían prohibido decir que estaban satisfechos, sosteniendo así el viejo proverbio ruso: “Una fiesta sólo puede ser feliz cuando todos están borrachos.” (Allen *et al.*, 1996: 235)

En la Inglaterra Victoriana, los pobres de las ciudades encontraban alivio a sus miserias en la ginebra de las cantinas de arrabales. No existía en Londres una edad mínima para beber y recién en 1893 se impusieron restricciones en los horarios. Por estas razones abundaban los ebrios.

En la actualidad existe una inmensa variedad de bebidas. Remitimos a nuestro Glosario como ilustración.

Bebidas en América

La bebida típica de los aztecas era el *octli* o *pulque*, hecho con jugo fermentado de maguey que consumían principalmente durante las ceremonias religiosas. La sociedad azteca

era teocrática y militarista, regida por una moral muy severa. La embriaguez era muy castigada, incluso con la muerte. Los castigos dependían del lugar social de cada individuo y de la cantidad de borracheras: si un plebeyo se embriagaba por primera vez, se lo penaba rapándolo en público; pero si se trataba de un noble, era condenado a muerte. Sólo los mayores de 60 años tenían permitidos los excesos alcohólicos. (Allen *et al.*, 1996: 199)

Con respecto a los incas, durante el mes de junio o de Inti Raimi, Festival del Sol, los sacerdotes vestían a las momias con grandes galas. Se consagraban 100 llamas ornamentadas, sacrificadas al Sol. Su carne asada estaba destinada a alimentar a los asistentes, mientras miles de jarras de chicha –potente destilado de maíz- serían consumidas en la plaza pública. (Allen *et al.*, 1996: 200-201)

En Estados Unidos, durante la fiebre del oro, los comerciantes blancos vendían a los aborígenes un whisky falso –licor resultante de la mezcla de alcohol, tabaco, jugo, agua y jengibre. Les trocaban un trago por una piel de búfalo y 5 litros por un caballo. (Allen *et al.*, 1996: 325)

Para ampliar y actualizar la información sobre este punto ofrecemos en nuestro **Glosario** varios términos correspondientes a bebidas tradicionales americanas, en especial, las argentinas; también cierto vocabulario perteneciente a los círculos en que más frecuentemente se consumen bebidas alcohólicas.

Introducción

“pues el vidrio con que está hecha fue fundido en los infiernos. En esta botella vive el diablo y lo que ve moverse en el interior debe ser su sombra”

Robert L. Stevenson, *El diablo en la botella*

El presente estudio tiene como objeto el *alcoholismo*, que pesar de su gravedad como problema en el mundo contemporáneo, no ocupa un lugar relevante dentro de la reflexión filosófica –de ahí la importancia de este trabajo que consideramos por tal sentido un aporte valioso. Sin embargo, existen sobre esta cuestión investigaciones realizadas por biólogos, médicos clínicos, psicólogos, economistas y sociólogos –que obviamente tendremos en cuenta y con los cuales dialogaremos oportunamente.

Por otra parte, y debido a la escasez de tratados filosóficos específicos sobre el alcoholismo, recurriremos a estudios filosóficos emparentados de alguna manera con el tema, por ejemplo, en relación con la enfermedad y sus síntomas, con la salud mental, con cuestiones de autonomía y responsabilidad, etc.

Según la *Encyclopaedia Britannica*, se llama *alcoholismo* al modo de consumo excesivo y habitual capaz de causar daños físicos, mentales, sociales o económicos tales como cirrosis, accidentes de tránsito, problemas familiares y laborales, etc. (*Britannica*, 2005) Sin embargo, esta definición dista mucho de considerarse universal pues, según veremos a continuación, la propia Organización Mundial de la Salud ha ido variando su formulación según las distintas concepciones adoptadas en el transcurso de los tiempos:

“**Alcoholismo:** Término de uso extendido y significado variable, pero generalmente referente a un modo de beber *crónico* o continuado o a un consumo de alcohol caracterizado por la *pérdida de control* sobre el consumo, episodios frecuentes de *intoxicación* y preocupación por [la provisión de] alcohol y su uso, a pesar de las consecuencias adversas [que causa]. El término *alcoholismo* fue acuñado originalmente en 1849 por Magnus Huss. Hasta los años ‘40s refería primariamente a las consecuencias físicas ocasionadas por un beber copioso y prolongado (alcoholismo *beta* en la tipología de Jellinek¹). Un concepto más estrecho es el de *alcoholismo como enfermedad* (...) signado por la pérdida de control sobre el beber, causada por una *anormalidad biológica* preexistente, y que tiene un curso predecible y progresivo. Más tarde, el término fue utilizado por Jellinek y otros para denotar el consumo de alcohol conducente a cualquier tipo de *daño* (físico, psicológico o social; individual o social). Jellinek subdividió el alcoholismo y así lo definió en una serie de “especies” designadas por letras griegas (...). La inexactitud del término condujo a un Comité de Expertos de la OMS en 1979 a preferir la formulación restringida del *síndrome de dependencia del alcohol* sobre el otro más amplio de *problemas relacionados con el alcohol*. El alcoholismo [sin embargo] no está incluido como una entidad de *diagnóstico* en el CIE-10 [ver **Glosario**] A pesar de su significado ambiguo, [el término] *alcoholismo* todavía es ampliamente utilizado como término diagnóstico y descriptivo. Por ejemplo, en 1990 la *American Society of Addiction Medicine* definió el alcoholismo como ‘una enfermedad primaria, crónica cuyo desarrollo y manifestaciones son influidos por factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad es frecuentemente

¹ Presentaremos la clasificación de *Jellinek* (ver **Glosario**) hacia el final del **Capítulo II**.

progresiva y fatal.' (...) Otras formulaciones han clasificado el alcoholismo en varios tipos, algunos considerados como enfermedades y otros no.²
(En: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/, trad. y subtr. nuestros)

De acuerdo con lo dicho, son entonces *alcohólicos* los individuos que sufren de alcoholismo. En el curso de nuestro trabajo nos ocuparemos de indagar en qué consiste el *alcoholismo* para caracterizar seguidamente a la *persona alcohólica*.

En general, llamamos *alcohólicas* a aquellas personas que beben en exceso y que llegan a depender del alcohol en tal grado que pueden alcanzar padecimientos de trastornos mentales y físicos severos. ¿Es viable recurrir a la *cantidad* de alcohol ingerido como criterio de diagnóstico del alcoholismo? ¿Podemos clasificar a los tipos de bebedores de acuerdo con la cantidad y el tipo de bebida que ingieren?

Tal como pretendemos mostrar, es difícil establecer en qué exacta medida un individuo puede ser considerado un alcohólico. Sin embargo, es notorio que el modo de beber de algunas personas envuelve ciertos problemas éticos y de política sanitaria. Consideramos que un enfoque narrativo permitiría una comprensión más profunda de estos problemas y abriría brechas para mejores tratamientos.

Podemos dividir nuestro proyecto de trabajo en cuatro partes: una primera, que abarca los primeros cinco capítulos, destinada al *diagnóstico* (ver **Glosario**) del alcoholismo a través del estudio de sus generalidades y de los problemas ético-políticos emparentados. Una segunda parte, que abarca los capítulos seis a nueve, dedicada al estudio de la identidad personal; esto debido a que el problema del alcoholismo se nos presenta como un problema de identidad: ¿Quién es esa persona a la que llamamos *alcohólica*? En tercer término —capítulos diez y once— presentamos dos modelos narrativos de alcoholismo. Y, finalmente, recuperamos en el capítulo doce los problemas planteados hasta allí planteados para resolverlos a partir de su vinculación con la identidad personal entendida narrativamente. Pasamos a detallar los contenidos.

Comenzaremos con un punto controvertido: discutiremos si el alcoholismo puede ser o no una *enfermedad* y si puede ser o no un tipo de *adicción*. Generalmente se considera al alcohólico como a alguien que abusa de la bebida. ¿Puede ser entonces considerado un *enfermo* —o es simplemente una *mala persona*? Hablar de *abuso* del alcohol, ¿es lo mismo que hablar de *compulsión*? ¿Son lo mismo *adicción* y *compulsión*? Una *adicción* ¿puede ser considerada una *enfermedad*? Si es una *enfermedad*, ¿de qué tipo? ¿Es una *enfermedad mental*? ¿O mejor lo consideramos simplemente un *problema de salud*? Pero si el alcoholismo es una *enfermedad*, entonces tiene que presentar *signos* y *síntomas* que la evidencien...

² Entre quienes sostienen una definición del *alcoholismo* como enfermedad está ampliamente extendida la creencia de que el alcoholismo es una condición de etiología biológica primaria y de historia natural predecible. La perspectiva de Alcohólicos Anónimos lo consideran como una pérdida de control del individuo sobre el modo de beber y luego sobre su propia vida. El concepto de *alcoholismo como enfermedad* está enraizado en la medicina del siglo XIX, según concepciones de la ebriedad como enfermedad. En 1977, un grupo de investigadores de la OMS propuso atribuir el término *síndrome de dependencia del alcohol* al campo de la nosología psiquiátrica. (En: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)

Por otra parte, el alcoholismo es claramente un conjunto de *síndromes*. ¿Qué querrá decir esto? ¿Significa que no es una *genuina enfermedad*? ¿No será que el alcohólico pierde el *control* de la cantidad que bebe porque es un *adicto*? ¿Será esta razón suficiente para depositar el control en manos de los profesionales o de algún otro sector de la sociedad? ¿De dónde viene la necesidad de restaurar el control perdido por el bebedor?

Es notorio el esfuerzo de la sociedad por controlar el modo de beber de los integrantes alcohólicos para evitar los daños y perjuicios que éstos ocasionan bajo los efectos del alcohol. La sociedad ¿debe imponerse por encima de la voluntad del bebedor y ejercer sobre él su control, dado que el alcohólico no puede controlarse a sí mismo? ¿Por qué el alcohólico no tiene derecho a beber lo que le venga en gana? ¿Por qué la sociedad se empeña en disciplinar al bebedor? ¿Cuáles son los límites admisibles para *intervenir*³ sobre la población alcohólica?

La sociedad suele percibir al alcohólico como un individuo de voluntad débil, incapaz de detenerse en su ingestión alcohólica. ¿Es entonces un irresponsable? ¿Qué relación se puede establecer entre *alcoholismo, voluntad, responsabilidad, obligación, intención, deseo...*? ¿Es posible distinguir entre el *cuadro clínico* del alcoholismo y sus *metáforas*?

En el segundo capítulo, nos ocuparemos de los conceptos de *consumo, abuso y dependencia* del alcohol. Veremos qué *efectos* produce la ingestión de alcohol en el organismo y, seguidamente, las *lesiones* que éste causa. También se hará mención de las principales leyes y normas de nuestro país al respecto. Asimismo señalaremos la vinculación del alcoholismo con el campo de la salud mental a partir de las nociones de *normal y patológico*. Para tales fines caracterizaremos los diversos *tipos de bebedores* según la cantidad de alcohol que ingieren: desde el *abstemio* hasta el *alcohólico*; y de acuerdo con el modo de beber: *anglosajones y mediterráneos*.

Son diversas las clasificaciones de los tipos de alcoholismo. Se suele diferenciar el alcoholismo *crónico* del *agudo* y el alcoholismo *primario* del *secundario*. Distinguiremos también el *alcoholismo clínico* respecto de sus *síntomas y consecuencias* -enfermedades asociadas, accidentes y lesiones, etc.

Más adelante cuestionaremos la *cantidad* de alcohol ingerida como *criterio* para determinar el grado de alcoholismo. Discutiremos la posibilidad de que exista algún otro criterio que resulte fehaciente. Consideraremos la cuestión el concepto de *tolerancia*, los episodios de *abstinencia* y finalmente, en relación directa con éstos, el grado de *dependencia* que un bebedor suele desarrollar. Nos ocuparemos muy especialmente de la posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto del alcoholismo, el cual es presentado como una forma de *aprendizaje* debido a los procesos neuronales que lo conforman. Finalizaremos el capítulo con la presentación de la clásica tipología del alcoholismo clínico de Jellinek, ya mencionada sucintamente en la definición provista al comienzo de esta **Introducción**.

En el tercer capítulo, resumiremos los principales *modelos* de alcoholismo a partir de consideraciones *etiológicas* y a partir de las distintas respuestas a la pregunta acerca de si el alcoholismo es o no una *enfermedad*. Según el modelo *genético*, por ejemplo, las causas del

³ La *intervención* es la puesta en acto de un trabajo o unas acciones que surgen a partir de una *demanda social* o solicitud de intervención dentro del marco de una especificidad profesional (médica, legal, educativa, etc.) En la intervención, en tanto que *construcción metodológica*, se pueden distinguir dos dimensiones: *la demanda de intervención y la artificialidad del proceso*. (Cazzaniga, 1998-2005b)

alcoholismo son orgánicas, pero hay otros modelos que consideran la posibilidad de una etiología múltiple o policausalidad. Los principales son los siguientes: el modelo *moral* –seco y húmedo–; el modelo del *deterioro*, el modelo *psicoanalítico*, el modelo de *interacción familiar*, el modelo de *Alcohólicos Anónimos*, el modelo *médico* –en sus versiones vieja y nueva–, el modelo *bio-psico-social*, el modelo de la *vulnerabilidad* y, finalmente, el que propone la OMS desde la nueva disciplina llamada *neurociencia*. Nos preguntaremos hacia el final de este apartado si acaso este modelo no representa una vuelta al modelo genético.

Seguidamente nos dedicaremos a los variados tipos de *tratamiento* que se suelen implementar para el alcoholismo. Existen tratamientos *farmacológicos* y *no farmacológicos*. La farmacoterapia se distingue según las etapas de su aplicación: hay farmacoterapia de desintoxicación; de deshabitación y a largo plazo –en la rehabilitación y en la reinserción. También se cuenta con técnicas *conductistas* y terapias grupales: psicoterapia, socio-terapia, autoayuda, rehabilitación, aplicación de programas terapéuticos y consideración del ambiente terapéutico.

Concluimos la primera parte con el capítulo número cinco en el que se exponen algunos de los principales problemas de ética y política sanitaria que suscita el alcoholismo. Comenzaremos con una lectura del alcoholismo desde los tradicionales *cuatro principios bioéticos* –autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia– de Beauchamp y Childress (1994). Luego dedicaremos un apartado a la cuestión oposición *autonomía–paternalismo*. También revisaremos algunos modelos de *justicia*, cuestiones de emergencias, economía, prevención, propaganda, competencia profesional y, finalmente, el alcoholismo en *mujeres*.

La segunda parte del trabajo será desarrollada a partir del capítulo sexto y trata sobre la cuestión de la *identidad personal* girando en torno al análisis de los conceptos de *sustancia*, *ser humano*, *persona*, *identidad numérica*, *semejanza* y *diferencia* con el objeto de elucidar en qué consisten el principio de individuación, la identidad cuantitativa, la identidad en el momento, la identidad en el tiempo, la conciencia entendida como continuidad de la memoria y el olvido. Indagaremos por qué, según Locke, *persona* es un término forense.

En los capítulos siete y ocho discutiremos las *aporías* a las que conduce cierta versión de la identidad personal y su puesta en evidencia por parte del recurso de los *puzzling cases*, los cuales se caracterizan por ser relatos imaginarios de situaciones en las cuales se varían las condiciones de existencia humana. Presentaremos los famosos casos⁴ del loro racional y del príncipe y el zapatero creados por John Locke (1999); el extraño caso de Julia North y la técnica del rejuvenecimiento propuestos por John Perry (1984); el trasplante de cerebro de Derek Parfit (1984a); y, finalmente, los recuerdos venecianos también de Parfit (1984b).

Las propiedades y aporías de la identidad que hemos de considerar son las siguientes: la *sustancialidad* de la identidad, la *convencionalidad* del término o *ilusión de la identidad*, la *circularidad*, la *transitividad*, la *reflexividad*, la *corporalidad* y el *mentalismo*, la identidad personal como *continuidad de la memoria*, y, finalmente, la *supervivencia* y la *anticipación*.

Seguidamente desarrollaremos la concepción de la identidad personal entendida *narrativamente*, la cual consiste en una dialéctica entre *mismidad* e *ipseidad*, según presenta Paul Ricoeur (1990, 1995, 1996). Se establecen para ello tres etapas de análisis: una etapa epistemológica, en la cual se efectúa la individualización de la persona; una etapa pragmática,

⁴ El recurso de distintos tipos de casos se justificará hacia el final de esta **Introducción**.

en la cual se lleva a cabo su identificación; y, en última instancia, la dimensión ética, cuando se vuelve posible imputar responsabilidad a la persona. Proponemos distinguir *cuerpo, persona y conciencia* para profundizar acerca de la relación entre el tiempo y la narración, pues sólo si entendemos narrativamente la identidad podremos superar las dificultades de la llamada *tesis reduccionista* –según llama Ricoeur (1996) a la versión causalista de la identidad personal de la tradición instaurada por Locke y sus continuadores. Distinguiremos *trama, acontecimiento, necesidad narrativa, relato y acción*. Estudiaremos también el concepto de *personaje puesto en trama*, propuesto por Ricoeur a partir de la teoría aristotélica de la imitación. Finalmente, veremos en qué sentido podemos hablar de *ficciones*. Todo esto en vistas al estudio de la identidad de la persona alcohólica.

En la tercera parte del trabajo revisaremos dos *modelos narrativos*. El primero corresponde a la *Terapia Cognitiva Post-Racionalista*, apoyada en una epistemología evolutiva y cuyos principales autores son Vittorio Guidano (1996-2001a, 1996-2001b), Humberto Maturana (1996-2001) y Alfredo Ruiz (1996-2001, 1996-2001b, 1996-2001c, 1996-2001d y 1996-2001e). Partimos de la psicología de Jerome Bruner (2004), quien sustenta en su análisis la existencia de dos modalidades de pensamiento humano: la *paradigmática* y la *narrativa* –coincidiendo en esta última con Ricoeur. La distinción entre estas dos modalidades permite comprender los conceptos de *adaptación, autoorganización y conocimiento*, los cuales resultan el soporte para los procesos del *self o sí mismo*. Esta teoría narrativista sostiene que la identidad personal no es algo dado, sino una construcción. Veremos que dicha concepción permite una adecuada intervención terapéutica. Y si bien sus autores más representativos no han aplicado expresamente su modelo al alcoholismo, nos valdremos de sus aportes para realizar aquí dicha tarea.

El segundo modelo narrativo que proponemos es la *Teoría del Sistema de Familia*, según es presentada por Peter Steinglass (1987) y su equipo de colaboradores, quienes consideran que el alcohólico no es un individuo aislado sino el integrante de alguna familia. Iniciaremos nuestro recorrido a partir de la distinción entre *temperamento e identidad de familia*, conceptos fundamentales para comprender en qué consisten las *rutinas, los rituales* y las *conductas reguladoras* de un grupo familiar. Asimismo resulta útil en nuestro análisis distinguir *fases* de maduración de la conducta alcohólica. La primera fase consiste en el desarrollo de una identidad alcohólica. La fase intermedia establece rutinas y rituales. Ahora bien, es en la fase final cuando se configura la identidad de la familia alcohólica. Veremos que este modelo facilita el análisis del proceso de transmisión del alcoholismo y tratamiento de la familia alcohólica, fundamentalmente basado en la técnica de la *historia de vida*⁵.

Tras la presentación de la perspectiva narrativista y de los dos modelos estaremos en condiciones de replantear las cuestiones de ética y política sanitaria para ofrecer nuevas respuestas. También ofrecemos un breve estudio del *estigma* del alcohólico, a partir del análisis que realiza Erving Goffman (2003) de la identidad deteriorada. Según Goffman, hay toda una tipología del estigma, que se vislumbra desde la distinción entre identidad personal e identidad social. Además del proceso de estigmatización, existen otros vinculados a éste: el *enmascaramiento* y la *victimización o gancho*.

Luego de las conclusiones adjuntamos varios apéndices por considerarlos indispensables para nuestro trabajo, pues aportan evidencias al estado de la cuestión de nuestro objeto de estudio. En primer lugar, ofrecemos una serie de *cuestionarios* básicos útiles

⁵ El recurso de la historia de vida también se justificará hacia el final de esta **Introducción**.

para la detección, el diagnóstico y el autodiagnóstico de alcoholismo. A continuación, algunas estadísticas a nivel nacional y mundial. En tercer término, incluimos recortes periodísticos de actualidad acerca del alcoholismo en nuestro país, del alcoholismo pediátrico y adolescente, de los riesgos en el consumo de alcohol, de una campaña de concientización. Seguidamente, la *Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo*. Quinto viene el programa narrativo de Alcohólicos Anónimos. Y, finalmente, un glosario con términos vinculados al alcoholismo, no sólo relativos al campo de la medicina, sino también conceptos sociales, populares, incluso regionales, lunfardos y marginales que permiten soslayar la dimensión de este fenómeno de nuestro mundo.

Dentro de la metodología que vamos a implementar se encuentra el estudio de casos. Seguimos a Alcira Bonilla (2004) cuando destaca la importancia de ejemplos, fábulas, parábolas, casos y textos aleccionadores en la educación moral de los pueblos.

Debemos distinguir tres aspectos importantes al respecto: a) últimamente —y en varias disciplinas— se ha relevado el estudio de casos como instrumento de privilegio en la investigación y enseñanza de la ética. b) Sin embargo, no existe unanimidad acerca del concepto de caso, ni de su valor pedagógico, si bien es muy frecuentemente utilizado especialmente en el campo de la ética aplicada. Y c) son dos las posiciones fundamentales que distinguen a sus defensores: los que consideran el caso como simplemente ilustrativo y los que le confieren el carácter de herramienta útil, en especial para resolver problemas no tradicionales. Esta última es nuestra postura:

“Un caso no es cualquier historia. La construcción del caso está gobernada por una lógica y una retórica interna. Es una forma de narración que no se circunscribe a la descripción pura y simple de una situación problemática particular, sino que esboza los rasgos sobresalientes de una situación típica; vale decir, que en el relato que constituye el caso deben estar presentados todos los rasgos que configuran una situación problemática completa en el campo respectivo.” (Bonilla, 2004, subr. nuestro)

D. Jamieson (1995), por su parte, distingue cuatro tipos de casos: *literarios*, *ostensivos* o de la vida real, *hipotéticos* —situaciones que podrían tener lugar sin que nuestra concepción del mundo variara— e *imaginarios* —alternativas lógicas que sólo podrían ocurrir en mundos diferentes del real⁶. Recurriremos a varios de ellos a lo largo de nuestra exposición.

Y también utilizaremos la *narración biográfica* o *relato de vida* o *historia de vida* o *historia de vida*⁷, muy difundido actualmente porque da cuenta de la creciente valorización de este tipo de

⁶ Oportunamente dedicaremos un apartado especial para este tipo de casos que se suelen denominar *puzzling cases*, -casos imaginarios- porque su tratamiento resulta relevante en nuestra argumentación a propósito de la cuestión de la identidad personal.

⁷ Las Ciencias Sociales vienen presenciando un giro radical con respecto a la metodología del estudio de casos. Del llamado *Caso Social Individual* —fundado por Mary Richmond con la intención de restaurar la independencia económica, la salud y la higiene, se pasa al *abordaje desde la singularidad*, es decir, a una perspectiva no prescripcionista sino comprensivista. (Cazzaniga, 1998-2005b)

Los principales soportes de estas metodologías comprensivistas son los siguientes: *trabajos sobre la vida cotidiana y privada, de experiencias de minorías y diversos grupos sociales; interpretación de la vida social de grupos no hegemónicos; valorización de la subjetividad y de las relaciones interpersonales; y particularidad y diversidad de los sujetos comunes en un mundo signado por la homogeneización y la masificación*. La herramienta fundamental es la *entrevista en profundidad* —experiencia comunicativa—

procedimientos, que privilegia metodologías cualitativas y muestra un marcado interés por lo ordinario. En el relato de la propia vida, las experiencias se articulan temporal y socialmente en conexión con la historia de una región, un grupo, una familia. El relato resulta así el “emergente de un complejo entramado social y cultural.” (Barbieri, 2000: 10)

que implica una interacción entre entrevistador y entrevistado y que tiene como objetivo final la producción de un texto –paso de la oralidad a la escritura. (Barbieri, 2000)

I. Diagnóstico del alcoholismo: ¿enfermedad o adicción?

“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara.”

Susan Sontag, *La enfermedad y sus metáforas*

Iniciamos nuestro estudio presentando las posiciones de varios bioeticistas que cuestionan si el alcoholismo es o no una *enfermedad* y si es o no un tipo de *adicción*, tal como se lo define frecuentemente. Revisaremos algunos de estos planteos porque pueden resultar útiles a la hora de esclarecer qué tipo de actitudes tiene la sociedad hacia la persona alcohólica –y en relación con su condición de enfermo o adicto, según el caso–, qué actitudes se esperan de él, qué grado de responsabilidad o aun de culpa tiene respecto de su enfermedad, si merece castigo o tratamiento, etc. Para llevar a cabo nuestra tarea consideramos útil comenzar por dejar en claro qué es una *enfermedad* y qué significa *adicción*.

De acuerdo con la definición del *Diccionario de la Real Academia Española* (2001, 2003), el término *enfermedad* proviene del latín *infirmitas, -atis*, y significa “alteración más o menos grave de la salud”. Podemos también definir la *salud* (del lat. *salus, -utis*) en sentido amplio y en sentido estricto. En sentido amplio, se considera la salud como la “condición física en que se encuentra un organismo en un momento determinado.” (*Real Academia*, 2001) Mientras que en sentido estricto llamamos *salud* al estado “en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.” (*Ibid.*)

Recordemos que para los antiguos toda enfermedad era un castigo de los dioses, que había sido enviado sobre los mortales por el dios Apolo enojado. Así, el único camino que les quedaba a las personas enfermas era orar a dios. Esculapio, hijo de Apolo, era precisamente el dios de la medicina. (*Britannica*, 2005) En la *Iliada* y en la *Odisea*, se presenta la enfermedad como castigo sobrenatural, posesión demoníaca o acción de agentes naturales. Los griegos creen que la enfermedad puede ser gratuita o merecida –debido a faltas personales, trasgresiones colectivas o crímenes cometidos por los antepasados. (Sontag, 2003: 49)

Valé la pena notar que parece más difícil definir *buena salud* que *mala salud*, equiparable esta última a la idea de *enfermedad*. Además, los límites entre la salud y la enfermedad a veces resultan difusos. Una persona puede aparentar gozar de una buena condición física, y sin embargo tener un resfrío o estar mentalmente enferma. Inclusive puede parecer externamente sano pero tener una enfermedad interna seria, por ejemplo, cáncer, que es detectable sólo mediante un examen físico o test diagnóstico o ni siquiera a través de éstos. (*Britannica*, 2005)

El término *adicción* (ver **Glosario**), por su parte, proviene del latín *addictio⁸, -onis*, y se entiende habitualmente como el “hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por una afición desmedida a ciertos juegos.” (*Real Academia*, 2001)

Antes bien, la expresión *dejarse dominar* merece varias consideraciones⁹, es evidente que las drogas, puesto que son tóxicas, pueden perjudicar la salud. Vemos entonces que la

⁸ Volveremos sobre este término en el capítulo final.

⁹ Estas consideraciones son primordialmente de tipo morales: ¿Por qué un individuo *se deja dominar* por el alcohol? ¿Es por falta de voluntad?

enfermedad y la adicción no son necesariamente contradictorias, de tal manera que el alcoholismo se puede entender como una enfermedad a la vez que como una adicción.

El alcoholismo como abuso y compulsión

Pareciera estar ampliándose el alcance del concepto de *alcoholismo* más allá del horizonte de la *dependencia*¹⁰. Este cambio de perspectiva asoma en la corrección trazada para la edición 2003 sobre la edición de 2001 por el *Diccionario de la Real Academia Española* en la entrada correspondiente:

“abuso habitual y compulsivo de beber alcohol. Enfermedad ocasionada por tal abuso, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica. Esta última produce trastornos graves y suele transmitir por herencia otras enfermedades, especialmente del sistema nervioso.” (*Real Academia*, 2001)

“abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. *El alcoholismo causa muchos accidentes de tráfico.* /Enfermedad ocasionada por tal abuso, que puede ser aguda, como la embriaguez, o crónica.” (*Real Academia*, 2003)

Notamos cómo se ha extendido este término, pues en la edición de 2003 se considera alcoholismo como un tipo de *abuso* (ver **Glosario**) o *compulsión* (ver **Glosario**) causante de los accidentes de tránsito y, en general, no son los alcohólicos¹¹ llamados *crónicos* –según señalaba la edición de 2001– quienes provocan este tipo de accidentes, sino personas no alcohólicas ni dependientes del alcohol, pero que pueden llegar a beber en forma exagerada (ver **Apéndice III: Recortes periodísticos**). También se ha eliminado la mención de la herencia de enfermedades del sistema nervioso, probablemente por las mismas razones.

El alcoholismo como enfermedad

Comenzamos con Jeffrey Schaler¹², uno de los bioeticistas que critican la condición de enfermedad atribuida por otros al alcoholismo. Según este autor, el alcoholismo como enfermedad es un mito o una enfermedad en sentido *metafórico*¹³. (Podríamos hablar de *la ilusión*

¹⁰ Trataremos la dependencia como uno de los principales criterios para la detección del alcoholismo hacia el final del próximo capítulo.

¹¹ La terapeuta Insoo Kim Berg (2002) otorga gran significatividad a la distinción contemporánea entre *alcohólicos*, *abusadores de alcohol* y *bebedores problema*, debido a que facilita la aplicación del tratamiento y el paciente puede esperar un mejor pronóstico.

¹² Profesor Adjunto, Departamento de Justicia, Derecho y Sociedad, Facultad de Asuntos Públicos, *American University, Washington DC, Private Practice Psychotherapy*, Silver Spring, Maryland.

¹³ Según la lingüista Guiomar Ciapusio (2003), el empleo de metáforas en textos científicos es polémico porque ha sido un recurso rechazado tradicionalmente por los propios científicos y por la literatura normativa acerca del discurso y los textos científicos. Sin embargo, esta actitud parece estar deponiéndose en forma sustantiva. Esto se debe a la coincidencia entre nuevas concepciones epistemológicas, la influencia de la historia y la sociología de la ciencia, y los estudios sobre retórica científica. Si el enfoque tradicional rechazaba la metáfora como recurso del discurso científico lo hacía debido a su pretensión de objetivismo: “El quehacer científico es un dar cuenta casi

del alcoholismo como enfermedad, para utilizar términos de Hume¹⁴: el hecho de que algunos hablen del alcoholismo como enfermedad no significa que necesariamente exista tal cosa.)

De acuerdo con la posición de Schaler, el alcoholismo no puede ser una enfermedad, y si lo fuera, sería una enfermedad “inventada, no descubierta” (Schaler, 1997: 22). A propósito nos recuerda que en el siglo XIX el alcoholismo era visto, junto con la homosexualidad, la *negritud* –así llamaba, de acuerdo con su versión, el famoso Benjamin Rush a la asociación marital entre un blanco y una negra, o viceversa-, la masturbación y el judaísmo, como un pecado o crimen o enfermedad, en el nombre de la moralidad, de la salud y del grupo etario dominante. Las razones que daban cuenta de semejante clasificación eran políticas, no científicas, ciertamente.

Schaler señala varias diferencias del alcoholismo respecto de las *verdaderas* enfermedades. Las enfermedades son condiciones médicas –es decir, orgánicas o físicas- y se pueden descubrir por sus signos –que son objetivos. Son además cosas que la gente tiene y son involuntarias. En cambio, el alcoholismo es una conducta y las conductas son acciones. Por otra parte, el alcoholismo no presenta *signos* –que son objetivos, sino *síntomas* –que son subjetivos. Y, finalmente, es algo que la gente hace: es voluntario y está basado en valores éticos. El alcoholismo no puede ingresar en el primer grupo –de los desórdenes orgánicos- porque no posee signos y no es, por lo tanto, propiamente una enfermedad. En el mejor de los casos podría ser incluido en alguno de los otros dos grupos y ser un desorden mental¹⁵ o bien social.

Desórdenes orgánicos y no orgánicos

Siguiendo con el planteo de Schaler notemos que acostumbramos llamar *enfermedades* a estos tres grupos: 1) *Desórdenes orgánicos*: son genuinas enfermedades, porque son condiciones físicas y como tales presentan *signos*, que son objetivos. 2) *Desórdenes funcionales*: no son enfermedades. Aquí se incluyen aquellas actividades mentales que presentan irregularidades. Sólo presentan *síntomas*, que son subjetivos Y 3) *conductas antisociales*: tampoco son enfermedades, pues son acciones totalmente voluntarias y también presentan sólo *síntomas* subjetivos.

ascético del mundo externo (la realidad); el instrumento lingüístico debe ser transparente y, en lo posible, ni siquiera ‘notarse’.” (Ciapuscio, 2003: 63) La metáfora resulta en este sentido mero *vestido* o recurso ornamental. Por otra parte, Ciapuscio señala que los conceptos científicos tienen tal grado de abstracción que impiden la formación de imágenes mentales; mientras que la ficción analógica con objetos o sucesos del mundo cotidiano posibilitaría la construcción de imágenes aproximadas a las nociones abstractas. De acuerdo con la nueva concepción –que Ciapuscio llama *experiencial* y se opone a la concepción *comparatista* tradicional-, la metáfora posee cierta *potencialidad epistemológica*: al evocar dominios cotidianos de experiencia abre nuevos caminos de pensamiento, constituyendo un recurso efectivo de explicación y exposición de contenidos científicos, que además de volverlos más accesibles para audiencias más variadas, provoca efectos particulares en las distintas audiencias.

¹⁴ David Hume (1981) habla de *la ilusión de la causalidad*, según veremos más adelante, el hecho de que hablemos de *causas* y *efectos* no significa que realmente tales relaciones existan efectivamente en el mundo.

¹⁵ Sontag (2003: 127-128) hace notar que la psicología y su creciente credibilidad como ciencia han influido en la medicina del siglo XX, cambiando la opinión tan extendida acerca de que la mayoría de las enfermedades son de índole física u orgánica, considerando actualmente que son más bien mentales o psicósomáticas.

Con respecto al alcoholismo y en el marco de lo expuesto hasta aquí, podríamos responder provisoriamente que aquello que hemos llamado *alcoholismo secundario* es efectivamente una enfermedad porque presenta los signos propios de los trastornos involucrados -por ejemplo, los signos de una cirrosis o una hepatitis. Nuestro problema sigue siendo el alcoholismo *primario*¹⁶, el que precisamente hemos propuesto como objeto de este trabajo. Y es justamente éste el que cuestiona Schaler.

Aquí podríamos preguntarnos de dónde procede esta idea de que las enfermedades son siempre en cada caso un desorden físico u orgánico. Esta pregunta ya la había formulado Foucault: "¿Es la lesión la forma originaria y tridimensional de la enfermedad (...)? ¿tienen todas las enfermedades su correlativo en una lesión?" (Foucault, 2004: 245-247) ¿No sería mejor entonces comenzar el estudio de las enfermedades por una clasificación nosográfica entre trastornos orgánicos y trastornos no orgánicos?

Según Foucault, todo esto se debe a los privilegios que la medicina ha concedido siempre a la anatomía patológica. El cuerpo ha adquirido el espacio de configuración de la enfermedad al tiempo que el espacio de localización del mal. Sólo en el siglo XIX la experiencia médica no ha superpuesto estos dos espacios. (Foucault, 2004: 17)

Detrás de la crítica de Schaler que considera que el alcoholismo -primario- no puede ser una enfermedad vislumbramos la idea foucaultiana de interpretar *enfermedad, síntoma y etiología* del mismo modo en patología mental y en patología orgánica. (Foucault, 2003: 9-10) Además, reducir toda patología -incluida la mental- a patología orgánica tiene implicancias respecto de la distinción entre *normal* y *patológico*. Quizás a esto se deba la dificultad de caracterizar lo que llamamos *salud* en un campo que no sea puramente orgánico. Y si bien resultaba difícil en el campo de la salud y las enfermedades orgánicas, tanto más en relación con la salud y las enfermedades mentales. Acaso esta sea una razón que explique el ya mencionado reduccionismo de considerar toda enfermedad como enfermedad orgánica o física: la enfermedad, si bien puede señalarse en la configuración o cuadro -constituido por sus síntomas- "se hace aparente en el cuerpo" (Foucault, 2004: 26) Es en el cuerpo donde se *localiza* la enfermedad.

Signos y síntomas

Vale la pena profundizar acerca de este punto. De acuerdo con Schaler, si el alcoholismo fuera una enfermedad -recordemos que está considerando toda enfermedad como un desorden *físico*-, tendría entonces *signos*. O signos y *síntomas*, pero no sólo síntomas, que no son más que evidencia subjetiva. Los signos son, según este autor, la evidencia objetiva de la enfermedad. Además, según Schaler, el alcoholismo es diagnosticado de acuerdo con los síntomas que presenta debido a la ausencia de signos.

Un *signo*, (del lat. *signum*) es un objeto o fenómeno o acción material que, por naturaleza o convención, representa o sustituye a otro. Se entiende además como un indicio o

¹⁶ Hay quienes intentan explicar el alcoholismo primario reduciéndolo a una condición física, por ejemplo, lo caracterizan como una especie de *alergia*. Esta idea se encuentra presente en varios de los miembros de grupos de Alcohólicos Anónimos entrevistados (en este caso, el testimonio proviene de Felipe, quien se presenta a sí mismo como un alcohólico en recuperación perteneciente al "Grupo Lanús Este", viernes 10/09/04).

señal¹⁷ de algo. (*Real Academia*, 2001) Mientras que un *síntoma* (del lat. *symptōma*, y éste del gr. *σῦμπτωμα*¹⁸) es un fenómeno que revela una enfermedad. También puede significar señal o indicio de algo que sucede o va a suceder. (*Ibid.*) En conclusión, ambos, signos y síntomas son señales o *símbolos*. Un *símbolo* (del lat. *simbōlum*, y éste del gr. *σύμβολον*¹⁹) es una representación perceptible en forma sensorial de una realidad, “en virtud de rasgos que se asocian con ésta por una convención socialmente aceptada.” (*Ibid.*)

Si los signos y los síntomas son todos símbolos, ¿es posible distinguir símbolos *naturales* y símbolos *convencionales*? De ser así, los signos, según Schaler serían símbolos naturales y los síntomas vendrían a ser símbolos totalmente convencionales.

Ahora bien, de acuerdo con la postura de la antropóloga Mary Douglas²⁰ cualquier símbolo sólo adquiere sentido en su relación con otros símbolos —es decir, dentro de un sistema simbólico— no tendría sentido distinguir entre símbolos naturales y símbolos convencionales, pues, en última instancia, todo símbolo adquiere su sentido socialmente: “Ni siquiera la fisiología, común a todos los hombres, puede ofrecer símbolos comunes a toda la humanidad.” (Douglas, 1978: 13) Esta afirmación subraya el carácter social de todo símbolo. Por lo dicho hasta aquí podemos deducir que los símbolos pueden ser naturales en la misma medida en que son precisamente sociales. Entonces, si admitimos la explicación de Douglas, la distinción de Schaler carece de significación: una enfermedad conformaría su propio sistema simbólico a partir del cual cada símbolo adquiere significado.²¹

El síndrome

¹⁷ Del gr. *σημα*: seña, señal del cielo, y éste del v. *σημειον*: señalar, indicar, apuntar, dar señales, hacer señas, interpretar, referir, significar. (Pabón, 1982: 534)

¹⁸ *Σῦμπτωμα*: caída, casualidad, desgracia. (Pabón, 1982: 555)

¹⁹ *Σύμβολον*: contrato, marca, distintivo, señal, signo, símbolo, presagio, auspicio, convención. (Pabón, 1982: 553)

²⁰ Douglas propone tres argumentos para sostener su idea: En primer lugar, sostiene que todo sistema simbólico es autónomo en su desarrollo y sigue sus propias normas. En segundo lugar, afirma que los condicionamientos culturales profundizan las diferencias. Finalmente, expresa que las estructuras sociales aportan otro elemento de diversificación.

²¹ Esta conclusión a que hemos arribado tiene otra implicancia interesante en relación con el ya mencionado uso de la metáfora en ciencia. Douglas efectúa una serie de afirmaciones: “La sociedad no es sencillamente un modelo que ha seguido el pensamiento clasificador; son las divisiones de la sociedad las que han servido de modelo para el sistema de clasificación. Las primeras categorías lógicas fueron categorías sociales; los primeros órdenes de objetos fueron órdenes de seres humanos dentro de los cuales se integraban dichos objetos. El núcleo del primer sistema natural no es el individuo, sino la sociedad.” (Douglas, 1978: 14)

La versión de Douglas entonces coincide con la teoría experiencial de la metáfora propuesta por Ciapuscio y ya citada en otra nota al pie, unas páginas atrás. El lenguaje —o el lenguaje desde cierta concepción— *pretende* ser objetivo —pretensión propia de la concepción comparatista de la metáfora— y *pretende* imponer ciertos símbolos —como Schaler sus signos físicos— como naturales. Y ya hemos visto que no existe tal cosa. Los llamemos *signos*, *síntomas* o *símbolos*, siempre son originariamente sociales. Ahora bien, sólo la teoría experiencial da cuenta de la condición social de cualquier lenguaje, incluido obviamente el científico. No es más natural el aspecto físico que el social, sino a la inversa: “cuanto mayor es la presión social, mayor es la tendencia a expresar la conformidad social por medio del control físico. Las funciones del cuerpo humano se ignoran y relegan más cuanto mayor es la presión que ejerce el sistema.” (Douglas, 1978: 14) Dicho en otros términos: puede ser tanto o más significativo un síntoma de control corporal que un signo de estado febril (si es que acaso tiene sentido la distinción entre signos y síntomas).

Podemos elaborar otra explicación plausible por un camino distinto, a partir de una idea de Susan Sontag en relación con el sida. Según ella, es significativo que el sida no se constituya como una única enfermedad, sino que toma la forma de un *síndrome*, es decir, la manera de una lista indefinida de enfermedades ostensibles, que atestiguan que el paciente padece la enfermedad. (Sontag, 2003: 114)

El *síndrome* (del gr. συνδρομή, *concurso, reunión*) es un conjunto de *síntomas* que pueden caracterizar una enfermedad (Real Academia, 2001). El sida es un ejemplo de lo dicho y pone en evidencia el carácter de *construcción* que tiene como enfermedad precisamente porque su identidad como enfermedad viene dada por su condición de síndrome.

A primera vista, Sontag parecería acordar con Schaler: el alcoholismo es una enfermedad *construida*. El alcoholismo, según hemos visto, conlleva un gran número de complicaciones fácilmente detectables mediante la observación empírica, adoptando así la forma de distintos síndromes: *Síndrome de abstinencia, Síndrome Alcohólico Fetal, Síndrome de Wernicke-Korsakoff*, incluso el *Síndrome de la borrachera seca* (ver **Glosario**).

Sin embargo, el sentido apuntado por Schaler es distinto del de Sontag. Schaler afirma que el alcoholismo es una enfermedad *construida* porque no es una genuina enfermedad —esto es, orgánica—, mientras que Sontag parece querer más bien poner de manifiesto que *en toda enfermedad hay algo de construcción* —sea orgánica o mental—, si bien en algunas —las que se expresan en la forma de síndrome— esto se ve con más claridad; tal el caso del sida, y, agreguemos, del alcoholismo.

Para finalizar este apartado, y siguiendo lo señalado por Foucault, digamos que existen ciertas condiciones de existencia de una enfermedad. Por empezar, sólo una enfermedad puede tener realidad y valor de enfermedad si se encuentra inmersa dentro de una cultura que la reconoce como tal: “cada cultura se hace una imagen de la enfermedad, cuyo perfil se dibuja gracias al conjunto de las virtualidades antropológicas que ella desprecia o reprime.” (Foucault, 2003: 85)

No podemos dejar de destacar el aspecto social que posee cualquier enfermedad, pues es el grupo el que denuncia y el que reconoce a la enfermedad como tal. Es el grupo el que le confiere el *status* a la enfermedad²² como tal —tanto no orgánica como orgánica.

El alcoholismo como adicción

Pero Schaler no solamente rechaza la idea de que el alcoholismo es una enfermedad, sino que lo considera a la vez como una forma de *adicción*. Es decir, bien puede ser un

²² Podemos definir la *enfermedad* en relación con una *norma* o un patrón: la enfermedad consiste en ese alejamiento de la norma; allí reside, según Foucault, la esencia de lo patológico. La enfermedad resulta, pues, marginal por naturaleza. Pero también se circunscribe dentro de una determinada cultura en la medida en que es una conducta que no se integra a ella. La enfermedad es además virtual, porque su contenido se define por las posibilidades en sí que se pueden manifestar en ella. (Foucault, 2003: 85-90)

desorden funcional tanto como una conducta antisocial, pero no es de ninguna manera un desorden orgánico. De allí deduce que las adicciones no pueden ser enfermedades.²³

El inicio en la argumentación de Schaler es precisamente la afirmación efectuada por aquellos para quienes el alcoholismo es una enfermedad porque es una forma de *adicción* y las adicciones son enfermedades. Pero Schaler rechaza esta idea recurriendo a la etimología de la palabra *adicción*. De acuerdo con este autor, *ad-dicción* significa *decir-sí*, por lo tanto, si el adicto es aquel que *dice-sí* a su adicción, no puede ser un enfermo. Habiendo una voluntad libre no puede haber enfermedad.

Además, y siempre siguiendo a Schaler, las adicciones pueden ser positivas y no sólo negativas y cita ejemplos de adicciones negativas: el alcohol, el trabajo, el amor... y ejemplos de adicciones positivas: el alcohol, el trabajo, el amor... Con esto pretende mostrar que la adicción no es en sí misma buena o mala, sino que tiene un buen uso o un mal uso —o abuso. Schaler parece estar deformando el sentido que se atribuye habitualmente a lo que llamamos *adicción*, ampliándolo tanto que ya se vuelve sinónimo de simple *inclinación*.

Otra interpretación que hace Schaler de la adicción y justamente, según él, como derivación del *decir-sí* es la adicción como un *dictar*. Concluye: “la persona que elige una adicción negativa es un *dictador*” (Schaler, 1997: 43, trad. nuestra). Sin embargo, este autor parece no notar los matices del *decir-sí* de un adicto respecto del que no lo es: ¿*Dice-sí* voluntaria y libremente? ¿O *dice-sí* porque no tiene voluntad libre de *decir-no*? El alcohólico ¿es un dictador con respecto a su enfermedad y a quienes lo rodean o es el alcoholismo que ejerce su dictadura sobre el enfermo y quienes lo rodean?

Para concluir, digamos que en el desarrollo de este autor impera la idea de que las enfermedades —las *verdaderas* enfermedades— son siempre orgánicas. Así, podríamos concluir también que para Schaler sólo son enfermedades las que presentan signos físicos. La conclusión de Schaler se puede sintetizar como sigue:

“La enfermedad del alcoholismo fue inventada para influenciar a la gente. (...) Una persona comienza, se modera o se abstiene de beber porque él o ella quiere. Tales elecciones son una función de los valores éticos humanos.” (Schaler, 1997: 44, trad. nuestra).

Alcoholismo y pérdida de control

Susan Hird²⁴ y Robert Millman²⁵ (1997: 51-80) también presentan un modelo de alcoholismo como forma de adicción. Señalan, en primer lugar, el doble aspecto del alcoholismo: como dependencia y como abuso. Y señalan, por otra parte, la significatividad de

²³ Al comienzo de este apartado habíamos dejado abierta la posibilidad de que adicción y enfermedad no fueran mutuamente excluyentes. Esta no es, obviamente, la posición de Schaler para quien el alcoholismo no es una enfermedad justamente porque es una forma de adicción.

²⁴ Acompañante Clínica, Abuso de Sustancias, Centro Médico de la Universidad Cornell, Nueva York.

²⁵ Distinguido Profesor de Psiquiatría y Salud Pública Saul P. Steinberg, Director del Colegio Médico Cornell, Servicios de Abuso de Alcohol y otras Sustancias, Clínica Psiquiátrica Payne Whitney, Hospital de Nueva York/Centro Médico Cornell, Nueva York.

este problema de salud pública tan grande en términos de pérdida de productividad, de familia y otras relaciones significativas, pérdida de autoestima, de salud y de la propia vida. Existen también otros aspectos relacionados con el alcoholismo como adicción y son: el tratamiento de las consecuencias médicas secundarias; las cuestiones legales en relación con la conducta de los individuos alcoholizados; y los costos de las pérdidas que ocasiona.

Hird y Millman señalan el parentesco del consumo de alcohol con el consumo de otras sustancias e incluso con conductas que serían de suyo adictivas. La gente recurre al consumo de alcohol y otras sustancias *psicoactivas* (ver **Glosario**) por una variedad de razones: experimentación, curiosidad, presión social, alivio, etc. Algunas personas recurren al consumo de alcohol o drogas socialmente o recreativamente sin desarrollar dependencia. Mario Heler²⁶ señala incluso que dado el hecho de que vivimos en un mundo capitalista, podemos comprender, por tal motivo, el actual consumismo en el marco de los intereses económico – culturales al que nos constriñe cierto estilo de vida. Por tal razón, es posible interpretar las adicciones como una reacción de ciertos sectores que no acceden a otro tipo de consumo de mayor vuelo.

Las sustancias psicoactivas han sido usadas históricamente incluso en ceremonias religiosas y también han sido prescritas por médicos para tratar ciertas afecciones. Sin embargo, en algunos se genera una *adicción*, si bien no en todos. Pero entonces, ¿qué significa *adicción*? Hird y Millman la definen como “cualquier conducta repetitiva o habitual que puede traer consecuencias o volverse destructiva si se saliera de su curso natural”. (1997: 53, trad. nuestra) Así, es posible identificar no sólo adictos a las drogas o al alcohol, sino que también habría una generación de *adictos a la TV*, una generación de *adictos a la computadora y las cybercomunicaciones*, etc. El elemento que todas estas conductas tienen en común es la *compulsión*: “el alcohol es una dependencia tanto física como psicológica e incluye un componente compulsivo.” (1997: 53, trad. nuestra)

La *compulsión*²⁷ –ya definida al iniciar esta sección– se puede entender dentro de este contexto como cierta iniciativa que conduce a beber y que incluye algunos o todos estos caracteres: Se busca una cantidad mayor o un período más largo que el previsto. Se suma generalmente un deseo o reconocimiento de la necesidad de dejar de beber acompañado de la incapacidad de hacerlo, a pesar de los esfuerzos. Se pasa mucho tiempo ocupado o perdido en pensar sobre el alcohol: cómo obtenerlo, cómo usarlo o cómo recobrase de sus efectos. Se nota un cierto deterioro en las actividades sociales, profesionales o recreativas. Se observa una tendencia a períodos cada vez más cortos de abstinencia, a beber en soledad e inclusive a preferirla a otras actividades. Se recurre al alcohol en forma continuada sin importar el daño médico o psiquiátrico que ocasione. Estas serían las razones por las cuales es posible comparar el alcohol con otras drogas adictivas –opio, cocaína, etc.– como asimismo con otras adicciones o compulsiones –jugar, comprar, comer en exceso, tener actividad sexual, etc. Algunas compulsiones son, pues, formas de adicción.

²⁶ II Jornadas de Trabajo Social y Adicciones: “El Trabajo Social en las Toxicomanías ante la Situación de Exclusión”, Conferencia, Centro Cultural General San Martín, Bs. As., Viernes 14/11/03.

²⁷ Es frecuente identificar la compulsión como una fase final del alcoholismo, que viene detrás de la tolerancia y la abstinencia. La tolerancia se desarrolla cuando el organismo del bebedor realiza ingestiones alcohólicas cada vez mayores y en períodos cada vez menores. La *abstinencia* ocurre cuando consumo de alcohol es disminuido o interrumpido, produciendo así un síndrome de estados fisiológicos alterados objetivos y subjetivos. Ocurre frecuentemente que el bebedor recurre al uso del alcohol para aliviar la abstinencia y evitar así sus síntomas, cayendo en un círculo. Tampoco esta clasificación en etapas se aparta de lo dicho. (Freixa, 1996) Algunos la denominan *obsesión*, según nos cuenta Luis, un miembro del “Grupo Gerli” de AA, martes 07/09/04.

Una versión distinta presenta F. Freixa²⁸ (1996), quien critica esta excesiva e indebida ampliación del concepto de *adicción* atribuyéndola a conductas que no están vinculadas al uso de sustancias que pueden modificar el sistema nervioso central. Lo único que parecen tener en común las adicciones y las compulsiones es cierta *pérdida de control* resultante. Se pueden señalar dos vías de consecuencias y tratamientos: aspectos físicos, psicológicos y sociales; y síntomas cognitivos, conductuales y físicos. En esto no hay diferencias significativas con lo que hemos mencionado en el apartado correspondiente.

Para finalizar este apartado, es importante señalar que en la actualidad el concepto de *adicción* -si bien se sigue empleando en la calle- está siendo cuestionado por los profesionales del campo de la salud²⁹. La tendencia es preferir el concepto de *dependencia*, porque se puede explicar en términos neurológicos -según veremos más adelante.

En cambio, considerar el alcoholismo como enfermedad es un tema que sí provee de material para la reflexión. En primer lugar, para establecer criterios de demarcación entre cuestiones morales y cuestiones sanitarias, desligando para tales fines las *metáforas* de una enfermedad de su *concepto clínico*. (Sontag, 2003) En segundo lugar, para desenmascarar los lugares de *poder y control*. (Foucault, 1990, 1992, 2000, 2003 y 2004)

El alcoholismo ¿es una enfermedad mental?

Gregory La Vigne³⁰ e Irving Hassenfeld³¹ (1997), también plantean un gran número de cuestiones epistemológicas con implicancias éticas en torno a este tema: ¿Es el alcoholismo un problema moral? ¿Es una enfermedad? ¿Es una enfermedad mental? El alcoholico ¿es responsable por las consecuencias de su conducta cuando está intoxicado? El alcoholismo ¿debe ser siempre tratado como problema primario? Los pacientes alcoholizados ¿tienen derecho a rechazar ayuda en su tratamiento? ¿Qué derechos tienen los alcoholicos a tratamiento, a los planes de salud, etc.? ¿Es aceptable la intervención paternalista? El alcoholico ¿tiene derecho a hacer valer su autonomía? ¿Qué grado de responsabilidad tiene el que abusa del alcohol?

La Vigne y Hassenfeld parten de la idea de que los médicos clínicos tratan a los alcoholicos con problemas que incluyen daños ortopédicos sufridos por la intoxicación, complicaciones médicas por el uso crónico de alcohol, desórdenes psiquiátricos causados por el alcohol, problemas legales, familiares y financieros resultantes de la bebida. Y, sin embargo, los médicos clínicos son, en general, poco eficaces a la hora de identificar bebedores problema en sus aspectos mentales.³²

²⁸ Freixa entiende la adicción como una forma de dependencia.

²⁹ La OMS ha eliminado hace muchos años la palabra *drogadicción* de su terminología técnica y consecuentemente cuestiona la palabra *adicción* por considerar que "dado que no existe una definición de adicción aceptada en todo el mundo, es imposible saber a ciencia cierta en qué medida la adicción difiere de la dependencia." (OMS, 2003: 24)

³⁰ Jefe de Psiquiatría, *St. Peters Hospital, Albany*, Nueva York.

³¹ Profesor de Psiquiatría, *Albany Medical College, Albany*, Nueva York.

³² Más adelante se mencionará la conveniencia de reducir lo mental a lo neurológico, por ejemplo, en relación con el concepto de *dependencia*.

“Históricamente, los desórdenes psiquiátricos han sido vistos como cualitativamente diferentes de las enfermedades físicas. Actualmente, hay un movimiento en dirección de considerarlas plenamente enfermedades. Sin embargo, las personas con desórdenes psiquiátricos continúan siendo estigmatizadas³³.” (La Vigne, 1997: 83, trad. nuestra).

La Vigne y Hassenfeld parecen coincidir con Schaler cuando sostienen que el alcoholismo como enfermedad es una construcción humana, pues si no hay humanos, entonces no puede haber enfermedades. Pero vemos que el giro que dan estos autores torna en un sentido distinto. Para ellos, no es tan simple decidir acerca de si el alcohólico es o no un enfermo, un enfermo mental, un anormal o alguien que actúa en forma inmoral. Inicia su argumentación son las siguientes preguntas: Si la enfermedad es una construcción humana, el alcoholismo ¿puede ser una enfermedad? El alcohólico ¿es un enfermo mental?

Según estos autores, en las sociedades precientíficas no se podían notar diferencias esenciales entre enfermedades mentales y enfermedades físicas. Desde el siglo XIX, y de la mano del positivismo imperante), la enfermedad va a requerir de la presencia de patología observable y medible. También debido a esta razón es que en el siglo XIX, el alcoholismo no fue considerado una enfermedad sino un problema moral.

¿A qué se llama aquí *enfermedad*? Los autores citados la definen como sigue: “Cualquier condición asociada con malestar, dolor, incapacidad o una creciente tendencia a estos estados, considerados por los clínicos y el público como propia la responsabilidad de la profesión médica, puede ser considerada una enfermedad.” (La Vigne - Hassenfeld, 1997: 84, trad. nuestra). Notamos que esta definición no implica necesariamente una desviación biológica, a diferencia de la definición provista por Schaler.

Alcoholismo y control social

El alcohólico es aquel individuo que frecuentemente pierde el control sobre la cantidad de alcohol que ingiere y sobre su comportamiento. ¿Significa esto que el control perdido por el individuo alcohólico tiene que ser restituido o asumido desde otro lugar? ¿Deben ser los profesionales de la salud los encargados de ejercer el control sobre aquel que no pueda controlarse a sí mismo? ¿O acaso la sociedad puede —o debe— tomar las riendas sueltas del bebedor?

Según apuntan La Vigne y Hassenfeld, los sociólogos critican el modelo médico en psiquiatría —en especial, el modelo que considera el alcoholismo como una enfermedad tratable con psicofármacos) por ser reduccionista y por descuidar las fuerzas sociales que promueven conductas desviadas:

“Con el pretexto de la ciencia, los psiquiatras funcionan como agentes del control social y de los pacientes sujetos a alarmantes intervenciones biológicas y camisas de fuerza químicas.” (La Vigne - Hassenfeld, 1997: 84, trad. nuestra).

³³ La cuestión del *estigma* del alcohólico será tematizada hacia el final de nuestro trabajo.

Se puede ver claramente en estos autores una crítica a los psiquiatras que pretenden ejercer cierto control social sobre los pacientes mentales. Las definiciones habituales de *enfermedad mental* contienen cualesquiera de ellas ciertos juicios de valor –si bien en este punto no parece diferir del resto de la medicina. La etiqueta de *enfermo mental* carga siempre con el *estigma*³⁴: el enfermo mental es estigmatizado y, por ende, apartado, encerrado, confinado.

Estos mismos autores señalan también que la sociedad se muestra ambivalente acerca de aplicar el rótulo de *enfermo* a personas adictas, probablemente porque el rótulo relevaría a los adictos de su responsabilidad como causantes de su propia enfermedad y esto resulta problemático para la comunidad. Según ya hemos señalado, el hecho de considerar el alcoholismo o cualquier adicción como enfermedad liberaría de responsabilidad a los alcohólicos y a los adictos en general. Si el alcoholismo es el resultado de una libre elección del individuo, entonces no es una enfermedad y no tiene derechos de protección. Si el alcoholismo es una enfermedad, el individuo no es completamente responsable de sus acciones realizadas bajo efectos del alcohol. Y si el alcoholismo no es una enfermedad, entonces el alcohólico es responsable y no tiene derechos de protección.

Para finalizar este apartado debemos notar que liberar de la responsabilidad sobre sus acciones a personas adictas al alcohol es un punto de difícil solución. La sociedad se muestra ambigua sobre esta cuestión. El considerar que un adicto o un alcohólico no serían responsables –o, al menos, no completamente responsables³⁵– de su forma de adicción podría traer consecuencias negativas –por ejemplo, en su merecimiento de tratamiento.

Enfermedad es un concepto valorativo

La cuestión del alcoholismo imprime una consabida estigmatización a la vez que una valoración. El alcohólico es un individuo que bebe *anormalmente*. ¿Es entonces un *anormal*? Pero ¿qué significa *normal*³⁶?

El concepto de *normalidad psiquiátrica*, según señalan G. La Vigne e I. Hassenfeld, es más subjetivo y cargado de valoración que el de enfermedad mental³⁷ y puede apuntar a sentidos diversos: a la *salud*, a una *utopía* o a un *promedio estadístico*. Habida cuenta de la

³⁴ En realidad, como veremos en la última parte de este capítulo, toda enfermedad acarrea su estigma: no solamente las enfermedades mentales, sino también las físicas.

³⁵ En este sentido, Foucault apunta, citando el Código Penal Francés de 1810, que parece existir una línea que separa la enfermedad de la responsabilidad, la patología mental de la criminalidad, la medicina de la penalidad, el hospital de la prisión, la locura de la justicia: “no hay crimen ni delito si el individuo se encuentra en estado de demencia en el momento de cometerlo.” (Foucault, 2000: 39) Y ya hemos visto que el estado de embriaguez –al menos la embriaguez aguda– es una forma de locura.

³⁶ Según Foucault, “la norma no se define en absoluto como una ley natural, sino por el papel de exigencia y coerción que es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en que se aplica. La norma, por consiguiente, es portadora de una pretensión de poder.” (Foucault, 2000: 57)

³⁷ En su obra *Los anormales*, Foucault equipara ambos: enfermedad mental y anormalidad –si bien existen otros tipos de anormalidad. Según Foucault, la salud mental se constituyó como ciencia a principios del siglo XIX y precisamente en consideración de las anomalías y desviaciones pudo establecer la locura como enfermedad. Se atribuyen a la anormalidad herencias de todo tipo, suponiendo en los descendientes del anormal toda clase de defectos: “La ebriedad, por ejemplo, va a provocar en la descendencia cualquier otra forma de comportamiento desviado, ya sea el alcoholismo, desde luego, [pero también] una enfermedad como la tuberculosis o bien una enfermedad, e incluso un comportamiento delictivo.” (Foucault, 2000: 291)

anormalidad en la forma de beber del que abusa del alcohol, acaso los psiquiatras pretendan salvar a los alcohólicos de su responsabilidad confiriéndoles un *status* de enfermedad. (La Vigne – Hassenfeld, 1997: 86)

Lawrie Reznek³⁸, en una argumentación similar a la de Schaler, también se pregunta si el alcoholismo es o no una enfermedad. Pero entonces, ¿qué es una enfermedad? Según Reznek, “una enfermedad es un proceso anormal, involuntario que surge sin una causa obvia y que daña al individuo”. (Reznek, 1997: 1, trad. nuestra). El alcoholismo, ¿será entonces, de acuerdo con esta definición, una enfermedad? Existen, según Reznek, ciertos argumentos que aunque pudieran ser admitidos como correctos, no prueban *que el alcoholismo no sea una enfermedad*. Reznek está pensando en aquellos que sostienen que los alcohólicos pueden tener control sobre su forma de beber, pueden ser *reeducados* (y la educación no es una forma de tratamiento) y pueden ser controlados por medios políticos o aun legales. En esta perspectiva el alcoholismo no es una enfermedad. Los pasos en su argumentación son los siguientes: En primer lugar, afirma que el concepto de enfermedad es *valorativo*. Considerar algo como una enfermedad depende de nuestros *valores*: “El concepto de enfermedad es un concepto evaluativo. Cuando clasificamos alguna condición como enfermedad estamos diciendo, en efecto, que deberíamos tratarla de un cierto modo”. (Reznek, 1997: 2, trad. nuestra) Cuando decimos de alguien que es un enfermo estamos indicando de qué modo se lo debería tratar.

En segundo lugar, Reznek revisa el modelo médico que considera el alcoholismo como enfermedad. Caracteriza el concepto de enfermedad como un proceso anormal e involuntario, que involucra un cierto daño. El modelo médico de alcoholismo supone que el alcoholismo es una enfermedad y concluye que si esto es así, entonces el alcoholismo –puesto que están implicadas por el concepto de *enfermedad*– debe comprender las características que serán mencionadas a continuación.

Una enfermedad es más bien un *proceso* que un defecto estático –a diferencia de una fractura, que es una lesión estática. Además, una enfermedad *progresiva* y es un proceso que causa *daño*. Existen categorías de daño y dolor –u otros estados mentales desagradables como la náusea o la depresión–, incapacidad, desfiguración y, finalmente, muerte. Aquí Reznek hace notar que si bien el *síndrome de Down* es considerado una enfermedad, lo es en su calidad de daño y no de simple *anormalidad*, pues, como contrapartida, el cerebro de Einstein, que poseería un número anormal³⁹ de células cerebrales, no es considerado una enfermedad. Esto pondría en evidencia el componente *valorativo* en el concepto de *enfermedad*. Según Reznek, muchas condiciones extrañas han sido vistas como enfermedades solamente por la incidencia de la valoración de quienes las clasifican como tales. (Reznek, 1997: 4)

Finalmente, una enfermedad es también un proceso *anormal* –a diferencia del embarazo, por ejemplo, que es un proceso normal. Es una condición que no tiene una causa externa obvia –a diferencia de la herida, que sí tiene un causante externo obvia. Y es un proceso *involuntario*. Este es un punto importante, pues la mayoría de los que argumentan en contra del alcoholismo como enfermedad apoyan su posición en la convicción de que el

³⁸ Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Toronto, Toronto, Ontario, Canadá.

³⁹ Generalmente no hablamos de *anormalidad* en estos casos, sino más bien de *excepcionalidad*: diríamos que el cerebro de Einstein tiene un número excepcional de neuronas. Sin embargo, esta aclaración no anula la condición de valoración de la que se venía hablando; más bien la enfatiza.

alcohólico posee voluntad libre de beber, a diferencia de un enfermo que no elige voluntariamente. En general, se considera que nadie elige *libremente* padecer una enfermedad.⁴⁰

Alcoholismo y responsabilidad

La argumentación de Reznek parte de la premisa implícita y no justificada: “el alcohólico elige libremente⁴¹ beber alcohol en exceso”. El bebedor puede beber moderadamente o no beber en absoluto, como hacen otros individuos. De ahí que es responsable de su modo de beber. De acuerdo con esta argumentación, el alcoholismo no puede ser una enfermedad. Y si algunos ven al alcohólico como un enfermo, esto se debe más bien a un *juicio de valor* y no a una conclusión científica basada en los hechos. Muchas veces se considera mejor clasificar los problemas relacionados con la bebida como una enfermedad y no como un estilo de vida para restarle *responsabilidad* al individuo que algunos quieren llamar infundadamente *enfermo alcohólico*. Entendemos por *responsabilidad*:

“Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal./ Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible error en cosa o asunto determinado./ *Der.* Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.” (*Real Academia*, 2001)

Ahora bien, ¿qué clase de responsabilidad se le puede atribuir al alcohólico? ¿Es responsable porque es un agente moral? ¿Es responsable como ser humano? ¿Es responsable legalmente o sólo moralmente? El alcohólico ¿es responsable por todos sus actos realizados, incluidos aquellos que no ha previsto? (*Routledge*, 1998)

¿Incluye la responsabilidad de la persona todos sus actos, aun los efectos que no fueron deseados? ¿No se debería exigir como mínimo que los actos fueran espontáneos y no automáticos para hablar de responsabilidad? Además, ¿ante quién o ante quiénes es responsable el alcohólico: ante la sociedad, ante Dios, ante sí mismo? ¿Existe acaso cierto *sentimiento* o *sentido* de responsabilidad? ¿Por qué el bebedor no lo tiene? ¿O acaso el alcohol causa precisamente el efecto de obnubilar el sentido de responsabilidad? ¿No siente culpa el individuo que realiza acciones vergonzosas en estado de ebriedad? ¿No merece castigo?

Hay quienes consideran útil distinguir entre responsabilidad *prospectiva* y responsabilidad *retrospectiva*. Podemos llamar *retrospectiva* a aquellas acciones u omisiones que hemos llevado a cabo —aquello que hemos hecho o dejado de hacer. Y llamamos *prospectivas*, en

⁴⁰ Sin embargo, no es extraña la idea —según Sontag, idea *romántica*— de que el enfermo porta su enfermedad voluntariamente: a partir del siglo XIX se empieza a pensar que la enfermedad es una expresión del carácter y un resultado de la voluntad: “La tuberculosis [enfermedad romántica por excelencia] pone de manifiesto un deseo intenso.” (Sontag, 2003: 49) El cáncer —una de las enfermedades menos románticas— provendría en cambio de la ausencia de deseo.

⁴¹ *Libertad*: “(del lat. *libertas*, -*ātis*) Facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera o de otra, y de no obrar, por lo que es responsable de sus actos./ Facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera o de otra, y de no obrar, por lo que es responsable de sus actos./ Estado o condición de quien no es esclavo./ Estado de quien no está preso./ Condición de las personas no obligadas por su estado al cumplimiento de ciertos deberes.” (*Real Academia*, 2001)

cambio, a las responsabilidades anteriores al hecho de aquello que se supone debo atender, aquellas propias de los distintos roles que nos toca asumir –como docentes, familiares, en fin, como seres humanos. (Routledge, 1998)

En el bebedor, son sus responsabilidades *retrospectivas* todas aquellas acciones que éste realiza antes de abusar del alcohol, incluida la ingestión alcohólica. Mientras que son *prospectivas* las acciones que realiza una vez embriagado.

Responsabilidad de la familia y del terapeuta

Ahora bien, ¿sólo el alcohólico es responsable de su alcoholismo? ¿No son responsables también sus familiares y las personas que lo rodean, su círculo íntimo, quienes tal vez le permitan o aun lo induzcan a beber? Y si lo son, ¿en qué medida?

¿Y el terapeuta, tiene algún tipo de responsabilidad en el cuidado de un paciente? La responsabilidad del terapeuta ¿no será meramente una responsabilidad *subsidiaria*⁴²?

Muchos terapeutas prefieren atribuir a sus pacientes alcohólicos los fracasos del tratamiento, así hablan de bebedores *problemáticos*, bebedores *resistentes*, bebedores *negadores*. Pero en la relación *terapeuta-paciente*, el experto es quien debe cargar con la mayor responsabilidad. Los nuevos modelos terapéuticos ponen el énfasis en la necesaria cooperación del terapeuta con el paciente, en lugar de adjudicarle etiquetas de culpabilidad al bebedor que no mejora. (Berg, 2002: 53-54)

Finalmente, ¿qué responsabilidad tiene la sociedad en general hacia el individuo que abusa del alcohol? ¿Debe proveerle tratamiento?

Obligación, intención, voluntad, deseo

“Tengo la voluntad, pero no el poder de hacer el bien. No hago el bien que quiero, sino el mal que no quiero hago.” (San Pablo, *Rom.*, VII 18,19)

Son varias las ideas asociadas a la *responsabilidad*: *obligación*, *intención*, *voluntad*, *deseo*. Veremos aquí el significado de estos términos para ver si arrojan luz a la cuestión que nos ocupa. Si el alcohólico es responsable, ¿cuáles son sus obligaciones? ¿Por qué frecuentemente los alcohólicos no cumplen con sus obligaciones –laborales, familiares, control de los efectos de su consumo? El alcohólico ¿bebe en exceso intencionalmente? ¿Por qué la voluntad del bebedor es débil? ¿Puede un alcohólico desear no beber abusivamente?

Obligación (del lat. *obligatio*, -ōnis) significa “Imposición o exigencia moral que debe regir la voluntad libre./ Vínculo que sujeta a hacer o abstenerse de hacer algo, establecido por precepto de ley, por voluntario otorgamiento o por derivación recta de ciertos actos./

⁴² Responsabilidad *subsidiaria*: “Der. La que entra en juego en defecto de la directa y principal de otra persona.” (Real Academia, 2001)

Correspondencia que alguien debe tener y manifestar al beneficio que ha recibido de otra persona.” (Real Academia, 2001) *Obligación* es, por lo tanto, sinónimo de *deber*, lo cual implica una cierta *necesidad moral*. Ahora bien, ¿cuál es el fundamento de la obligación? ¿Es una obligación puramente subjetiva o una obligación social o teológica o axiológica? ¿Existe obligación aun en el caso de que se desconozca de qué se trata dicha obligación? ¿Hasta qué punto conoce el alcohólico sus obligaciones? En general, consideramos que existe obligación –y por lo tanto responsabilidad- cuando hay *intención*. *Intención* (del lat. *intentio, -ōnis*) quiere decir “Determinación de la voluntad en orden a un fin.” (Real Academia, 2001) Una acción es voluntaria cuando es determinada por una intención.

Podemos equiparar la *intención* a la *voluntad* (del lat. *voluntas, -ātis*) ‘Facultad de decidir y ordenar la propia conducta. Acto con que la potencia volitiva admite o rehuye una cosa, queriéndola, o aborreciéndola y repugnándola. Libre albedrío o libre determinación. Elección de algo sin precepto o impulso externo que a ello obligue. Intención, ánimo o resolución de hacer algo. Amor, cariño, afición, benevolencia o afecto. Gana o deseo de hacer algo. Disposición, precepto o mandato de alguien. Elección hecha por el propio dictamen o gusto, sin atención a otro respeto o reparo.” (Real Academia, 2001) Hay *propia voluntad* cuando hay consentimiento, asentimiento, aquiescencia. Hablamos de *fuertza de voluntad*⁴³ cuando una persona tiene capacidad para superar obstáculos o dificultades o para cumplir con sus obligaciones.

Intención y voluntad, ¿son también sinónimos de *deseo*? *Deseo* (del lat. *desidĭ-um*) “Movimiento afectivo hacia algo que se apetece.” (Real Academia, 2001) ¿Qué desea el bebedor?⁴⁴ ¿Puede un alcohólico tener el *deseo de dejar de beber*⁴⁵? Un tratamiento para el alcoholismo ¿debe necesariamente partir de la completa supresión del deseo de beber? Retomaremos este punto en el capítulo dedicado al tratamiento del alcoholismo.

El alcoholismo como problema de salud

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) provee de una definición funcional de alcoholismo, considerándolo un *problema de salud*⁴⁶. Algunos de sus expertos⁴⁷ se reunieron

⁴³ Los miembros de Alcohólicos Anónimos consideran que es mejor hablar de *buena voluntad* -con cierto sabor kantiano- y no de *fuertza de voluntad*, porque sostienen que el efecto tóxico del alcohol inhibe la capacidad de frenar la ingestión. En cambio, la *buena voluntad* descansa en la confianza en el grupo terapéutico. (Graciela, “Grupo Nuevo Amanecer”, Valentín Alsina, lunes 02 de febrero de 2004.)

⁴⁴ El alcohólico probablemente no planea emborracharse ni tampoco cometer muchas acciones que podría lamentar una vez sobrio. Quizás desee experimentar determinado efecto... inalcanzable. El deseo del alcohólico nos recuerda la historia del rey Midas, poseedor de un magnífico jardín de rosas, en donde cierta vez durmiera su borrachera el sátiro tutor de Dionisos, Sileno. Cuando lo llevaron ante Midas, Sileno le relató historias fantásticas, que encantaron al rey. Entonces Midas agasajó a Sileno durante cinco noches y cinco días. Luego, lo envió de vuelta con Dionisos, quien mandó a preguntar a Midas qué deseaba como recompensa por el buen trato dispensado a su tutor. El rey respondió sin titubear que quería que todo lo que tocara se transformase en oro. Su deseo fue cumplido de inmediato. Pero las cosas no salieron como Midas pensaba: no sólo se convertían en oro las piedras y los muebles, sino también la comida y el agua. Empezó a desfallecer de hambre y sed hasta que pidió a Dionisos que rompiera el encanto.

⁴⁵ Cfr. *Prámbulo* de AA: “AA es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayuda r a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el *deseo de dejar de beber*.” (en: <http://www.aa.org.ar>, subr. nuestro)

⁴⁶ Compárese cómo difiere esta definición de la que abría nuestra **Introducción** procedente de la OMS.

en Ginebra entre el 23 y el 31 de enero de 1995, con el fin de establecer “un repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol y las drogas en los lugares de trabajo.” (OIT, 2000: v) El objetivo de este documento es sentar las bases para la creación e implementación de un programa de tratamiento de problemas de alcohol y drogas en los lugares de trabajo.⁴⁸

También en nuestro país se han diseñado documentos similares. Por ejemplo, el Dr. E. E. González (2003), demógrafo especializado en alcoholismo y adicciones, ha escrito varios documentos en los cuales propone la elaboración de una ley sobre prevención de alcoholismo y drogadicción en los lugares de trabajo. Su propuesta tiende a la creación y acción de Centros Preventivos Laborales y se apoya en el proceso de creciente descentralización que se viene observando en nuestro país hacia las provincias y los municipios desde la Reforma de la Constitución de 1994 y contempla la participación de expertos –del mismo modo que la OIT.⁴⁹

⁴⁷ Siete expertos designados por consulta con los gobiernos: E. Mohamed Amin, directora general del Departamento General de Relaciones Obreras Internacionales, Ministerio de la Mano de Obra y del Empleo (Egipto); J. Corrêa Barros Jr., ingeniero especialista de la seguridad del trabajo, Delegación regional del trabajo del Estado de São Paulo (Brasil); A. V. Chevtchenko, jefe especialista en narcología, Ministerio de la Salud y de la Industria Médica (Federación de Rusia); D. Dzvova, coordinadora nacional, Departamento de Asuntos Sociales, Ministerio del Trabajo (Zimbabwe); G. Kleinsorge, asesor gubernamental, Ministerio del Trabajo (Alemania); J. Peterson, coordinadora del Programa contra el abuso de sustancias, Ministerio del Trabajo (Estados Unidos); y W. Soriano, director ejecutivo, Comisión de Indemnización de Empleados (Filipinas). Asesores: N. Gheita (Egipto) y H. Ziegler (Alemania).

Otros siete expertos por consulta previa con el Grupo de los Empleadores: F. Alric, adjunto al director general, Centro Interservicios de Salud y Medicina del Trabajo en Empresas (Francia); A. Beugger, director de personal, Cámara de Minas (Sudáfrica); R. Castro de la Matta Caamaño, presidente del Consejo Directivo, Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Perú); R. A. H. Elbo, director de personal y de la administración, Directories Philippines Corporation (Filipinas); C. Jenkinson, jefa de la Unidad de investigación e información, Irish Business and Employers Confederation (Irlanda); J. Lawson, vicepresidente adjunto, División de Recursos Humanos, Toronto-Dominion Bank (Canadá); M. Mwanalushi, Servicios de Educación, Zambia Consolidated Copper Mines Ltd. (Zambia).

Siete expertos más por consulta previa con el Grupo de los Trabajadores del Consejo de Administración: ; A. Castrillón Collazos, secretario de Salud, Seguridad y Bienestar Social, Central Unitaria de Trabajadores de Colombia (Colombia); T. Freden, investigador de quejas, Confederación Sueca de Sindicatos (Suecia); M. Lehman-McDonald, especialista en abuso de sustancias, AFL-CIO (Estados Unidos); N. Liepchitz, colaborador de la Oficina Confederal, Confederación General del Trabajo (Francia); T. Mellish, funcionario responsable de políticas, Departamento de Organización y de Servicios, Congreso de Sindicatos (Reino Unido); M. Sheridan, representante regional, Congreso del Trabajo del Canadá (Canadá); J. Strachan, presidente, Federación de Sindicatos de productos químicos, drogas, petróleo y servicios afines, Federación de Trabajadores Libres (Filipinas).

Observadores: Comisión Europea, Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales libres, Confederación Mundial del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, *International Council on Alcohol and Addictions*, Federación Sindical Mundial, Organización Internacional de Empleadores y Organización Mundial de la Salud.

Representantes de la OIT: J. Reichling, director, Departamento de Formación; W. Momm, jefe, Servicio de Readaptación Profesional, Departamento de Formación; y B. Shahandeh, asesor principal, Servicio de Readaptación Profesional, Departamento de Formación.

Consultores de la OIT: S. Fauske, coordinador de proyectos internacionales; R. Husbands, consultor; y A. Le Serve, consultor.

⁴⁸ Los puntos a considerar son los siguientes: alcance del programa, intervención precoz para la identificación de los problemas, participación voluntaria, confidencialidad acerca de los participantes del programa y equilibrio entre los distintos componentes. (OIT, 2000: 37)

⁴⁹ En: <http://www.eft.com.ar/doctrina/articulos/gonzalez-prevenc-adicciones.htm>.

La OIT parte en su análisis de una distinción entre *abuso* del alcohol (ver **Glosario**) y *uso nocivo* del alcohol (ver **Glosario**), evitando así caer en las controversias que suscitan las definiciones de alcoholismo como enfermedad o como adicción, problemáticas ambas, según se ha visto. Ante la necesidad de establecer qué es el alcoholismo, la OIT recurre al término *problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas*.

“Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas pueden originarse por factores personales, familiares o sociales, o por ciertas situaciones en el medio ambiente laboral, o bien por una combinación de esos elementos. Tales problemas no sólo repercuten en la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que también pueden causar muchos inconvenientes en el trabajo, como por ejemplo, una pérdida de productividad. Dado que los problemas relacionados con el alcohol y las drogas se deben a distintas causas, hay muchas maneras de enfocar la prevención, asistencia, tratamiento y rehabilitación.” (OIT, 2000: v)

Esta definición de *alcoholismo* evita, además, las controversias etiológicas —pues no se involucra en la discusión en torno a las posibles causas, sino que se limita a aceptar la existencia un *multicausalismo*—, para poner en cambio de relieve la urgencia del tratamiento. Retomaremos la cuestión de las causas del alcoholismo en el capítulo dedicado a los distintos *modelos* de alcoholismo.

Esta definición funcional también resulta útil a la hora de establecer las obligaciones y responsabilidades en materia de alcoholismo, pues son simplemente circunscriptas nada más que al ámbito laboral (OIT, 2000: 13-14) Tienen obligaciones y derechos las *autoridades competentes*, los *empleadores* y los *trabajadores* y sus *representantes*.

Son obligaciones de las autoridades: la legislación y la política relativas a prevenir y tratar los problemas relacionados con el consumo de alcohol en el lugar de trabajo; publicar estadísticas de accidentes relacionados con el consumo de alcohol; adoptar medidas de prevención, reducción y tratamiento eficaz; tratar los problemas relacionados con el alcohol sin discriminación⁵⁰ alguna, *como cualquier otro problema de salud*, teniendo al alcance servicios de asistencia, tratamiento y rehabilitación; velar que se cumplan la legislación y los reglamentos adoptando medidas apropiadas; y facilitar información y asesoramiento técnicos a empleadores y a trabajadores sobre los medios más eficaces para cumplir leyes y reglamentos aplicables al consumo de alcohol en el lugar de trabajo. (OIT, 2000: 10-11)

Son obligaciones y derechos de los empleadores: garantizar buenas condiciones de salud y seguridad en el lugar de trabajo, adoptando medidas apropiadas que prevengan accidentes y protejan la salud de los trabajadores; respetar leyes y reglamentos aplicables al consumo de alcohol; adoptar prácticas y organizar el trabajo creando un ambiente que no cause estrés ni exija esfuerzos excesivos; difundir, informar y enseñar medidas para el mejoramiento de las condiciones de trabajo que tiendan a eliminar los problemas vinculados al consumo de alcohol; adoptar medidas apropiadas respecto de los trabajadores con problemas

⁵⁰ El documento de la OIT menciona la existencia de “dos tipos de pruebas: las empleadas para detectar la presencia de una sustancia en un organismo (pruebas de despistaje) y las que se utilizan para confirmar los resultados obtenidos (pruebas de confirmación).” (OIT, 2000: 51) Sin embargo, subraya el peligro de métodos invasores tanto para la salud como para la intimidad de las personas. El objetivo debería ser *identificar* —para tratar el problema— *sin discriminar*. (OIT, 2000: 51-58) Para tal objetivo, la OIT enuncia un *principio de no discriminación*, que incluye un trato confidencial con respecto al consumo de alcohol en el pasado o presente. (OIT, 2000: 34)

relacionados con el consumo de alcohol; colaborar con las autoridades, sin actuar en su nombre; asegurar la confidencialidad de la información relacionada con los problemas de consumo de alcohol; consultar y negociar con los trabajadores y sus representantes; y consultar a profesionales, utilizando sus servicios para asesorarse acerca de cómo elaborar y aplicar políticas en el trabajo. (OIT, 2000: 11-13)

Son obligaciones y derechos de los trabajadores y sus representantes: respetar leyes y reglamentos en materia de alcohol en el trabajo; colaborar con los empleadores para prevenir accidentes, para mantener la seguridad y la salud, para señalar al empleador las condiciones que puedan promover o propiciar problemas relacionados con el consumo de alcohol, para colaborar en la elaboración de una política en materia de alcohol; acatar y participar en la elaboración de directivas y reglamentos en materia de alcohol; colaborar y participar en programas de lucha contra el consumo de alcohol; prestar asistencia a personas con problemas de consumo de alcohol; ser respetados en su intimidad y vida privada; y consultar a profesionales utilizando sus servicios para asesoramiento. (OIT, 2000: 13-14)

Para finalizar esta sección, y como directa consecuencia de no identificar el alcoholismo como un defecto moral, sino como *problema de salud*, señalemos con la OIT la importancia de preferir el tratamiento a la sanción: “es preferible que los remitan [a los trabajadores con problemas de consumo de alcohol] a los servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación en vez de aplicarles sanciones disciplinarias. Si un trabajador no colaborara plenamente con el tratamiento, el empleador podrá tomar las medidas disciplinarias que considere oportunas.” (OIT, 2000: ix)

Metáforas del alcoholismo

Ya hemos hablado del uso de las metáforas en la ciencia —en este caso, las metáforas de la medicina. ¿Por qué puede ser relevante pensar esta cuestión de las enfermedades y sus metáforas? Susan Sontag propone desenmascarar las metáforas para exorcizar sus correspondientes enfermedades. Señala la diferencia entre la *metáfora* —o las metáforas— de una enfermedad y su *concepto clínico*: si bien la metáfora no produce el concepto clínico, interpreta los datos clínicos —demostrados, demostrables o no (Sontag, 2003: 115)— y se instala en el imaginario social.

Si la tuberculosis es la enfermedad del romanticismo; el cáncer, la enfermedad del terror; la lepra, la sífilis y la peste, enfermedades repulsivas (Sontag, 2003: 129-130), ¿cuáles son las metáforas del alcoholismo?

¿Por qué se compara al alcohólico con el *mono*, con el *tigre* o con el *cerdo*? ¿Por qué el alcoholismo es frecuentemente visto como una costumbre vergonzosa de alguien que *no sabe tomar*? ¿Por qué frecuentemente decimos *ni ebrio ni dormido* para hacer notar que no llevaríamos adelante determinada acción por considerarla absurda o grotesca? ¿No usamos muchas veces la expresión *te patina la erre* para hacer notar a alguien que se está comportando en forma torpe, a la manera como el bebedor que no puede pronunciar correctamente? Vemos en el lenguaje popular (ver **Glosario**) muchos términos que ponen de relieve lo bochornoso y degradante que puede resultar el alcoholismo. ¿Qué hay detrás de las metáforas del alcoholismo?

También hemos hablado de la enfermedad como construcción social. Si la estigmatización es una característica de toda enfermedad —y viene dada en tanto que *construcción*— (Sontag, 2003: 98), entonces, dado el evidente estigma que cargan los alcohólicos, el alcoholismo es una enfermedad.

Pero además notamos que en el escenario social las enfermedades y sus metáforas van cambiando, se van renovando. “En la Edad Media el leproso era como un texto en el que se leía la corrupción; ejemplo, emblema de putrefacción. Nada hay más punitivo que darle un significado a una enfermedad, significado que resulta invariablemente moralista.” (Sontag, 2003: 61) El romanticismo trae de la mano a la tuberculosis. La tristeza vuelve al tuberculoso interesante, porque se necesita refinamiento, melancolía y sensibilidad para contraer esta enfermedad. (Sontag, 2003: 37)

Las enfermedades de nuestra época son el cáncer⁵¹, el sida⁵² y el alcoholismo. Ahora bien, el estudio de la enfermedad como metáfora es valioso porque denuncia el carácter moralista de toda enfermedad —física o mental— resultante de una construcción social y será nuestra tarea en esta investigación.

⁵¹ Cfr. Susan Sontag (2003), *La enfermedad y sus metáforas*.

⁵² Cfr. Susan Sontag (2003), *El sida y sus metáforas*.

II. Diagnóstico del alcoholismo: consumo, abuso y dependencia

“Cada vez que veo a un mendigo borracho, sucio, alucinado, apesoso, tumbado con su botella en la acera, pienso en el hombre de mañana ensayando su final y lográndolo perfectamente.”

E. M. Ciorán, *Ese maldito yo*

El consumo bebidas alcohólicas parece tan antiguo como la humanidad misma. Los seres humanos consumimos una gran variedad de sustancias, algunas de las cuales modifican nuestros estados de ánimo y nuestras conductas. El consumo de muchas de estas sustancias, el café, el té, el alcohol, etc. se ha convertido en algo habitual. Sin embargo, en algunos casos, el consumo se puede transformar en *abuso* y eventualmente en *dependencia*.

Es posible que el *alcohol etílico o etanol* (ver **Glosario**) haya sido una de las primeras *drogas* (ver **Glosario**) desarrolladas por el hombre y debido a su gran disponibilidad es en la actualidad la *sustancia psicoactiva* (ver **Glosario**) más ampliamente utilizada en todo el mundo. Ahora bien, los individuos consumen alcohol en diferentes medidas.

En algunos individuos, el *apetito* (ver **Glosario**) por el alcohol puede involucrar consecuencias negativas para el organismo, llegando incluso a la *dependencia* (ver **Glosario**). ¿Cómo podemos distinguir *consumo*, *abuso* y *dependencia* del alcohol? ¿Cuándo podemos considerar que un individuo es un *alcohólico*? ¿Puede ser la cantidad un criterio que resuelva el problema, y así considerar *alcohólico* al individuo que bebe en exceso? ¿Cuál es la medida⁵³ de alcohol que se considera saludable?

Hay autores que distinguen etapas en el bebedor de acuerdo con los *efectos* que su consumo acarrea. Entre éstos se encuentra Francesc Freixa⁵⁴ (1996: 168), quien clasifica el *abuso* de bebidas alcohólicas estableciendo los siguientes niveles: 1) *intoxicación aguda*; 2) *consumo perjudicial*; 3) *síndrome de dependencia*; 4) *síndrome de abstinencia* (con sus especificaciones evolutivas: a) *Actualmente en abstinencia*; b) *En abstinencia en medio protegido* -hospital, comunidad terapéutica, etc.; c) *En abstinencia con tratamiento aversivo* -disulfiran, cianamida, etc.; d) *Actualmente consumiendo* -fracaso terapéutico; y e) *Consumos episódicos llamados también dipsomanías*); 5) *síndrome de abstinencia con delirium tremens*; 6) *trastorno psicótico*; 7) *síndrome amnésico inducido por el alcohol*; 8) *trastorno psicótico residual y tardío inducidos por el alcohol*; 9) *otros trastornos mentales inducidos por el alcohol*; y 10) *trastorno mental o del comportamiento inducido por el alcohol sin especificar*.

La OMS, por su parte, considera como *consumo* a cualquier forma de autoadministración de alguna sustancia psicoactiva, como, en este caso, el etanol; éste, como toda sustancia psicoactiva, tiene la capacidad de cambiar la conciencia, el humor y el pensamiento de los individuos que lo consumen. Esto da la pauta de por qué muchas personas que consumen bebidas alcohólicas pueden llegar a abusar de ellas, pudiendo incluso volverse dependientes: “la dependencia de sustancias es un trastorno crónico recidivante, con una base

⁵³ Muchos señalan cierto valor terapéutico en el consumo moderado de bebidas alcohólicas para la salud. Los estudios muestran una mortalidad inferior —debido fundamentalmente a los beneficios que acarrea en el funcionamiento del corazón— en bebedores moderados que en abstemios, si bien la mortalidad de bebedores excesivos es notoriamente superior respecto de los abstemios y bebedores moderados. (Ugarte, 1993: 203)

⁵⁴ Médico especialista en neurología y psiquiatría, Hospital Clínico de Barcelona, Jefe de la Unidad de Drogodependencia del ICS de la Generalitat de Catalunya.

biológica y genética, y que no se debe únicamente a la falta de voluntad o de deseo de abandonar el consumo.” (OMS, 2004: 7)

La expresión *consumo* es obviamente más amplia que *abuso*. La primera se refiere a todos los grados de utilización de una sustancia, desde el consumo ocasional hasta el prolongado; mientras que el abuso implica la consecución de ciertos daños o *efectos* deletéreos.

El efecto alcohólico

El cerebro está organizado en varias regiones diferentes con funciones especializadas. Algunas de estas regiones nos interesan particularmente porque explican cómo se generan los efectos del alcohol.

Una de esas regiones es conocida como *rombencéfalo* y contiene estructuras vitales para mantenimiento de vida, tales como centros de control de la respiración y la vigilia. Otra región es llamada *mesencéfalo*, la cual contiene zonas importantes vinculadas con la dependencia de sustancias; la motivación y el aprendizaje de estímulos ambientales; y comportamientos reforzadores con consecuencias placenteras y de mantenimiento de la vida, como comer y beber. Se han identificado estas regiones específicas gracias al notorio desarrollo de las técnicas de visualización del cerebro. Últimamente han aparecido las llamadas *técnicas de neuroimagenología*, que permiten visualizar la estructura y la función cerebral *in vivo*, como la resonancia magnética⁵⁵ o la tomografía por emisión de positrones⁵⁶.

La comunicación entre las células individuales llamadas neuronas se lleva a cabo a través de mensajeros químicos, los *neurotransmisores* (ver **Glosario**). Existen neurotransmisores de distintos tipos. “Cada neurotransmisor específico se une a un receptor específico, como una llave entra en su cerradura.” (OMS, 2004: 15-16)

Dos de los principales neurotransmisores son la *dopamina* y la *serotonina*. Los receptores son denominados en referencia al neurotransmisor al cual se unirán, por ejemplo, *receptores de dopamina* y *receptores de serotonina*. La unión de un neurotransmisor con un receptor puede producir cambios cerebrales significativos. Pero también las sustancias psicoactivas pueden simular los efectos de los neurotransmisores naturales, interfiriendo así en la función normal del cerebro, bloqueándolo, alterando su almacenamiento, exagerando los efectos normales del neurotransmisor, etc. (OMS, 2004: 16)

La OMS considera que las personas consumen sustancias psicoactivas para obtener placer o evitar dolor, pero el consumo puede volverse potencialmente nocivo a corto o a largo plazo. La ingestión estas sustancias —entre ellas, el alcohol— puede llegar a producir ciertos *efectos* en el organismo de un individuo. Los principales efectos nocivos del consumo de

⁵⁵ Las imágenes obtenidas mediante estas técnicas permiten ver los efectos sobre las funciones cerebrales normales una vez administrada una sustancia, el modo como actúan en el cerebro, incluso tras un consumo prolongado. (OMS, 2004: 14)

⁵⁶ Esta técnica proporciona información sobre la actividad de una región cerebral determinada a través de la inyección de un compuesto radiactivo que se distribuye con el flujo sanguíneo cerebral, que permite obtener imágenes bidimensionales o tridimensionales. Utilizando distintos compuestos se pueden visualizar *in vivo* el flujo sanguíneo, el metabolismo del oxígeno y la glucosa o la concentraciones de fármacos en los tejidos cerebrales. (OMS, 2004: 15)

sustancias caben dentro de cuatro categorías: 1) *efectos crónicos sobre la salud* (por ej., la cirrosis hepática); 2) *efectos a corto plazo sobre la salud biológica* (como las sobredosis); 3) *consecuencias sociales agudas* (arrestos policiales, ruptura de relaciones, etc.); y 4) *consecuencias sociales crónicas* (i. e., incumplimiento de obligaciones laborales, familiares, etc.). (OMS, 2004: 12)

Las sustancias psicoactivas más comunes se pueden clasificar como *depresores, estimulantes y opioides o alucinógenos*. El alcohol etílico se encuentra en el primer grupo, junto con los sedantes/hipnóticos y los disolventes volátiles. En el segundo grupo ubicamos la nicotina, la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis. En el tercer grupo, la morfina y la heroína. Y en el último, el PCP, el LSD y el *cannabis*. (OMS, 2004: 16-17)

Esta clasificación da cuenta de las diferencias en que dichas sustancias actúan en el cerebro para producir sus efectos: pueden aumentar o disminuir la actividad de las neuronas mediante distintos mecanismos, pues "tienen diferentes efectos conductuales, diferentes ritmos de aparición de la tolerancia, diferentes síntomas de abstinencia y diferentes efectos a corto y a largo plazo." (OMS, 2004: 17) Sin embargo, todas poseen similar manera de alterar regiones cerebrales implicadas en la *motivación*, característica fundamental en el desarrollo de la dependencia.

Lesiones no intencionales causadas por el consumo de alcohol

Supuesta cierta relación entre la cantidad de alcohol consumida y sus posibles efectos, existen ciertas técnicas que permiten medir el llamado nivel de *alcoholemia* (ver **Glosario**) en el organismo. Para establecer con exactitud el grado de intoxicación de un individuo, además de la cantidad de alcohol ingerido tienen otras variables tales como su peso, edad, sexo, *tolerancia* (ver **Glosario**), etc. La técnica más frecuente es el uso de un aparato normalmente llamado *alcoholímetro* (ver **Glosario**). Estas técnicas hacen viable la medición del consumo de alcohol en los individuos, permitiendo establecer patrones estándar. Estos patrones son útiles a la hora de aplicar la legislación, adaptadas obviamente a las pautas de cada jurisdicción.

En nuestro país, existen varias leyes y decretos que apuntan a la prevención y sanción de conductas involucradas en el consumo, abuso y dependencia del alcohol: en primer lugar, el artículo 34, inciso 1º del *Código Penal, Título V. Imputabilidad*:

"Art.- 34.- No son punibles:

1º, el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieron peligroso;"

En el artículo citado, los efectos del alcohol pueden considerar a un individuo como no imputable en un delito, debido a la alteración que el alcohol pudo haber producido en sus facultades mentales.

El 5 de marzo de 1997 fue sancionada la *Ley Nacional de lucha contra el alcoholismo*, la *Ley N° 24.788*⁵⁷, promulgada de hecho el 31 de marzo de 1997, cuyo contenido básicamente se concentra en los siguientes temas: prohibición de expendio de alcohol a menores, prohibición de consumo de alcohol en la vía pública y en actividades deportivas, educativas, culturales o artísticas, imposición de *etiquetas preventivas*⁵⁸, prohibición de publicidad que induzca al consumo, inclusión de contenidos curriculares en todos los niveles, ciclos y modalidades de la educación, e inclusión de programas y cobertura de tratamientos en obras sociales y entidades médicas prepagas.

Como vemos, la *Ley N° 24.788* contempla los dos aspectos mencionados: el preventivo y el punitivo. Algunos artículos apuntan a educar a la población acerca del abuso del alcohol, mientras que otros tienen como fin el castigo a quienes promueven conductas abusivas.

Otras leyes vigentes⁵⁹ -*Ley N° 24.449, Ley de Tránsito*, publicada el 10 de febrero de 1995; *Decreto N° 779* de 1995, reglamentario de la *Ley N° 24.449*; la *Ley N° 23.348 de Educación Vial* de 1986 sobre educación vial; y el *Decreto N° 1320* de 1988, reglamentario de la *Ley N° 23.348*- prohíben conducir en estado de *intoxicación alcohólica* (ver **Glosario**) o habiendo ingerido estupefacientes o determinados medicamentos.

Existen controles preventivos similares en otros países latinoamericanos, aunque no en todos, que determinan el estado de intoxicación en que se encuentra un conductor y que puede ocasionar *lesiones o traumas no intencionales* (OPS, 2004). Los distintos cuerpos de Policía están a cargo de la realización de pruebas de alcoholemia y pueden aplicar sanciones, no sólo a los conductores intoxicados, sino también a quienes se nieguen a someterse a dichas pruebas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2004), los niveles de alcoholemia admitidos en América Latina son los siguientes:

País	Control preventivo	Niveles máximos de alcohol en la sangre permitidos
Argentina	Sí	0,5 gr/1.000 cc
Bolivia	No se conoce	
Brasil	Sí	0,6 gr/1.000 cc
Chile	Sí	0,5 gr/1.000 cc y 0,99/1.000 cc
Colombia	Sí	Entre 40 y 99 miligramos por 100 mililitros, 1° grado de embriaguez; entre 100 y 140 miligramos, 2° grado de embriaguez, niveles mayores a 150 miligramos, 3° grado de embriaguez.

⁵⁷ Disponible en: <http://www.adusalud.org.ar/adus/legislacion/ley24788>. (ver **Apéndice IV**)

⁵⁸ Por ejemplo: "Beber con moderación", "Prohibida su venta a menores de 18 años", etc.

⁵⁹ Citadas y comentadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004), pero también disponibles en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/txnorma/texactley24449.htm>, <http://infoleg.mecon.gov.ar/txnorma/779b-95.htm> y <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/educacion/leyes/23348.htm>.

Costa Rica	Sí	50 mg/100 ml (0,05%): pre-ebriedad 100 mg/100 ml (0,10%): ebriedad
Cuba	No se conoce	
Ecuador	Sí	No se conoce
El Salvador	Sí	1,0 gr/1.000 cc
Guatemala	Sí	No se conoce
Honduras	Sí	No se conoce
Haití	No se conoce	
México	Sí	0,8 gramos por litro ó 0,4 miligramos por litro en aire expirado
Nicaragua	Incluye realización de controles en la nueva norma	
Panamá	Sí	No se conoce
Paraguay	No se conoce	
Perú	Sí	No se conoce
República Dominicana	No se conoce	
Uruguay	Sí	8 dg/l o su equivalente en términos de espirometría
Venezuela	No se conoce	

Bebedores y alcohólicos

Hay quienes consideran que es posible categorizar los estilos de *bebedores* según la distintas modalidades de consumo desde un punto de vista cuantitativo –cantidad de alcohol ingerido- y desde un punto de vista cualitativo –tipo de bebida preferida.

Existen, según el lenguaje popular, distintas *clases de bebedores*, de acuerdo con la cantidad de alcohol que ingieren –o , al menos, de acuerdo con la forma en que la sociedad percibe estas cantidades. Así, llamamos *abstemios* a aquellos que no consumen alcohol en ninguna medida. Luego hay *sobrios*, *bebedores ocasionales*, *bebedores moderados*, *bebedores habituales*, *bebedores sociales*, *bebedores fuertes*, *bebedores excesivos* y, finalmente, *alcohólicos*.

Merece citarse la propuesta de D. W. Goodwin (ver **Glosario**): una jerarquía de cuatro grados para el diagnóstico de las categorías de bebedores. Así, es posible distinguir el *bebedor moderado*, que no es ni abstemio ni gran bebedor; el *gran bebedor* o *bebedor habitual* o individuo que ha bebido, por lo menos, todos los días durante un año, habiendo consumido al menos 6 tragos 2 a 3 veces por mes, o que ha bebido al menos 6 tragos una vez a la semana, durante un año; el *bebedor-problema* o gran bebedor, individuo que ha tenido problemas en relación con la bebida, pero en cantidad insuficiente para ser considerado alcohólico; y, finalmente, el *alcohólico* también gran bebedor, individuo que ha padecido desaprobación social por parte de amigos o familiares, problemas laborales, desvanecimientos, temblores, abstinencia, convulsiones, *delirium tremens*, pérdida de control, ingestión matinal. (Steinglass, 2001: 51-52)

Vemos aquí que el principal criterio para identificar la presencia del alcoholismo es la cantidad de alcohol que un individuo consume. ¿Puede ser este un criterio válido? La cantidad de alcohol que puede oxidar el organismo depende de varios factores y de cada individuo en particular. Y si bien podemos decir que la salud de un individuo se ve afectada cuando éste bebe en grandes cantidades, establecer límites en este terreno nos conduce al sofisma

descubierto por Diógenes Laercio (VII, 82): el *sorites* (σωρείτης), que significa *puesto en un montón*, también llamado *argumento del calvo*: ¿Cuántos cabellos debe perder un individuo para que lo llamemos *calvo* o cuánto alcohol tiene que beber alguien para que lo llamemos *alcohólico*?

Si no es posible establecer a ciencia cierta la cantidad de alcohol ingerido que convierte al bebedor en un alcohólico, habrá que buscar los criterios por otra parte. Ya hemos visto que un camino podría ser trazado por los efectos que ocasiona el consumo.

Bebedor mediterráneo y bebedor anglosajón

F. Freixa (1996: 201) realiza otra distinción entre bebedores según sus modalidades de consumo desde sus preferencias con respecto a tipos de bebidas, señalando dos tipos: el bebedor *mediterráneo* y el bebedor *anglosajón*. El bebedor *mediterráneo* es típico del sur de Europa y considera la bebida como un hábito alimenticio. Consume especialmente vino, recordándonos así la tradición *dionisiaca* –según hemos visto en el **Prólogo**–, de donde proviene la creencia en las bondades saludables del vino, como asimismo su parentesco con lo festivo y lo sagrado. El otro es el *anglosajón*, bebedor paroxístico, de fin de semana, que puede llegar a la pérdida de conciencia y al coma alcohólico. Es propio de países escandinavos, Gran Bretaña y Estados Unidos. Podríamos relacionarlo con la tradición de bebidas hechas de cereales y, de allí, con Deméter.⁶⁰

Alcoholismo crónico y alcoholismo agudo

Se llama habitualmente alcoholismo *crónico* a aquel que se produce debido al consumo habitual de ciertas dosis de alcohol y alcoholismo *agudo* –*ebriedad, embriaguez o borrachera*– al estado transitorio consistente en una crisis pasajera que puede ir de la euforia –vulgarmente, *vino alegre*– a la tristeza –*vino triste*–, incluyendo el caminar mareado, náuseas y vómitos, y pudiendo llegar inclusive a la pérdida de la razón. Esta distinción nos recuerda la anterior, de manera que podríamos trazar un paralelismo entre el alcoholismo crónico con el modo de beber mediterráneo, por un lado; y el alcoholismo agudo con el modo de beber anglosajón.⁶¹

Sin embargo, algunos autores como F. Freixa (1996: 198) consideran que la denominación *alcoholismo crónico* es inadecuada, pues resulta la expresión de un enfoque primordialmente encefalopático o neurológico –o incluso *genético*– del alcoholismo, que acentúa las *consecuencias neuropsiquiátricas* producidas por la alcoholización. Este tipo de enfoques reduce la enfermedad alcohólica a la problemática de las consecuencias tóxicas, agudas e inmediatas, por una parte, y las consecuencias del consumo persistente y continuado, por otra.

Alcoholismo primario y alcoholismo secundario. Alcoholismo clínico

⁶⁰ Ya se ha señalado en el **Prólogo** que la tendencia ha girado de un mayor consumo de vino a la preferencia por la cerveza.

⁶¹ Señalemos cierto paralelismo entre el alcoholismo crónico con la tradición mediterránea y el alcoholismo agudo con la tradición anglosajona.

Con frecuencia se distingue el alcoholismo *primario* del alcoholismo *secundario* (Freixa, 1996: 73-74 *et pas.*). Se llama generalmente alcoholismo *primario* al *síndrome de dependencia del alcohol etílico* y alcoholismo *secundario* a las *enfermedades asociadas* que se manifiestan en forma orgánica a través de complicaciones neuropsiquiátricas –por ejemplo, *delirium tremens*- y no neuropsiquiátricas –hepatologías, cardiopatías, efectos sobre tubo digestivo y páncreas- que puede sufrir un individuo que abusa del alcohol.

Nuestro propósito es averiguar en qué consiste el alcoholismo *clínico* o alcoholismo *verdadero* (Freixa, 1996: 257), es decir, cuál es la condición de aquellos pacientes que presentan, como mínimo, algunos rasgos de riesgo o padecimientos de la enfermedad alcohólica *secundaria* combinados con el síndrome de *dependencia* al alcohol o alcoholismo *primario*.

Hay que señalar que los enfoques neurológicos o psicopatológicos suelen tomar sólo algunos aspectos, -los *síntomas* o las *consecuencias* del alcoholismo, considerándolos como la propia enfermedad alcohólica. Así, identifican el alcoholismo, por ejemplo, con el *delirium tremens* o la *cirrosis*. Esto ocurre debido a que este tipo de enfoques atiende sólo a la dimensión *diacrónica* de la enfermedad alcohólica, desatendiendo la dimensión *sincrónica*. (Freixa, 1996: 198) No pueden abordar la enfermedad antes que aparezcan deficiencias orgánicas evidentes.

Ahora bien, hay un grave inconveniente en reducir el alcoholismo a sus consecuencias tóxicas, esto es, confundir el alcoholismo *clínico* o *primario* con el alcoholismo *secundario*; y significa abordar el alcoholismo cuando ya se han instalado gran cantidad de patologías. En cambio, sería deseable intervenir lo más prontamente posible. De esto resultaría, obviamente, un diagnóstico menos severo, a la vez que un pronóstico y un tratamiento más optimistas.

Síntomas y consecuencias. Enfermedades asociadas y complicaciones

Presentamos a continuación las consecuencias directas del abuso de alcohol junto con los efectos potenciadores que el alcohol causa sobre algunos estados patológicos ya existentes; de ahí la utilización amplia del término *complicaciones*, según afirma Juan Carlos Negrete⁶² (1993: 135 y ss.)

En primer lugar, el alcohol causa un desequilibrio neuropsiquiátrico debido a los efectos neuronales de esta sustancia –según ya hemos visto. En segundo lugar, el alcohol se distribuye en los tejidos con mayor acumulación de líquido presentando complicaciones no neuropsiquiátricas, es decir, efectos dañinos sobre el hígado, tubo digestivo, páncreas, estómago y, finalmente, el corazón.

Hay que tener en cuenta, obviamente, el estado de salud de cada individuo en particular, como asimismo su modo de beber, que condicionan la aparición de determinadas patologías. Para mayor detalle acerca de cada una de estas complicaciones, recomendamos ir al **Glosario**.

A continuación presentamos un resumen de las principales complicaciones:

⁶² Profesor de Psiquiatría, McGill University, Montreal, Toronto, Canadá.

Complicaciones neuropsiquiátricas	Complicaciones no neuropsiquiátricas
<i>Embriaguez aguda</i> <i>Embriaguez patológica</i> <i>Palimpsestos alcohólicos</i> <i>Crisis convulsivas</i> <i>Alucinosis alcohólica</i> <i>Delirium tremens</i> <i>Celopatía</i> <i>Otros síntomas psiquiátricos</i> <i>Trastornos ocasionados por daño cerebral</i> <i>Síndrome de Wernicke-Korsakoff</i> <i>Demencia alcohólica</i> <i>Complicaciones neurológicas poco frecuentes:</i> <i>Degeneración cerebelosa alcohólica, ambliopía y</i> <i>Enfermedad de Marchiafava-Bignami</i>	<i>Hepatopatías alcohólicas:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Esteatosis</i> - <i>Fibrosis hepática</i> - <i>Hepatitis alcohólica</i> - <i>Cirrosis hepática</i>
	<i>Efectos sobre el tubo digestivo y páncreas:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Esofagitis</i> - <i>Cáncer de esófago</i> - <i>Efectos sobre el estómago</i> - <i>Pancreatitis alcohólica</i>
	<i>Cardiopatías:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Miocardopatía alcohólica</i> - <i>Miopatía alcohólica</i> - <i>Alteraciones hematológicas</i>
	<i>Síndrome Alcohólico Fetal</i>

Criterios para determinar el grado de alcoholismo

Dados los múltiples inconvenientes para establecer cuánto alcohol debe ingerir una persona para ser diagnosticada como *alcohólica*, diversos son los *criterios* que los estudiosos han elaborado. Mencionaremos a continuación algunos ejemplos que incluyen las investigaciones centrales en la historia de la *alcoholología* (ver **Glosario**).

Comenzamos con *E. Jellinek* (ver **Glosario**), quien ha elaborado pautas para una entrevista dirigida (ver **Apéndice I**) en vistas a diagnosticar un posible alcoholismo a partir de los siguientes criterios: *amnesia alcohólica, ingestión subrepticia, preocupación por tener alcohol, avidez por consumir, sentimiento de culpa, referencia al alcohol en la conversación, palimpsestos, control, racionalización, presión social, optimismo, agresividad, remordimientos, abstinencia y dosificación, ingestión matinal, cambio en las rutinas, pérdida de amigos, temblores, problemas laborales o económicos, obsesión, autocompasión, impotencia sexual o frigidez, escape geográfico, celos, variaciones en el humor, cambios en la alimentación, mareos, borracheras, degradación moral y social, tolerancia al alcohol, debilitamiento intelectual, cambio de carácter, ingresos hospitalarios, temores, inhibiciones y dependencia ansiosa.* (Freixa, 1996: 202-210)

El *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-III)* –ver **Glosario**, editado por la American Psychiatric Association, ha enunciado grupos de criterios que permiten la descripción de distintos cuadros de alcoholismo y enumeramos a continuación: *criterios diagnósticos del abuso del alcohol; criterios diagnósticos de la dependencia del alcohol y criterios diagnósticos de dependencia de sustancias psicoactivas; criterios de gravedad de la dependencia de sustancias psicoactivas; y criterios diagnósticos sobre abuso de sustancias psicoactivas.* (Steinglass, 2001:47-50)

No puede faltar en esa presentación el *CIE-10* (ver **Glosario**). Éste propone seis criterios, de los cuales tres o más deben entrar en concurrencia durante un mes o haberse prolongado *deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol; disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o*

para controlar la cantidad consumida; síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia, tolerancia; tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los efectos que originalmente producían dosis más bajas; abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos; y persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño. (OMS, 1993: 57, citado por Babor et al., 2001: 24)

Tolerancia y abstinencia

Para comenzar este punto es importante señalar la estrecha relación entre efectos del consumo de alcohol y tolerancia desarrollada: “cada vez son necesarias mayores cantidades de la sustancia para producir el mismo efecto”. (OMS, 2004: 12) Sin embargo, ya se ha visto lo insuficiente que resulta el criterio de la cantidad.

Por otra parte, si leemos las distintas listas, observamos que hay dos criterios que aparecen en todas: el criterio de la *tolerancia* —i. e., la necesidad de ingerir cada vez más cantidad para producir el mismo efecto— y el criterio de *abstinencia* —o *síndrome* de reacciones fisiológicas que aparece cuando se suprime la ingestión alcohólica. Mas si volvemos a leer, encontramos un concepto subyacente a la tolerancia y la abstinencia: la *dependencia*.

Ahora bien, existe cierta dificultad en la utilización de términos y por tal razón hay documentos y programas de la OMS destinados a proporcionar términos médicos válidos. En este sentido, en uno de los documentos se ha expresado que la abstinencia y la tolerancia no son necesarias ni suficientes para diagnosticar un síndrome de dependencia —si bien guardan entre ellas estrechos vínculos. (OMS, 2003: 20)

En conclusión: no es posible reducir la dependencia a la tolerancia y la abstinencia, si bien pueden ser éstos criterios válidos para identificarla. La elaboración de criterios permite un acercamiento.⁶³

La dependencia como aprendizaje

Últimamente se ha propuesto una teoría que considera el desarrollo de la dependencia hacia ciertas sustancias es parte de un proceso de *aprendizaje*. Esto se debería fundamentalmente a dos factores: “las interacciones entre las sustancias psicoactivas y los entornos asociados a ellas [que] producen cambios de conducta perdurables.” (OMS, 2004: 17) Existiría cierto *efecto recompensante* que aumentaría las probabilidades de querer repetir el comportamiento, debido a la activación de circuitos cerebrales provocados por la sustancia.

⁶³ Ya hemos señalado la relación entre alcoholismo, dependencia y adicción en el capítulo anterior.

La teoría del efecto recompensante presenta tres objeciones: 1) no explica la dependencia física, que pone de manifiesto la interrupción del consumo a través del síndrome de abstinencia; 2) no explica por qué un individuo puede mantener su dependencia y volver a consumir, incluso luego de un largo período de abstinencia. (OMS, 2004: 20); y 3) por qué el proceso evoluciona en algunos individuos y no en otros. Sin embargo, algunos consideran que esta teoría explica muy bien algunos aspectos de la dependencia.

El cerebro produce estímulos esenciales para la supervivencia; por ejemplo, estímulos asociados al comer y beber, estímulos sexuales, etc. Estos estímulos refuerzan los comportamientos que conducen a la consecución de objetivos. Las sustancias psicoactivas también pueden activar -en forma artificial- y potenciar los comportamientos, pues producen un aumento en la *motivación*. Según esto, "la dependencia es el resultado de una interacción compleja de los factores fisiológicos de las sustancias sobre zonas cerebrales asociadas con la motivación y la emoción, combinados con el aprendizaje sobre la relación entre las sustancias y las señales relacionadas con ellas." (OMS, 2004: 20)

La zona implicada en la dependencia de sustancias -rica en neuronas que contienen *dopamina* (ver **Glosario**)- se proyecta sobre las regiones del cerebro implicadas en la emoción, el pensamiento, la memoria y la planificación y ejecución de comportamientos. Las sustancias psicoactivas aumentan la liberación de dopamina y así acarrear un importante refuerzo en el reforzamiento.

Hay dos conceptos importantes en la dependencia de sustancias: la *motivación* y el *incentivo*. Se ha demostrado la implicación de la dopamina en los procesos motivacionales; esto significa que el cerebro otorga gran importancia a los estímulos para la supervivencia.

La motivación asigna recursos atencionales y conductuales, mientras que los incentivos representan estímulos que promueven una respuesta en función de las consecuencias previstas. Por ejemplo, si una persona no tiene hambre, los estímulos visuales y olfativos asociados a la comida -incentivos- tendrán escaso efecto en comparación con una persona que sí tiene hambre: ver u oler comida llamará su atención, llevándolo a emprender acciones determinadas para obtener comidas, pudiendo llegar incluso a robar. Esta respuesta se conoce como *incentivo-motivacional*. Las sustancias psicoactivas ponen en funcionamiento repetidamente los sistemas motivacionales del cerebro que normalmente son activados por estímulos importantes, como la comida, el agua, el peligro y la pareja, promoviendo así la dependencia. (OMS, 2004: 21)

En este marco, volvemos a preguntarnos por qué sólo algunos individuos se vuelven dependientes. Según la teoría expuesta, los procesos de aprendizaje asociativo se activan en forma selectiva, debido a *factores individuales, culturales, biológicos, sociales y ambientales*. Estos factores pueden aumentar o reducir la posibilidad de que se desarrolle dependencia.

Formas clínicas de alcoholismo: *alfa, beta, gamma, delta y épsilon*

Comenzamos este apartado con la siguiente afirmación: "la abstinencia y la tolerancia no son necesarias ni suficientes para establecer un diagnóstico positivo de síndrome de dependencia." (OMS, 2003: 26)

J. C. Negrete (1993: 123), por su parte, señala que si bien la *tolerancia* y la *dependencia* representan la sintomatología más característica del alcoholismo desde el punto de vista farmacobiológico, existen ciertas formas de alcoholismo que no llegan nunca a manifestarlas. Esto no significa que el diagnóstico de alcoholismo sea desacertado, ni tampoco que el individuo pueda prescindir de un tratamiento. Este tipo de consumo abusivo puede acarrear serios problemas al que lo padece, tanto o más que en un caso de dependencia moderada.

E. M. Jellinek ha compuesto una tipología del alcoholismo en sus diversas presentaciones clínicas -muy difundida porque es empleada por la Organización Mundial de la Salud-, habida cuenta de las variadas descripciones que le dieran a conocer especialistas de distintos países y que son recogidas por Negrete (1993: 123-126). Estas formas de alcoholismo se denominan: *alcoholismo alfa*, *alcoholismo beta*, *alcoholismo gamma*, *alcoholismo delta* y *alcoholismo epsilon*.

El alcoholismo *alfa* constituye un tipo de abuso intermitente, con episodios de embriaguez severa y comportamiento perturbado. Este alcohólico se intoxica exhibe una conducta pública que avergüenza a sus allegados, acarreándole dificultades en sus relaciones. Suelen causar escándalos en reuniones -por ejemplo, en celebraciones familiares- y sienten gran culpa una vez pasado el episodio de embriaguez. Prefieren mayormente bebidas destiladas y beben en forma episódica, ingiriendo grandes cantidades en poco tiempo. Sus motivaciones para beber parecen ser de tipo psicológicas y corresponden a individuos ansiosos, inmaduros, inseguros y hostiles. No manifiestan dependencia *física*⁶⁴ hacia el alcohol, y, sin embargo, beben con avidez y desmesura.

El alcoholismo *beta* representa un tipo de abuso crónico enmascarado, que puede pasar inadvertido por muchos años. Estos bebedores consumen diariamente vino o cerveza en cantidades considerables, excediéndose con frecuencia sin ponerse en evidencia. Presentan una gran tolerancia, pero rara vez se muestran ebrios. A pesar de ser, en general, capaces de cumplir con sus obligaciones diarias registran altos niveles de alcoholemia. Contribuyen a retrasar la identificación del problema tanto la ausencia de episodios sintomáticos como la presencia de adaptación social. No muestran síntomas de dependencia física.

El alcoholismo *gamma* es común en América del Norte, Norte de Europa, Europa del Este, Caribe y Andes Meridionales. Se trata de un tipo de abuso intermitente, con episodios prolongados de embriaguez -durante días y aun semanas. Estos alcohólicos pierden el control y una vez que comienzan a beber no logran detenerse. Descuidan sus obligaciones, caen frecuentemente en hospitales tras episodios continuados de beber. Manifiestan un grado de dependencia severo, que los conduce al desempleo, la pobreza, el abandono, el aislamiento y frecuentemente trastornos psiquiátricos.

⁶⁴ El Comité de Expertos en Farmacodependencia (CEF) de la OMS participa activamente en la elaboración y reformulación de los términos apropiados para comprender los fenómenos de abuso y dependencia de sustancias. En su reunión N° 28 desaconsejó el uso de la expresión *dependencia física-fisiológica*, recalcando que la diferencia entre ésta y la *dependencia psíquica-psicológica* era difícil de establecer en situaciones clínicas y que tal distinción se contradecía con la idea que se intentaba promover acerca de que todos los efectos farmacológicos -incluido cualquier tipo de dependencia- podía explicarse virtualmente en términos biológicos. Además consideraba confusa la expresión, debido a que los médicos acostumbraban interpretar el síndrome de abstinencia como un indicio de dependencia física a la vez que de farmacodependencia. Esto no debía ser así, puesto que el término todavía se utilizaba en referencia "al estado de adaptación evidenciado por la manifestación de un síndrome de abstinencia al interrumpir la administración del fármaco, o al desarrollo de *tolerancia*, o a ambos." (OMS, 2003: 25-26)

El alcoholismo *delta* se observa en bebedores cotidianos y muestran síntomas claros de dependencia. Es característica su incapacidad para abstenerse, el notable ausentismo en el trabajo, el creciente deterioro en las tareas, síntomas menores de privación como el sueño entrecortado, falta de apetito por las mañanas y temblor leve en las manos. A veces pueden presentar cuadros de abstinencia grave, pero que se precipitan en modo fortuito.

El alcoholismo *epsilon* representa un tipo episódico poco frecuente, un abuso compulsivo que puede prolongarse por algunas semanas y repetirse varias veces al año. Estos episodios van precedidos de alteraciones de ánimo, generalmente depresión. Estos alcohólicos niegan su problema, rechazando cualquier ayuda. Acostumbran aislarse en sus domicilios y pueden pasar varios días durmiendo tras alguna crisis. El carácter episódico impide desarrollar un síndrome crónico de dependencia.

Excursus: Alcoholismo y enfermedad mental

“No es posible ser honesto consigo mismo hasta que uno no se entera de lo que es”

Erving Goffman, *Estigma: la identidad deteriorada*

Dedicamos este apartado para pensar la siguiente cuestión: ¿pertenece el alcoholismo al campo de la salud mental? Desde siempre se ha asociado el estado de embriaguez con la locura, pero fue recién a principios del siglo XIX cuando los alcohólicos ingresaron oficialmente al campo de la psiquiatría. Un mayor consumo de alcohol aumentó el número de internos en los manicomios, aun cuando el alcoholismo estaba lejos de ser considerado como una enfermedad. De la mano de la Revolución Industrial, se produjo un gran aumento del consumo de alcohol entre el naciente proletariado urbano. Embriagarse parecía ser un buen modo de soportar las condiciones en que vivían los obreros de las primeras industrias fabriles, en Inglaterra, Alemania, Holanda, Suiza, España. (González Duro, 1998) Ofrecemos a continuación una breve reseña de los psiquiatras de aquellos años que merecen citarse:

Comenzamos con Benjamin Rush, padre de la psiquiatría norteamericana, quien publicó en 1785 un libro sobre el abuso del alcohol, afirmando que producía gran dependencia, lesiones irreversibles y taras hereditarias. El alegato de Rush contribuyó al surgimiento de las primeras *ligas antialcohólicas*⁶⁵ y de una creciente corriente abolicionista. (*Ibid.*) También el francés Esquirol en 1838 describió la *monomanía de la embriaguez o ebriomanía*, como una disposición posiblemente hereditaria que lleva a un individuo a beber alcohol ante la menor contrariedad; sólo la reclusión podía impedir que este individuo bebiese. Como tratamiento, proponía el aislamiento y enseñanzas morales y religiosas.

Un personaje crucial fue Perales, director del manicomio de Valencia, quien comprobó que algunos de sus enfermos se curaban por completo cuando les impedía beber alcohol y con una cierta dirección moral, a pesar de que Perales no consideraba el alcoholismo como una enfermedad sino como un vicio: el alcohólico no era sino una persona responsable que se entregaba voluntariamente a una costumbre reprobable. (*Ibid.*) El profesor sueco Magnus Huss merece citarse por ser quien realizó la primera descripción científica del *alcoholismo crónico*. Su influencia convirtió el alcoholismo en *una nueva enfermedad* a la vez que en una de las primeras preocupaciones de la psiquiatría.

Otro francés, Morel, fue el formulador de la famosa *teoría de la degeneración*. Según ésta, todos los trastornos mentales -incluida la intoxicación por alcohol, principal *veneno social*- son la expresión de una constitución físicamente *anormal*⁶⁶, transmisible hereditariamente y sujeta a una evolución degenerativa que, de generación en generación acababa con la esterilidad de la stirpe. Su teoría se aplicó sobre los delincuentes, constatando que muchos de ellos eran grandes bebedores, concluyendo que existían ciertas tendencias depravadas por el uso de bebidas alcohólicas. (*Ibid.*)

Prontamente se buscaron, mediante el estudio de numerosas estadísticas, medios científicos y eficaces para luchar contra esta verdadera amenaza social. En consecuencia, se

⁶⁵ También llamadas movimientos nefalistas (ver *nefalismo* en Glosario).

⁶⁶ Más adelante volveremos con la relación entre normalidad, enfermedad y alcoholismo.

crearon múltiples sociedades antialcohólicas, que presionaban para promulgar *leyes secas*⁶⁷, se cerraran lugares de consumo y se crearan centros de tratamiento para alcohólicos. A continuación, y con el creciente auge de las ideas *positivistas*, el alcoholismo fue asociado a la locura, la criminalidad y la degeneración de la raza, como asimismo asociado al proletariado y a la revuelta política. La imagen del obrero borracho contribuía a caracterizar al proletario como irresponsable, inmoral y culpable de la mala situación en que vivían. Había quienes insistían en que la afición al alcohol del obrero era lo que causaba su miseria física y moral. La fatiga por el duro trabajo y las malas condiciones en que sobrevivían, desmoralizaban al trabajador, que finalmente optaban por un vaso de aguardiente para esperar entre risas un día menos desgraciado. (*Ibid.*)

Hubo un notorio descenso del consumo alcohólico en toda Europa durante la Primera Guerra Mundial, mientras en Estados Unidos crecía la corriente abolicionista, desplegándose un inmenso aparato de propaganda antialcohólica. Pero, seguidamente, los efectos de la industrialización y aceleración, de grandes migraciones poblacionales y de urbanización improvisada, condicionaron el desarraigo de los grupos de pertenencia, el individualismo competitivo, el deterioro de las relaciones personales, el aislamiento social, la confusión de las vinculaciones afectivas... (*Ibid.*)

En la gran ciudad el individuo estaba sometido a continuas tensiones, sintiéndose angustiado, irritado y frustrado. El alcohol resultaba un alivio para todas las ansiedades. El consumo de alcohol dejaba de ser un hábito alimentario, para convertirse en un remedio que permitía combatir las asperezas de la vida, o una droga que levantaba el ánimo venido abajo por el trabajo alienante y una cotidianeidad gris. Así, mucha gente fue cayendo en el hábito y en la compulsión. Al alcohólico se le reconocía el carácter de enfermo, pero en general se lo seguía estigmatizando como vicioso y responsable de su vicio. Marginado, considerado persona no fiable e incluso, pese a ser débil y falto de voluntad, *peligroso*. (*Ibid.*)

Actualmente, el fenómeno del consumo de las drogas ilegales pareciera estar opacando el abuso del alcohol, droga legal. O quizás simplemente haya decaído el entusiasmo de los psiquiatras en el tratamiento de alcohólicos debido a los resultados que han sido bastante decepcionantes. El discurso antialcohólico permanece estático, repetitivo y desesperanzado. A pesar de todo, en los últimos años han surgido puntos de vista más empáticos –tales los que intentamos presentar– en el estudio y tratamiento del alcoholismo.

Normal y patológico

“Todas las anomalías nos seducen, y en primer lugar la Vida, anomalía por excelencia.”

Emile Ciorán

La psiquiatría fue la última especialidad médica en ser admitida como tal. La salud mental se ve frecuentemente como vecina de la magia y la religión. Las llamadas *enfermedades mentales* han sido consideradas antiguamente de origen diabólico y, actualmente, en cierto

⁶⁷ Intentos de bajar o eliminar el consumo de alcohol mediante la prohibición de expender alcohol al público. Sin embargo, más que dejar de circular el alcohol esta medida caía en la circulación ilegal.

sentido, una cuestión puramente social. Por tales razones se cuestiona su *status* y pertenencia al campo de la salud. (Pérez, 1998-2005)

En la Antigüedad, los primeros médicos babilonios y persas consideraron a los enfermos mentales como poseídos por demonios y los trataron mediante métodos mágico-religiosos. En Egipto, ubicaron las funciones mentales en el cerebro, describieron el trastorno emocional de la histeria y aplicaron tratamientos de fumigación vaginal. En la *Biblia*, se describían ciertas enfermedades mentales como posesiones demoníacas, por lo que los médicos hebreos laicos fueron restringidos. (*Ibid.*)

Fue en Grecia que separaron el estudio de la mente de la religión, naciendo el estudio científico de las enfermedades mentales. La escuela hipocrática utilizó tratamientos somáticos tales como la inducción del sueño, la interpretación de los sueños por parte de sacerdotes y el diálogo con el paciente. Encontraron para estas enfermedades un origen físico: los cuatro *humores* -flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Hipócrates también localizó las funciones mentales en el cerebro, describió y clasificó varias enfermedades -la epilepsia, la paranoia, la histeria, algunas fobias, etc.- y propuso los sueños como expresión de deseos. (*Ibid.*)

En Roma, continuando con el camino trazado por los griegos, especialmente por las escuelas estoica y epicúrea, postularon los deseos y las pasiones como actuantes sobre el alma, produciendo así las enfermedades mentales. Celso dividió las enfermedades en locales y generales, incluyendo entre éstas las mentales, que a su vez dividió en delirios y locura. Consideró como tratamiento la reclusión y el recurso a cadenas y grillos para controlar la violencia. Galeno consideró que el cerebro es el centro de las sensaciones y los movimientos, describiendo dos tipos de almas: animal o racional -en el cerebro- e irracional -en el corazón y el hígado. También estimó que el clima influye en la mente. (*Ibid.*)

Durante la Edad Media, se volvió a la concepción de las enfermedades mentales como prácticas diabólicas, llegando incluso a propagar una *caza de brujas*, atribuyendo la autoría de estas posesiones al demonio. El tratamiento que se aplicaba era la tortura, aun hasta la muerte, liberadora de las desdichadas almas. (*Ibid.*)

En la *época clásica*, tras la proliferación de datos médicos y científicos, se produce un giro: los enfermos mentales ya no son torturados, sino internados en hospitales o se tornan vagabundos solitarios, objeto de maltrato, burla y desprecio. Se fundan asilos para insanos, aunque éstos compartirán su reclusión junto a indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos e incluso algunos personajes contrarios al régimen que debían pasar desapercibidos. Se clasificaron las enfermedades en géneros, especies y variedades. Se publicaron tratados sobre síntomas y tratamientos y proliferaron los hospitales para dementes. Con esta escenografía de fondo irrumpe el alcoholismo en la escena de la salud mental. (Foucault, 1990)

En la actualidad se han desarrollado diferentes psicoterapias -psicoanálisis, terapias conductuales, cognoscitivas, etc.- y farmacoterapias. Últimamente ha surgido un movimiento llamado *antipsiquiatría*, consistente en rechazar la idea de enfermedad mental como anomalía biopsíquica, para recategorizarla dentro de un esquema histórico-económico-social.

Enfermo y paciente

“No existen los enfermos crónicos: hay pacientes mal-tratados.”

Miguel Ángel Materazzi⁶⁸

Junto con Foucault señala Felix Driver que hacia fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX desaparece la noción de *enfermo* dando lugar a aparición de la noción de *paciente*. Este cambio viene acompañado de una nueva concepción de la medicina, la cual se perfila en nuevas tecnologías terapéuticas –exámenes físicos, autopsias, estadísticas- y una nueva relación médico – paciente, que podemos caracterizar ahora como médico – *cliente*. (Driver, 1994: 18)

La cambiante mirada de la ciencia médica y la reorientación del poder médico da, pues, lugar a la *invención o creación* –más propiamente que simple *descubrimiento*- de enfermedades. (Driver, 1994: 17) Las nuevas tecnologías y el nuevo vínculo que reúne al médico con su paciente sientan las bases para esta nueva forma de medicina que tiene como su lugar propio el *hospital de medicina*. El hospital se constituye en la *microfísica* que permite configurar la nueva relación médico-paciente. Dentro de la irrupción de la medicina patológica, la enfermedad comienza a emerger como reducción o recorte, en términos de *lesión*.⁶⁹

Quizás, reflexiona Driver, haya sido el estetoscopio y no los médicos quienes han dominado, subyugado y convertido al paciente en un *objeto*, cuando el tardío siglo XVIII y el temprano siglo XIX fueron impactados por la naturaleza física del cuerpo. O quizás haya sido la fascinación de los médicos por la eficacia aséptica del estetoscopio lo que suscitó este cambio.

Lo cierto es que en este nuevo paradigma, “los pacientes son tratados como objetos y sus palabras ignoradas en la búsqueda de una base patológica subyacente a la enfermedad.” (Driver, 1994: 20, subr. nuestro) Las nuevas formas mecánicas de práctica clínica no son otra cosa que un modo de disciplinamiento o control ejercido sobre el cuerpo enfermo por parte de la medicina. Y el control sobre los objetos resulta siempre más ineludible que el control sobre las personas.

⁶⁸ Médico psiquiatra, Director del Hospital “José T. Borda”, en: *II Jornadas de Trabajo Social y Adicciones: “El Trabajo Social en las Toxicomanías ante la Situación de Exclusión”*, Conferencia, Centro Cultural General San Martín, Bs. As., Viernes 14/11/03.

⁶⁹ Ya hemos discutido la reducción del alcoholismo a sola enfermedad orgánica en el capítulo dos y hemos cuestionado –siguiendo a Foucault- si toda enfermedad es reductible, en última instancia, a una lesión.

III. Modelos de alcoholismo

“Quiero matar un capricho/ Que tengo en el corazón/ Voy a coger un Jalao/ Con tremendo vacilón/ Búsqüenme una cuchara/ Una botella y un cajón/ Pa’ formar un parrandón/ Y así matar el capricho/ Que tengo en el corazón/ ¡BORRACHÓN!/ Sí, soy borrachón/ Pero la plata que yo me tomo/ La saco de mi sudor/ Y si pico algunas veces/ Eso lo hago por sport/ La juma de ayer/ Ya se me pasó/ Esta es otra juma/ Que hoy traigo yo/ ¡Ehh! Lléneme la botella/ pero llénemela de ron/ y deje que digan/ que soy un borrachón/ ¡Ay, Dios!”

Walfrido Guevara, *La juma de ayer* (guaracha cubana de los años ‘50s.)

En las primeras páginas del trabajo hemos cuestionado la condición de enfermedad del alcoholismo. También nos hemos preguntado si el alcoholismo es una forma de adicción cómo otras tantas, o un tipo de abuso o compulsión a beber en forma exagerada. Además cuestionábamos el criterio de la cantidad de alcohol ingerido a la hora de determinar si un individuo es o no un alcohólico, si bien es indudable que el consumo de alcohol produce efectos tóxicos. Por otra parte, hemos señalado algunos conceptos provenientes del campo ético relacionados con el consumo, el abuso y la dependencia del alcohol, tales como la voluntad y la responsabilidad. Sin embargo —y antes de ahondar en disquisiciones éticas— quizás aporte información de interés esta tipología del alcoholismo que presentamos a continuación.

Es importante esta clasificación porque pone de manifiesto las distintas maneras de considerar la *etiología* del alcoholismo, es decir, establecer sus causas. Determinar la procedencia del alcoholismo podría optimizar el diseño de los tratamientos.

A partir del estudio de los diversos modelos podemos reconocer la existencia de dos grandes grupos básicos: 1) unos que consideran que el alcoholismo presenta sólo una etiología *genética u orgánica*; y 2) otros que consideran que su etiología es *múltiple*.

De acuerdo con el modo como responden a la pregunta de si el alcoholismo es o no una enfermedad, por un lado, y al modo como consideran la etiología del alcoholismo, por otro, resultan distintos modelos o posibles enfoques, según presentan Gregory La Vigne e Irwing Hassenfeld (1997), entre otros.

Etiología orgánica: el modelo genético

Según los defensores de esta perspectiva, el alcoholismo es una enfermedad y una enfermedad de índole orgánica, pues una enfermedad sólo puede ser considerada como tal si es una condición física —i. e., orgánica— y posee sus consécüentes signos objetivamente observables. Ya hemos observado ejemplos de este modelo en el primer capítulo.

Según los términos propuestos y puesto que el alcoholismo es efectivamente una enfermedad, entonces su etiología también deberá ser orgánica. Los defensores de esta postura llevan adelante métodos genéticos tales como: *estudios de casos de adopción y descendencia incompleta*, *estudios de gemelos*, *estudios con marcadores genéticos*, *estudios de marcadores asociados* (ver todos en

Glosario), principalmente. Los instrumentos para estos estudios son fundamentalmente observaciones directas y entrevistas a hijos de alcohólicos –observaciones indirectas- con el objeto de establecer estadísticas o probabilidades acerca de la posible determinación de la herencia alcohólica. (Freixa, 1996: 15 y ss.)

Etiología múltiple o policausalidad del alcoholismo

Sin embargo, otros consideran que el alcoholismo es de *etiología múltiple*, es decir, que son varias las causas que lo determinan. Ahora bien, ¿en qué puede consistir la *policausalidad* del alcoholismo? Como bien explican G. Klimovsky y C. Hidalgo, cuando un fenómeno se puede explicar a través de una pluralidad de causas, el efecto resulta de esas varias razones superpuestas. Dicho en otras palabras, es la conjunción de circunstancias la que *sobredetermina* el efecto. Trasladando esta idea al alcoholismo podemos decir que éste acontece “debido a la existencia de una conjunción simultánea de acontecimientos que, en realidad, no son todos necesarios para que aquél ocurra.” (Klimovsky – Hidalgo, 2001: 49). Los acontecimientos –o *causas*, en sentido amplio- pueden ser de variada índole: familiares, psicológicos, sociales. Son muy variados los modelos que sostienen una etiología alcohólica múltiple.

Modelo moral

De acuerdo con éste, el alcoholismo se define como una conducta y no es entonces una genuina enfermedad –porque las conductas no son enfermedades, sino acciones y conjuntos de acciones que los individuos efectúan. Existen dos variantes de este modelo: el *modelo moral seco* considera que beber siempre es malo para todas las personas como, por ejemplo, algunas religiones que prohíben beber a sus seguidores; y el *modelo moral húmedo* sostiene que beber es malo para algunas personas: el alcohólico es el individuo que rompe las reglas de la sociedad con su forma de beber y por esta razón se le debe prohibir el consumo de alcohol. Este modelo está ejemplificado por Jeffrey Schaler –autor que ya hemos visto en el capítulo uno, cuestionando la condición de enfermedad del alcoholismo. De lo dicho podemos deducir que en este modelo sólo sería admisible que un individuo bebiera en forma moderada o hasta tanto no quebrara las normas sociales.

En la versión presentada por los defensores del modelo moral subyace la idea de que el alcoholismo se desarrolla cuando la *voluntad* del individuo es *débil*. Los integrantes sobrios de la sociedad –los verdaderos *agentes morales*- están calificados para *reformular* al alcohólico, que de ninguna manera puede ser considerado un agente moral, pero tampoco un enfermo, puesto que es alguien que realiza acciones incorrectas por propia voluntad. En términos estrictos, no es posible aplicar *tratamiento* para el alcohólico. En el mejor de los casos, lo que se puede desarrollar es una intervención de tipo correctiva o punitiva.

Modelo del deterioro

Según esta perspectiva, el alcohólico no es un enfermo, sino que tiene un defecto o falla objetable e imposible de corregir. La causa del alcoholismo es desconocida y no se puede ayudar al individuo alcohólico: éste debe ser apartado de la sociedad para que no cause perjuicios. Sin embargo, las intervenciones médicas, si bien no curan, pueden ayudar al alcohólico a que resista la tentación de beber.

En este modelo, el *alcohólico* no es capaz de controlar su modo de beber y volverse un *bebedor moderado*. Tal es la posición de autores como Vaillant (1982) o Freixa (1996). Una vez que una persona ha perdido su capacidad de autocontrol no podrá recuperarla jamás. Se podría comparar el modo de beber de un alcohólico con una canilla en la cual se ha falseado la rosca del vástago: una vez abierta, ya no puede cerrarse. Sólo se puede mantener permanentemente cerrada.

Existen ciertas objeciones a este modelo, provenientes del modo como interpretemos la mencionada falla. Si consideramos que es de tipo moral, entonces no habría diferencias respecto del modelo anterior. En el caso de considerar que se trata de un defecto orgánico, entonces nos retornaríamos al modelo genético. Finalmente, dado el caso en que pudiéramos entender la falla o defecto en sentido psicológico, el alcoholismo no sería más que una consecuencia o síntoma de alguna enfermedad mental y este planteo nos llevaría al modelo que llamaremos *psicoanalítico*. En conclusión: este modelo podría resumirse en otros.

Modelo psicoanalítico

El alcoholismo es visto aquí no como una enfermedad primaria, sino como un síntoma de un problema subyacente intrapsíquico profundo. El alcoholismo es considerado como proveniente de una *personalidad infantil y adictiva*, resultante —probablemente— de malas experiencias tempranas.⁷⁰ El tratamiento psicoanalítico no se conforma con remover el síntoma que es el alcoholismo —por ejemplo, a través de la abstinencia— sino que apunta a trabajar el conflicto o los conflictos psíquicos que subyacen al síntoma y llega aun a tolerar que el paciente continúe bebiendo, siendo incluso muy frecuente la aplicación de tratamientos con *psicofármacos* (ver **Glosario**).

En la actualidad se desarrollan terapias psicológicas alternativas. Entre ellas, elegimos como primer modelo a estudiar la llamada *Terapia Cognitiva Post-Racionalista* porque es un enfoque narrativista que, según intentamos mostrar, permite dar cuenta de los problemas que plantea el alcoholismo a partir de la identidad del alcohólico, tema central en este trabajo.

Modelo de interacción familiar

Este modelo considera que el alcoholismo es una enfermedad de causas múltiples y que el alcohólico es el resultante o *emergente* de una interacción familiar disfuncional. Los

⁷⁰ Susan Sontag hace notar la predilección de nuestra época por explicaciones psicológicas, y no sólo de las enfermedades: "Psicologizar es como manejar experiencias y hechos (enfermedades graves, por ejemplo) sobre los que el control posible es escaso o nulo." (Sontag, 2003: 59)

miembros de una familia tienen roles complementarios y, por lo tanto, el tratamiento debe consistir en una terapia familiar que convoque a todo el grupo.

Precisamente el segundo modelo que presentamos es un ejemplo del modelo de familia que se apoya en el concepto de *identidad alcohólica familiar*. (Steinglass, 2001)

Modelo de Alcohólicos Anónimos

El alcoholismo, sostiene la vasta literatura de *Alcohólicos Anónimos*⁷¹, es una *enfermedad* incurable, progresiva, frecuentemente fatal que involucra problemas de variada índole para los alcohólicos. El alcohol es un veneno para el enfermo, aunque no para los demás: AA no es una liga antialcohólica ni un movimiento *nefalista* (ver **Glosario**). Para un alcohólico, la vida se vuelve intolerable a causa del alcohol. El mejor tratamiento consiste en permanecer en abstinencia como miembro de AA, que es una *hermandad de afligidos*.

“El alcohólico es un individuo que padece de una enfermedad para la cual no se conoce curación alguna —es decir, ninguna curación que le haga posible beber con moderación por un largo período de tiempo, como puede una persona no alcohólica. Debido a que es una enfermedad —una compulsión física más una obsesión mental por la bebida— el alcohólico tiene que aprender a mantenerse completamente alejado del alcohol para poder llevar una vida normal. Fundamentalmente, el alcoholismo es un problema de salud —una enfermedad física y emocional— más que una cuestión de insuficiente fuerza de voluntad, o debilidad moral. De la misma forma que sería insensato culpar a la víctima de diabetes de caer enfermo por una falta de fuerza de voluntad, también lo sería echar la culpa al alcohólico por su enfermedad, o considerar su forma de beber como un vicio.” (En: <http://www.aa.org.ar>)

Si bien no dedicamos ningún capítulo en particular a este modelo, sin embargo haremos referencia a él cuando sea oportuno en relación con el desarrollo a lo largo de nuestro trabajo.

Modelo médico

Se presenta bajo dos versiones: el *modelo médico antiguo* y el *modelo médico actual*. El primero afirma que el alcoholismo es una *enfermedad* seria, progresiva, frecuentemente fatal, de etiología desconocida, que los alcohólicos se infligen a sí mismos. La conducta del alcohólico destruye su cuerpo y arruina su vida. El clínico debe utilizar la familia y la comunidad para fortalecer la voluntad del paciente. En este modelo conviven —en forma contradictoria, por cierto— la creencia de que el alcoholismo es una enfermedad y la creencia de que el alcohólico

⁷¹ En algunos pasajes del trabajo haremos referencia a este modelo; y cuando resulte pertinente revisaremos ciertos textos de la extensa bibliografía producida por AA en nuestro país y en otros, especialmente en su país de origen, Estados Unidos, editada por Alcohólicos Anónimos y también estudios especializados sobre esta institución. Además, poseen su propia *Página Web*, que consideramos de valiosa consulta, en: <http://www.aa.org.ar>

lleva adelante una conducta inmoral, pues todavía persisten resabios del modelo moral. El concepto de *grupos de riesgo*⁷², muy utilizado especialmente en relación con el sida –pero que perfectamente podríamos aplicar también al alcoholismo– es un claro ejemplo de este enfoque.

Y el *modelo médico actual* afirma que el alcoholismo es una enfermedad progresiva, frecuentemente fatal, posiblemente hereditaria, que vuelve anormal la bioquímica del metabolismo. Su etiología es multifactorial e incluye factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. El tratamiento debe quedar en manos de un equipo multidisciplinario que incluye médicos clínicos –psiquiatras y no psiquiatras–, psicólogos y trabajadores sociales.

A los modelos que integran la clasificación de La Vigne – Hassenfeld se pueden agregar por su importancia los siguientes:

Modelo bio-psico-social

Este es otro modelo policausalista. El alcoholismo es visto aquí como “un desorden complejo, causado por la interacción entre factores genéticos que predisponen a individuos particulares a una *dependencia psicológica* hacia el alcohol y características personales, y factores en el ambiente social que sirven como coactivos que inician y mantienen el desorden.” (Loneck, 1997: 172, trad. y subr. nuestros). Los individuos no deciden en forma autónoma volverse alcohólicos; por tal razón, para este modelo, el alcoholismo es una enfermedad y, como tal, involuntaria.

Ya hemos hablado de la cuestión de la *dependencia* hacia el final del segundo capítulo, al cual remitimos. Consideramos confuso el término *dependencia psicológica* en el mismo sentido que el concepto de *adicción*, según ya se ha apuntado. Estos conceptos presentan inconvenientes de alcance, límites y aplicabilidad. Por tal razón, hablaremos provisoriamente⁷³ de *dependencia* sin más –sin distinguir si es física o psicológica–, pues este vínculo es establecido por los efectos del alcohol en su calidad de sustancia psicoactiva y “todos los efectos farmacológicos son virtualmente explicables en términos biológicos.” (OMS, 2003: 26)

Modelo de la vulnerabilidad

Este modelo postula la existencia de ciertas condiciones de *vulnerabilidad* que predisponen al alcoholismo especialmente a las mujeres. C. Harris⁷⁴ y M. Mahowald⁷⁵ (1997) son dos autoras que se ocupan de este modelo postulando la importancia de tener en cuenta las consecuencias psicológicas y sociales que ocasiona el consumo de bebidas alcohólicas por

⁷² El concepto de *grupos de riesgo* intenta superar los prejuicios moralistas, con un lenguaje con pretensiones de cientificidad y sensibilidad social. Pero cuando analizamos quiénes pertenecen a los grupos de riesgo nos encontramos con individuos que llevan a cabo ciertas acciones y que viven de determinada manera: individuos que son generalmente pobres, que consumen alcohol o drogas, que comúnmente viven en villas de emergencia, que no tienen trabajo fijo, que tienen piel oscura, que no tienen pareja fija, etc., etc.

⁷³ Hasta tanto no hayamos reunido los elementos de análisis necesarios.

⁷⁴ Instructora, Departamento de Obstetricia/Ginecología, University of Chicago, Chicago, Illinois.

⁷⁵ Profesora y Directora Asistente, MacLean Center for Clinical Medical Ethics, Departamento de Obstetricia/Ginecología, University of Chicago, Chicago, Illinois.

parte de las mujeres y sus comportamientos asociados; a la vez que se preguntan si acaso existen aspectos genéticos –puesto que se manifiestan como señales biológicas- que predisponen a las mujeres hacia el alcoholismo. El ejemplo que toman las autoras es el mayor índice de alcoholemia que se observa en las mujeres en relación con los hombres.

Ahora, si bien esta perspectiva constituye un intento de aportar un punto de vista más comprensivo acerca de la forma de beber de las mujeres, es problemático el modo en que debemos entender en qué consiste la mencionada vulnerabilidad. Podemos interpretarla como orgánica, auxiliada por una metodología de tipo genética; entonces éste no sería más que una subespecie del modelo genético.

Por otra parte, J. C. Negrete (1993: 127-128) afirma que los registros estadísticos demuestran que el alcoholismo afecta preferentemente a los varones. Esta afirmación es contradictoria con la afirmación de Harris y Mahowald. ¿Podríamos acaso suponer que las mujeres alcohólicas no son representativas del sexo femenino en general y que dicha selectividad tiene una base psíquica o social, o que se trata de personalidades perturbadas o que acaso existen factores ambientales que afectan a dichas mujeres? Sin embargo, últimamente han aumentado las tasas de alcoholismo femenino en varios países y cada vez son más jóvenes las mujeres que comienzan a beber. (ver **Apéndice II: Estadísticas**) Profundizaremos en este planteo en el apartado dedicado al alcoholismo en mujeres.

Neurociencia: ¿Una vuelta al modelo genético?

La OMS también tiene en cuenta el aspecto de la *vulnerabilidad*, pero en un sentido más amplio y en el contexto de la *neurociencia*. En la actualidad, la principal disciplina que estudia el consumo y la dependencia de sustancias psicoactivas –entre las cuales hemos incluido el alcohol- se llama *neurociencia*. Esta nueva ciencia se ocupa de las funciones del sistema nervioso, especialmente del cerebro. Los conocimientos neurocientíficos han crecido notoriamente en las últimas décadas, transformando el modo de entender cómo actúan las sustancias psicoactivas y aportando ideas novedosas acerca de por qué tantas personas las consumen, incluso hasta el punto de provocar o padecer daños, o de volverse dependientes. La neurociencia también pretende esclarecer malentendidos y eliminar estereotipos incorrectos o nocivos en relación con la drogadicción y el alcoholismo, las dos *discapacidades* –entre 18 propuestas- socialmente más reprobadas y estigmatizadas. (OMS, 2004: 7)

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado en 2002 un Informe sobre la Salud en el Mundo, señalando allí el porcentaje de morbilidad atribuido al consumo de sustancias psicoactivas. Este informe constituye el primer intento de la OMS en proveer de fundamentos biológicos como síntesis de los factores relacionados con el consumo y la dependencia de sustancias. (OMS, 2004: 5)

La OMS intenta mostrar –valiéndose de progresos técnicos como las imágenes de resonancia magnética o la tomografía por emisión de positrones que la dependencia de sustancias constituye un trastorno cerebral como cualquier otra enfermedad neurológica. (OMS, 2004: 13) Y ya se ha dicho que para la OMS la dependencia de sustancias psicoactivas puede explicarse en última instancia en términos neurológicos. ¿Significa esto volver al modelo genético? ¿Por qué algunas personas se vuelven dependientes y otras no?

Si bien los expertos de la OMS consideran que hay cierta herencia biológica común a todos los seres humanos que los vuelve susceptibles a la acción de las sustancias psicoactivas, existen también “muchos factores individuales, culturales, biológicos, sociales y ambientales que convergen para aumentar o reducir las posibilidades de que un determinado individuo consuma una sustancia psicoactiva y en qué medida.” (OMS, 2004: 22)

El alcoholismo, como toda forma de abuso de sustancias psicoactivas, es un trastorno *complejo*, es decir, causado no por un único gen, sino por una interacción entre varios genes y factores ambientales y el efecto de estas sustancias es mayor en individuos portadores de cierta *vulnerabilidad* genética a la dependencia.

Como conclusión de lo dicho hasta aquí, podemos afirmar lo siguiente: el modelo que presenta la OMS es *multifactorial* y no solamente genético, pues postula una etiología múltiple para explicar el fenómeno del abuso de sustancias, incluido el alcoholismo. Entre las múltiples causas, existe una, que es llamada *vulnerabilidad* y permite explicar por qué sólo algunos individuos –los individuos vulnerables– se vuelven consumidores abusivos o incluso dependientes de sustancias psicoactivas. Ahora bien, el concepto de *vulnerabilidad* se puede explicar en términos neurológicos y para tal fin existe la neurociencia.

La multicausalidad del alcoholismo no es una cuestión menor. Quizás tenga razón Susan Sontag y el alcoholismo –si acaso es una enfermedad– pertenezca al grupo de esas enfermedades a las que se atribuye un gran número de causas, simplemente porque su etiología no ha sido comprendida:

“Y son estas enfermedades, de causas supuestamente múltiples (o sea, enfermedades misteriosas) las que más posibilidades ofrecen como metáforas⁷⁶ de lo que se considera moral o socialmente malo.” (Sontag, 2003: 63)

⁷⁶ Ya hemos visto la distinción que realiza Sontag entre la *enfermedad* y las *metáforas* de la enfermedad.

IV. Tipos de tratamiento

“Sólo tenía que beber del vaso para abandonar al momento el cuerpo del famoso profesor y ponerme, como si fuera un grueso abrigo, el de Edward Hyde...”
Robert L. Stevenson, *El extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde*

El tratamiento para el alcoholismo es una forma de intervención que puede llevar a cabo en clínicas especializadas, consultorios médicos, hospitales, centros de información y referencia comunitaria, servicios médicos industriales, programas de ayuda en lugares de trabajo, servicios de salud mental y de asistencia social, organismos del sistema judicial, etc. En este sentido, es prioritario identificar el alcoholismo como problema, aclarando la posible confusión de reducirlo a sus enfermedades asociadas, en vistas a orientar la intervención y el tratamiento. Y es deseable detectar el alcoholismo en su primera fase porque provee de mejor pronóstico. Básicamente son cuatro los aspectos de esta intervención temprana, según anota Negrete (1993: 155): 1) *reconocimiento del problema en forma detallada*; 2) *comunicación del examen al paciente y sus allegados*; 3) *corrección de actitudes negativas en el paciente y sus allegados*; y 4) *selección de objetivos y procedimientos terapéuticos apropiados*.

Ahora bien, el proceso de intervención se puede desarrollar en varias etapas –no necesariamente sucesivas– (Freixa, 1996), teniendo en cuenta que en cualquiera de ellas (incluso en todas) es posible aplicar un tratamiento *farmacológico*. Las etapas son las siguientes: 1ª., la *desintoxicación*, consistente en la eliminación del alcohol existente en el organismo y que puede ser *domiciliaria* u *hospitalaria* –si bien se recomienda que “los pacientes con antecedentes de cuadros previos de alucinosis, delirio o convulsiones deben ser siempre desintoxicados bajo supervisión médica en hospitales.” (Negrete, 1993: 157); 2ª., la *deshabitación*, simultánea a la desintoxicación, pretende acostumar al paciente a vivir sin el tóxico; 3ª., la *rehabilitación*, que se inicia cuando se logra frenar la ingestión alcohólica; y 4ª., la *reinserción*, que trata de reincorporar al paciente a su medio. Un recurso eficaz es la *socioterapia*: actividades positivas socio-culturalmente, participativas, que a la vez evitan el fundamentalismo *nefalista*.

Tratamientos farmacológicos

Los diversos tipos de tratamiento para el alcoholismo han sido agrupados por algunos autores como, en este caso, Andrea C. King, Phillippe Batel y Mary Jeanne Kreek (1997) quienes clasifican en tres grupos las diferentes terapias: la *farmacoterapia* o tratamiento del alcoholismo que se lleva a cabo mediante el suministro de *sustancias o drogas psicoactivas* (ver **Glosario**); la *psicoterapia* (ver **Glosario**) o ayuda psicológica, que puede ser individual o grupal, y la *terapia de grupo* o *autoayuda* (ver **Glosario**), que puede incluir apoyo psicosocial como la inserción laboral, por ejemplo. Sin embargo, también podemos comprender éstos fundamentalmente dentro de dos grandes grupos: tratamientos *farmacológicos* y tratamientos no *farmacológicos*. (Freixa, 1996)

Según se ha dicho, es posible aplicar el tratamiento farmacológico en cualesquiera de las cuatro etapas, resultando así una *farmacoterapia de desintoxicación*, una *farmacoterapia de deshabitación* y una *farmacoterapia a largo plazo*.

Farmacoterapia de desintoxicación

Su aplicación tiene como fin subsanar los síntomas de la intoxicación alcohólica y se lleva a cabo mediante dos tipos de medicamentos: 1) medicamentos que tienen tolerancia cruzada con el etanol y 2) medicamentos que no tiene relación farmacológica con el etanol. (Negrete, 1993: 190) Tanto de uno como de otro grupo, los principales fármacos son los siguientes: *paraldehído, barbitúricos, benzodiazepinas, clometiazol, fenotiazinas, haloperidol, propranolol, clonidina, carbamazepina, bromocriptina, y difenilhidantoína* (ver todos en nuestro **Glosario**) y otros más.

En menor medida, podría considerarse un tercer tipo, consistente en dosis decrecientes de alcohol –en especial si no se cuenta con otros recursos. Este método es usado frecuentemente por pacientes que conocen el proceso de la abstinencia, si bien muchos profesionales se niegan a aplicarlo debido a los obvios problemas éticos involucrados y también porque es difícil lograr un buen control del nivel terapéutico de alcohol en la sangre. “Además la condición gástrica o hepática de muchos pacientes impone la cesación inmediata del consumo de bebidas alcohólicas.” (Negrete, 1993: 190)

Farmacoterapia de deshabitación

Veamos, antes de continuar, este curioso anuncio de *Caras y Caretas. Semanario Festivo, Literario, Artístico y de Actualidad*, Bs. As., 18 de agosto de 1906, citado por la trabajadora social Hermana Regina Sian (1997: 24, 1ra. ed. 1932)

VICIOSOS

DONDE EL ALCOHOLISMO IMPERA SÓLO HAY DESESPERACIÓN, SUFRIMIENTO Y LLANTO, POR CONSIGUIENTE, ES INDISPENSABLE QUE LA MUJER INTERVENGA CON SU BONDAD INFINITA, ACONSEJANDO A LOS HOMBRES QUE SOLICITE, EN LA CALLE CALLAO, N° 251, LA ABSOLUTAMENTE Y SIEMPRE EFICAZ:

“PREPARACIÓN ANTIALCOHÓLICA”

DEL DOCTOR A. S. PISMAR, QUE CURA RADICALMENTE LA EMBRIAGUEZ Y HACE ABORRECER LAS BEBIDAS ESPIRITUOSAS HASTA EL EXTREMO DE NO PODER TOLERAR EL OLOR DEL ALCOHOL Y QUE ESTÁ ANALIZADA Y APROBADA POR EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE.

Son dos los tipos de farmacoterapias de deshabitación y ambos están combinados en la extraña “*preparación anti-alcohólica*” del Dr. Pismar: una terapia *anti-compulsiva* y una terapia *aversiva*. La farmacoterapia de deshabitación *anti-compulsiva* tiene como fin frenar el insistente deseo de tomar alcohol. La compulsión aparece como componente central en la dependencia psicológica del alcohol debido a la función de ciertos sistemas neurotransmisores, como la *serotonina* (ver **Glosario**) o la *dopamina* (ver **Glosario**). En estos casos, el alcohólico no bebe

porque esta sustancia ha frenado el deseo hacia el alcohol. El problema es que las sustancias sustitutas son también altamente adictivas, es decir, se está cambiando el consumo de una sustancia que causa dependencia por el consumo de otra sustancia que también causa dependencia.⁷⁷

En la terapia *aversiva* actúan ciertas drogas que sensibilizan al individuo de los efectos del alcohol, de modo que experimente una fuerte reacción tóxica al beber. Este hecho coadyuva a mantener la abstinencia y lo obliga a dejar de consumir. Las drogas más conocidas son el *disulfiran* (ver **Glosario**) y la *carbimida* (ver **Glosario**).

Farmacoterapia a largo plazo (en la rehabilitación y en la reinserción)

Con respecto a una farmacoterapia prolongada, el problema más frecuente es la perturbación en el sueño (insomnio). Los dos trastornos más frecuentes en alcohólicos que han interrumpido el consumo son la depresión y la ansiedad, causadas por la abstinencia. Los individuos más ansiosos pueden recurrir a sedantes de eliminación rápida, pero teniendo en cuenta que cualquier tipo de sedantes suele causar reacciones ansiosas de contragolpe. También se recurre a ciertos antidepresivos, los cuales deben ser administrados con muchas precauciones y suelen estar contraindicados en pacientes con problemas hepáticos graves. (Negrete, 1993: 196-197)

La farmacoterapia puede ser propicia para mantener una abstinencia de tres a seis meses, tras la desintoxicación del paciente; pero la experiencia muestra que no resulta duradera porque se concentra en las consecuencias o síntomas y no en la enfermedad misma. Por lo que se sugiere que vaya acompañada de tratamientos complementarios progresivos, que incluyen el apoyo comunitario o familiar.

Técnicas conductistas

Hay terapias que constituyen intervenciones breves y pueden modificar la conducta alcohólica, pues apuntan a “la corrección de componentes específicos del comportamiento del paciente.” (Negrete, 1993: 180) Este abordaje es parcial y sólo tiene aplicación cuando se lo utiliza como componente de un plan de tratamiento más amplio o programa mixto. Estas técnicas se pueden emplear en distintas etapas del tratamiento y pueden apuntar a obtener la abstinencia total o un consumo controlado. En el primer caso, las principales técnicas conductistas son las siguientes: *condicionamiento operativo, sugestión y desensibilización sistemática*.

El *condicionamiento operativo* es una propuesta de Skinner que parte de la idea de que cualquier comportamiento tiende a cesar si el agente recibe un castigo; inversamente, son perpetuadas las conductas recompensadas. Como ejemplos de este tipo podemos mencionar

⁷⁷ La OMS reúne periódicamente sus expertos con el fin de revisar los criterios que establecen el procedimiento formal para examinar las sustancias que producen dependencia, apelando al Programa Internacional de *vigilancia farmacéutica* (ver **Glosario**) de los Estados Miembros, centralizada en el UMC, Centro de Vigilancia de Uppsala. (OMS, 2003)

los eméticos⁷⁸ y los golpes eléctricos. La *sugestión* induce a un individuo a asociar la bebida y el acto de beber con experiencias desagradables, induciéndolo a una aversión progresiva hacia el alcohol; puede ser verbal o sensorial. Y, finalmente, la *desensibilización sistemática*, que consiste en sustituir la conducta alcohólica por otras conductas “específicamente cuando el paciente se encuentra en situaciones que él relaciona con el uso del alcohol.” (Negrete, 1993: 182). Un ejemplo de este tipo lo constituyen los ejercicios de relajación.

Algunas de estas terapias pueden resultar muy crueles y esto implica un serio cuestionamiento moral; por ejemplo, una descarga eléctrica sobre un paciente como castigo cuando observa una imagen evocadora de conductas alcohólicas.

En cuanto a la aplicación de estas técnicas para lograr un consumo controlado, los principales métodos que se adoptan son: el adiestramiento en estimación de alcoholemia – similar a la cuenta de calorías del individuo a dieta-, la retroinformación biológica, la desensibilización sistemática, y el programa mixto personalizado (adoctrinamiento, confrontación, condicionamiento operativo).

Además de esta larga lista de métodos punitivos, también hay algunas técnicas de recompensa, que premian al individuo cuando cumple su parte en el tratamiento. Éstas se llaman *compromiso contractual* y *recompensa operativa*. El *compromiso contractual* es un contrato en el cual un individuo promete cumplir con ciertas directivas con la condición de recibir una recompensa consistente en el cumplimiento de algunas de sus preferencias y deseos. La *recompensa operativa* establece un pago al paciente que alcanza algún objetivo o meta parcial en el programa. (Negrete, 1993: 184)

Para finalizar, podemos acotar que este tipo de terapias es compatible y potenciable con otros tipos de tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos.

Psicoterapia, socioterapia y autoayuda

La psicoterapia adopta las siguientes variantes: psicoanálisis, terapias de aumento de motivación, psicoterapias de apoyo, terapias de conducta cognitiva⁷⁹ y prevención de recaídas, terapias familiares y maritales, acompañamiento terapéutico⁸⁰, *counselling*⁸¹ y grupos de autoayuda, que incluye AA y Al-Anon⁸².

En los modelos de etiología múltiple, el tratamiento para el alcoholismo es un proceso terapéutico de dos dimensiones: una somática –de las enfermedades alcohólicas secundarias- y

⁷⁸ La utilización de emetina o apomorfina tuvo gran auge en los años '50s y '60s, pero en la actualidad se encuentran en desuso. La administración de estas sustancias instantes antes que un individuo consuma alcohol, le provoca náuseas o vómitos, produciendo una asociación entre alcohol y efecto desagradable, desarrollando así una aversión hacia la bebida. (Negrete, 1993: 180)

⁷⁹ En este trabajo nos ocuparemos en particular de una: la *Terapia Cognitiva Post-Racionalista*, nuestro primer modelo narrativo.

⁸⁰ Terapia de tipo social, consistente en acompañar al paciente externado en su tratamiento. Por citar un ejemplo, existe este tipo de servicio para pacientes farmacodependientes el Hospital Borda. En nuestro país, esta práctica es relativamente novedosa y la duración de la carrera es de dos años.

⁸¹ Consejería terapéutica. Terapia desarrollada a partir de los lineamientos de Carl Rogers.

⁸² Grupos de discusión terapéutica para familiares y amigos de alcohólicos, paralelos a Alcohólicos Anónimos.

otra conductual, referida a las causas que pueden llevar a un individuo a beber. Se pretende, por un lado, reparar los daños orgánicos que el abuso de alcohol ha causado; pero, por el otro, y muy especialmente, interrumpir la ingestión tóxica, lo cual sólo es posible actuando sobre las causas generadoras de la conducta alcohólica.

En general, el objetivo del tratamiento parece ser la interrupción definitiva del consumo de alcohol, aunque no se descarta en algunos muy contados casos que el individuo pueda volver a beber moderadamente. Para esto se debe considerar el estado clínico y mental del paciente, el grado de dependencia hacia el alcohol que ha alcanzado y los recursos sociales con que efectivamente cuenta. Los terapeutas defensores del adiestramiento de consumo moderado o controlado poseen, en general, formación no biológica, sino en ciencias de la conducta. (Negrete, 1993: 158-160)

Rehabilitación, programa terapéutico, ambiente terapéutico

Existe una gran variedad de modalidades terapéuticas: psicoterapia individual, de grupo, de pareja, de familia, psicodramática, ayuda social, económica y legal, readaptación ocupacional y recreativa, asistencia espiritual, grupos de auto-ayuda. Pero todas ellas parecen coincidir en consecución de los siguientes objetivos: *aumento de la autoestima y cesación del comportamiento autodestructivo; corrección o control de actitudes negativas de la personalidad; cambio en el estilo de vida, eliminación del uso del alcohol y adopción de hábitos más sanos; restablecimiento de la salud física y mental; restitución de las funciones y los roles familiares, laborales, sociales; y solución de problemas económicos y legales.* (Negrete, 1993, 158-159)

En general, las distintas terapias se llevan a cabo en centros de tratamiento, pero para propiciar un mejor *ambiente terapéutico*, el programa de rehabilitación se puede efectuar bajo distintos regímenes, tales como sistemas ambulatorios, "hospitales de día" o consultorios externos. Estas modalidades tienen la ventaja de estar menos limitadas en el tiempo, a diferencia de los servicios de internación, y permiten así mayor flexibilidad en relación con la duración del tratamiento. Esto es importante debido a que el alcoholismo es considerado en general como crónico.

El *programa terapéutico* puede involucrar también a familiares, por ejemplo, mediante entrevistas y contactos ocasionales en los cuales se presenten informes acerca del progreso en la rehabilitación. También puede incluir servicios telefónicos, clínicas de acceso libre, asistencia a grupos de autoayuda, etc. La eficiencia de un programa terapéutico puede establecerse mediante la comparación con otros programas, en vistas a la relación *costo-beneficio* de cada uno. (Negrete, 1993: 157-167)

Más adelante presentaremos y discutiremos dos modelos de alcoholismo con sus correspondientes modelos de tratamiento, coincidentes ambos en ser modelos *narrativos*: La *Terapia Cognitiva Post-Racionalista*, en el décimo capítulo y el modelo de *Identidad de Familia Alcohólica* de P. Steinglass, en el undécimo.

V. Algunos problemas de ética y política sanitaria en torno al alcoholismo

"Lastima, bandoneón, mi corazón, / tu ronca maldición maleva. / Tu lágrima de ron me lleva / hasta el hondo bajo fondo / donde el barro se subleva / Ya sé, no me digás, tenés razón: / La vida es una herida absurda / Y es todo, todo tan fugaz / que es una curda, nada más, / mi confesión. / Contame tu condena. / Decime tu fracaso. / ¿No ves la pena / que me ha herido? / Y hablame simplemente / de aquel amor ausente / tras un retazo del olvido / Ya sé que me hacés daño. / Ya sé que te lastimo / llorando mi sermón de vino. / Pero es el viejo amor / que tiembla, bandoneón, / y busca en un licor que aturda / la curda que al final / termine la función / corriéndole un telón / al corazón."

Cátulo Castillo, *La última curda*

En los primeros capítulos nos habíamos ocupado de delimitar nuestro objeto de estudio: el alcoholismo. Ahora bien, el abuso del alcohol por parte de algunas personas nos lleva a plantear varias cuestiones de índole ética y de política sanitaria. En este apartado presentaremos algunas de ellas con el propósito de poner de manifiesto que muchas de estas dificultades provienen de entender la identidad personal del alcohólico *causalmente*, por las razones expuestas en los capítulos dedicados a la identidad personal. Pues bien, dichas dificultades sólo pueden ser subsanadas adoptando una versión narrativa de la identidad personal en el estudio del alcoholismo.

Para comenzar, notamos que los alcohólicos beben en tal forma que se dañan a sí mismos: ¿Se los puede considerar entonces seres racionales? Pero también suelen causar daños a terceros. ¿Son necesariamente responsables de los daños que causan? Si los consideramos como seres racionales y que poseen plena conciencia de sus actos, entonces se les debe imputar responsabilidad por sus acciones...

Los pacientes alcohólicos ¿son seres autónomos? ¿son agentes morales o simples pacientes morales? ¿Qué derechos tienen a recibir tratamiento? ¿Qué prioridades deben establecerse en el caso de atención a un alcohólico? ¿Acaso merecen el mismo tratamiento —i. e., trasplantes, internaciones, transfusiones, medicamentos, atención en sala de emergencias, etc.) que aquellos que no abusan del alcohol? Las obras sociales ¿deben cubrir el tratamiento del alcoholismo? El alcohólico ¿debe ser tratado o castigado? ¿Qué utilidad y eficacia tienen las campañas de prevención? ¿Deben ser sostenidas por el Estado? ¿Obtiene resultados positivos la militancia antialcohólica? La familia o la comunidad ¿pueden lograr que su enfermo alcohólico se recupere? ¿Puede resultar eficaz el tratamiento farmacológico como cura del alcoholismo? ¿O acaso son más efectivas las terapias psicoanalíticas? Todas estas cuestiones y algunas más revisaremos a continuación.

Una lectura del alcoholismo desde los *cuatro principios*

Barry Loneck (1997) propone una visión del alcoholismo combinando un modelo bio-psico-social⁸³ con los ya tradicionales cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress (1994) que enunciamos a continuación: 1) Principio de respeto por la *autonomía* del paciente o

⁸³ Este modelo ya ha sido presentado en el tercer capítulo.

derecho del paciente a ser auto-legislado. 2) Principio de *beneficencia* u obligación de los profesionales médicos para ayudar a quien necesita. 3) Principio de *no-maleficencia* u obligación por parte de los profesionales de no causar daño. Y 4) principio de *justicia* u obligación de tratar a todos en forma justa en la sociedad. Este marco de los principios proporciona elementos para discutir cuestiones como, por ejemplo, la pertinencia de la *intervención*⁸⁴: cuándo se puede actuar sobre la voluntad del alcohólico, si es legítimo obligarlo a dejar de beber, etc.

Los alcohólicos, afirma Loneck, no son seres racionales -al menos no cuando se encuentran en estado de ebriedad- y frecuentemente niegan los problemas causados por su forma excesiva de beber. Por lo tanto, frecuentemente se recurre a la coacción para que el alcohólico interrumpa su *carrera*⁸⁵ *alcohólica* y se comprometa a llevar a cabo un tratamiento. La falta de racionalidad de un individuo al beber en forma excesiva justificaría la coacción que se podría ejercer sobre el alcohólico. Este uso de la coacción está basado en los principios del *paternalismo débil* y *prevención del daño*: los alcohólicos tienen disminuidas sus capacidades para tomar decisiones y fallan en el cálculo de consecuencias de sus acciones, pues no saben prever ulteriores perjuicios.

También se puede justificar la coacción mediante el principio de *beneficencia general*, habida cuenta de que el tratamiento sirve para mejorar la calidad de vida no sólo del alcohólico sino también de aquellos que se encuentran en el ambiente social del alcohólico en cuestión. Los métodos coactivos incluyen el compromiso civil, la inclusión del alcoholismo dentro del sistema jurídico criminal, la referencia en el lugar de trabajo y la intervención familiar.

En cuanto al *tratamiento*, y continuando con la línea de lectura desde los cuatro principios, podemos establecer que por exigencia del principio de beneficencia, se vuelve necesario precisar los métodos para detener la compulsión del alcohólico a beber y los factores personales y ambientales que favorecen el desarrollo del alcoholismo. Además, en virtud del principio de justicia, es necesario que el alcohólico repare los daños que eventualmente pudo ocasionar a otros. Finalmente, se debe restablecer la autonomía que el alcohólico ha perdido.

En relación con la política social -y siempre desde esta perspectiva-, podemos que es necesario apuntalar autonomía del alcohólico y quienes lo rodean. Los principios de paternalismo débil y prevención del daño imponen a la sociedad su obligación de interrumpir la progresión del alcoholismo. El principio de beneficencia exige a la sociedad que provea de tratamiento a los alcohólico y a su red social. Por el principio de justicia, el alcohólicos debe reparar los daños que su alcoholismo ha causado. Y también se contempla en este punto todo lo atinente a la prevención del alcoholismo. La sociedad no puede ser indiferente a los problemas de alcoholismo, sino que debe tratar los factores incidentes.

⁸⁴ Loneck define *intervenir* como "interrumpir la progresión del alcoholismo y proveer de tratamiento para restablecer la autonomía tanto de los alcohólicos como de aquellos que se encuentran en su red social." (Loneck, 1997: 172, trad. nuestra) Ya habíamos presentado otra definición de *intervención* (Cazzaniga, 1998-2005b) en la **Introducción**.

⁸⁵ Goffman explica en qué consiste la extensión del significado de la palabra *carrera*, pues ya no es reservada sólo a aquellos que pretenden escalar etapas sucesivas en una profesión, sino que se ha ampliado y presenta cierta ambivalencia que interesa rescatar por su estrecha relación con nuestro tema: "por un lado, se relaciona con asuntos subjetivos tan íntimos y preciosos como la imagen del yo, y el sentimiento de identidad; por el otro, se refiere a una posición formal, a relaciones jurídicas y a un estilo de vida, y forma parte de un complejo institucional accesible al público. Gracias al concepto de carrera podemos, pues, oscilar a voluntad entre lo personal y lo público, entre el yo y su sociedad significativa, sin necesidad de ceñirnos, como única fuente posible de datos, a lo que la persona dice pensar que imagina ser." (Goffman, 2003: 133)

¿Tenemos el derecho o aun la obligación de intervenir? ¿Cómo? De acuerdo con esta propuesta de Loneck, la aplicación de los principios éticos justifica que la sociedad deba interrumpir la progresión del alcoholismo y proveer de tratamiento, si es necesario aun en contra de la voluntad del bebedor.

Alcoholismo, autonomía y responsabilidad

Continuamos con la línea argumentativa del párrafo anterior. Si la autonomía es “la capacidad de una persona de tomar decisiones racionales sin coacción” (Loneck, 1997: 181, trad. nuestra), entonces son dos los factores que pueden dar lugar al uso legítimo de la coacción —o limitación de la autonomía: 1) las deficiencias cognoscitivas, de capacidad o de recursos de un individuo; y 2) la interferencia deliberada de una persona sobre otra en el medio. Entre los factores coactivos más frecuentes se encuentran: la *discriminación*, la *opresión*, la *enfermedad mental*, los *factores económicos*, las *pérdidas económicas* y la *presión social*, según ya hemos expuesto en el esquema.

Las mencionadas tácticas de defensa parecerían apuntar a la conservación de la autonomía, pero en realidad, en tanto que apuntan a la manutención del modo excesivo de beber y a evitar el dolor de los problemas resultantes, proveen más bien de un *falso sentido de autonomía* para el individuo y una falsa impresión de autonomía a otros: “parece que tienen el control sobre su forma de beber, pero, de hecho, no lo tienen” (Loneck, 197: 182, trad. nuestra).

Con respecto a la *responsabilidad*, podemos afirmar desde la posición de Loneck que si aceptamos que existe cierta predisposición genética, por un lado, y cierta coacción personal y ambiental, por el otro, entonces los alcohólicos no son responsables de su enfermedad ni tampoco del daño que causan bajo el efecto del alcohol. Esto significa también que sus juicios físicos y morales no son ni racionales ni autónomos.

En conclusión: el alcohólico de la versión de Loneck es un enfermo y como tal, no es un individuo moralmente autónomo ni responsable de sus acciones. Por lo tanto, es legítimo aplicar el tratamiento necesario para que el individuo se cure, aun en forma coactiva. El daño que eventualmente causa el que abusa del alcohol restringe la autonomía del alcohólico y perjudica a la sociedad, por lo tanto, el tratamiento debe apuntalar la restauración de la autonomía que el alcohol ha extraviado en el alcohólico. La coacción resulta, pues, conveniente para iniciar la abstinencia que tiene como meta la restauración de la autonomía del individuo.

Identidad y paternalismo

Ya nos habíamos preguntado si dada la especial agencia moral del alcohólico, justifica ésta las intervenciones paternalistas. Y de ser justificables, en qué grado lo son. A partir de la aplicación del principio de no maleficencia —principio de no causar daño—, podemos afirmar que es permisible o justificable la intervención paternalista en caso de que se pueda evitar daño

a terceros. Esta es la formulación *clásica* del principio paternalista de Mill y Feinberg (citado por Agich - May, 1997: 103-148).

Sin embargo, algunos bioeticistas encuentran esta formulación inadecuada, porque el alcohólico también se daña a sí mismo y no sólo a terceros. Así, pues, Agich y May presentan otra versión⁸⁶ de la intervención paternalista —distinta de la propuesta por Loneck— según la cual se debe expandir el principio de no dañar incluyendo el daño que el alcohólico se causa a sí mismo. Afirman estos autores que “promover la autonomía involucra más que garantizar una libertad negativa; involucra el desarrollo de las capacidades internas para la vida autónoma.” (Agich - May, 1997: 104, trad. nuestra) La autonomía no es una simple posesión individual de capacidades, sino que también afecta al desarrollo y la expresión del individuo en la sociedad.

El alcoholismo, por otro lado, es un conjunto de conductas larga y socialmente construidas y el consumo étlico *crónico* —del cual ya hemos hablado en nuestros comienzos— tiene efectos fisiológicos y psicológicos que comprometen, según algunos, la autonomía.

Los autores mencionados recurren aquí a la versión clásica de J. S. Mill con respecto a la agencia moral y el paternalismo, y señalan que para aplicar los límites paternalistas se deben tener en cuenta las siguientes pautas: 1) los efectos distintivos de la embriaguez y la intoxicación que resultan del consumo de alcohol en cantidades significativas; y 2) la forma crónica de beber y que involucra un grado de dependencia del alcohol como evidencia de la tolerancia al alcohol o síntomas de abstinencia. Beber mucho es un punto relevante cuando se trata de cuestiones de agencia moral y paternalismo, más allá de que los efectos sean el resultado de un episodio de intoxicación aguda o el resultado del consumo crónico. (Agich - May, 1997)

En las sociedades occidentales es notable la gran importancia que se le concede a la autonomía personal con su consecuente desconfianza hacia el paternalismo. Por tal razón, se prefiere obviar lo más posible la aplicación de las intervenciones paternalistas. Por eso Mill sostiene que no son legítimas las intervenciones paternalistas que tienen como fin la protección de los individuos del daño ocasionado hacia sí mismos.

No se justifica interferir cuando la conducta recae sobre quien ocasiona el daño. En cuestiones de alcoholismo, sólo se permite una mínima interferencia para informar o educar al alcohólico.

Ahora bien, las conductas de aquellos individuos que causan daño a otros bajo influencia del alcohol son censuradas por la ley.⁸⁷ Agich y May consideran también la posición de Joseph Raz, que se puede resumir como sigue. La intervención no sólo es deseable cuando se daña a otros. Es una forma de *beneficencia* y como tal requiere del uso de poderes públicos, a la vez que una interferencia coactiva para establecer las *condiciones de la autonomía*. “La autonomía es entonces compatible con la dependencia [de un individuo —en este caso, el alcohólico] hacia otros, porque uno puede ser autónomo [solamente] si tiene una identidad formada.” (Agich - May, 1997: 107, trad. nuestra) Y apelan a la *identidad* como sostén de la autonomía:

⁸⁶ Versión que podríamos llamar *paternalismo fuerte*.

⁸⁷ Ya se ha señalado que cada país o región tiene su legislación que penaliza las *acciones* llamadas *no intencionales* causadas bajo los efectos del alcohol en la primera parte del capítulo segundo.

“La identidad es determinada en y a través de interacciones sociales y es moldeada por formas sociales. Como resultado, la autonomía no es una característica de individuos aislados que son completos en sí mismos, sino una característica de personas cuya naturaleza es social y cuya identidad y metas son moldeadas e influenciadas por formas sociales.” (Agich – May, 1997: 104, trad. nuestra)

No podemos dejar de notar que los efectos que ocasiona el alcohol comprometen la capacidad de la autonomía y se perciben mediante síntomas⁸⁸ de abstinencia –*delirium tremens*, ataques, alucinaciones- que comprometen la autonomía del alcohólico porque afectan el grado en que pueden adaptarse al mundo; otros efectos del alcohol que comprometen su capacidad para identificarse con su propia acción; por ejemplo, las *lagunas* –o pérdidas temporarias de conciencia- están asociadas a conductas que los individuos no pueden ver como propias; y el deterioro en la capacidad de relacionar su conducta presente con la conducta pasada compromete la capacidad básica del alcohólico para ver sus propias acciones como suyas, y éste es un prerrequisito para la autonomía.

La conducta del bebedor, además, es construida socialmente. Cuando se encuentra ebrio, un individuo posee, en general, un juicio pobre, comparado con el de un individuo cuando no está en estado de ebriedad. Las conductas complejas que resultan del consumo excesivo de alcohol son frecuentemente aquellas que el individuo no realizaría o aquellas que sus amigos, familia y otros no le permitirían si no estuviera ebrio.

Este punto de vista, en tanto que socio-psicológico, rechaza tratar individuos como si estuvieran aislados. Considera que la acción humana individual es influenciada y moldeada por estructuras sociales más amplias de significado. Sabemos que no todas las clases de conductas están permitidas socialmente: por ejemplo, manejar cuando significa un riesgo para terceros. Por lo tanto, aun concediéndole al alcohólico el permiso de beber, no se le debería permitir manejar en un estado que pusiera en peligro la vida de los demás.

Una vez más notemos que el modelo de alcoholismo como enfermedad tiene una profunda importancia por significar el paso de una concepción del alcoholismo como defecto de carácter a un estado de enfermedad, con las consabidas consecuencias en cuanto a la responsabilidad y la culpa del bebedor.

Si el alcoholismo es una enfermedad, entonces el alcohólico, en su condición de persona enferma está exento no sólo de las responsabilidades habituales, sino que además se lo debe considerar incapaz de curarse a sí mismo a través de sus propios actos de voluntad. En este sentido, notemos el carácter de *paciente* que posee el alcohólico como *enfermo*.⁸⁹ “Paciente significa aquel que padece, y etimológicamente viene de sufrimiento.” (Sontag, 2003: 123) El sufrimiento es causado por la enfermedad.

Enfermedad y responsabilidad

⁸⁸ La cuestión de los síntomas ya se ha tocado en el primer capítulo.

⁸⁹ Ya hemos dedicado un espacio para tratar de esta doble condición del alcohólico como enfermo y como paciente.

Ya hemos discutido repetidas veces si el alcoholismo es o no una enfermedad. También hemos señalado la dificultad que conlleva atribuir a un enfermo su responsabilidad por estar enfermo. Según Agich y May (1997) podemos caracterizar la relación entre *enfermedad* y *responsabilidad* de la siguiente manera: Una persona no puede mejorar por un simple acto de su voluntad. Estar enfermo significa sufrir en forma pasiva su enfermedad. El individuo enfermo está relevado de ciertas responsabilidades. Por ejemplo, justifica una actuación pobre en determinadas circunstancias, atribuyéndola a su enfermedad, que disminuye o empobrece su normal capacidad de actuar, pensar y sentir.

Sin embargo, es lógico pensar que una persona enferma debería querer recuperarse tan pronto como fuera posible, porque la enfermedad es un estado indeseable. A nadie le gusta estar enfermo. Y también es lógico pensar que un individuo enfermo debería buscar y cooperar con profesionales de la salud que son expertos en sanar. En este sentido, se espera que el alcohólico –si es que realmente es un enfermo– quiera mejorar y colabore con aquellos que le proveen cuidado, puesto que un alcohólico es una persona que necesita ayuda.⁹⁰

El modelo de alcoholismo como enfermedad tiene, según Agich y May⁹¹, dos efectos importantes: 1) alimenta el desarrollo de hipótesis fisiológicas que desalientan el estudio psicológico de los alcohólicos; y 2) muestra al alcohólico como incapaz de curarse a sí mismo a través de su propia fuerza de voluntad. El alcohólico es considerado como un paciente a la vez que como alguien dependiente. Aunque esto no significa que el alcohólico no sea un agente moral o que carezca en absoluto de autonomía.

Veamos a continuación el punto de vista de J. S. Mill con respecto a la relación entre alcoholismo y paternalismo. La sociedad liberal valora en gran medida la libertad individual, consistente en estar en plena posesión del control de las propias facultades o capacidades de elección racional para poder asumir un control sobre sí mismo: “Los individuos autónomos actúan y eligen racionalmente lo que significa que se supone que están en pleno control de acción y elección.” (Agich - May, 1997: 114, trad. nuestra)

El agente moral autónomo es el individuo capaz de elegir y cuyas acciones están basadas en elecciones personales que reflejan las propias creencias, los propios compromisos y los propios valores. El paternalismo, en cambio, impone las creencias, los compromisos o los valores de otro individuo.

El punto de vista de Mill pone en juego un tipo de comprensión *individualista* de la autonomía. Ser autónomo significa para Mill ejercitar el control sobre las acciones de uno, para actuar sin influencia externa. La acción autónoma es simplemente la acción de un individuo libre de la influencia de otros individuos. El alcoholismo y la conducta alcohólica pueden ser considerados como conductas en las cuales *uno no es verdaderamente dueño de sí mismo*.

⁹⁰ Esta posición es diferente de las tradiciones religiosas o moralistas, que ven al alcoholismo como un pecado, vicio o debilidad de carácter, a la vez que consideran al alcohólico como alguien que merece ser castigado más bien que tratado.

⁹¹ Estos autores exponen su punto recurriendo a la distinción entre dos tipos de alcohólicos: los alcohólicos *delta* y los alcohólicos *gamma*. Los alcohólicos *delta* son aquellos que beben regularmente todos los días, pero tiene cierto control y evitan intoxicarse hasta desfallecer –por ejemplo, los bebedores de vino francés–; mientras que en los alcohólicos *gamma*, el primer trago es voluntario, pero luego pierden el control hasta descomponerse o emborracharse, perdiendo su capacidad de autonomía por los efectos del alcohol que deterioran su capacidad para el juicio y la elección voluntaria. (Agich – May, 1997) Nosotros ya hemos presentado a los alcohólicos *delta* y *gamma*, dentro de las formas clínicas de alcoholismo propuestas por Jellinek, hacia el final del capítulo dos.

Pero entonces, ¿qué significa ser *uno mismo* en este contexto? Este argumento parece sugerir que la pérdida de identidad autoriza a la aplicación del paternalismo. ¿En qué consiste la pérdida de identidad del alcohólico y por qué autoriza a la intervención paternalista, esto es, someterse al control ejercido por otro?

Por ahora, sólo podemos señalar con J. S. Mill que la pérdida de identidad afecta a la autonomía, debilitándola, justificando así la intervención paternalista. Mill no se ocupa de la cuestión de la identidad del alcohólico, sino que simplemente enuncia la existencia de varios tests y procedimientos que la sociedad contemporánea ha desarrollado para especificar bajo qué condiciones la conducta influida por el alcohol será sujeta a la regulación del Estado. Podemos mencionar aquí el nivel de intoxicación permitido para manejar, cambiante de un país a otro y aun dentro del mismo país y de acuerdo con los patrones de consumo de alcohol según los tiempos que corren. Así, por ejemplo, cuando aumenta el porcentaje de accidentes por intoxicación etílica, baja el grado de alcoholemia tolerado.⁹²

¿Cuáles son entonces los efectos que comprometen la autonomía del individuo alcoholizado? Debemos mencionar entre éstos las llamadas *lagunas*, los olvidos temporarios, los desmayos, el *síndrome de Korsakoff*, la amnesia, el deterioro de la vista –por ejemplo, para manejar–, etc., etc.

Para finalizar este apartado, mencionemos con Agich y May (1997) otra versión de la relación entre alcoholismo y paternalismo que es el punto de vista de Raz, en cambio, la intervención paternalista se justifica más ampliamente: se admite incluso cuando amenaza la autonomía del alcohólico. Esta versión está respaldada por el principio de no dañar, y garantizada por la *naturaleza esencialmente social de la autonomía* –recordemos que para Raz la identidad social es capaz de justificar la intervención paternalista incluso cuando hay perjuicio del individuo hacia sí mismo y no sólo contra terceros.

Modelos de justicia

Comenzamos preguntándonos si tiene el mismo derecho de acceso a un transplante de hígado un paciente alcohólico que uno no alcohólico. Esto plantea una cuestión ética que va más allá de la efectividad de este procedimiento.

M. Lucey y T. Beresford (1997) dan una respuesta a la cuestión de la justicia dentro del marco de los cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress ya mencionados. Según los principios de beneficencia y de no maleficencia, se debe transplantar al alcohólico porque promueve su mejoría. De acuerdo con el principio de autonomía, debe ser el paciente quien decida qué le resulta más conveniente o qué es lo que prefiere. Finalmente, desde el principio de justicia, debemos preguntarnos: ¿Con quién debemos ser justos? ¿Con el paciente? ¿Con el donante y su familia? ¿Con otros posibles recipientes? ¿Con la sociedad en general?

En una línea similar, W. Shelton (1997) ensaya su explicación principalista desde dos modelos diversos de justicia: el modelo *individualista liberal* y el modelo *colectivista*. El gran problema de justicia en relación con el alcoholismo es saber qué les corresponde, qué derecho

⁹² Cabe decir que es la actual tendencia en la mayoría de los países del mundo, dado el índice cada vez más creciente de los accidentes automovilísticos

tienen los abusadores crónicos de alcohol en el relación con los recursos y servicios del cuidado de la salud, cuáles son los límites de todo aquello que merecen los alcohólicos y de qué criterios se puede valer la sociedad para asegurarse de estar tratando a los alcohólicos con justicia.

En su planteo, Shelton se pregunta en qué grado el alcoholismo merece tratamiento: Si es una enfermedad: ¿qué es lo que la convierte en tal: un *gen*, un *desorden psiquiátrico*? ¿Y si no es una enfermedad? El alcohólico ¿es responsable o no de sus acciones realizadas bajo el efecto tóxico del alcohol? La condición de enfermedad atribuida al alcoholismo determina la posición respecto de la justicia que merece el alcohólico.

Según el *DSM III* (ver *Glosario*), la sintomatología del alcoholismo envuelve una conducta de mala adaptación, en la cual los alcohólicos sufren una pérdida de su autonomía racional, una disminución de la capacidad de organizar sus vidas, lograr sus metas y actuar como agentes racionales. Estos síntomas indican una enfermedad, pues representan una perturbación en el funcionamiento *normal* del individuo humano total, incluyendo tanto el estado del organismo —*i. e.*, como un sistema biológico— como los ajustes personales y sociales que debe realizar el individuo para adaptarse a su ambiente.

En su condición de desorden médico, una vez que el paciente es diagnosticado, éste debe trabajar para asumir la responsabilidad de su conducta futura. Además, al igual que respecto de otros desórdenes médicos, algunos pacientes se volverán responsables y otros no. La recuperación requiere aceptación de la realidad. Es posible que un alcohólico desarrolle una mayor susceptibilidad al alcohol, dados los problemas que su forma de beber le ha causado, incluyendo las complicaciones serias de tipo físicas. De todas maneras, los médicos clínicos tienen una obligación basada en la beneficencia para tratar el alcohólico como a cualquier otro enfermo.

El modelo individualista liberal y la perspectiva colectivista

Podemos presentar, a partir de la exposición de Shelton (1997), dos modelos de justicia viables en nuestra sociedad *históricamente democrática y capitalista*: el modelo *individualista liberal* y la *perspectiva colectivista*.

El modelo *individualista liberal* se encuentra ejemplificado en Robert Nozic, *Anarchy, State and Utopia* (1974). Y también hay una aplicación de este modelo a la salud en Tristan Engelhardt, *The Foundations of Bioethics* (1996). De acuerdo con este punto de vista, la libertad individual o los derechos de los individuos son aquellos que permiten realizar elecciones por sí mismos y actuar de acuerdo con las preferencias personales, especialmente para disponer de la propiedad personal tal como desee, porque la propiedad es el supremo valor en este sistema social. Existe, por lo tanto, cierta prioridad de la libertad individual por sobre las metas sociales comunes.

Según *la perspectiva colectivista*, en cambio, se establecen ciertos patrones que debe tener una sociedad justa, los cuales promueven el bien colectivo. El ejemplo citado por Shelton es el de John Rawls (1971), *A Theory of Justice*, quien postula la necesidad de determinados estándares que garanticen la consecución de una sociedad equitativa. Estos elementos son: los

ingresos sociales, el salario mínimo, el derecho al trabajo y la educación pública. Desde este punto de vista colectivista, las restricciones sobre la libertad individual se pueden justificar en un procedimiento justo por el bien de un beneficio social deseado. Sin embargo, se debe admitir que "el consentimiento universal nunca ocurrirá, ni en el más ideal sistema colectivista." (Shelton, 1997: 140, trad. nuestra)

El sentido colectivo de la responsabilidad compartida indica que los intereses individuales de todos están enlazados moral y socialmente. Por tal razón, las obligaciones que los individuos tienen respecto del sistema deberían requerir algunas limitaciones en las elecciones personales. Es decir, a los ciudadanos individuales se les pueden pedir ciertos sacrificios de algunas de sus preferencias personales o valores por el beneficio de un bien público.

Dada una situación de un paciente alcohólico, son cuatro las posibles perspectivas desde las cuales se responderían los interrogantes acerca de la justicia: 1) desde un modelo *no-médico / liberal*; 2) desde un modelo *no-médico / colectivista*; 3) desde un modelo *médico / liberal*; y 4) desde un modelo *médico / colectivista*.

El caso⁹³ que propone Shelton para analizar es el siguiente: Un alcohólico está casado y tiene dos hijos. Llega al hospital con pancreatitis y dolor abdominal severo. Es un bebedor que consume al menos seis cervezas y dos a tres ginebras por día. También es un gran fumador. Cuando llega al hospital, pide control para el dolor y medicación para dormir. Sin embargo, una vez que abandona el hospital, continúa bebiendo. En lo sucesivo, tendrá sucesivas entradas al hospital.

Según el modelo *no-médico / liberal*, el paciente alcohólico tiene una mala conducta que ha elegido voluntariamente. Por lo tanto, debe aceptar toda la responsabilidad de sus acciones. Además, la sociedad no tiene obligaciones hacia él, porque la salud, en este tipo de sistemas, no es un derecho. Si no puede pagar por los cuidados médicos con sus propios recursos o un seguro privado, entonces nadie tiene obligación de hacerse cargo.

En cambio, si analizamos el caso desde el modelo *no-médico / colectivista*, el paciente bebedor tiene que aceptar la responsabilidad por su mala conducta que es la que le ha traído los problemas médicos. Sin embargo, un modelo colectivista de organización política justifica el cuidado de la salud, por ende, tal sistema podría establecer estrategias coercitivas justificadas que limiten la libertad del bebedor, como requisito para que el paciente pueda entrar al tratamiento en un programa médico. Si no cumple con su régimen médico, no se le debe proveer de cuidado. La meta de este sistema es proteger los intereses de la sociedad.

El modelo *médico / liberal*, por otra parte, considera que el enfermo debe ser tratado apropiadamente, sin importar su forma de beber. También deben ser tratadas sus consecuencias en un sistema médico, y se debe considerar su alcoholismo como un legítimo desorden médico. Las tendencias alcohólicas representan una condición médica como cualquiera otra. Pero el cuidado médico debe ser privado: si no puede pagar su cuidado de salud, se le debería negar tratamiento. El paternalismo aquí es difícilmente justificable.

⁹³ Ya hemos justificado en la **Introducción** la importancia del análisis de *casos* en el presente estudio estableciendo para tal fin las pautas metodológicas correspondientes.

Finalmente, y de acuerdo con el modelo *médico / colectivista*, el autocontrol del paciente se encuentra disminuido. Por ende, la sociedad tiene obligación de tratar la enfermedad del alcoholismo. El derecho a la salud es un derecho positivo y universal. El paternalismo en este sistema es justificable.

Este autor está a favor del modelo médico de alcoholismo porque permite justificar su diagnóstico y tratamiento. Pero también existen límites morales en la consideración del alcoholismo como enfermedad. Por ejemplo, al paciente no se le debe permitir causar un costo excesivo al sistema de salud y a su familia. Deben haber límites justos para el tratamiento. Un paciente reincidente probablemente merezca menos que un novato.

Con respecto al trasplante de hígado en el marco de la justicia para alcohólicos, vemos lo siguiente: Los donantes –y sus recursos- son escasos y es imposible proveer de un hígado a todo aquel que lo necesita. Esto plantea la cuestión acerca de quién merece en primer lugar un trasplante de hígado. Podemos responder esta pregunta nuevamente desde los cuatro modelos:

A partir del modelo *no-médico / liberal* podemos decir que si beber es una elección voluntaria, entonces los bebedores son menos merecedores que aquellos que no beben, pues estos últimos son inocentes –no se han infligido daño a sí mismos.

Pero si consideramos, en cambio, el modelo *no-médico / colectivista*, aunque en un sistema social se supone un deber proveer de cuidado médico o tratamiento benéfico para todos, sería difícil justificar que los abusadores del alcohol pudieran competir con otros pacientes por donación de hígado. Si bebe por elección, entonces resulta un peor competidor que otros no bebedores.

Desde el modelo *médico / liberal*, aun considerando el alcoholismo como enfermedad, la sociedad no tiene obligación de proveer tratamiento médico. El alcohólico –por su estilo de vida objetable- no tiene derecho a tratamiento. Mucho menos a un hígado.

Finalmente, si partimos del modelo *médico / colectivista*, debemos admitir que el alcohólico tiene derecho a un hígado como cualquier otro enfermo. El criterio para el suministro de un hígado debe ser la mejor prognosis del recipiente. Sin embargo, se debe responsabilizar al paciente por su futura conducta una vez transplantado.

Alcoholismo y emergencias

D. Mayer y L. Thibodeau (1997) realizan un estudio de pacientes alcoholizados en relación con las emergencias médicas, distinguiendo, en primer lugar, dos grupos de problemas: 1) problemas *clínicos* múltiples y 2) problemas *sociales*. Comienzan su artículo proveyendo de algunos datos estadísticos: Aproximadamente el 10% de hombres adultos y de 3 a 5% de mujeres son individuos alcohólicos. Alrededor del 24 al 40% de los pacientes que consultan la sala de emergencia por problemas relacionados con el consumo de alcohol han consumido alcohol antes. Entre el 20 y el 50% de los traumas fatales causados por accidentes automovilísticos están relacionados con intoxicaciones alcohólicas.

Los porcentajes de pacientes intoxicados por alcohol son similares a los porcentajes correspondientes a accidentes fatales no vehiculares, víctimas de homicidios, hipotermia y víctimas de incendios. Cerca del 20% de suicidios están asociados con una intoxicación alcohólica significativa. Las dosis de alcohol letales varían según el grado de tolerancia del bebedor: en los novatos, 400mg. pueden ser fatales. Sin embargo, los bebedores crónicos pueden llegar a alcanzar los 1.000mg. y sobrevivir.⁹⁴

El abuso del alcohol es definido por estos autores como una *dependencia psicológica* – criterio que ya hemos señalado como problemático- y un consumo alto de alcohol – otro criterio problemático-, a pesar de los problemas sociales y ocupacionales que le ocasiona al bebedor. La dependencia consistiría en un consumo abusivo del alcohol más un aumento de la tolerancia y la presencia de signos de abstinencia cuando cesa el consumo.

El alcohol tiene efectos directos sobre la sangre que se representan mediante niveles: En un primer nivel, *efuforia y desinhibición*. En un segundo nivel, *ataxia* (ver **Glosario**), *falta de coordinación, perturbaciones en la conducta*. En un tercer nivel, *somnolencia*. (Mayer – Thibodeau, 1997)

Un individuo que ha bebido se presenta generalmente en emergencias médicas por las siguientes causas: 1) accidentes, traumas vehículo-motores, caídas, altercados, violencia doméstica, traumas cerebrales, desórdenes psiquiátricos (que incluyen ideación suicida y sobredosis) complicaciones médicas e intoxicación aguda; y 2) sangrado gastrointestinal de úlceras, gastritis, várices esofágicas, cirrosis con encefalopatía hepática, pancreatitis, abstinencia, y *delirium tremens*.⁹⁵

Por otra parte, una característica distintiva de la emergencia médica es la necesidad de tomar decisiones rápidas. Entonces también es necesario tener en cuenta en tales ocasiones que algunos pacientes pueden tener deterioradas sus capacidades para tomar decisiones, lo cual requiere de otra persona para asumir tal responsabilidad con la consecuente limitación de la autonomía.

La posición de Mayer y Thibodeau con respecto a la autonomía del paciente es respetarla en los casos en que su capacidad para tomar decisiones no se vea afectada –o al menos, no gravemente afectada. Con respecto a los menores, en cambio, los autores exigen el consentimiento de sus padres.

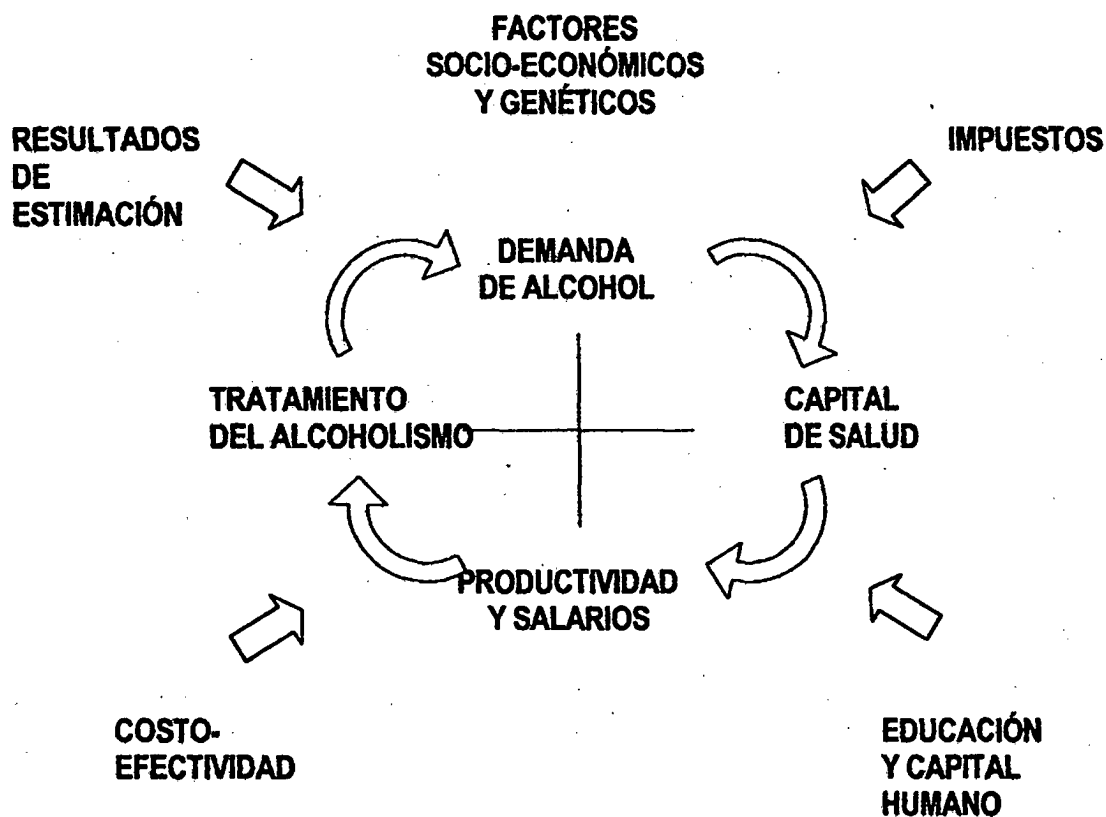
Alcoholismo y economía

James Lambrinos propone un modelo que recurre al estudio de variables económicas involucradas en torno al alcoholismo, tales como: impuestos, demanda de alcohol, capital sanitario, índices de ganancias y sueldos, oferta laboral, demanda por servicios médicos, costo-efectividad y demanda por servicios para tratamiento del alcoholismo. (Lambrinos, 1997: 207-220)

⁹⁴ Sirvan estos datos a modo de ilustración. Recomendamos ampliar el panorama visitando nuestro **Apéndice II: Estadísticas**.

⁹⁵ Es decir, todas aquellas complicaciones y enfermedades asociadas, según se han presentado en el **Capítulo II**.

A continuación veremos un esquema correspondiente a este modelo económico de alcoholismo que muestra las distintas variables interrelacionadas por el modo como el alcohol afecta a los individuos y el impacto económico del alcoholismo en la sociedad.



Existe, por ejemplo, un gran porcentaje de alcohólicos: desempleados o con bajos salarios, los cuales, en general, no tienen cobertura médica y el tratamiento para el alcoholismo ocasiona gastos —de internación, de medicación, de atención profesional, etc. El alcoholismo, además, baja la productividad y el rendimiento laboral.

Prevención y propaganda

¿Por qué se compran y se consumen cada vez más bebidas alcohólicas? ¿Quiénes las compran y consumen? ¿Por qué aparecen nuevos consumidores: mujeres, jóvenes y niños? Al parecer de F. Freixa:

“no adquirimos o compramos lo que realmente necesitamos, sino que adquirimos lo que ‘deseamos’. Lo que sucede es que este deseo ha sido previamente estudiado, e incluso determinados bienes han sido previamente fabricados y después se nos ha creado del ‘deseo-necesidad’.” (Freixa, 1996: 93)

La propaganda refuerza la invitación al consumo de bebidas alcohólicas. Una pareja de jóvenes y atractivos modelos son mutuamente *flechados* por un licor *mágico*. Un famoso arquero de un popular equipo de fútbol logra convertir un gol desde su propio arco, porque una bebida le da la fuerza necesaria. Los deportistas favoritos llevan publicidad de cerveza en las camisetas con que ganaron el campeonato. El alcohol está asociado a la belleza, la fama, el éxito, el poder...

T. Greenfield (1997) también realizó un estudio acerca de la relación entre prevención del alcoholismo, publicidad de bebidas alcohólicas y política social, subrayando la necesidad de recurrir a los valores como base moral.

Beber, en cuanto conducta definida socio-culturalmente, involucra inevitablemente relaciones entre el individuo y la sociedad. Por tal razón, es necesario recordar ciertas pautas: 1) El bien público debe ser equilibrado con el bien individual. 2) El gobierno debe jugar su papel político para asegurar el bien social. Y 3) la coacción puede ser justificable por los costos que el alcoholismo ocasiona a la sociedad en general y a los individuos en particular.

¿Pero cuál es el rol de una política sanitaria nacional? Básicamente, proveer de servicios para tratamientos, prevenir y aplicar medidas que dificulten el acceso al consumo excesivo. Para tal fin existen dos vertientes: políticas *fuertes* y políticas *débiles*.

Según Greenfield, las políticas *fuertes*, por un lado, se basan en la imposición de impuestos y precios altos tendientes a limitar el acceso del público al consumo. En general, gozan de gran aceptación como altamente confiables para reducir el consumo y atenuar los problemas que ocasiona el alcoholismo. En tanto que las políticas *débiles*, por otro, están relacionadas con la promoción, incluyendo estrategias de información –tales como la educación en las escuelas o campañas de información pública- sobre los problemas de salud que ocasiona el abuso del alcohol, como asimismo programas comunitarios. Estos recursos se perciben como menos efectivos en comparación con los mencionados arriba.

¿Cuál será la mejor forma de equilibrar la *responsabilidad individual* con el *control social*, el *bien público* y el *bien individual*? ¿Cómo equilibrar los *derechos individuales* con el *bien social*? ¿Es admisible influir en el consumo? De hecho, existen varios medios: Uno es la limitación del acceso al alcohol –por ejemplo, por edad⁹⁶. A menor acceso corresponde menor consumo. Otro es el *marketing* –tal es el caso de la etiqueta preventiva se debe advertir de los peligros de consumir alcohol-. Y también los precios. Así, a mayor precio de las bebidas y tasas de impuestos más altas debería corresponder un menor consumo de alcohol.

Ahora bien, más allá de la efectividad de las llamadas políticas *fuertes* y de poder establecer hasta dónde se puede influir en el consumo a través de la manipulación de precios, las paradojas se nos presentan respecto de las denominadas políticas *débiles*: por un lado, se admite la escasa efectividad de las campañas de educación y concientización acerca de los peligros del abuso de alcohol, en tanto que actualmente la publicidad de bebidas alcohólicas parece apuntar *contradictoriamente* a audiencias cada vez más jóvenes. Y si bien las advertencias sobre los peligros parecen resultar muy poco eficaces, la propaganda –cada vez más invasiva, cada vez menos sutil- cada día vende más.

⁹⁶ En estos últimos tiempos se intentan aplicar sanciones severas para impedir que los menores de 18 años compren bebidas alcohólicas. (ver Apéndice III: Recortes periodísticos)

En nuestro país, en estos últimos tiempos se vienen intensificando las campañas que apuntan a la limitación en el acceso al alcohol por parte de los menores de edad. Por ejemplo, existe un proyecto⁹⁷ para capacitar custodios de seguridad –*patovicas*- y encargados de barras – *barmen*- en locales de encuentro de jóvenes –*boliches*- con el fin de que puedan detectar a aquellos que estén excediendo los límites recomendables. Su posterior tarea sería no venderles más bebidas alcohólicas, proveer a los intoxicados de asistencia médica, ayudarlos a volver a su casa, etc., según los grados de alcoholemia alcanzados.

También la cervecera⁹⁸ Isenbeck ha lanzado, a fines del año pasado, un concurso⁹⁹ creativo bajo la consigna “De jóvenes a jóvenes”. Más de 50 trabajos fueron presentados por estudiantes universitarios de Periodismo, Publicidad y Diseño Gráfico desarrollando campañas para promover el consumo moderado de alcohol.

Sin embargo, esta misma compañía, junto con su rival Quilmes, son los habituales patrocinadores de eventos deportivos y artísticos convocadores de los jóvenes. Entonces, parece existir un doble discurso, que “tiene que ver con la falta de coherencia entre la comunicación de una vida sana libre del consumo de sustancias adictivas a través del deporte, como gran formador de comportamientos saludables en jóvenes adolescentes, y la presencia constante del alcohol como *sponsor* oficial”. (Edelstein, 2004)¹⁰⁰

Profesionales del alcoholismo y otras adicciones

Algunos autores consideran que el alcoholismo es un tipo de adicción y como tal una legítima enfermedad, a pesar de que para muchos otros, cualquier tipo de dependencia se considera un signo de debilidad o un problema moral. (Le Clair –Royce, 1994)

Uno de los puntos a considerar en torno al alcoholismo es su vinculación con los químicos. Precisamente en vistas a que el alcohol es una sustancia psicoactiva, no es accesorio la cuestión de las medicaciones, que llevan a plantear incluso un doble diagnóstico. Sabemos de los trastornos físicos y psíquicos que acarrea el abuso del alcohol, así que no es raro que al bebedor le prescriban distintos químicos para tratar las consecuencias de su forma de beber. Es importante, para no correr riesgos inútiles, que la administración de sustancias químicas en el tratamiento no convierta al alcoholismo en una doble adicción.

Son de dos tipos las sustancias que comúnmente se aplican en el tratamiento de alcohólicos: 1) drogas psicoactivas¹⁰¹ tales como las anfetaminas, los barbitúricos, el opio, la benzodiazepina, etc.; y 2) drogas legítimas para tratar condiciones clínicas o psiquiátricas como el digitalin para enfermos del corazón, la insulina o hipoglicémicos para diabéticos, el dilantin para epilépticos o el litio para maníaco-depresivos.

No habría mayores reparos en cuanto a las drogas del segundo grupo, pero sí en lo que respecta al primer grupo, pues los efectos que ocasiona son muy vecinos a los efectos del

⁹⁷ *Diario La Nación*, Viernes 07/01/05, en: <http://www.lanacion.com.ar/669258>

⁹⁸ Ya se ha dicho que nuestras generaciones jóvenes prefieren la cerveza.

⁹⁹ *Diario La Nación*, Domingo 26/12/04, en: <http://www.lanacion.com.ar/665925>

¹⁰⁰ *Diario La Opinión* de Rafaela, Miércoles 20/10/04, en: <http://www.laopinion-rafaela.com.ar/>

¹⁰¹ Llamado vulgarmente *chaleco químico*, en clara alusión al disciplinamiento de los enfermos mentales.

alcohol, como así también el tipo de dependencia que pueden desarrollar. Muchas veces no resultan más que una adicción sustituta. Deben ser siempre cuestionadas.

En el tratamiento del alcoholismo y otros tipos de adicción existen dos variantes: el tratamiento *voluntario* y el tratamiento *forzado* –mediante coacción ejercida especialmente por profesionales y familiares, pero también por representantes de la justicia en casos de delitos realizados en estado de intoxicación. Y ya hemos visto los problemas que se presentan alrededor del consumo de alcohol respecto de los derechos de los individuos alcohólicos debido a la ya mencionada cuestión de la autonomía.

Le Clair y Royce (1993) afirman que entender el alcoholismo como una especie de adicción nos lleva a plantearnos varias preguntas con respecto al tratamiento y a los profesionales a cargo: ¿Tiene siempre elección el paciente acerca de dónde ir o qué clase de tratamiento esperar? ¿Debe necesariamente dejar de beber? ¿Se debe obligar al alcohólico a dejar la bebida? La abstinencia ¿debe ser la única meta legítima del tratamiento? ¿Con qué medios? ¿Se debe aplicar castigo cuando no es suficiente el tratamiento?

Y con respecto a los profesionales que tratan con alcohólicos, ¿qué grado de confidencialidad tienen obligación de respetar? Si no existe cobertura médica para el tratamiento, ¿se debe aplicar al enfermo otra *etiqueta socialmente aceptable* para cubrir los gastos? ¿Podría presentarse presentado como problema primario una cirrosis de hígado, una gastroenteritis, o la falta de coagulación, o ansiedad severa, o un síndrome cerebral orgánico o depresión para que los costos del tratamiento fueran pagos? ¿Se podrían al menos exagerar las complicaciones para asegurar dicho pago? ¿Sería lícito inventar complicaciones? ¿Se puede tratar la familia, por ejemplo, mediante terapia psicológica, si no se trata el alcohólico como tal?¹⁰²

Alcoholismo en mujeres

“Si prefiero las mujeres a los hombres es porque ellas tienen la ventaja de ser más desequilibradas, es decir, más complicadas, más perspicaces y más cínicas, por no hablar de esa misteriosa superioridad que confiere una esclavitud milenaria.”

E. M. Cioràn, *Ese maldito yo*

Cathleen M. Harris y Mary B. Mahowald (1997) cuestionan las implicancias sociales y éticas en el alcoholismo en mujeres, investigando acerca de las posibles causas sociales y psicológicas que lo ocasionan. Exploran las bases genéricas inherentes a las responsabilidades de las mujeres que abusan del alcohol. Y revisan los argumentos a favor y en contra de las intervenciones coactivas. Su punto de partida es una encuesta nacional realizada en Estados Unidos en 1991 entre mujeres de 21 años en adelante y que dio como resultados los siguientes porcentajes: el 44% de las mujeres resultaron beber poco –0 a 3 tragos a la semana, el 12% bebedoras moderadas –4 a 13 tragos a la semana y 3% beber en cantidades considerables –14 tragos o más.¹⁰³

¹⁰² Responderemos a estos interrogantes en el capítulo final.

¹⁰³ Proporcionamos más datos estadísticos en el Apéndice II.

Las estadísticas revelaron que las mujeres entre 21 y 34 años son más propensas a beber en gran cantidad y a desarrollar problemas con la bebida a la vez que también son propensas a interrumpir el alcoholismo, comparadas con las mujeres de otros grupos. Aparentemente, las variaciones que sufren estas mujeres en sus patrones de conducta pueden ser atribuidas a numerosos cambios en sus roles sociales, laborales, maritales, familiares, etc., que ocurren en ese período de sus vidas. Frecuentemente las alteraciones en los roles sociales inciden en cambios en relación con sus compañeros de bebida y los contextos en los cuales beben que afectan la forma de beber de las mujeres.

También se establecieron datos con respecto a la etnia: Las mujeres blancas no hispánicas son las que más beben. Las mujeres africano-americanas las que menos beben. Y las mujeres hispánicas conforman la franja intermedia.

Con respecto al estilo de vida, los más altos índices de consumo de alcohol se dieron en mujeres solteras, divorciadas o separadas —en comparación con las viudas y las casadas. Y se señala la característica de que son más propensas a beber en forma no moderada aquellas mujeres empleadas en ocupaciones tradicionalmente masculinas. Con respecto a las estudiantes, quienes han desarrollado sentimientos de baja autoestima se ven inclinadas, con el tiempo, a desarrollar problemas con el alcohol.

En cuanto a los roles sociales y las relaciones, también intervienen en la conducta de beber. El divorcio, la separación, la violencia doméstica, la disfunción sexual, son los más frecuentes problemas relacionados con el consumo de alcohol en las mujeres. Asimismo, la mayoría de ellas entran en tratamiento para el alcoholismo por problemas de salud y familiares. En cambio, los hombres suelen dejar de beber acuciados por problemas laborales y legales.

Con respecto a la relación del alcohol con la violencia las autoras afirman que las mujeres pueden recurrir al alcohol como mecanismo de defensa para luchar con sentimientos generados por una experiencia de *victimización* —mujeres que sufren maltrato, por ejemplo. Las mujeres que han sido victimizadas tienden a identificarse con grupos de excluidos que incluyen miembros con similares sentimientos de autoestima pobre y rechazo, porque esos grupos pueden proveer de más apoyo social que otros cuyos miembros no han tenido experiencias similares. Las mujeres pueden consumir alcohol para paliar el dolor psicológico de una victimización en la niñez.¹⁰⁴

¿Cuáles pueden ser las principales causas sociales y psicológicas de que las mujeres beban en exceso? Aparentemente, ciertos factores genéticos, psicológicos, sociales y culturales juegan todos juntos un papel etiológico en el desarrollo de problemas de alcohol en mujeres.

Una explicación plausible la brinda el *modelo de la vulnerabilidad*¹⁰⁵ de Hill. Existirían ciertas tendencias genéticas¹⁰⁶ de vulnerabilidad hacia el alcoholismo en las mujeres. Han llegado a esta conclusión mediante el estudio de casos de mujeres alcohólicas, comparando

¹⁰⁴ No está de más señalar que el alcoholismo resulta a su vez una nueva experiencia de victimización, resultando así un refuerzo de la victimización original más que un escape.

¹⁰⁵ Este modelo ha sido introducido en nuestro tercer capítulo.

¹⁰⁶ Como bien explica F. Freixa (1996: 124) las mujeres tienen mayor cantidad de tejido graso, lo cual ocasiona menor difusión del alcohol en dicho tejido y, como consecuencia, una metabolización distinta respecto del hombre, manteniendo el nivel de alcoholemia discretamente más alto.

casos de bebedoras mellizas y bebedoras adoptadas. Este modelo, más comprensivo de los antecedentes del modo de beber de las mujeres en comparación con otros modelos, combina aproximaciones biológicas y psicosociales. Los aspectos genéticos de la predisposición de una mujer hacia el alcoholismo están manifiestos como marcas biológicas, pero son igualmente importantes las disposiciones psicológicas a beber y otras condiciones sociales. Todos juntos, estos factores pueden determinar si la mujer se convertirá en alcohólica o no.

Otro aspecto a considerar en relación con el abuso de alcohol por parte de las mujeres es el ya mencionado estigma social, el cual resulta mayor en las mujeres bebedoras que en los bebedores varones:

“las mujeres que beben mucho soportan el estigma asociado a las personas alcohólicas. A pesar de que el alcoholismo es considerado una enfermedad, las personas con alcoholismo son frecuentemente juzgadas como infligiéndose la condición a sí mismas como consecuencia de debilidad de carácter o falta de autodisciplina.” (Harris - Mahowald, 1997: 156, trad. nuestra)

Las mujeres que beben son más estigmatizadas porque se supone que tienen patrones de moral más altos que los hombres. El alcoholismo predispone a las mujeres a ser más vulnerables al dominio masculino. En este sentido, suponen que el alcoholismo hace a las mujeres más accesibles sexualmente. La conducta alcohólica puede ser usada para permitir una mayor dominación masculina sobre mujeres.

Las diferencias genéricas también prevalecen en estigmas sociales relacionados con el consumo de alcohol. El abuso de alcohol por parte de mujeres embarazadas tiene como una de sus consecuencias el *Síndrome Alcohol Fetal*¹⁰⁷ (ver **Glosario**) que puede dar lugar a intervenciones coactivas para evitar que la embarazada beba. El uso del alcohol durante el embarazo amenaza el bienestar del feto. Existen influencias sociales legales e individuales de quienes argumentan a favor de estas intervenciones coercitivas:

“La sociedad ha respondido al problema social del FAS [*Fetal Alcoholic Syndrome*] intentando implementar un sinnúmero de medidas diseñadas para el control de la conducta prenatal y posnatal de las mujeres. Se ha sugerido criminalizar la adicción al alcohol y a la droga durante el embarazo a través de un tratamiento coactivo para controlar el abuso de sustancias sin caer en el riesgo de prosecución ni en el uso impuesto de la contracepción o esterilización seguida del parto, ni el control sobre la custodia del niño.” (Harris - Mahowald, 1997: 159, trad. nuestra)

Para terminar este apartado, señalemos que muchos creen que el modo más efectivo de prevenir el abuso de sustancias en el embarazo es comprometer a las mujeres en el cuidado educando al público —y a los proveedores— acerca de los efectos del alcohol en el embarazo a la vez que proveyendo de tratamiento comprensivo tanto para las mujeres embarazadas como para las no embarazadas que abusan del alcohol.

¹⁰⁷ Cfr. *Escrituras*: “...no has tenido ningún hijo, concebirás, vigila, pues, de no beber vino ni bebida fermentada...” (Libro de los Jueces 13,7)

Los mejores servicios sanitarios son los que están centrados en la unidad familiar, puesto que el alcoholismo afecta a toda la familia, no solamente al individuo. Además, los servicios deberían también estar sostenidos por la comunidad donde las mujeres viven.

A propósito de lo vertido en este párrafo, cabe mencionar el cuestionario que Ann Landers¹⁰⁸, columnista de *Newsday*, ha propuesto condensado en una serie de preguntas bajo el título de "¿Problemas con la bebida?" destinada especialmente a mujeres alcohólicas y que incluimos en nuestro **Apéndice I**.

¹⁰⁸ Citado en: *AA para la mujer* (Folleto), Alcoholics Anonymous World Services, Oficina de Servicios Generales para la República Argentina, Bs. As.

VI. La cuestión de la identidad personal

“El sí mismo escucha siempre y busca siempre: compara, subyuga, conquista, destruye. Él domina y es también el dominador del yo.

Detrás de tus pensamientos y sentimientos, hermano mío, se encuentra un soberano poderoso, un sabio desconocido –llámase sí-mismo, en tu cuerpo habita, es tu cuerpo.

Hay más razón en tu cuerpo que en tu mejor sabiduría. ¿Y quién sabe para qué necesita tu cuerpo precisamente tu mejor sabiduría?

Tu sí-mismo se ríe de tu yo y de sus orgullosos saltos. ¿Qué son para mí esos saltos y esos vuelos del pensamiento? Se dice. Un rodeo hacia mi meta. Yo soy las andaderas del yo y el apuntador de sus conceptos’.

El sí-mismo dice al yo: ‘siente dolor aquí!’ Y el yo sufre y reflexiona sobre cómo dejar de sufrir –y justo para ello debe pensar.

El sí mismo dice al yo: ‘siente placer aquí!’ Y el yo se alegra y reflexiona sobre cómo seguir gozando a menudo –y justo para ello debe pensar.”

Friedrich Nietzsche, *Zaratustra*

A partir de aquí se inicia la segunda parte de este trabajo, destinada a investigar la identidad personal. El *yo* o *self* constituye una cuestión importante en relación con innumerables temas de interés para la bioética: Alzheimer, directivas anticipadas, demencia, adicciones, depresión, etc. También, por supuesto, el alcoholismo –nuestro tema convocante en el presente trabajo. Hemos venido planteado una gran cantidad de cuestiones que permanecen irresueltas en relación con el alcoholismo. Y dado que muchas de estas cuestiones están vinculadas directamente con la identidad del alcohólico, se impone ahora un estudio acerca de la identidad personal para ver si a partir de ahí es posible trazar algunas perspectivas que permitan solucionar tales problemas.

Veremos en primer lugar las diferentes formas en que se puede enfocar la cuestión de la identidad del yo: mismidad numérica y mismidad cualitativa; identidad en un momento e identidad en el tiempo; identidad humana, identidad personal, etc. Nuestro planteo recorre parte de la historia que se ha desarrollado alrededor de esta cuestión.

Ahora bien, a la identidad se adscriben ciertas propiedades a la vez que se establecen ciertos criterios a satisfacer. Además, debemos notar que no se habla de *identidad personal* en un solo sentido: son diversos los modos en que se puede entender la identidad personal. En algún modo, plantear la existencia de algo como la identidad personal nos puede conducir a paradojas. Mientras que en otro sentido quizás sea posible no sólo salvar estas antinomias sino incluso resolver nuestros problemas relacionados con la ética y la política sanitaria relacionada con el alcoholismo. Así, hablaremos de una *versión causalista* de la identidad personal y de una *versión narrativa*. Sólo esta última da perfecta cuenta de la identidad personal, pues expresa en su sentido pleno la temporalidad propia del ser del hombre.

Por lo antes dicho, en este capítulo nos ocuparemos del tratamiento de la identidad personal tal como es presentado por John Locke –por considerarlo el pionero en el tratamiento sistemático el tema de la identidad personal- y, a continuación, los principales desarrollos que la identidad personal ha tenido. Por las razones que hemos expuesto aquí los comentarios posteriores serán articulados en torno de dos ejes: uno, las *propiedades* de la identidad personal y el otro, la revisión de los *criterios* que la determinan.

Fundamentalmente los desarrollos de los que nos ocuparemos son los siguientes: la crítica a la *sustancialidad* de la identidad, presentada por el propio Locke (1999), clásico punto de partida para el estudio de este tema; la posible *convencionalidad* del término según la postura escéptica de David Hume (1981); la crítica a la *circularidad* por parte del obispo Joseph Butler (2002); el problema que presenta la *transitividad* de acuerdo con Thomas Reid (2002); la cuestión de la *reflexividad* tal como la plantea Martin Heidegger (1988); la *corporalidad* y el *mentalismo* como criterios de identidad según John Perry (1984); y los conceptos de *supervivencia* y *anticipación* propuestos por Derek Parfit (1984a y b).

Sustancia, ser humano, persona

Comencemos con John Locke, quien en el capítulo XXVII del *Ensayo* se pregunta lo siguiente: “¿Pero no es un hombre ebrio la misma persona cuando sobrio?” (Locke, 1999: 264) Es interesante la formulación de este interrogante justo en el marco del amplio capítulo dedicado a la identidad personal; pues si bien no tematiza en profundidad la identidad del alcohólico en particular, a nosotros nos sirve de presentación. Locke define la identidad en términos *comparativos*:

“al considerar algo como existente en un tiempo y lugar determinados, lo comparamos consigo mismo como existente en otro momento y a partir de ello nos formamos las ideas de la identidad y la diversidad.” (Locke, 1999: 250)

Hay identidad de las sustancias¹⁰⁹, afirma Locke. ¿Habrá también identidad de los modos y relaciones? Locke rechaza esta idea afirmando que no tiene sentido hablar de la identidad de los modos y las relaciones, dice Locke, porque en última instancia remiten a las sustancias. Por lo tanto, la identidad y la diversidad de los modos y las relaciones está determinada por la identidad de la sustancia involucrada. Entonces ocupémonos de las sustancias. Sólo existen tres tipos de sustancias; a saber: en primer lugar, Dios; en segundo lugar, las inteligencias o entendimientos finitos o almas; y en tercer lugar, los cuerpos físicos: átomos, plantas, animales y *seres humanos* —en tanto que especie de animales. ¿Y las *personas*? ¿Una *persona* es algún tipo de *sustancia*? Un ser humano ¿es o no es una *persona*? ¿Y una *persona*? ¿Es o no es un *ser humano*?

Según el *Diccionario de la Real Academia Española*, *persona* (del lat. *persōna*, máscara de actor, personaje teatral, y este término del etrusco *phersu*, y este del gr. *πρόσωπον*) significa

¹⁰⁹ Dejamos explícitamente de lado los resabios metafísicos de Locke acerca de la existencia de las sustancias y también acerca de su consideración de Dios como sustancia, pues nos aleja de nuestro tema. Aquí Locke es deudor sin duda de la doctrina cristiana que considera que el Padre, el Hijo y el Espíritu Santo son “tres personas distintas con una misma esencia [o sustancia]”. (*Real Academia*, 2001) Tampoco cuestionaremos la definición que provee Locke de *persona*, porque es atinente para nuestros propósitos: “es un ser pensante inteligente que posee raciocinio y reflexión, y puede considerarse a sí mismo como él mismo, como el mismo sujeto pensante, en diferentes momentos y lugares, lo cual sólo logra en virtud de esa conciencia que es inseparable del acto de pensar”. (Locke, 1999: 256) En cambio, sí tenemos que atender a la consideración que efectúa de los otros dos tipos de sustancias: los cuerpos y las almas.

Cfr. Ricoeur, quien dice al respecto lo siguiente: “Para evitar o diferir al menos el momento de encarar el problema de la sustancia y del sustancialismo, se privilegió la cuestión de saber cómo es que el lenguaje designa lo individual.” (Ricoeur, 1990: 70)

“individuo de la especie humana” y “también sujeto de derecho”. (*Real Academia*, 2001) Seguiremos entonces nuestra investigación estudiando el concepto de *individuo*.

Identidad numérica, semejanza y diferencia. El principio de individuación

La identidad personal, tal como es planteada por Locke, presenta problemas que él mismo señala y que serán considerados más adelante. ¿Son éstos genuinos defectos o son, en realidad y más precisamente, la puesta en evidencia del carácter problemático de la identidad personal, lo que podemos denominar –poniendo así de relieve lo creativo en el planteo de Locke y defendiéndolo de sus críticos ulteriores– las *aportas de la identidad* (Ricoeur, 1996: 120)?

¿Qué significa que algo es *idéntico*? Algo idéntico a sí mismo es algo existente en un tiempo y un lugar determinados en tanto que comparado consigo mismo. Podemos llamar a este tipo de mismidad *identidad numérica* o *unicidad* y su opuesto es la *multiplicidad*. De acuerdo con el *principium individuationis* o principio de identificación “es imposible que dos cosas de la misma especie sean o existan en el mismo instante y en el mismo lugar; o que una y la misma cosa esté en diferentes lugares.” (Locke, 1999: 251) Cada cosa tiene una cierta permanencia, en tanto que comparada consigo misma. Un *ser humano*, como individuo que es, posee el mismo principio de individuación que cualquier otro ser existente, y consiste en una cierta ubicación temporal en el espacio; es decir, posee un *cuerpo*¹¹⁰ –en nuestro caso, un cuerpo humano.

Podríamos plantearnos ahora las siguientes preguntas: ¿Resulta suficiente el principio de individuación para dar cuenta de la identidad de una *persona*? Una persona: ¿es solamente un individuo? Un ser humano y una persona humana: ¿qué poseen de distintos? La identidad humana y la identidad personal: ¿son conceptos que se superponen o que se oponen o se incluye uno en el otro? La identidad personal: ¿presupone a la identidad humana o la excluye?

Identidad cuantitativa. Identidad en el momento e identidad en el tiempo

Es sencillo aceptar la identidad numérica, es decir, admitir algo, un individuo¹¹¹, como siendo el mismo en el mismo tiempo y en el mismo lugar. Pero las complicaciones aparecen cuando hay que justificar que un ser es el mismo a través de ciertos *cambios*. ¿Cuántos cambios puede soportar un ser para que podamos seguir afirmando que es el mismo? Aquí ya estamos hablando de una identidad *cuantitativa*. Un roble, ¿sigue siendo el mismo si primero era una semilla, luego un árbol y después se poda? ¿Es el mismo ser humano éste, ahora adulto, que aquél a los seis años? ¿Por qué una persona puede asegurar que es la misma hoy, mirando este álbum de fotos que aquella de las fotos?

Locke entiende este tipo de identidad de manera *funcional*: un organismo continúa siendo el mismo si su *función* es la misma –esto no es algo muy distinto de lo que constituye en cualquier animal su ser animal o a una máquina el ser la misma máquina en tanto que funciona

¹¹⁰ *Cuerpo* (del lat. *corpus*) es: “Aquello que tiene extensión limitada, perceptible por los sentidos. / Conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo. / Tronco del cuerpo, a diferencia de la cabeza y las extremidades.” (*Real Academia*, 2001)

¹¹¹ En el caso del ser humano, un ser humano en particular, un hombre individual.

de la misma manera, más allá de algún eventual cambio de piezas. Lo que hace que un ser humano continúe siendo el mismo, es decir, la *identidad humana*, consiste en “la participación de una misma vida continuada, a través de partículas de materia constantemente cambiante, unida de manera vital y sucesiva al mismo cuerpo organizado.” (Locke, 1999: 253)

La idea de vida continuada sugiere el funcionamiento de un organismo. Aquí ha aparecido un elemento de semejanza: el tiempo. Un ser: ¿puede seguir siendo el mismo a través del tiempo? Un ser que ha crecido, se ha desarrollado: ¿continúa siendo el mismo? En términos funcionales podemos decir que sí, que algo continúa siendo lo mismo en un sentido estructural o funcional, esto es, en la forma en que sus partes responden al mecanismo que las articula. ¿Nos sirve entonces la identidad cualitativa o funcional para dar cuenta de la identidad de una *persona*?

Conciencia, continuidad de la memoria y olvido

Volvamos al ejemplo del ebrio que recupera la sobriedad. Para Locke es, sin duda, el *mismo ser humano*. ¿Es además la *misma persona*? ¿En qué consiste la distinción entre identidad del *hombre* e identidad de la *persona*? ¿Qué problemas presenta esta distinción entre ser humano y persona? ¿Existe algo como la identidad de una persona o es una mera ficción? Un *loro racional*¹², esto es, un imaginario loro que pudiera hablar, pensar, en fin: tener recuerdos, ¿se lo podría considerar una *persona*? (Locke, 1999: 254-255) En términos de Locke, sin duda que sí, aunque jamás podría ser considerado un ser humano porque no tiene cuerpo humano.

Aquí vemos cómo Locke distingue lo que hace a la persona su ser persona de lo que constituye al ser humano. La persona, *el propio yo*, es un ser pensante y reflexivo, un ser dotado de conciencia, una auto-conciencia reflexiva: “hasta dónde se pueda hacer retroceder esta conciencia a cualquier acción o pensamiento pasados, hasta allí llega la identidad de esa persona.” (Locke, 1999: 256) La conciencia se *estira*, por así decir, hacia el pasado –y, podríamos nosotros agregar, también hacia el futuro, si bien Locke no tuvo en cuenta el porvenir. Pensar es tener conciencia, la cual es inseparable del acto de pensar. Hasta donde se tiene conciencia, hasta ahí llega la identidad de una persona.

Ahora bien, esta conciencia posee una cierta continuidad –la continuidad de la memoria– que puede verse interrumpida por el *olvido*, como en el caso del ebrio que recupera la sobriedad. El individuo alcohólico, ¿es responsable o aun culpable de los actos que ha realizado en estado de ebriedad si ni siquiera los recuerda una vez sobrio? La identidad propia de la *persona* es aquella que constituye la *conciencia*, que en términos de Locke remite a la *memoria*, pues ser consciente significa prolongarse hasta los recuerdos más remotos. Hasta donde llega la memoria, hasta ese punto llega la identidad. En este sentido, la identidad personal es entendida como continuidad psicológica de la conciencia.

Persona es un término forense

¹² El ejemplo del loro pertenece a la tradición de los llamados *puzzling cases* o *casos indecibles* o *casos enigmáticos*, que serán estudiados en el próximo capítulo.

La preocupación de Locke parece ser de tipo ético y jurídico: ¿Qué grado de responsabilidad tiene una persona¹¹³ en sus acciones? ¿Qué culpa tiene una persona que en estado de ebriedad cometió cierta acción de la cual una vez sobrio no recuerda? Ya se ha señalado la importancia de la responsabilidad del individuo que abusa del alcohol y la incidencia de la responsabilidad en la definición misma del alcoholismo como enfermedad – involuntaria- o como elección de una voluntad libre.

El término *persona* adjudica las acciones y su mérito a un ser que tiene *responsabilidad* por las acciones presentes y pasadas en virtud de su *conciencia*, entidad a la que se puede atribuir felicidad y desdicha: “Es un término forense, que adjudica las acciones y su mérito y, por lo tanto, pertenece sólo a agentes inteligentes, capaces de tener leyes; y de sentir felicidad y desdicha.”¹¹⁴ (Locke, 1999: 266)

La conciencia de una persona, tal como la entiende Locke, resulta entonces la *memoria*, y posee una cierta continuidad que le es propia; aunque puede verse interrumpida por el *olvido*, como en el caso del ebrio que recupera la sobriedad. Este olvido ¿puede ser considerado como una ruptura de la identidad? Locke plantea esta cuestión sin resolverla. En el caso del ebrio que no tiene conciencia de acciones realizadas bajo el efecto del alcohol y recupera la sobriedad, dice Locke simplemente que es la ley humana la que juzga al ser humano.

Para concluir este capítulo revisemos la explicación que da Locke del caso¹¹⁵ del alcohólico que realiza acciones que luego no recordará. Un individuo ebrio puede llevar a cabo ciertas acciones bajo los efectos del alcohol que quizás no cometería en estado de sobriedad. Puede causar daños, lastimar y perjudicar a otras personas. Además, es posible que ni siquiera recuerde tales acciones una vez desintoxicado.

Ahora bien, *persona* “es un término forense” (Locke, 1999: 266): esto quiere decir que se adjudican las acciones pasadas a quien las ha realizado, haya sido o no consciente, las recuerde luego o no. Sin embargo, esto no quiere decir que su responsabilidad sea plena.

“Pues aunque el castigo se adscriba a la personalidad y ésta a la conciencia, y aunque el ebrio quizás no sea consciente de lo que hizo, los tribunales humanos lo castigan justamente porque se pueden probar los hechos en su contra, pero no se puede probar la falta de conciencia a su favor. Empero quizás sea razonable pensar que en el Día del Juicio, cuando los secretos de todos los corazones salgan a la luz, a nadie se le hará responder por aquello de lo cual nada sabe, sino que recibirá su sentencia según la acusación o la excusa de su conciencia.” (Locke, 199: 264)

En definitiva, si aceptamos la tesis de Locke y la identidad personal del individuo ebrio se debe atribuir a su conciencia –la cual remite, en última instancia, a la memoria-, entonces no

¹¹³ Veamos el significado que el Derecho otorga al término *persona*. “Individuo de la especie humana [y por extensión, también] Organización de personas, o de personas y de bienes, a la que el derecho reconoce capacidad unitaria para ser sujeto de derechos y obligaciones, como las corporaciones, asociaciones, sociedades y fundaciones.” (Real Academia, 2001) Según esto, y si bien las organizaciones también pueden ser consideradas *personas*, en última instancia están compuestas de personas humanas. Por lo tanto, el sujeto de derecho en cada caso remite, en último término, a la persona humana.

¹¹⁴ Preguntémosnos en este punto si acaso se puede sentir felicidad o desdicha sin la posesión de un cuerpo. Volveremos a esta cuestión en capítulos siguientes.

¹¹⁵ Utilizamos este caso como recurso según fue señalado en la **Introducción**.

podemos asignarle al alcohólico la misma responsabilidad que a un individuo sobrio. Aunque la ley humana pueda castigar las acciones realizadas por un individuo bajo los efectos del alcohol, su conciencia y sólo su conciencia es la responsable de tales acciones.

VII. Las aporías de la identidad personal

“este cuerpo, nuestro cuerpo, aparece como superfluo en su extensión, en la multiplicidad y la complejidad de sus órganos, de sus tejidos, de sus funciones, ya que todo se concentra hoy en el cerebro y en la fórmula genética, que resumen por sí solos la definición operacional del ser.”

Jean Baudrillard, *El otro por sí mismo*

En nuestro intento por esclarecer algunos problemas en torno del alcoholismo hemos orientado el capítulo anterior al estudio de la identidad personal tal como se desarrolló en John Locke y sus continuadores. Ahora nos dedicaremos a ver algunas de las críticas fundamentales que muestran inconsistencias en el planteo de la identidad personal; y veremos también si tales críticas son relevantes o no. Nuestro propósito es mostrar que cierta versión de la identidad personal conduce a paradojas —a esta versión la llamaremos *causalista*— para compararla posteriormente con una versión distinta —que llamaremos *narrativista*— de la identidad personal y cuyo planteo lograría eludir dichas aporías.

Para comenzar, notemos que la identidad es un tipo especial de *relación* portadora de las siguientes *propiedades*: la *reflexividad*: “ $A = A$ ” (*A es idéntico a A*); la *simetría*: “Si $A = B$, entonces $B = A$ ” (*Si A es idéntico a B entonces B es idéntico a A*); y la *transitividad*: “Si $A = B$ y $B = C$, entonces $A = C$ ” (*Si A es idéntico a B y B es idéntico a C, entonces A es idéntico a C*).

Teniendo tales propiedades presentes, pasaremos a revisar las *aporías* o paradojas a las que parece conducir la identidad personal: la *sustancialidad*, la *convencionalidad* del término, la *circularidad* entre los conceptos de *identidad* y *memoria*, la *corporalidad* y el *mentalismo*, la *continuidad de la memoria*, y, finalmente, la *supervivencia* y la *anticipación*.

La sustancialidad de la identidad

Según Locke, hay identidad en las sustancias, en los cuerpos y en las inteligencias. La versión lockeana de la identidad personal parece resultar una crítica a la concepción racionalista de la identidad de la *sustancia*. Si bien, como ya se mencionó, Locke no niega la existencia de ciertas sustancias —habida cuenta de sus resabios racionalistas— afirma, sin embargo, que la existencia de ellas no tiene incidencia alguna para la consideración de la identidad: “No importa si el yo se halla compuesto de la misma sustancia o de otras diversas.” (Locke, 1999: 261 *et pas*)

Locke evita este obstáculo que le podría ocasionar el encallar la identidad en la sustancia. Sin embargo, esto le significa la aparición de nuevos escollos. Este punto será retomado y profundizado por David Hume, según veremos a continuación.

La convencionalidad del término o *ilusión de la identidad*

La pregunta que se formula Hume (1981) podría expresarse del siguiente modo: ¿Acaso el concepto de *identidad* personal tiene realmente sentido o no es más que una pura *convención*? ¿Existe algo así como la identidad personal o no es más que un término que la gente usa? La crítica de Hume consiste en lo siguiente: es el lenguaje cotidiano el que nos confunde y nos hace creer que porque hay una palabra existe aquello que la palabra denota. Toda *idea* simple o compuesta debe de corresponderse con una *impresión*, o si no, dicha idea es una mera *ficción*. Y como no existe una impresión del *yo*, entonces la *identidad del yo* –del mismo modo que el yo como *sustancia*– no tiene existencia alguna. Lo que existen son las percepciones particulares, *i. e.*, de frío, de calor, de dolor, de placer, etc. Pero no es posible concebir que exista algo separado de dichas percepciones. ¿Por qué, entonces, tenemos una idea de *identidad*?

Pues bien, la imaginación en su labor de enlazar representaciones recurre a los principios de *semejanza*, *contigüidad* y *causalidad*. Estos principios de la imaginación enlazan o asocian ideas a fuerza de la costumbre de tal manera que nos hacen creer que fueron originadas por auténticas impresiones, cuando en realidad no es más que una ficción, como la idea de sustancia o de alma. No existe para Hume algo como un *sí mismo*. No existe algo como la identidad, porque de existir una idea tal debería existir aquello de lo cual procede su idea, esto es, la impresión de un *yo* –cosa que no existe. Hume está criticando la identidad personal entendida como identidad de una sustancia o identidad de un alma. Su crítica se circunscribe dentro de su ataque general a la metafísica racionalista.

En conclusión, según Locke, la identidad personal o identidad del yo no se puede atribuir a una sustancia. Pero Hume da un paso más: afirma que no existe en absoluto algo como la identidad –como tampoco existe algo como una sustancia.

Circularidad

Esta crítica a la *circularidad* de la identidad fue sostenida por el obispo Joseph Butler (2002). Si aceptamos la perspectiva de Locke y sólo es posible recordar nuestras propias experiencias, entonces la continuidad de nuestros recuerdos nos garantiza –presupone– la identidad personal. Tendremos conciencia en la medida en que tengamos *memoria*. ¿Podemos tener memoria solamente de nuestros propios recuerdos? ¿Cómo establecer que ciertos recuerdos son precisamente *nuestros* recuerdos?

Para admitir unos recuerdos que pudiéramos considerarlos nuestros, entonces deberíamos suponer la existencia de algo como la *identidad personal*, entidad que hilvana tales recuerdos, con lo cual caemos en un círculo: explicamos la existencia de nuestra identidad personal recurriendo a nuestra memoria y explicamos la existencia de nuestra memoria recurriendo a la identidad personal.

Transitividad

Esta crítica pertenece a Thomas Reid (2002). Una persona no puede recordar cierto episodio de su vida a los seis años, pero en cambio sí tiene un claro recuerdo de un momento

a sus diez años en que sí recordaba aquel episodio de los seis, por lo tanto, y puesto que al comienzo del capítulo hemos enunciado la propiedad de *transitividad* de la identidad, esta persona debería ser la misma que a los seis.

Ahora bien, si a los diez años recordaba aquello que ahora no recuerda de sus seis años, si es que vamos a admitir que la identidad es transitiva, a los diez era la misma persona que a los seis, ahora debería ser la misma persona que a los seis. Pero Locke afirmaba la imposibilidad de sostener una continuidad de la memoria en el caso del olvido, con lo cual caemos en una contradicción.

Reflexividad

Aquí presentaremos no una crítica, sino una aclaración que realiza Heidegger con respecto a la *reflexividad* de la identidad. Este punto resulta interesante como anticipo a nuestra presentación de la identidad narrativa en Paul Ricoeur. Hemos visto que, según Locke, nos formamos las ideas de identidad y diversidad por *comparación*: comparamos algo consigo mismo como existente en otro momento o en algún otro lugar para ver si continúa siendo lo mismo. Esta fórmula refleja, ya se ha dicho, el principio de individuación, que tal como es expresado por Locke, resulta la existencia misma, esto es, la determinación espacio-temporal de algo.

También Heidegger explica la formación de la identidad por comparación. El principio de identidad se expresa habitualmente mediante la fórmula " $A = A$ ". (Heidegger, 1988: 63) Pero, señala Heidegger, sería más apropiado expresarla como "A es A"; pues mientras que la igualdad requiere de dos términos, lo idéntico expresa una cierta propiedad de un solo término. De esta manera se muestra la relación de la identidad con el ser en general —en vez de la relación entre dos entes: "el principio de identidad habla del ser del ente" (Heidegger, 1988: 67).

La semejanza representa una comparación entre dos términos, mientras que la identidad representa una semejanza de un término consigo mismo. Ricoeur llamará a esta especial alteridad —de comparar algo consigo mismo— *ipseidad*, describiéndola como denotando un grado de distancia tan íntimo que "no se puede pensar en una sin la otra." (Ricoeur, 1996: xvi) La comparación de algo consigo mismo —reflexión— muestra la especial relación que tiene el ente con el ser a la vez que pone en evidencia la diferencia de lo que es distinto de sí mismo.

Corporalidad y mentalismo

¿Es verdad que si el cuerpo muere, entonces la persona muere? ¿Es el cuerpo lo que constituye la identidad de la persona? ¿Una persona es *sólo* un cuerpo humano viviente y, por lo tanto, al no sobrevivir el cuerpo no sobrevive la persona? La identidad de una persona ¿se corresponde con la identidad de su cuerpo? ¿Una persona es la misma si su cuerpo es el mismo?

John Perry pretende mostrar que el criterio corporalista no sirve a la hora de aplicarlo a la identidad personal y recurre para ello al *ejemplo del chocolate*: elijo un chocolate por el dibujo de su envoltorio, el cual me permite identificar su relleno. (Perry, 1984:15)

Pero podríamos preguntarnos qué pasaría si alguien cambiara el envoltorio de un chocolate. Este argumento contra el criterio corporalista no parece ser muy convincente. Además, notamos que subyace aquí cierta idea acerca de que deberíamos optar por alguno de estos dos criterios para la identidad personal: o bien ésta debe reducirse a la corporalidad o bien al mentalismo. Por lo tanto, deberíamos decidir cuál de los dos criterios es el más relevante. Y como no puede ser más importante el cuerpo que la mente —según el parecer de Perry— entonces la identidad debe de estar radicada en la mente y no en el cuerpo.

Ahora bien, alguien pudo equivocarse al envolver un chocolate en un papel que no le corresponde de acuerdo con su contenido, pero ¿puede estar un cuerpo *equivocadamente* el espíritu o alma o mente —o como quiera llamarlo— de una persona? ¿Qué puede significar esto?

Hay que mencionar que en ningún momento Perry provee de un fundamento que determine la importancia de optar por un criterio o por el otro. Y cuando menciona la posibilidad de que deban intervenir ambos criterios, continúa insistiendo en que se debe optar por el más relevante.

La identidad personal como continuidad de la memoria

Según ya se ha visto, la continuidad psicológica de la conciencia constituye la identidad personal. Una persona mantiene su identidad en tanto que puede extender su conciencia hacia atrás en el tiempo. De esta manera, la identidad personal radica en la memoria. Ésta es, según vimos, la posición de Locke, y la ejemplifica recurriendo al *ejemplo del zapatero*, en cuyo cuerpo se transplanta la mente de un príncipe (Locke, 1999: 260-261): ¿quién será la persona resultante: el príncipe o el zapatero —o ambos? Si lo que persiste es la *memoria del príncipe*, entonces la persona resultante es el príncipe.

Ahora bien. Una persona sólo puede recordar sus propios pensamientos y sentimientos pasados. Pero también sería posible imaginar que en el futuro haya alguien —aunque no necesariamente en este mundo ni con el mismo cuerpo— que sea capaz de portar los recuerdos de esta persona. Si acaso fuera *posible*, entonces deberíamos admitir que es la misma persona.

Supervivencia y anticipación

Derek Parfit realiza su crítica a la posición de Locke de una manera que nos recuerda a las conclusiones escépticas de Hume: el hecho de que la gente hable de algo como la *identidad personal* no significa que tal entidad tenga existencia. Además, “no es la identidad lo que importa” (Parfit, 1984b: 245) —al menos no para Parfit.

Supongamos, nos dice, que divido mi cerebro en dos y transplanto cada uno en un cuerpo distinto. Entonces pueden ocurrir tres cosas: 1) no sobrevivo; 2) sobrevivo como una persona; o 3) sobrevivo como dos personas. (Parfit, 1984a: 6 y ss.)

Este ejemplo, versión tecnológica del cuento del príncipe y el zapatero de Locke, pretende mostrar que si la *supervivencia* presupone a la *identidad personal*, entonces caemos en paradojas: resulta inconcebible mantener mi identidad –esto es, ser *una persona*– si soy *dos personas*. Recordemos que según Parfit la identidad es necesariamente una relación “de uno a uno” (Parfit, 1984a: 15): se es idéntico o no lo es.

Sin embargo, sería posible conservar la idea de continuidad psicológica aunque ya no en una relación de uno a uno –pretendida por Locke para la identidad personal– sino en otro sentido, en una relación de *grados*. Sería *concebible* aceptar que puede existir algún tipo de *supervivencia* sin necesidad de admitir una identidad personal. Tenemos un nuevo problema: saber en qué consiste la supervivencia, de la cual sólo sabemos que no es *uno a uno* sino *de grados*. También sabemos que la supervivencia es *concebible* –es decir, *posible*– porque pasa la prueba de los *puzzling cases*.¹¹⁶

Parfit se desembaraza del concepto de identidad personal, pero a costa de la creación de este nuevo concepto de *supervivencia* y dice que sobrevivir *de alguna manera* es posible porque es *imaginable* o *concebible*, es decir, *posible*. Sobrevivir, según Parfit, es lo que importa. De similar manera como Parfit se preguntaba por qué es importante admitir que existe algo como la identidad personal nosotros podríamos preguntarle a Parfit por qué debemos admitir algo la supervivencia y por qué es este el problema relevante. No parece haber ningún criterio que determine que preguntarse por la propia supervivencia es más importante que preguntarse por la propia identidad.

En este tipo de argumentaciones que hemos presentado en este capítulo se recurre frecuentemente a los denominados *casos imaginarios*. Mostraremos a continuación que tales ejemplos ponen en evidencia las aporías a las que conduce la identidad personal –al menos, según la versión hasta aquí presentada. Paul Ricoeur (1996) denomina a esta posición la *tesis reduccionista*: lo que esta tesis reduce es la *dimensión corporal*¹¹⁷ de la identidad personal. Podemos admitir que un chocolate esté mal envuelto, pero ¿puede acaso alguien pensar que *su* mente o espíritu o alma –o como lo quiera llamar– pueda estar *mal envuelto* por *su* cuerpo?

¹¹⁶ Veremos más adelante algunos de estos ejemplos y su relevancia en el tratamiento de la identidad personal.

¹¹⁷ No se trata de optar una vez más entre el criterio corporalista y el criterio mentalista, sino reconocer que la identidad de una persona sólo puede cobrar sentido si la entendemos dentro de unos límites corporales.

VIII. El uso de los *puzzling cases* en bioética

“Era un loro desplumado y maniático, que no hablaba cuando se lo pedían sino en las ocasiones menos pensadas, pero entonces lo hacía con una claridad y un uso de razón que no eran muy comunes en los seres humanos.”

Gabriel García Márquez, *El amor en los tiempos de cólera*

Habíamos iniciado nuestro estudio de la identidad personal en los dos capítulos anteriores. Dentro de ese marco habíamos señalado que era frecuente, por parte de algunos autores que se ocupaban de la identidad en bioética, el recurso a los llamados *casos imaginarios* o *enigmáticos* —*imaginary cases* o *puzzling cases*— o *casos indecibles*, tema que nos ocupará seguidamente.

Los *puzzling cases* constituyen ejemplos a modo de breves descripciones de situaciones en que se podría encontrar el ser humano si se realizaran ciertas *variaciones imaginarias* a partir de las efectivas condiciones de su existencia: no contradictorias desde un punto de vista lógico, aunque inconcebibles desde la perspectiva humana... ¿todavía? En un eventual futuro, y suponiendo un progreso científico en tal sentido, acaso sería posible realizar lo que —según veremos— realizan los científicos de los *puzzling cases*.

Estos breves relatos —algunos verdaderamente célebres¹¹⁸— han ido encarnando el ideal del sueño tecnológico de muchos teóricos de la identidad personal. Pero, ¿qué problemas presentan estos ejemplos? ¿Aportan acaso algún tipo de claridad al problema de la identidad tal como se plantea en el ámbito de la bioética? ¿Tienen relevancia en el plano ético? Examinaremos aquí si estos relatos muestran o más bien ocultan la identidad personal.

Ya habíamos señalado los problemas que planteaba John Locke. ¿Son estos genuinos defectos o son en realidad y más precisamente la puesta en evidencia del carácter *aporético* de la identidad personal, lo que Ricoeur llama —rescatando así el aspecto creativo en el planteo de Locke— las “paradojas de la identidad personal” (Ricoeur, 1996: 120)? Fue justamente el propio Locke quien instauró la tradición de los *puzzling cases* en su capítulo de estudio sobre la identidad personal. Algunos de estos relatos son célebres. En este trabajo, nos ocuparemos de los dos más significativos: *el loro racional*¹¹⁹ y *el príncipe y el zapatero*, para continuar luego con otros autores que también han recurrido a estos ejemplos en sus estudios sobre la identidad personal.

¹¹⁸ Por ejemplo, el que protagoniza el violinista de Judith Thomson utilizado como metáfora de la mujer embarazada en la argumentación acerca del aborto. Mary Ann Warren (1987), “The Abortion Issue”, en: *Health Care Ethics*, Temple University Press, Philadelphia, describe y luego comenta el caso creado por Judith Thomson (1971), en su artículo “A Defense of Abortion”, en: *Philosophy and Public Affairs*: Imagine despertando un día en la cama junto a un famoso violinista. Suponga que ha sido raptado y su corriente sanguínea fue conectada a la del violinista, quien sufre de una dolencia que lo matará seguramente a menos que usted le permita compartir sus riñones durante nueve meses. Nadie más puede salvarle la vida, dado que sólo usted tiene su tipo de sangre. Él estará inconsciente todo el tiempo y usted tendrá que permanecer en cama todo ese tiempo con él, de manera que logren desconectarlo una vez curado. Pero ¿en qué sentido un violinista y su socio samaritano pueden venir en representación de una mujer embarazada y su feto?

¹¹⁹ El ejemplo del *loro racional* —que retomaremos más adelante— es el que inaugura, según Ricoeur (1996: 122), la tradición de los *casos imaginarios*. Sin embargo, ¿no podríamos remontarnos un poco más atrás, y considerar también como *puzzling cases* los argumentos del *loco*, del *pintor de sátiros y sirenas* y del tan célebre *genio maligno* de Descartes (1982)?

El ebrio es el mismo *ser humano* al recuperar la sobriedad, el sonámbulo es el mismo *ser humano* al despertarse, el loco es el mismo *ser humano* en sus momentos de lucidez. ¿Son además en cada caso la misma *persona*? ¿En qué se distingue el *hombre* de la *persona*? ¿Existe algo como la *identidad personal* o es una mera ficción? Un *loro racional*, esto es, un supuesto loro que pudiera hablar, pensar, en fin: tener recuerdos, ¿podría ser considerado una *persona*?

En términos de Locke, podríamos responder que el ebrio no es la misma persona cuando sobrio; el sonámbulo no es la misma persona al despertarse y el loco no es la misma persona al recuperar su lucidez. Estrictamente hablando, no podemos considerarlos las mismas personas, porque sus respectivas conciencias han variado; se ha producido una ruptura en sus memorias. Por otro lado, el loro racional sí podría ser considerado una persona, aunque jamás podría ser considerado un ser humano –porque no tiene cuerpo humano. A continuación presentaremos las debidas justificaciones de lo afirmado aquí a partir de los mencionados *puzzling cases*.

El loro racional

Un tal príncipe Mauricio tuvo una vez, según cuenta Locke, un loro (Locke, 1999: 254-256) muy grande y viejo. Este loro preguntaba y respondía de manera tal que para algunos era un caso de brujería. Éste era un *loro racional* que supuestamente podía hablar, pensar, en fin, tener *conciencia*. De existir un loro semejante: ¿podría ser considerado una *persona*? De acuerdo con Locke, si se puede probar que este loro en verdad es autoconsciente y que posee recuerdos, entonces no habría inconvenientes para considerarlo una persona. Aunque jamás podría ser considerado un ser humano porque no tiene cuerpo humano.

Locke distingue lo que hace a un ser humano su ser humano de lo que hace a una persona su ser persona de la siguiente manera: un ser humano tiene una forma humana, es decir, un *cuerpo* con apariencia humana –según ya se ha dicho un par de capítulos atrás. Una persona, en cambio, no tiene una apariencia en especial, porque una persona no necesariamente posee un cuerpo humano, al decir de Locke.¹²⁰

Algunos pensadores consideran que el ser humano posee un doble aspecto, a saber: un cuerpo y un alma o mente o espíritu y que este segundo aspecto es superior al primero y, por lo tanto, es el que genuinamente constituye la persona. Estos pensadores pueden ser llamados *dualistas*¹²¹, aunque también *mentalistas*.¹²² ¿Proporcionan ellos un criterio válido para considerar

¹²⁰ En el capítulo dedicado a la *identidad personal*, habíamos notado que si bien se pueden considerar personas las organizaciones, éstas, en definitiva, incluyen al menos algún ser humano. Entonces, cuando nos preguntamos si una organización se puede considerar sujeto de derecho o sujeto moral no podemos dejar de lado el hecho de que la organización en tanto que persona remite, en última instancia, a alguna persona humana.

¹²¹ El *dualismo* es la doctrina filosófica que considera que el origen y la naturaleza universo se explican por el concurso de dos principios igualmente necesarios y eternos, diversos y contrarios –como el *cuerpo* y la *mente*, o el principio *material* y el principio *espiritual*. En tanto que llamamos *mentalismo* a la teoría filosófica que en vez de tener en cuenta las experiencias objetivas, trata de resolver los problemas exclusivamente mediante procesos mentales. (*Real Academia*, 2001)

¹²² Ya hemos hablado en el capítulo anterior acerca de la tradición filosófica que considera que la persona es un compuesto de cuerpo y mente y que por alguna razón es necesario optar por uno de ambos como mejor criterio a la hora de determinar en qué consiste esencialmente una persona. Recién en el próximo capítulo resolveremos la cuestión del dualismo desde la posición de Paul Ricoeur.

que el cuerpo no es más que un *estuche* para el alma? ¿Por qué disocia Locke la *persona* del *ser humano*? ¿Acaso para evitar la equiparación entre *identidad* y *sustancia*, tal como afirmaba la metafísica racionalista? Mientras que un ser humano designa a un individuo con determinada apariencia física, el término *persona*, según ya se ha dicho, adjudica la responsabilidad de las acciones a un agente que denominamos *persona* y que no necesariamente posee cuerpo humano, sino que es más bien el portador una conciencia; y esta conciencia, ya lo hemos dicho, se puede entender como *continuidad de la memoria*.

El príncipe y el zapatero

En su argumentación acerca de la identidad personal, Locke recurre a otro caso ejemplar: el del *príncipe* y el *zapatero*. ¿Qué sucedería, se pregunta Locke, si el alma de un príncipe fuera introducida para animar el cuerpo de un zapatero? (Locke, 1999: 260-261) ¿Seguiría siendo el mismo *hombre*? ¿Seguiría siendo la misma *persona*? ¿Quién sería en realidad la persona resultante? ¿El príncipe? ¿El zapatero? ¿Ambos? ¿Ninguno? ¿Alguien nuevo?

Si lo que persiste en la constitución de la persona luego del trasplante es la memoria, y dado que efectivamente lo que persiste es, de acuerdo con la versión de Locke, la memoria del príncipe, entonces la persona resultante debe de ser el príncipe. Ahora bien, una persona sólo puede recordar sus propios pensamientos y sus propios sentimientos vividos. Si aceptamos la argumentación de la identidad como continuidad de la memoria, deberíamos admitir que quien portara los recuerdos de una persona continuaría siendo la *misma persona*, más allá de que tuviera *otro cuerpo*.

El extraño caso de Julia North

Dedicaremos esta sección y la próxima a dos casos enigmáticos de John Perry, autor que ya sido presentado en el capítulo anterior. Perry convierte la trama de *Who is Julia?* –novela de Barbara Harris (en: Perry, 1984: 44 y ss.)- en un *puzzling case*.

Julia North es una joven mujer que resulta atropellada al salvar la vida de un chico, cuya madre, Mary Frances Beaudine, sufre un ataque cerebral al contemplar la escena. Un cierto Dr. Matthews transplanta el cerebro sano de Julia –cuyo cuerpo sufrió las consecuencias del accidente- en el cuerpo sano de Mary Frances –cuyo cerebro resultó dañado- gracias a técnicas muy recientes. La pregunta que cabe formular aquí es la siguiente: ¿Quién sobrevivió de las dos? ¿Julia? ¿Mary Frances? ¿Las dos? ¿Ninguna de las dos? ¿Una nueva persona?

Una vez más, si aplicamos el criterio lockeano de la identidad personal como continuidad de la memoria, la persona sobreviviente a la operación debería ser Julia, pues es su memoria la que está viva y funciona.

El rejuvenecimiento cerebral

El mismo Dr. Matthews que operó a Julia North está trabajando sobre un nuevo procedimiento. (Perry, 1984: 53 y ss.) Este proceso todavía no está disponible, pero en un futuro eventualmente cercano podría llegar a hacerse de un cerebro su duplicado exacto que incluiría los estados psicológicos relevantes. Esta operación tendría su utilidad en caso de necesitar reemplazante para el original debido a algún daño que éste pudiera sufrir. Como se trataría del *mismo cuerpo*, sólo podrían resultar las siguientes conclusiones: 1) la persona duplicada sobrevive; 2) la persona duplicada no sobrevive; o 3) surge una persona nueva.

Pero si es posible duplicar una persona, entonces también es posible realizar también triplicados... O cuadruplicados... Luego, la duplicación no conserva la identidad, pues resulta absurdo pretender mantener la identidad, esto es, ser *una* persona, al resultar *dos* personas. O tres o cuatro.

El trasplante de cerebro

Pasemos ahora a ver un caso propuesto por otro de los autores que se encuentran dentro de la tradición de Locke de quienes consideran la identidad personal como continuidad de la memoria, autor ya mencionado en el capítulo de las aporías: Derek Parfit. Según habíamos señalado, para Parfit la supervivencia era *imaginable* o *concebible* porque pasaba la prueba de los *puzzling cases*.

Comencemos con un caso (Parfit, 1984a: 7 y ss.) bastante similar al rejuvenecimiento cerebral de Perry.¹²³ Parfit supone que su cerebro es dividido en dos por otro macabro cirujano que transplanta cada mitad en un cuerpo nuevo. Si quisiéramos preguntarle cómo sería posible que acaso hubiera sobrevivientes a semejante trasplante, Parfit nos recomendaría no olvidar que hubo personas que sobrevivieron con medio cerebro destruido.¹²⁴

Entonces, de la hipotética operación podría resultar lo siguiente: 1) No sobrevive ninguna de las dos personas –ni Parfit ni el dueño del otro cuerpo. 2) Sobreviven ambas personas –Parfit y su compañero. 3) Sobrevive sólo Parfit en ambos cuerpos. O 4) surge en cada cuerpo alguien nuevo. Notemos que en estos planteos ha aparecido un concepto que todavía no habíamos hecho explícito, si bien había sido mencionado en el capítulo anterior: la *supervivencia*. Parfit se desembaraza del concepto de *identidad personal* pero a costa de la utilización de este nuevo concepto de *supervivencia*.

Ahora bien, una persona sólo puede recordar sus propios pensamientos y sentimientos pasados. Por otra parte, si bien es inconcebible un triángulo de cuatro lados, no es inconcebible, esto es, ni impensable ni ilógico, que en un hipotético futuro y en virtud de un eventual desarrollo tecnológico pueda existir alguien –aunque no necesariamente en este mundo ni con el mismo cuerpo- capaz de portar los recuerdos de esta persona.

¹²³ Parfit toma este ejemplo de dos autores: Wiggins (1967), *Identity and Spatio-Temporal Continuity*, Oxford, y Shoemaker (1965), *Self-Knowledge and Self Identity*, New York.

¹²⁴ Surge aquí el interrogante: ¿qué porción de cerebro se requiere para asegurar su funcionamiento más o menos normal? ¿Es suficiente la mitad exacta? ¿O debería ser un poco más de la mitad?

Recuerdos venecianos

Parfit lleva estas argumentaciones a un punto culminante en su obra *Reasons and Persons*, en donde ejercita su habilidad para crear *puzzling cases*. Veremos a continuación el que sea probablemente su más célebre *caso científicamente posible*: el de los *recuerdos venecianos*. (Parfit, 1984b: 220 y ss.) Este relato cuenta que copian en el cerebro de una persona —llamémosla Jane— algunos recuerdos de otra persona —digámosle Paul. Ella tiene ahora recuerdos *aparentes* —una suerte de pseudo-recuerdos o recuerdos no reales pues son meras copias de los verdaderos recuerdos de Paul. Estos aparentes recuerdos y los recuerdos verdaderos o reales son dos subclases, según Parfit, de los que llama *cuasi-recuerdos*, que podríamos caracterizar como *recuerdos posibles*. Para sintetizar: el conjunto de los recuerdos posibles o cuasi-recuerdos incluye el conjunto de los recuerdos reales o verdaderos tanto como el conjunto de los recuerdos aparentes o pseudo-recuerdos o recuerdos copiados.

¿Pero acaso la memoria implica identidad? Si sólo pudiéramos recordar nuestras propias experiencias -reales, vividas-, entonces sería más fácil asentir. Pero si concebimos algo como estos *cuasi-recuerdos*, la cuestión se complica. ¿si no hay continuidad no hay identidad?

Parfit pretende mostrar que si la *supervivencia* presupone a la identidad personal, entonces caemos en paradojas: resulta absurdo pretender mantener mi identidad —esto es, ser *una persona*— si soy *dos personas*. Recordemos que según Parfit la identidad es necesariamente una relación *de uno a uno*: se es idéntico o no se es. Sin embargo, sería posible conservar la idea de *continuidad psicológica* aunque ya no en una relación de uno a uno —pretendida por Locke para la identidad personal— sino en otro sentido, en una relación de *grados*. Sería *concebible* aceptar que puede existir algún tipo de *supervivencia* sin necesidad de admitir algo como la identidad personal. Pero tenemos así un nuevo problema: saber en qué consiste la supervivencia, de la cual sólo sabemos que no es de *uno a uno* sino *de grados*. Parfit dice que sobrevivir *de alguna manera* es posible porque es imaginable o concebible.¹²⁵

Por otra parte, que alguien siga persistiendo como un recuerdo cuando muere es algo incuestionable y pelear por defender la idea de cierto tipo de *supervivencia* en el sentido de un recuerdo en la memoria de quienes conocieron a determinada persona parece demasiado trivial. No puede ser ésta la idea de Parfit. Entonces ¿qué tipo de supervivencia alude Parfit?

Los *puzzling cases* y la identidad personal

Ya hemos hablado de la abundancia de *puzzling cases* en el campo de la bioética. Veremos, para finalizar, la utilidad y las limitaciones y que este recurso presenta.

Habíamos finalizado el capítulo anterior señalando las aporías a las que conduce la llamada *tesis reduccionista*, tal el nombre otorgado por Ricoeur a la versión de la identidad personal presentada por Locke y sus continuadores¹²⁶. Y también habíamos dicho que lo que tal tesis reducía era precisamente la dimensión corporal de la persona.

¹²⁵ Ya se ha cuestionado en el capítulo anterior esta idea de Parfit acerca de que sobrevivir es lo que importa.

¹²⁶ Recordemos que Locke identificaba la *persona* con la conciencia como la entidad a la cual se podían adjudicar las acciones y su mérito y era, como tal, entidad portadora de *responsabilidad*. También habíamos dicho que a esta

Ricoeur da un paso más en este sentido y afirma que los *casos enigmáticos* reducen la persona humana a su solo cerebro –entendiendo aquí el cerebro como despojado de toda vinculación con el cuerpo, confinado a sola conciencia que es, en última instancia, la memoria. El punto de partida para tamaña aventura no es tanto la técnica disponible como la técnica *concebible*. (Ricoeur, 1996: 150)

¿Pero acaso podemos considerar la propia condición corporal y terrestre como una simple variable y, como tal, contingente, aleatoria? ¿Es posible superar el invariante existencial de la corporeidad y de la mundanidad de las variaciones imaginarias según presentan los *puzzling cases*? ¿Es posible considerar a la persona humana como un ser que no necesariamente habita en la Tierra? Después de todo, el planeta no representa más que “el nombre mítico de nuestro anclaje corporal en el mundo.” (Ricoeur, 1996: 150)

En un mundo tecnológicamente posible, el cerebro en su calidad de sustituto de la persona humana se pone como representación del ser humano en cuanto manipulable. Macabros cirujanos manipulan el cerebro humano valiéndose de la tecnología imaginable. ¿qué violan estas manipulaciones imaginarias? “Las manipulaciones cerebrales atentan contra la identidad personal y, por tanto, violan un derecho, el de la persona en su integridad física.” (Ricoeur, 1996: 151)

“soñemos, pues, con Parfit. Pero deseemos sólo que los cirujanos-manipuladores de estos sueños no tengan nunca los medios ni, sobre todo, el derecho de hacer lo que sigue siendo perfectamente lícito imaginar.” (Ricoeur, 1996: 151)

Por lo expuesto hasta aquí, podemos señalar la principal utilidad de estos relatos insuficientes para dar cuenta de la corporalidad del ser humano: exhiben la versión *reduccionista* de la identidad personal y por ello ponen de manifiesto la problemática¹²⁷ de la identidad personal entendida en estos términos. Esta tesis y el recurso de los *puzzling cases* resultan problemáticos porque reducen la persona humana a sus solas funciones cerebrales. Pero ¿por qué *mi* cuerpo es necesariamente constitutivo de *mi* persona? Para poder responder a este interrogante primero tenemos que presentar otra versión de la identidad personal: una versión *narrativista* que salve los obstáculos que se han apuntado aquí.

entidad se le podía atribuir felicidad y desdicha. (Locke, 1999: 266) Dentro de estos términos podríamos enmarcar la versión que en el próximo capítulo denominaremos *causalista* de la identidad personal, a la cual le opondremos una versión *narrativista* a partir de la lectura de Paul Ricoeur.

¹²⁷ Por eso conduce a aporías.

IX. La identidad narrativa: dialéctica entre *mismidad* e *ipseidad*

“y en cuanto a creer en las cosas, las creo todas, con tal que sean enteramente increíbles.”

Oscar Wilde, *El retrato de Dorian Gray*

En el capítulo anterior habíamos expuesto cierta versión de la identidad personal —que habíamos denominado *tésis reduccionista*— y que conducía a aporías. Mostraremos ahora por qué esta versión de la identidad personal puede ser también entendida la identidad personal como *causal*. Nuestro propósito es ver que sólo es posible salvar estas aporías recurriendo una versión diferente de la identidad personal, esto es, desde una concepción *narrativista*.¹²⁸ Recurriremos para ello fundamentalmente a dos textos de Paul Ricoeur (1990, 1996).

El ser humano es un ser temporal. La vida humana transcurre a través del tiempo, enlazando acontecimientos que también son temporales. La identidad personal entendida causalmente, según veremos, no puede dar cuenta de este aspecto esencial de la identidad; pero sí, en cambio, una versión narrativa tal como proponemos a continuación, pues en la narración la temporalidad se pone de manifiesto en la trama de la acción narrada.

Ahora bien, habíamos presentado varios problemas éticos y de política sanitaria en torno del alcoholismo, problemas que no hemos resuelto —o hemos resuelto parcialmente— por falta de elementos. Nos preguntábamos con Locke, para comenzar, si el ebrio era la *misma persona* cuando estaba sobrio.¹²⁹ Si la identidad de la persona está sostenida por la continuidad de la memoria de una persona, y si se ha producido una ruptura en esta continuidad en el caso del ebrio, entonces resulta difícil sostener que es *la misma persona* una vez sobria. Pero entonces, ¿en qué sentido el ebrio es *otro* cuando sobrio? ¿En qué sentido podemos decir que es *el mismo*? Todas aquellas cuestiones señaladas e irresueltas desde la identidad entendida causalmente, serán reconsideradas más adelante a la luz de la identidad narrativa. Por otra parte, y de acuerdo con las bases que ha sentado la teoría hermenéutica —dentro de la cual circunscribimos a Ricoeur— toda comprensión de sí es una interpretación. En este sentido, la narración debe de ser considerada como una mediación privilegiada por cuanto da cuenta de la comprensión de sí.

A propósito de la identidad de una persona o de una comunidad, afirma Ricoeur que las vidas humanas son accesibles mediante su lectura cuando se interpretan en función de las historias que podemos contar a propósito de ellas. Tales historias de vida se vuelven inteligibles al aplicárseles modelos narrativos, esto es, *tramas*, que se pueden tomar no solamente de una historia propiamente dicha, sino también de la ficción —como en un drama o una novela. La trama permitiría comprender la acción del personaje que la realiza. Esta perspectiva quizás brinde respuestas a las preguntas que nos venimos planteando.

¹²⁸ Cualquier intento de salvar el problema de la identidad personal entendida causalmente está condenado al fracaso justamente por ignorar la *dimensión narrativa* que envuelve la identidad personal.

¹²⁹ Además, si la identidad personal es entendida causalmente, entonces el alcoholismo se reduce a una simple intoxicación resultante de la ingestión de cierto químico y no habría objeciones para aplicar cualquier tratamiento farmacológico más que, a lo sumo, su eficacia. En cambio, si la identidad personal se entiende narrativamente, ni el diagnóstico ni el tratamiento resultan cuestiones tan simples.

La etapa epistemológica de la individualización

De acuerdo con Ricoeur, la marcha en busca de la comprensión de la identidad personal atraviesa tres etapas: una primera, epistemológica; una segunda, pragmática; y la tercera, ética. La primera etapa enfoca "el problema del individuo *cualquiera* en su relación con la especie en el sentido lógico del término." (Ricoeur, 1990: 68, subr. del autor)

El planteo que aquí proponemos coincide aproximadamente con el *principio individuationis* de Locke, según se ha mostrado en el capítulo dedicado a la identidad personal. El individuo humano, como cualquier individuo de cualquier especie, se distingue de los otros individuos de la especie del mismo modo como Aristóteles se distingue de los demás filósofos y como este papel en blanco se distingue de cualquier otro papel en blanco.

Identificar, dirá Ricoeur, significa, primariamente, identificar *algo*. (Ricoeur, 1996: 1) Las personas son cuerpos y en tanto que cuerpos, son *identificables*, es decir, alguien puede señalarlos. Por tal razón, se pueden identificar, en primer lugar, los *cuerpos físicos*. En este sentido, *identificar* significa *individualizar*. El proceso de individualización es el opuesto al proceso de abstracción y clasificación porque mientras ésta elimina las singularidades en provecho del concepto, aquélla realiza la operación inversa.

La pragmática y la identificación

Ahora bien, un cuerpo no tiene que ser necesariamente una persona: esto es evidente. Pero una persona ¿es sólo un cuerpo? ¿Se pueden distinguir las personas de los cuerpos? ¿Pueden existir personas sin cuerpo? Para avanzar en nuestra investigación se requiere del paso a la segunda etapa: la pragmática.¹³⁰

De acuerdo con la *Real Academia* (2001), la primera persona *designa* en el discurso a *quien habla*. La segunda persona es *aquella a quien se dirige* el discurso. Y la tercera persona es *la que media entre otras*. Esta distinción resulta conveniente a los efectos de nuestro ulterior tratamiento de la identidad narrativa dado que en una narración el personaje es siempre una persona —una *primera* persona, una *segunda* o una *tercera*.

Aquí proponemos entonces la distinción entre *designación* y *auto-designación*, siendo ésta una especie de *designación*. Cuando se habla de una persona se la *designa* y cuando la persona habla de sí se *auto-designa*. Así, los cuerpos físicos son sólo *designables*, mientras que las personas son *designables* a la vez que *auto-designables*. Un cuerpo es designable porque es identificable: lo designo como tal una vez que lo he identificado dentro de su clase. Pero una persona, además de ser *identificable* —y, por lo tanto, designable— es *re-identificable* —es decir, pasible de ser identificada como *la misma*—, lo cual le permite *auto-designarse* como sí misma, esto es, reconocerse a sí misma como sí misma.

Y dado que algunas personas son alcohólicas: ¿qué quiere decir *individualizar* o *designar* a una persona como alcohólica? ¿Qué significa *clasificar* a una persona dentro de la clase de los

¹³⁰ Ricoeur no niega la primacía que otorga en este análisis al lenguaje. (Ricoeur, 1990: 69)

alcohólicos? ¿Puede un alcohólico llegar a auto-designarse como *alcohólico* a sí mismo? ¿Podría ser acaso relevante el que un alcohólico, además de ser designado como tal por otros, pueda también *auto-designarse como alcohólico*? Más adelante retomaremos esta doble cuestión del alcohólico de cómo lo llaman –cómo es designado- y como se llama a sí mismo –cómo es auto-designado.

· Sin embargo, esta etapa todavía “no tiene en cuenta el tiempo ni las transformaciones que llevan tiempo”. (Ricoeur, 1990: 68)

La dimensión ética: la imputación

Recién en esta instancia se puede hablar de un sujeto de imputación y, como tal, sujeto responsable de sus acciones. Este punto nos resulta crucial para revisar la asignación de responsabilidad a un individuo alcohólico o alcoholizado. A continuación veremos cómo a partir de su actuación en una trama, el personaje –que es, en cada caso, una persona- se vuelve sujeto moral. El relato no puede resultar nunca éticamente neutro, sino que dada la acción de un personaje puesto en trama, “se revela como el primer *laboratorio del juicio moral*.” (Ricoeur, 1996: 138)

Narrar es una acción mediadora entre *describir* y *prescribir*. Para que la teoría narrativa sirva verdaderamente de mediación entre la descripción –tal como se presenta desde la etapa epistemológica del análisis de Ricoeur- y la prescripción –de esta dimensión, la ética-, es necesario que el campo práctico se amplíe y la estructura del acto de narrar implique consideraciones éticas. El relato, de acuerdo con la teoría narrativa, nunca puede resultar neutro; el relato literario es precisamente el *laboratorio* porque es el lugar “donde se ensayan estimaciones, valoraciones, juicio de aprobación o de condena” (Ricoeur, 1996: 109) Es en este sentido que la narrativa sirve de propedéutica para la ética.

Cuerpo, persona, conciencia

Partiendo de la distinción de las personas en tanto que cuerpos auto-designables y, por ende, respecto de los simples cuerpos designables, Ricoeur hace notar un aspecto que ha permanecido tradicionalmente oculto, a saber: su *ipseidad*. El cuerpo no es sólo un cuerpo, un mero cuerpo más entre el montón, sino que es en cada caso *mi* cuerpo -o *su* cuerpo o *tu* cuerpo. *Mi* cuerpo, además de ser algo mismo –como cualquier cuerpo en tanto que mero cuerpo-, es también y primordialmente *mi cuerpo propio*, que es como tal intransferible: “la posesión del cuerpo por alguien o por cada uno plantea el enigma de una propiedad no transferible, lo que contradice la habitual idea de propiedad.” (Ricoeur, 1996: 14) Denominamos *ipseidad* al carácter de intransferible implicado por el propio cuerpo.

Ahora bien, una persona puede recibir la asignación de predicados físicos y predicados psíquicos: “Es la misma cosa la que pesa sesenta kilos y la que tiene tal o cual pensamiento.” (Ricoeur, 1996: 13) Notemos la relación estrecha entre posesión e *ipseidad*. *Mi* cuerpo indica una especial forma de posesión, distinta de la posesión de algo, una cosa transferible -en la cual no es posible hablar de *ipseidad*. *Mi* cuerpo y el hecho de ser *intransferible* dan cuenta de

este aspecto que Ricoeur denomina *ipseidad*. Por tal razón, la persona no puede ser considerada una conciencia pura a la que se le agrega un cuerpo como algo accesorio. La persona es una conciencia a la vez que es un cuerpo. Son ambas dimensiones co-extensivas, auto-referentes y auto-inclusivas. Ahora bien, también digamos que *persona* es una entidad pública, mientras que *conciencia* es una entidad privada¹³¹

Debemos entonces afirmar que el criterio corporal no es ajeno a la problemática de la *ipseidad*, dado el testimonio que constituye la pertenencia de mi cuerpo a mí mismo y que expresa la irreductibilidad de la *ipseidad* a la *mismidad*. Por mucho que se asemeje un cuerpo a sí mismo, no es su *ipseidad* la que constituye su *mismidad* “sino su pertenencia a alguien capaz de designarse a sí mismo como el que tiene su cuerpo.” (Ricoeur, 1996: 125) El cuerpo, afirma Ricoeur, es un componente esencial de la calidad de *mío*. Y si bien es algo diferente de muchas partes del cuerpo, el cerebro resulta ser también una parte de ese cuerpo en cuanto experiencia íntegra. El cerebro es en cada caso *mi* cerebro tanto como el cuerpo es en cada caso *mi* cuerpo.

Para finalizar, resumimos este punto de la siguiente manera: la persona está constituida por una mente a la vez que está constituida por un cuerpo. Por tal razón, a la persona se le pueden adjudicar tanto predicados *mentales* y una *conciencia* que los unifica, como predicados *físicos*. La conciencia puede ser tanto una *primera* persona, como una *segunda* o una *tercera*. Y justamente porque se le pueden asignar predicados psíquicos, la persona resulta ser un *sujeto lógico*. Pero además *mi* cuerpo es *un* cuerpo, esto es, una cosa material.

Tiempo y narración

Para hacer comprensible esta cuestión de la identidad personal entendida narrativamente debemos distinguir con Ricoeur el doble aspecto que articula *dialécticamente* la identidad de una persona: un aspecto de *mismidad* —del latín *idem*—, que indica sentido de lo mismo como lo idéntico, vinculación, síntesis, com-posición, unidad. Y un aspecto de *ipseidad* —del latín *ipse*—, que señala la *temporalidad propia del sí*, el juego de pertenencia mutua y de mutua transpropiación entre el hombre y el ser.

La dialéctica entre *mismidad* e *ipseidad* no se puede encuadrar dentro de la sola dimensión *causal*, sino que debemos circunscribirla dentro del *acontecimiento*¹³²: Algo simplemente *ocurre* cuando *sucede a* y luego *sucede b*. Un acontecimiento, en cambio, subvierte el efecto de la contingencia y se vuelve necesario dada la imposibilidad de que sea de otra manera. El tiempo del suceso es el simple tiempo mecánico y cuantificable, un tiempo *vacío*, al decir de Gadamer (1977). El tiempo del acontecimiento, en cambio, es el tiempo de la *fiesta*, un tiempo *lleno*. El tiempo del relato —en tanto que narra acontecimientos— es el tiempo de la fiesta, cuyo opuesto extremo es el aburrimiento.

La identidad personal de acuerdo con la versión reduccionista de Locke y sus continuadores es para Ricoeur sólo un aspecto —*abstracto*, podríamos decir— de la identidad personal, que debe entenderse siempre narrativamente y que consiste genuinamente en una

¹³¹ Este planteo no dista tanto del de Locke: *persona* es un término forense, pero sólo Dios puede acceder al conocimiento de la conciencia de una persona. Se juzga a la persona de acuerdo con su *performance* pública.

¹³² “El *Ereignis* [acontecimiento] une al hombre y al ser en su esencial dimensión mutua.” (Heidegger, 1998: 91)

dialéctica entre *mismidad* y la *ipseidad*. La dialéctica de la identidad articula, o mejor, expresa la temporalidad propia del ser del hombre.

El único camino para superar estos escollos es entender la identidad personal *narrativamente*. En este sentido, la identidad se constituye como *conexión de vida o historia de una vida o unidad narrativa de una vida*¹³³, que no es lo mismo que la *vida continuada* de Locke. La persona resulta así un *personaje* en tanto que protagonista de la trama de un relato; y un relato requiere de cierto *tiempo* para ser contado, puesto que la trama se desenvuelve también a lo largo de un tiempo.

Identidad personal e identidad narrativa

Habíamos dicho que tras su examen de las teorías de la identidad personal que ignoran la distinción entre *idem-ipse*¹³⁴, Ricoeur afirma que sólo la *narratividad* ofrece recursos para resolver las paradojas de la identidad personal. Según Locke, la identidad personal descansa en la memoria y por lo tanto es esto lo que lleva a la inconsistencia y la inverosimilitud.

Por otra parte, tal como hemos mostrado en el capítulo de las aporías, la identidad se establece por comparación¹³⁵. En Ricoeur, es la *mismidad* consigo mismo la que se concibe por comparación —de algo consigo mismo— mientras que la *ipseidad* queda establecida por cierta permanencia a través del tiempo. Ahora bien, ¿es posible establecer algún criterio para la identidad? ¿Cuál de los siguientes criterios resulta más propicio para establecer la identidad de una persona: el psíquico —o mental— o el corporal? ¿Podríamos —o acaso deberíamos— distinguir la identidad psíquica de la identidad corporal? La identidad personal, ¿puede ser reducida a alguna de estas dos?

La pretensión de equiparar la identidad a la memoria como forma de descartar el criterio corporal es absurda, pues la expresión de la memoria resulta también un fenómeno corporal. Recordemos el argumento del envoltorio del chocolate: no podemos saber qué tipo de chocolate puede haber dentro de determinado envoltorio sólo por su envoltorio. Esta crítica es débil porque supone que existe algo como un envoltorio —metáfora del cuerpo humano— y que envuelve otro: el chocolate —metáfora del cerebro. Sin embargo, Ricoeur no pretende “dar a entender que el criterio psicológico tendría una afinidad privilegiada para la ipseidad y el criterio corporal para la mismidad.” (Locke, 1999: 123) ¿Pero qué es lo que nos obliga a optar por uno de los dos criterios?

Alternativa de la tesis *reduccionista*

Cuando presentábamos a Derek Parfit afirmábamos que, al igual que Locke, entendía la identidad en términos de *mismidad*. La intención de Parfit de excluir la distinción entre *mismidad* e *ipseidad* era expresa y evocaba las conclusiones escépticas de Hume, pues quizás

¹³³ Conceptos tomados de Dilthey (Ricoeur, 1996: 139) y de MacIntyre (Ricoeur, 1996: 159).

¹³⁴ La tradición anglosajona y analítica encabezadas por Locke y Hume.

¹³⁵ En este punto parece haber cierta coincidencia: ya hemos mostrado la posición de Locke y de Heidegger y ahora pasamos a Ricoeur.

haya buscado también como éste algo imposible de encontrar, esto es, un concepto de identidad personal definida en términos de *mismidad* que resultara un estatuto firme.

La denominada *tesis reduccionista* pone de manifiesto que “la identidad a través del tiempo se reduce al hecho de cierto encadenamiento –*connectedness*– entre acontecimientos” (Ricoeur, 1996: 127)

Estos acontecimientos bien pueden entenderse como físicos o psíquicos. Un *acontecimiento*¹³⁶ es definido aquí como “cualquier circunstancia susceptible de ser descrita *sin* que se afirme explícitamente que las experiencias que componen una vida personal son posesión de esa persona, sin que se afirme que esa persona existe.” (*Ibid.*)

Ahora bien, un *acontecimiento* se puede entender según dos modelos identitarios diferentes: según el modelo *causal* que entiende el acontecimiento como una simple *ocurrencia*, y según el modelo *narrativo* –*acontecimiento* en el sentido heideggeriano¹³⁷: “el acontecimiento narrativo es definido por su relación con la operación misma de configuración; participa de la estructura inestable de concordancia discordante característica de la propia trama; es fuente de discordancia en tanto que surge, y fuente de concordancia en tanto que hace avanzar la historia.” (Ricoeur, 1996: 140)

De acuerdo con la *tesis reduccionista*, una persona puede ser considerada como existente en virtud de la existencia de su cerebro y de la ocurrencia de ciertos acontecimientos físicos y mentales que se unen entre sí. Lo que excluye la *tesis reduccionista* es justamente el propio cuerpo, el hecho de que alguien sea el poseedor de su cuerpo y su vivencia corporal, elidiendo así la *calidad de mío* que cada persona tiene ineludiblemente. Ahora bien, y dada la *tesis reduccionista*, ¿a qué podríamos llamar *tesis no reduccionista*?

Trama, acontecimiento y necesidad narrativa

La identidad narrativa revela su naturaleza plena en la dialéctica entre la *ipseidad* y de la *mismidad* presentando un modelo de conexión entre acontecimientos constituido por la *trama* narrativa que “permite integrar en la permanencia en el tiempo lo que parece ser su contrario bajo el régimen de la identidad-mismidad, a saber, la diversidad, la variabilidad, la discontinuidad, la inestabilidad. (...) La noción de construcción de la trama, trasladada de la acción a los personajes del relato, engendra la dialéctica del personaje que expresa una dialéctica de la mismidad y de la ipseidad.” (Ricoeur, 1996: 139)

Se trata entonces de ver en qué consiste este doble aspecto de concordancia y discordancia de la identidad personal entendida como dialéctica *idem-ipse*. La trama narrativa resulta mediadora entre la diversidad de acontecimientos y la unidad temporal de la historia narrada; entre los componentes inconexos de la acción, intenciones, causas y casualidades y el encadenamiento de la historia; y entre la pura sucesión y la unidad de la forma temporal.

¹³⁶ Debe de notarse que el uso del término *acontecimiento* por parte del traductor de Ricoeur difiere de otros como el de Heidegger, por ejemplo, aproximándose a lo que preferimos llamar *ocurrencia*.

¹³⁷ Según apuntábamos unas páginas antes, a propósito del tiempo del relato.

Notamos cierta oposición¹³⁸ entre la dispersión episódica del relato y el poder de unificación que despliega el acto configurador que es la *poiésis* misma. La teoría narrativa entiende la identidad personal *narrativamente* porque entiende a la persona como personaje que se construye en unión con la identidad de la trama. La identidad en el plano de la construcción de la trama presenta un doble aspecto: una exigencia de concordancia a la vez que una admisión de discordancias.¹³⁹

¿Cómo es posible articular concordancias y discordancias? Para ello Ricoeur recurre a los conceptos de *configuración narrativa* y *concordancia discordante*. La *configuración narrativa* no es otra cosa que el “arte de la composición que media entre concordancia y discordancia” (Ricoeur, 1996: 140), mientras que la *concordancia discordante* constituye una síntesis de lo heterogéneo, especie de principio unificador de las discordancias, dotándolas de un carácter de necesidad. La acción que efectúa la síntesis concordante-discordante permite que la contingencia del acontecimiento contribuya a la necesidad de la historia de una vida y es así que “el azar se cambia en destino” (Ricoeur, 1996: 147)

Es la trama –a través de este mencionado principio la que invierte el efecto de la contingencia que provocan las discordancias: “hubiera podido suceder de otro modo o no suceder en absoluto, incorporándolo, de alguna forma, al efecto de necesidad o de probabilidad, ejercido por el acto configurante.” (Ricoeur, 1996: 141)

“La inversión del efecto de contingencia en efecto de necesidad se produce en el corazón mismo del acontecimiento: en cuanto simple ocurrencia, este último se limita a frustrar las expectativas creadas por el curso anterior de los acontecimientos; es simplemente lo inesperado, lo sorprendente; sólo se convierte en parte integrante de la historia cuando es comprendido después, una vez transfigurado por la necesidad, de alguna forma indirecta, que procede de la totalidad temporal llevada a su término.” (Ricoeur, 1996: 141)

El efecto de sentido de la necesidad narrativa procede del acto configurador y transmuta la contingencia física en contingencia narrativa, implicada en la necesidad narrativa.

El relato y la acción: el personaje *puesto en trama*

La identidad narrativa es dinámica y permite articular categorías que Locke consideraba contrarias entre sí: la *identidad* y la *diversidad*. El relato construye la identidad del personaje *puesto en trama*. Existe cierta relación entre la trama y el personaje, a saber, la trama es puesta al servicio del personaje¹⁴⁰: “Es la identidad de la historia la que hace la identidad del personaje.” (Ricoeur, 1996: 147)

¹³⁸ Cfr. el modelo trágico propuesto por Aristóteles en su *Poética*.

¹³⁹ Es lo que Aristóteles llama *disposición de los hechos* y que Ricoeur caracteriza como “los trastocamientos de fortuna que hacen de la trama una transformación regulada”. (Ricoeur, 1996: 139)

¹⁴⁰ Esto, según Ricoeur, conforma un *modelo antiaristotélico*, dado que en Aristóteles el personaje está sometido a la trama. (Ricoeur, 1996: 148)

Acción y personaje constituyen categorías narrativas. Pero en esta relación entre acción y personaje, es éste el que determina a aquélla: “Es *personaje* el que hace la acción en el relato.” (Ricoeur, 1996: 141) Pero ¿qué aporta el concepto de *personaje* a la comprensión de la identidad personal? ¿Por qué puede resultar pertinente considerar a una persona en tanto que personaje? A esto nos responde Ricoeur que el concepto de *personaje* permite comprender su identidad porque traslada sobre él la operación por la cual construye la trama que ha aplicado primero a la acción narrada.

Se dice que el personaje está *puesto en trama* cuando existe una correlación entre la historia narrada y el personaje. *Narrar* significa decir quién ha hecho algo, qué cosa ha hecho, por qué lo ha hecho y cómo lo ha hecho.

“es en la historia narrada, con sus caracteres de unidad, de articulación interna y de totalidad, conferidos por la operación de construcción de la trama, donde el personaje conserva, a lo largo de toda la historia, una identidad correlativa a la de la historia misma.” (Ricoeur, 1996: 142)

Decíamos que podíamos atribuir tantos predicados psíquicos como físicos, “Pero es en el relato donde se recompone la atribución.” (Ricoeur, 1996: 146) Es decir, recién cuando alcanzamos la dimensión ética en nuestro análisis tomamos conciencia de que estas predicaciones no eran más que modos de hablar propios de la etapa pragmática.

El relato confiere una iniciativa al personaje y esta iniciativa puede comenzar una serie de acontecimientos imprevisibles –encuentros, accidentes, ¿alcoholismo? ¿situaciones que llevan al alcoholismo?– que amenazan la totalidad temporal propia de la trama y da al narrador “el poder de determinar el comienzo, el medio y el fin de la acción.” (Ricoeur, 1996: 146) Existe una coincidencia entre la iniciativa del personaje y el comienzo de la acción del mismo modo como existe cierta correlación entre *acción y personaje* del relato que corresponde a la dialéctica *interna* al personaje. La singularidad del personaje viene dada por la unidad de su vida considerada como una totalidad temporal singular. Esta totalidad temporal distingue al personaje de cualquier otro.

La identidad narrativa tiene función mediadora entre mismidad-ipseidad que resulta atestiguada esencialmente por las variaciones imaginativas del relato. La literatura es “un vasto laboratorio para experiencias de pensamiento en las que el relato pone a prueba los recursos de variación de la identidad narrativa.” (Ricoeur, 1996: 147-148) En la narración, el *personaje* es a la vez: identificable y re-identificable como el mismo –tal cual habíamos señalado respecto de la persona.

La teoría aristotélica de la imitación

En la teoría de la trama y del personaje, la transición de la adscripción de la acción a un agente que *puede* y su imputación a un agente que *debe* es descrita por Ricoeur como el paso de la etapa pragmática a la dimensión ética. Se vale para ello de algunos conceptos de la poética aristotélica.

Aristóteles concibe la tragedia como imitación de la *acción*: una disposición en el sistema de incidentes y de hechos para plegarse a la configuración narrativa. Según la versión de Ricoeur, Aristóteles entiende que la principal importancia de los elementos de la tragedia es la *disposición de los hechos* en sistema trágico. La tragedia es una representación –*mimesis*– no de los hombres sino especialmente de acción, de vida –*bion*– y de felicidad. Y nos recuerda que también la desgracia o mala fortuna reside en la acción. El objetivo –*telos*– al que apunta la trama es una acción –*praxis tis*– y no una cualidad –*ou poiotes*– y si bien los hombres tienen determinada cualidad en función de su carácter; es recién en función de sus acciones como pueden resultar afortunados o infelices. (*Poética*, VI, 1450 a 7)

Cuando me interpreto a mí mismo en los términos de un relato de vida me convierto en el *narrador* a la vez que soy el *personaje* del relato. En este sentido, podemos afirmar que los relatos literarios y las historias de vida son complementarios. El narrador es el autor de la narración y el personaje –esto es, la persona en tanto que personaje– es el autor de la propia vida. Esta equívocidad de la noción de *autor* pone de relieve la vinculación entre persona y narración.¹⁴¹ El tiempo de la narración propende a someterse a la autoría del personaje.¹⁴²

Ficciones

Para finalizar esta sección retomaremos la distinción que realiza Ricoeur entre dos tipos de ficciones: las narraciones *literarias*, que son variaciones imaginarias en torno a “la condición corporal vivida como mediación existencial entre sí y el mundo.” (Ricoeur, 1996: 149-150) y las narraciones *tecnológicas*, correspondientes a los *puzzling cases* descritos en el capítulo anterior.

En sus argumentaciones acerca de la identidad personal, la filosofía analítica recurre frecuentemente a la estrategia de los *puzzling cases* o variaciones imaginativas o casos indecibles, de los cuales hemos presentado algunos ejemplos ya clásicos. Los *puzzling cases* son “manipulaciones de alta tecnología ejercidas sobre el cerebro considerado como el equivalente de la persona” (Ricoeur, 1996: 133) que si bien no realizables técnicamente –¿todavía?– no son, sin embargo, inconcebibles desde el punto de vista lógico.

Tal como señala Ricoeur, las paradojas presentadas por Locke han sido transformadas en *puzzling cases* por sus continuadores para soslayar el “carácter eminentemente problemático de la identidad personal” (Ricoeur, 1996: 139)

La restricción que podemos establecer respecto de estos relatos es de otro orden y tiene que ver con el arraigo terrestre del hombre. Por las razones expuestas, los recursos de la ciencia-ficción resultan distintos de los recursos de la ficción literaria. Volvemos a la cuestión de los casos indecibles, pero esta vez provistos de nuevos elementos para su análisis.

Traemos a cuento aquí la conclusión a la que llega Parfit –dada la indecibilidad revelada en los *puzzling cases*– respecto de que el problema de la identidad personal es un

¹⁴¹ Ni el fin del relato son necesariamente el comienzo y el fin de los acontecimientos narrados.

¹⁴² Los relatos enseñan a articular narrativamente la retrospectión o pasado y la prospección o futuro.

problema vacío. Pero la identidad no es lo importante para Parfit¹⁴³ porque no necesita de tal concepto para resolver lo que le importa en realidad: el sí en su dimensión ética y qué tipo de entidades son las personas.

Sin embargo, Ricoeur ve las cosas de un modo diferente. Partiendo de su distinción entre identidad *idem* e identidad *ipse* podemos llegar a decir que las variaciones imaginativas de los *puzzling cases* son variaciones de la *mismidad*, pero la identidad personal no se resuelve en la *mismidad*: “En la medida en que el cuerpo propio es una dimensión del sí, las variaciones imaginativas *en torno a* la condición corporal son variaciones sobre el sí y su ipseidad.” (Ricoeur, 1996: 150)

Toda versión causalista de la identidad personal no es otra cosa que una reducción de la identidad entendida como mismidad despojada de su contraparte dialéctica, la ipseidad: “las variaciones imaginativas de la ciencia ficción [como los *puzzling cases*] son variaciones relativas a la mismidad, mientras que las de la ficción literaria son relativas a la ipseidad (...) en su relación dialéctica con la mismidad.” (Ricoeur, 1996: 151)

Sólo la dialéctica entre mismidad e ipseidad puede dar cuenta de la temporalidad propia de la persona. La propia condición corporal y terrestre no puede de ninguna manera ser una simple variable y, como tal, aleatoria. La acción *imitada*¹⁴⁴ en y por la ficción se halla necesariamente sometida a la restricción de la condición corporal y terrestre. Es preciso que el invariante existencial de la corporeidad y de la mundanidad de las variaciones imaginarias de la ficción literaria se considere *insuperable* en un plano ontológico.

Pero ¿qué es lo que violan las manipulaciones imaginarias sobre el cerebro? Nada menos que “la condición existencial de posibilidad para que existan reglas, leyes, es decir, en definitiva, preceptos dirigidos a la persona como actuante y sufriente” (Ricoeur, 1996: 151) La diferencia –dialéctica– entre el sí y el mismo es inviolable desde el plano de la corporeidad.

En los casos imaginarios no hay trama –en el sentido narrativo ya apuntado– y por tal razón no tienen relevancia ética¹⁴⁵. Presentamos el siguiente caso: la doble conciencia del Dr. Jekyll constituye inicialmente un caso imaginario en el sentido aquí presentado, pero es la trama narrada por Stevenson entre Jekyll y Hyde lo que constituye esta narración como “laboratorio para el juicio moral” (Ricoeur, 1996: 138 *et pass.*)

No interesa demasiado al lector si será alguna vez posible disociar mediante alguna sustancia química dos aspectos insolubles en el ser humano –el bien y el mal. Lo que importa es el dilema que se le presenta cuando debe optar cómo obrar, de acuerdo a qué convicciones, qué lo constituye genuinamente. En otras palabras, según se considere en qué consiste su identidad, así resultarán sus decisiones morales. Desde el análisis propuesto por Ricoeur, podríamos decir que los *puzzling cases* se estancan en la dimensión pragmática de la identidad, sin lograr traspasar la dimensión ética de las narraciones literarias.

Leemos en Ricoeur: “En la medida en que el cuerpo propio es una dimensión del sí, las variaciones imaginativas *en torno a* la condición corporal son variaciones sobre el sí y su

¹⁴³ El problema de Parfit no es la identidad sino la *racionalidad* de la elección ética planteada por la moral utilitarista predominante en el ámbito anglosajón. De ahí el título de su obra: *Reasons and persons*.

¹⁴⁴ En el sentido aristotélico, esto es, como acción narrativa o acción del personaje puesto en trama.

¹⁴⁵ Esto no significa que no tengan relevancia en absoluto.

ipseidad.” (Ricoeur, 1996: 150, subr. del autor) Las variaciones imaginativas de la ciencia-ficción y en los *puzzling cases* son variaciones de la *mismidad*, pero la identidad personal no se resuelve en la *mismidad*. En cambio, las variaciones de la ficción literaria son relativas a la ipseidad en su relación dialéctica con la mismidad. Y la identidad como *mismidad* no es más que el aspecto abstracto, según ya se ha dicho- de la identidad personal o humana¹⁴⁶. El rasgo de ipseidad de la corporeidad va más allá de los límites del propio cuerpo, cuya función mediadora lo extiende a la ipseidad del mundo en cuanto habitado corporalmente. De esta manera, la trama se desvela como sometida a la restricción de la condición corporal y terrestre.

Pero si las manipulaciones cerebrales atentan, según Ricoeur, contra la identidad personal violando así el derecho de la persona a su integridad física, ¿está entonces prohibido soñar? La idea de Ricoeur que “soñemos, pues, con Parfit. Pero deseemos sólo que los cirujanos-manipuladores de estos sueños no tengan nunca los medios ni, sobre todo, el derecho de hacer lo que sigue siendo perfectamente lícito imaginar.” (Ricoeur, 1996: 151)

¹⁴⁶ Identidad personal e identidad humana son aquí tomados expresamente como sinónimos, a diferencia del planteo lockeano.

X. Primer modelo narrativo: La Terapia Cognitiva Post-Racionalista

“Cuerpo psicológico, cuerpo inhibido, cuerpo neurotizado, espacio de la fantasía, espejo de la alteridad, espejo de la identidad, lugar del sujeto atrapado por su propia imagen y por su propio deseo”

Jean Baudrillard, *El otro por sí mismo*

A partir de aquí iniciamos el trayecto final del presente trabajo. Ya han sido proporcionados los elementos previos necesarios para este análisis: en los primeros capítulos, una aproximación a la problemática del alcoholismo; y luego algunos dedicados al estudio de la identidad. Ahora comenzamos con el primer modelo narrativo que habíamos propuesto en vistas a resolver los interrogantes que se han ido abriendo. Este modelo corresponde a la denominada *Terapia Cognitiva Post-Racionalista*. Este movimiento es resultante de una convergencia interdisciplinaria entre la cibernética, la epistemología evolutiva, las ciencias cognitivas y el neodarwinismo, principalmente. Y muestra como característica destacable cierta nueva colaboración entre las ciencias naturales –especialmente la biología– y las ciencias sociales –la psicología, la sociología, la antropología...

La escuela cognitiva ha recibido los aportes de etólogos y estudiosos neo-darwinistas, por una parte; y de la *teoría biológica del conocer*, de psicólogos como Jerome Bruner, Humberto Maturana, Vittorio Guidano o Alfredo Ruiz, por la otra. Todos ellos comparten la definición del conocimiento como un fenómeno biológico. La vida es, pues, conocimiento. Además, esto implica que el conocimiento, en principio, no sería exclusivo del hombre, sino de cualquier organismo –aun de un organismo unicelular.

Según Jerome Bruner (2004) y los representantes del post-racionalismo, nuestra cultura occidental está atravesando una época de cambio epistemológico.¹⁴⁷ La epistemología empirista que se había identificado con la ciencia misma, ha sufrido profundas modificaciones en el transcurso de este siglo y actualmente se cuestionan sus conceptos básicos acerca de que la nuestra es una realidad objetiva, que esta realidad contiene en sí misma el sentido de todas las cosas, que además es única y para todos igual y que existe independientemente de nuestra percepción. El conocimiento, según esta perspectiva, no sería más que una representación de esta realidad y el único modo de ver si este conocimiento es verdadero sería mediante la verificación de correspondencia entre el orden externo y este conocimiento en tanto que representación de ese orden. (Ruiz, 1996-2001e)

Los teóricos post-racionalistas proponen otra concepción del conocimiento, según veremos a continuación. Esta concepción tiene muchos puntos en común con el narrativismo ricoeuriano que venimos presentado y son los que permiten replantear –si no solucionar– los problemas éticos y de política sanitaria que han sido indicados en la primera parte.

¹⁴⁷ Cfr. J. Bruner, quien señala el alejamiento de las Ciencias Sociales respecto de la postura positivista tradicional a partir de mediados de 1970 –tras el furor chomskiano– junto con su acercamiento a una postura más interpretativa: “Los psicoanalistas, siguiendo la dirección iniciada por George Klein, comenzaron a preguntarse si el objeto de análisis no residía tanto en reconstruir arqueológicamente una vida como en ayudar al paciente a construir una narración más libre de contradicciones y más generativa de su vida.” (Bruner, 2004: 20-21)

Epistemología evolutiva

Podemos considerar este tipo de enfoques como perteneciente a la denominada *epistemología evolutiva*, tendencia que surge después de la segunda guerra mundial y que es definida como el estudio de los procesos que establecen el tipo de relación existente entre el conocimiento y el medio externo –la realidad externa en la cual el organismo vive. El conocimiento es un fenómeno biológico, perteneciente como tal al ámbito de las ciencias naturales y sirve al organismo para adaptarse, para sobrevivir. Ahora bien, ningún organismo está interesado en saber si su conocimiento es lo que podemos llamar un *conocimiento verdadero*: el interés del organismo está centrado en su *supervivencia*.¹⁴⁸

Estos teóricos han observado en los primates una complejidad bastante parecida a la que podemos encontrar en los seres humanos: se observa en ellos una inmadurez del infante bastante más prolongada que la de otros mamíferos y la formación de vínculos afectivos no se encuentra al solo servicio de la protección física, sino que es funcional a la organización de ese ser, de esa vida, en última instancia, hace referencia a su *identidad*.

En la organización del organismo, que es estructural en relación con su desarrollo, no sólo resulta significativo el vínculo afectivo parental, sino también el vínculo afectivo entre pares. Ahora bien, si todo conocimiento es intersubjetivo entonces cualquier primate puede alcanzar un sentido de sí mismo en relación con la percepción que tiene de los otros. Por eso, para la supervivencia de un joven primate es importante encontrar un vínculo afectivo con la madre; si no lo logra, es marginado y no obtendrá un rango social. El espacio se vuelve perceptible y evaluable en relación con el acercamiento o la lejanía de los vínculos afectivos. Los procesos de vinculación afectiva, pues, no pueden ser vistos como simples medios para mantener la proximidad y el contacto con una figura de referencia afectiva durante el desarrollo, sino que se vuelve el *sistema autorreferencial* por excelencia para el desarrollo de la *identidad personal*. (Ruiz, 1996-2001a)

Dos modalidades de pensamiento

En su búsqueda por resolver problemas teóricos con respecto al funcionamiento de la mente humana, Jerome Bruner, maestro teórico del movimiento narrativo en psicología, propone dos maneras diferentes de conocer: la *modalidad paradigmática o lógico-científica* y la *modalidad narrativa*. Esta última coincide en sus principales lineamientos con la perspectiva narrativa de Ricoeur.¹⁴⁹

Son estas dos modalidades de funcionamiento cognitivo y cada una de ellas nos proporciona modos característicos de construir la realidad, de ordenar la experiencia. Estas

¹⁴⁸ Este cambio de paradigma subvierte también los términos *observador-observado*. En la postura realista –tanto empirista como racionalista– la realidad se entiende como una entidad organizada en sí misma y el observador sólo debe mirarla *tal cual es*. El observador no es más que un testigo privilegiado, pero su observación es neutra. En cambio, si enfrentamos una realidad que es *multiprocesal* –esto es, una red de procesos– y que además es *multidireccional* –en el sentido de apuntar a diversos sentidos– entonces la observación del sujeto no puede ser neutra. Lo que percibimos del mundo es precisamente lo que nuestra percepción permite. Es imposible percibir aquello que queda fuera de nuestra humana percepción. (Ruiz, 1996-2001a)

¹⁴⁹ De hecho, Ricoeur es citado explícitamente por Bruner, 2004: 25 *et. pass.*

modalidades son autónomas en sus principios funcionales, en sus criterios de corrección y en sus procedimientos de verificación. Además son irreductibles la una a la otra: “Los intentos de reducir una modalidad a la otra o de ignorar una a expensas de la otra hacen perder inevitablemente la rica diversidad que encierra el pensamiento.” (Bruner, 2004: 23) Veamos sus diferencias:

Cada modalidad tiene su técnica para convencer a otro: la *paradigmática o lógico-científica* recurre a un argumento bien construido; mientras que la *narrativa* recurre a la construcción de un buen relato. En aquella, los argumentos convencen acerca de su verdad. En ésta, los relatos convencen por su semejanza con la vida. (Bruner, 2004: 23)

En la *modalidad paradigmática o lógico-científica* se puede efectuar una verificación a través de procedimientos que permiten establecer una prueba formal empírica. En la *modalidad narrativa* no se establece la verdad, sino la verosimilitud¹⁵⁰. La primera busca verdades universales y se ocupa de causas generales; en tanto que la segunda busca conexiones probables –aunque particulares- entre sucesos. (Bruner, 2004: 23-24)

La *modalidad lógico-científica* responde al ideal matemático-formal de descripción y aplicación, emplea la categorización o conceptualización y refiere a entidades observables. En cambio, en la *modalidad narrativa*, el autor busca crear un efecto dramático recreando la realidad más allá del conocimiento de quienes intervienen en la historia. En aquella, las operaciones por las cuales se establecen sus categorías se representan, se idealizan y se relacionan entre sí en vistas a constituir un sistema. En un relato, en cambio, se construyen dos panoramas simultáneos: el de la acción –agente, intención o meta, situación, instrumento- y el de la conciencia –los que saben, piensan o sienten, o dejan de saber, de pensar o sentir, etc. (Bruner, 2004: 24-25)

Entre las conectivas de la *modalidad paradigmática* figuran como elementos formales la conjunción, la disyunción, la hiperonimia, la hiponimia, la implicación y aquellos mecanismos mediante los cuales es posible extraer proposiciones generales. Pero en la *narrativa*, si bien un relato debe ajustarse a las reglas de coherencia lógica para lograr la verosimilitud, puede transgredir esa coherencia para establecer la trama. (Bruner, 2004: 25-26)

La *modalidad lógico-científica* utiliza procedimientos para asegurar la verificación referencial y para verificar la verdad empírica; su lenguaje requiere de *coherencia* y *no contradicción*, y sus enunciados básicos pertenecen a la serie de *mundos posibles* y refieren a entidades observables. En tanto que el relato no exige verificabilidad y se ocupa de las intenciones, de las acciones humanas, de sus vicisitudes y consecuencias. Aquella intenta trascender lo particular buscando niveles cada vez más altos de abstracción. Ésta sitúa la experiencia en el tiempo y el espacio, ubicando sus milagros atemporales en los sucesos de la experiencia. (Bruner, 2004: 26-27)

La *modalidad paradigmática* es dirigida por hipótesis de principios, pues ha desarrollado poderosos mecanismos auxiliares: la lógica, la matemática, las ciencias, los aparatos automáticos. Está desprovista de sentimientos. Elimina historias cuando puede reemplazarlas por alguna causa. En la *modalidad narrativa*, como contrapartida, la aplicación de la *imaginación* – o *intuición*- paradigmática provee de teorías sólidas, análisis precisos, pruebas lógicas,

¹⁵⁰ Cfr. el criterio narrativo aristotélico: “Lo imposible verosímil se ha de preferir a lo posible inverosímil.” (Aristóteles, *Poética* 1460a)

argumentaciones firmes, hipótesis razonadas. Es la capacidad de ver conexiones formales posibles antes de ser formalmente probadas. A diferencia de la aplicación de la *imaginación* narrativa, que produce buenos relatos, obras dramáticas interesantes, crónicas históricas *verosímiles* –no necesariamente *verdaderas*. (Bruner, 2004: 25-27)

Este planteo de Bruner nos resulta interesante para nuestra formulación acerca de la identidad de una persona. Así, podemos preguntarnos cuáles son las diferencias notables de la identidad personal explicada en términos paradigmáticos respecto de la identidad personal entendida narrativamente.

Además este planteo no es exclusivo de Bruner, sino que, tal como describe Alfredo Ruiz, existe en la actualidad todo un movimiento –las llamadas *Ciencias de la complejidad*– que ha emergido como resultante de la síntesis de algunas disciplinas tradicionales –biología, física, etc.– y que postula la existencia de *sistemas complejos* –i. e., seres vivos, pero también sistemas sociales– organismos que no son meramente *pasivos* y que no responden *objetivamente* a un orden externo dado. (Ruiz, 1996-2001e)

A continuación veremos algunos conceptos importantes de esta nueva postura, en relación, obviamente, con la cuestión que nos interesa: la identidad personal. Ensayaremos cierta vinculación con el alcoholismo, si bien no está tematizado particularmente en la *terapia cognitiva post-racionalista*, se encuentra incluido dentro de la problemática general de las enfermedades mentales.

Adaptación, auto-organización y conocimiento

Si estos neodarwinistas están en lo cierto, entre los primates es posible reconocer – como no se observa en otros animales– una *realidad intersubjetiva*: la realidad física es sustituida por una *realidad interpersonal*. Este tipo de realidad es una condición en la cual uno puede conocerse e individualizarse solamente y plenamente en relación con los otros. Cada miembro del grupo se conoce a sí mismo en relación con la realidad que lo circunda y en interacción con los demás. En los primates, entonces, y entre ellos incluido evidente y fundamentalmente el hombre, el conocimiento resulta siempre interactivo, interaccional, permitiendo así la *configuración de un principio de identidad*.

La *adaptación* debe entenderse como un *proceso* en el cual el organismo transforma las presiones ambientales externas en un orden interno. Veamos lo que encierra el concepto mismo de *experiencia*:

“lo que serían las presiones ambientales o perturbaciones ambientales casuales pueden llegar a ser significativas para el organismo, ya que entran a formar parte de su mundo de significados, de su mundo de consistencia interna, de un mundo que no existía antes y que, por sobre todo no existe independiente del organismo.” (Ruiz, 1996-2001a)

Ahora bien, el conocimiento es entendido como un proceso de auto-organización que no puede ser indiferente al ambiente externo en el cual se desarrolla. Cabe acotar, además, que

el conocimiento se organiza en función de las exigencias del organismo y no en función de las exigencias del orden externo. Pero ya hemos dicho que no sólo los seres humanos se organizan, sino todos los organismos. La perspectiva empirista ve el organismo como mucho más pasivo frente al ambiente externo. En cambio, desde esta óptica, el organismo es mucho más activo frente a los estímulos: no sólo les responde, sino que los transforma según sus propias exigencias. Ruiz nos proporciona la siguiente definición: “el conocimiento es la forma como el organismo transforma y modifica el ambiente para encontrar su adaptación.” (Ruiz, 1996-2001a)

En otras palabras, *adaptarse* significa transformar el ambiente en sí mismo: el organismo siempre se está auto-organizando y su conocimiento es el modo como transforma el ambiente externo de manera que se vuelva semejante a sí mismo. Si no existe una realidad externa a nosotros y única para todos es porque la realidad externa está conformada por una red de procesos que ocurren simultáneamente y que son distribuidos por varios niveles de articulación e interacción. La realidad es un *fluir*, y también es multidireccional porque es algo que ocurre simultáneamente en muchas direcciones como *asimismo* en diferentes niveles de articulación, con la característica de que ningún nivel puede ser reducido a otro, porque todos los niveles son autónomos.

Si la realidad es multiprocesal entonces no es posible tener nunca en la vida una visión de sí mismo que sea exhaustiva: cada visión se enfocará siempre desde un solo punto de vista el cual no puede ser reducido a otro. Ahora bien, es el lenguaje el que debe expresar la experiencia de la vida. El lenguaje permite distinguir dos dimensiones en la experiencia de lo humano: una dimensión es la *experiencia inmediata*, la experiencia de la vivencia, el sentirnos vivos. Esto es algo que simplemente nos ocurre, algo que no podemos decidir; y otra dimensión es la *explicación*. Cada ser humano tiene la posibilidad de explicarse, de referirse a sí mismo su experiencia de vida, su experiencia inmediata a través del lenguaje. Sólo el lenguaje permite la existencia de categorías como *verdadero o falso, justo o injusto, bueno o malo, bello o feo*, etc.

Los procesos del *self*

Veamos cómo se entiende la identidad personal desde esta perspectiva neodarwinista. Existe, según el psicoterapeuta y teórico italiano Vittorio Guidano una relación de continuidad y discontinuidad en el sentido del *self* o *sí mismo* que regula esta relación y produce discontinuidades significativas en el ciclo de vida individual. Estas discontinuidades tienen una importancia psicopatológica y requieren, por lo tanto, de una intervención terapéutica. Es necesario diferenciar cuáles son las discontinuidades de mayor importancia clínica, de los denominados psicopatológicamente *estados disociativos*. ¿Pertenece acaso el alcoholismo a este ámbito?

Guidano considera al *self* como un sistema unitario, si bien también como un proceso. Este proceso se va desarrollando, va aconteciendo, y el hecho de acontecer en su desarrollo es su elemento esencial: “Es en su desarrollo que mantiene su coherencia.” (Guidano, 1996-2001a) El *self* es, pues, un sistema que se autoorganiza en forma continuada junto con el medio que cambia junto con él. Cada cambio se va subordinando para mantener su identidad como

sistema. Por lo tanto, la relación entre continuidad y discontinuidad es ante todo una relación *dialéctica*, es una relación de regulación por contraste entre dos procesos opuestos, antagónicos.

Un punto importante del proceso es mantener la continuidad del sí mismo a través de las continuidades continuas del quehacer cotidiano. Otro punto importante es asimilar estas discontinuidades que se producen dentro del sentido de continuidad para así poder articularlo y que se vuelva más fácil de comprender.

Podríamos preguntarnos de qué forma se articula esta dialéctica en los procesos de continuidad y discontinuidad a lo largo del ciclo de la vida de un sistema humano. Esta dialéctica propende la construcción de un sentido del sí mismo, una manera de ubicarse en el entorno que se inicia en los primeros meses de vida y que va armando esquemas emotivos de patrones recurrentes de experiencia inmediata.

En el proceso de conformación de la identidad es importante, afirma Guidano, distinguir dos procesos explicativos: la sensibilidad hacia lo familiar o *canónico* y el sentido de discontinuidad. Debemos notar que con frecuencia nos comportamos como si aquello que nos rodea fuera estable, familiar, normal, conocido. Sin embargo, cada percepción es única y nueva. Ocurre que desarrollamos desde un principio cierta sensibilidad a lo que es *canónico*. Pero, por otro lado, también desarrollamos cierta atención hacia lo que no es ordinario, hacia lo excepcional: “desde los veinte meses un niño tiene el sentido de lo que es normal, de lo que es canónico y nos damos cuenta de ello porque está consciente de que la manera de contar un cuento, va a producir un efecto sobre quien lo escucha. Entonces, el niño ya sabe la manera justa de contar un cuento para obtener el tipo de reacción que quiere.” (Guidano, 1996-2001a)

Entre estos dos procesos se instaura una dialéctica de continuidad y discontinuidad entre *mismidad* e *ipseidad* que nos recuerda el planteo de Ricoeur: La *mismidad* o *sameness* indica el sentido de continuidad que hay en nosotros mismos: “aunque yo me siento muy diferente de cómo me sentía cuando tenía diez años, yo sé, pero no conceptualmente, que me siento ser la misma persona, siento que soy el mismo de una manera permanente a lo largo del tiempo.” (Guidano, 2005a) Por otra parte, la *ipseidad* o *selfhood* refiere al quehacer, lo que a uno le va acaeciendo en la vida momento a momento, que es lo imprevisible.

Una persona posee experiencias de sí misma –más allá de su sentido de continuidad– que a menudo son experiencias diferentes y que se hallan en contraste con su sentido de continuidad. El sentido de continuidad –la *mismidad* o *sameness*– está vinculado con la organización del campo emotivo. Este sentido es esencialmente emotivo y establece una dialéctica entre lo que es normal canónico y lo que es nuevo y excepcional. La dialéctica se establece cuando niños, pero se mantiene y perdura en la vida adulta con la dialéctica entre el sentido de *mismidad* y el sentido de diversidad de la *ipseidad* y se repite frente a situaciones que si bien son cotidianas, son, sin embargo, siempre distintas del modo como las esperamos. La narrativa recupera la dialéctica entre el sí mismo o el *self* protagonista y el *self* narrador. Aquí se pueden percibir los aspectos de la *mismidad* y de la *ipseidad*.

“El *self* narrador es el *self* que trata de compactar la experiencia, es el que ve desde afuera y que actúa directamente, digamos que es el *self* que forma parte de la *mismidad*, y que se ocupa de reconstruir, de entrelazar esta continuidad, mientras que el *self* protagonista, el que está actuando, el que actúa, es el que nos da más que el otro, el sentido de diversidad, de extrañeza, de discrepancia respecto a la

continuidad que mantenemos y este es un trabajo continuo, actuar en primera persona sintiéndonos protagonistas y también al contamos, compactar, reordenar, reorganizar o asimilar la discrepancia que hemos vivido, en la que nos parece ser una continuidad, en la que nos reconocemos dentro de esa continuidad. Entonces, este transformamos para pasar del self protagonista a pasar a ser self narrador es lo que nos da coherencia, es lo que le da un orden a nuestra historia de vida, y de esta manera con la intervención del self narrador sobre el self protagonista, la historia de vida se convierte en una historia dotada de una univocidad (de casi una necesidad). Es la intervención del self narrador que transforma todo lo que es casual en destino, el que hace que se transforme en destino..." (Guidano, 1996-2001a)

Ahora bien, es necesario que distingamos los procesos de discontinuidad de los *estados de disociación*. Los estados de disociación son interrupciones rápidas, bruscas, repentinas del sentido de continuidad del sí mismo, pero están acompañadas por una pérdida de orientación en el tiempo y en el espacio. Hay también alteraciones de memoria que las acompañan, como cierta amnesia mientras dura el estado de disociación y como también cierta pérdida de las conexiones habituales entre pensamiento, acción, emoción y otras. Son *procesos casi fisiológicos* que representan muchas veces modos de reaccionar ante sobrecargas emotivas muy intensas. Una gran parte de estos estados de disociación son *traumas*.

Los procesos de discontinuidad, en cambio, no están acompañados por la pérdida de conciencia, no son repetidos, no están acompañados por la pérdida de orientación en el tiempo y en el espacio y se pueden reconducir hacia el sentido de discrepancia del sentido de sí mismo, aunque difícilmente pueden integrarse en la continuidad de la vida. Es más: para poder integrarse requiere que uno revise totalmente la historia de vida que puede ilar hasta ese momento.

Para concluir este apartado podríamos preguntarnos si se pueden distinguir procesos de discontinuidad y estados de disociación en el alcoholismo y si acaso éstos revistan importancia para elucidar el problema.

Narrativismo y construcción de la identidad personal

La identidad personal, tal como es concebida por Guidano, no es de ninguna manera estática: es una *construcción*¹⁵¹, y representa un sistema que se auto-organiza, que organiza su experiencia de realidad, que la unidad de sí mismo en forma sistemática. El sistema mantiene lo que podemos llamar su *identidad*. Construir la identidad personal significa individualizarse y diferenciarse respecto de un mundo, involucrando una particular manera de ver el mundo y una especial manera de sentirse en el mundo. Cada individuo construye su identidad en cada acto en que se individualiza respecto de otro, elaborando así un significado personal.

Guidano explica cómo se elabora y cómo se construye un significado personal como *proceso de secuencialización de eventos significativos*. Este proceso opera siempre desde la *emotividad* del sujeto y es el que permite interpretar, proveer de una trama narrativa: "uno es el personaje principal y que uno interpreta y vive cada día." (Guidano, 2005a)

¹⁵¹ Tal cual la narración.

Ahora bien, este personaje que puedo ser yo va cambiando a medida que le –me- van ocurriendo cosas en su –mi- historia. Día a día nos ocurren acontecimientos impredecibles e inevitables en nuestras vidas. Estos acontecimientos cambian o modelan nuestras expectativas. Es más, muchos de estos acontecimientos quizás resulten perturbadores, en especial si no logramos integrarlos en nuestra historia de vida. ¿Le ocurre esto a un alcohólico? La presencia del alcohol en su vida, ¿le resulta perturbadora? ¿Sería acaso posible integrar el alcohol en la propia historia de vida para que entonces el alcohol no resulte perturbador? ¿Pero y si no es posible integrar el alcohol en la historia de vida?

Continuamos con Guidano. El sentido de identidad y de univocidad personal se construye como característica distintiva del modo en que un sistema individual construye su orden autorreferencial. La diferenciación progresiva y gradual del sentido de sí mismo se interconecta desde sus inicios con el desarrollo cognitivo y emotivo. Por lo tanto, aquellos mecanismos que estructuran la identidad personal están estrechamente ligados a aquellos que sirven de soporte al conocimiento.

Cuando un niño nace, comienza a desarrollar un repertorio de emociones básicas las cuales se hallan potencialmente dispuestas. Estas emociones se van a ir modelando a través de la experiencia y de los procesos de vinculación con las figuras referenciales. El ser humano nace con cierto repertorio de emociones que va desarrollando, profundizando, aunque también limitando...

A medida que el ser humano va desplegando su ciclo de vida individual, van surgiendo niveles cada vez más complejos de identidad y de conocimiento de sí mismo. El vínculo humano es el medio por excelencia por el cual cada ser humano puede construir un sentido de sí mismo. Este sentido de sí resulta, así, específico y único, pues es aquel por el cual se lo reconoce; es decir, vincularse con alguien facilita el reconocerse a sí mismo a la vez que poseer un sentido de sí mismo específico.

Intervención terapéutica

La modalidad narrativa aparece en el enfoque cognitivo post-racionalista de Vittorio Guidano tanto en la conceptualización de la psicopatología como en la psicoterapia. Como hace notar Ruiz:

“Puede ocurrir que en la vida de una persona, un evento o una serie de eventos no pueden ser asimilados en su historia de vida. Ese evento que no ha sido procesado ni elaborado es lo que se va a transformar en un síntoma psicopatológico. (...) vemos la psicopatología como perturbaciones en la continuidad de la trama narrativa que implica que eventos que gatillan perturbaciones emocionales permanecen sin ser integradas a la historia de vida del sujeto.” (Ruiz, 1996-2001b)

Estos terapeutas advierten que no se debe entender la psicopatología en términos de contenido, sino en términos de *significados que se construyen*, esto es, por supuesto, *narrativamente*. Se debe entender la psicoterapia como un proceso gracias al cual una persona podría ir

integrando los acontecimientos vividos en cierto momento como extraños, a través de repetidas reconstrucciones.

Para la *Terapia Cognitiva Post-Racionalista* —es importante señalar esto— se debe descartar el uso de psicofármacos, puesto que nada aportan a la reorganización del modo como la persona va construyendo su significado personal. Muy por el contrario, la farmacoterapia es muy frecuentemente incompatible con la psicoterapia, puesto que —debido a la acción química— más bien desestabiliza el sistema del *self* en la mayoría de los pacientes. ¿Cómo se vería el alcoholismo desde este panorama?

Los adultos tenemos fases críticas en las que se producen cambios radicales acerca del sentido de sí mismo, de tener conciencia de sí mismo y de reordenar las propias experiencias emotivas, si bien no están determinadas biológicamente como en el joven, sino que son dadas por las experiencias de vida y de la capacidad del sujeto. La identidad personal conforma un sistema que constantemente aumenta la cantidad y calidad de información crítica interna, se vuelve más complejo a medida que las experiencias enriquecen nuestra vida.

Sin embargo, pueden aparecer trastornos emotivos acompañando alguna crisis. Ahora bien, estos trastornos emotivos no deben vistos como síntomas de una *enfermedad psíquica*, sino como *presiones del sistema* que empujan a la búsqueda de una integración de esas emociones —causantes de los trastornos— y, en consecuencia, a una reorganización del sentido de sí mismo.

Si el alcoholismo es visto como una respuesta precaria a diversos trastornos emotivos provocados por la desestabilización del sistema del sí mismo, entonces la terapia deberá consistir en proveer al paciente de elementos para reordenar, reorganizar los mecanismos del sí mismo. En consecuencia, y según ya se ha indicado, se debe excluir todo tratamiento psicofarmacológico.

XI. Segundo modelo narrativo: Alcoholismo e identidad de familia

“Rara, como encendida/ Te hallé bebiendo, linda y fatal/ Bebías, y en el fragor del champán/ loca reías, por no llorar.../ Pena me dio encontrarte,/ pues al mirarte yo vi brillar/ tus ojos con un eléctrico ardor,/ tus bellos ojos que tanto adoré./ Esta noche amiga mía,/ Con alcohol nos embriagamos./ Qué me importa que se rían/ y nos llamen los mareados./ Cada cual tiene sus penas/ Y nosotros las tenemos./ Esta noche beberemos/ Porque ya no volveremos/ a vernos más...”

Enrique Cadícamo, *Los mareados*

Cuando un investigador observa a un alcohólico puede ver distintas cosas: un portador de una enfermedad genéticamente heredada; una pauta de conducta determinada culturalmente; moléculas de etanol atacando células hepáticas atrofiando el funcionamiento del sistema nervioso; un paciente necesitado de tratamiento clínico; una persona en busca de comprensión para superar su adicción autodestructiva; una amenaza social que pone en riesgo la vida de los demás; un individuo que ocasiona grandes gastos económicos a su familia y a la sociedad, etc. Cuando P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin y D. Reiss (2001) observan a un alcohólico ven una persona que es miembro de un *sistema de familia*.

En el **Prólogo** habíamos presentamos dos familias bíblicas paradigmáticas: la familia de Noé y la familia de Lot.¹⁵² En el primer relato, cuando Noé se despierta de su borrachera toma conciencia de la acción de su hijo, cuando éste intenta ocultar el estado de ebriedad de su padre. Entonces Noé lo maldice ofendido. Este ejemplo muestra los esfuerzos –casi siempre inútiles– de un hijo adolescente por ocultar el alcoholismo de su padre. En el caso de Lot, sus dos hijas, ante la imposibilidad de asegurarse descendencia, deciden embarazarse ambas de su padre. En este modelo de familia se utiliza el alcoholismo para solucionar problemas de familia. Vemos cómo, en cada una de las dos familias, el alcohol cumple papeles muy distintos y trae aparejadas consecuencias muy diferentes para sus integrantes. Esto se debe a que el alcohol puede funcionar como fuerza divisoria o como fuerza cohesiva.

Nos ocuparemos a continuación de aquellos grupos de familias que padecen el alcoholismo entre sus miembros, familias estructuradas que representan *sistemas conductuales estables y predecibles*. A partir de ahora, llamaremos *familia alcohólica* a aquella en la cual al menos un miembro bebe en forma problemática¹⁵³.

No hace falta más que un miembro abusador del alcohol para que la conducta alcohólica de éste impacte sobre la trama de relaciones de toda la familia. Hay una vieja imagen del alcohólico sin hogar, sin familia, sin vínculos sociales, vagando por los barrios bajos. La intención de estos autores es mostrar que, contrariamente a esa creencia, el alcohólico posee como marco ambiental la familia:

“el alcoholismo no es sólo un estado de elevado predominio, sino que el marco más común en el cual se puede encontrar a un alcohólico no es una covacha de los barrios bajos, un cuartel militar o inclusive un dormitorio de una universidad, sino

¹⁵² En esta lectura seguimos a Steinglass *et al.* (2001).

¹⁵³ La problematización del alcoholismo en una familia debe ser reconocida por los integrantes de la propia familia y esto sólo es posible, según intentamos mostrar, desde un modelo *narrativista*.

más bien una familia estructuralmente intacta y, en general, de funcionamiento competente.” (Steinglass *et. al.*, 2001: 37)

Con respecto a la definición de *alcoholismo*, si es una enfermedad o no, esta cuestión no es tratada por estos autores, quienes simplemente hablan del *problema*¹⁵⁴ de la familia que tiene un miembro alcohólico. Están más interesados en proponer una descripción de la *familia alcohólica* a través de un estudio de campo exhaustivo, proporcionando datos relevantes como resultado.

¿Por qué existe la impresión de que el alcoholismo siempre disgrega la vida de familia? ¿Es verdad que necesariamente el alcohol está emparentado directamente con la violencia, el suicidio, el abuso de menores, el incesto, el desempleo? ¿O acaso no existen tantas familias que parecen funcionar —y aun funcionar muy bien— a pesar de contar con un integrante que abusa del alcohol? Se observa que muchas familias establecen relaciones a largo plazo, si bien el alcoholismo sesga su energía y recursos: “la relación entre el alcoholismo y la vida de familia se parece más a la de un patógeno virulento pero simbiótico y su víctima.” (Steinglass *et al.*, 2001: 39)

El alcoholismo impacta sobre la vida de familia, pero no del modo como muchos creen. Para desentrañar esta cuestión, los autores proponen estudiar los aspectos fundamentales que constituyen lo que llaman *identidad de familia*: las *rutinas* cotidianas, los *rituales* familiares y las *estrategias para solucionar problemas a corto plazo*.

Muchas veces se argumenta en el sentido de que el alcohol produce en todos los casos tensiones abrumadoras en las relaciones familiares hasta el punto de llegar a la disolución de la familia. Muchos profesionales consideran que estas familias perjudican el crecimiento individual de sus integrantes y adoptan frente a éstas actitudes despectivas. Sin embargo, las estadísticas no parecen respaldar esta afirmación. Si bien un alto porcentaje de padres y madres de familias alcohólicas se encuentran separados, sólo un muy bajo porcentaje de la población adulta vive sola. De lo cual se puede inferir que la mayoría de los alcohólicos conservan vínculos familiares. Más aún, es posible afirmar que muchas familias que estamos llamando *alcohólicas* son más bien del tipo tranquilas. La creencia de que el alcohol conduce en todos los casos a consecuencias negativas quizás carezca de bases sólidas.

Consideramos este enfoque de la *teoría del sistema de familia* como uno de los más *empáticos*. Su principal tesis sería la siguiente:

“las familias con miembros alcohólicos constituyen sistemas conductuales de enorme complejidad, con notable tolerancia para el stress, y con ocasionales estallidos de inventiva conductual de adaptación, que provocan asombro y admiración en los observadores.” (Steinglass *et al.*, 2001: 25)

Las familias que caracterizaremos como alcohólicas son muy variadas entre sí y por tal razón difíciles de explicar en fórmulas simplistas y uniformes, no sólo en cuanto a los caracteres sociodemográficos, sino también en sus aspectos dinámicos y conductuales. En una

¹⁵⁴ La cuestión de la definición de alcoholismo ya ha sido tratada, pero es interesante señalar que la alusión al alcoholismo como problema remite a la posición de la OIT ya mencionada hacia el final del primer capítulo.

familia, el bebedor puede ser aislado, mientras que en otra quizás le otorguen autoridad para decidir en casos de problemas y en una tercera familia, puede ser incluso que los miembros ignoren –voluntaria o involuntariamente- el comportamiento del alcohólico.

Hay que notar que muchas veces es mayor el impacto que sufren los miembros no bebedores que el alcohólico de la familia. Además, no existe una relación directa entre la cantidad o la frecuencia de beber con la ocasión de problemas. Y muchas veces el impacto es determinado por las características ambientales de la familia. Existen cinco factores básicos que intervienen en la composición de la familia alcohólica: la *cronicidad*; el *uso de una droga psicobiológicamente activa*; la *pauta de conducta del doble estado*; la *respuesta conductual predecible*; la *respuesta conductual predecible*; y, finalmente, el *trayecto del alcoholismo*.

En primer lugar, el alcoholismo es un estado *crónico*¹⁵⁵ y, por consiguiente, la familia alcohólica como tal es aquella que ha logrado una cierta estabilidad, a pesar del elemento desestabilizante –el alcohol, obviamente. Además, el alcohol, en tanto que *droga psicobiológicamente activa*, produce efectos estimulantes y depresivos, perturbaciones en la memoria y en el estado de ánimo, sueño, interacción verbal... Por consiguiente, fácilmente modifica la conducta relacional de los miembros de la familia: el tono afectivo, la conducta sexual, etc. En tercer lugar, según la llamada *pauta de conducta del doble estado*, el alcoholismo se presenta por períodos llamados *ciclos off-on*: períodos *húmedos –on-* y períodos *secos –off-* de variadas frecuencias unos y otros. Esta dualidad en la pauta del bebedor altera en forma paralela las conductas de los demás miembros de la familia. Con respecto a las pautas de conducta de un individuo que se embriaga son *predecibles*, a partir de sus conductas anteriores, indicando un alto grado de pautas fijas en rutinas y rituales, por ejemplo. Estas pautas posiblemente se relacionan con las pautas de consumo de alcohol y son útiles a la hora de estudiar sistemáticamente una familia. Finalmente, en relación con el *trayecto del alcoholismo*, es posible señalar que los bebedores exhiben variedad en los períodos de embriaguez: más o menos constantes, más o menos alternados y variedad en la tolerancia desarrollada. Esta variedad incide en la forma de organización de la familia. (Steinglass *et al.*, 2001: 27 y ss.)

La teoría del sistema de familia

Básicamente, este enfoque sigue la línea trazada por el biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy (citado por Steinglass *et al.*, 2001: 59) quien en 1928 propuso un enfoque novedoso y holístico para los problemas biológicos en oposición al enfoque imperante, de corte *causalista*, basado en el modelo explicativo al que criticó por *reduccionista*, precisamente por limitar toda explicación a fenómenos de *causa y efecto*.¹⁵⁶

El principal elemento de este enfoque sistémico es el concepto de *organismo*, y la especial vinculación que establece entre las partes que lo componen, como asimismo la importancia que otorga a la influencia del ambiente o contexto en que se desarrolla. El organismo como sistema resulta un todo que es mayor que la suma de sus partes. El modo como se articulan las partes, sin embargo, no vuelve predecible el comportamiento del organismo, así como no se puede predecir cómo actuará un compuesto químico conociendo

¹⁵⁵ Evidentemente no se considera alcohólico al individuo que se pasó de copas la primera vez.

¹⁵⁶ Esta crítica nos recuerda la crítica narrativista a la identidad personal entendida causalmente por Locke y sus continuadores, según ya hemos visto en los correspondientes capítulos.

las propiedades de sus elementos componentes. Trasladado a la familia, no sabemos cómo puede ésta actuar sólo conociendo las personalidades aisladas de cada uno de sus miembros, pues sus conductas son moldeadas y limitadas por las conductas de los demás y por las distintas formas de relacionarse entre sí.

En la dinámica que se desarrolla en la configuración de una familia se pueden distinguir dos fuerzas o principios organizadores: una fuerza *morfogenética*, vinculada con el crecimiento, el cambio, la complejización y el desarrollo de la familia y una fuerza *morfoestática* u *homeostática*, que abarca ciertos mecanismos de estabilidad, orden y control del funcionamiento de la familia. (Steinglass *et al.*, 2001: 60)

La familia siempre fluctúa entre un intento por mantener la estabilidad y el deseo de cambiar. La familia *sana* es aquella que ha logrado el equilibrio entre ambas fuerzas, logrando así una buena adaptación. Se pueden puntualizar cuatro principios básicos que funcionan como organizadores de la familia alcohólica, a saber: 1) La familia alcohólica es un sistema conductual estructurado en torno a la conducta alcohólica de uno de sus integrantes, la cual se ha vuelto un principio organizador de sus vidas. 2) El alcoholismo altera profundamente el equilibrio entre crecimiento y regulación. Esto hace que la familia ponga el acento en la estabilidad a corto plazo. 3) El impacto del alcoholismo se hace evidente en los cambios adaptativos. Y 4) las alteraciones en las conductas reguladoras se ven reflejadas en las llamadas *deformaciones del desarrollo* y que constituyen cambios en el ciclo normativo de la organización familiar. (Steinglass *et al.*, 2001: 62-63)

Temperamento e identidad de familia

Hablar de *familia alcohólica* en este contexto no significa que todos los miembros de la misma deban beber alcohol necesariamente, sino que el hecho de que uno de ellos sea identificado como bebedor, dada la perspectiva sistémica y dado el gran impacto que significa la existencia del alcohol en las relaciones de la familia, ésta se organiza en torno a la presencia del alcohol, constituyendo así un verdadero *sistema alcohólico*.

El abordaje sistémico de familia se apropia del concepto fisiológico de *homeostasis* para reconceptualizarlo en lo que D. Jackson (1957, "The Question of Family Homeostasis", en: *Psychiatric Quarterly Supplement*, N° 31, 79-90, citado por Steinglass *et al.*, 2001: 64) ha llamado *homeostasis de familia*. Las familias tenderían a conducirse como si tuvieran mecanismos conductuales puestos en marcha cada vez que la vida de familia parece quebrarse por fuerzas internas y externas, para volver al estado de equilibrio. Estas son las características que constituyen este modelo homeostático: 1) La necesidad de conservar el ambiente interno en una esfera limitada para un óptimo funcionamiento. 2) La presencia de dispositivos –sensores– capaces de monitorear los patrones ambientales. Y 3) la existencia de mecanismos de entrada-salida que se pueden retroalimentar.

Las tres características mencionadas podrían eventualmente explicar, en cada caso, un mal funcionamiento organizacional: Podrían fallar los sensores. O podrían resultar ineficaces las pautas de respuesta. O los sensores ambientales podrían estar mal calibrados. Este último caso es el más interesante para nuestra lectura del funcionamiento de la familia alcohólica. Nuestros autores recurren a la metáfora del termostato:

“Los termostatos son preparados para una gama específica. Cuando el termostato ‘siente’ que la temperatura de la casa ha superado esa gama óptima, se desactiva un circuito y se apaga la caldera central. Cuando la temperatura cae por debajo de la gama óptima, ocurre lo contrario y la caldera vuelve a calentar la casa. Si fijamos esta gama de on-off en cuatro o cinco grados, muchas personas sentirán que estos cambios de temperatura les resultan incómodos. La casa estará primero demasiado fría, y luego calurosa. La gente se abrigará y después se quitará el abrigo. La función del termostato habrá fracasado. A las personas les resultaría tan fácil levantarse y mover un interruptor manual hacia arriba o hacia abajo, como lo sería ponerse de pie e ir a buscar más ropa o quitársela. Supongamos, por otra parte, que la gama de la temperatura se fija en 4,5 grados. Este termostato, así afinado, enviará señales a la caldera central, que la encenderán y la apagarán decenas de veces en una hora. La temperatura de la habitación se podría mantener a niveles ‘perfectos’, pero el motor eléctrico que hace funcionar ese sistema de calefacción central debería ser reemplazado en un año, en vez del período de funcionamiento de diez años para el cual fue diseñado.” (Steinglass *et al.*, 2001: 65)

La metáfora del termostato es altamente ilustrativa. Trasladada al plano de la familia alcohólica, podríamos interpretar como falla en su *termostato* a la tendencia que este tipo de familia tiene a activar sus mecanismos demasiado fácilmente, poniendo en funcionamiento con la misma facilidad los mecanismos homeostáticos, pudiendo resultar explosivos. Esto podría conducir incluso a la desintegración de la familia. Son dos las estructuras que constituyen los principios reguladores homeostáticos el *temperamento* de familia y la *identidad* de familia.¹⁵⁷

Si el temperamento de una persona es una entidad psicológica que incluye estilos de respuestas conductuales que ésta puede brindar, del mismo modo, el *temperamento de una familia* alude a los estilos de respuestas que ésta puede exhibir cuando va constituyendo sus rutinas y solucionando sus problemas al ir apareciendo. No es exactamente la suma de temperamentos particulares de sus miembros, sino que –y siempre aplicando el principio sistémico del todo como algo mayor que la suma de sus partes– es el resultado de una *combinación sistémica única*.

El temperamento de familia posee tres propiedades: 1) un *nivel de energía*: hay familias más o menos energéticas, familias *calientes* y familias *frías*; 2) una *distancia interaccional*: las familias pueden ser más o menos permeables en cuanto a los límites que establece; familias abiertas al mundo exterior y otras cerradas y protectoras de sus miembros; y 3) una *amplitud de conducta*: existen familias más flexibles y más rígidas, de tolerancia a la novedad mayor o menor. (Steinglass *et al.*, 2001: 67 y ss.)

El interrogante que nos plantea esta cuestión del temperamento es si acaso ciertos estilos no están emparentados con determinadas pautas de alcoholismo. Por ejemplo, ¿es más propensa a constituirse como alcohólica una familia más flexible o una menos flexible? Sin embargo, todavía nos falta un elemento: la *identidad familiar*.

La *identidad* de familia es un *sistema de creencias compartidas*¹⁵⁸ o estructura cognoscitiva subyacente que envuelve creencias, actitudes y valores compartidos por una familia a la vez que un sentimiento subjetivo –podríamos decir una *conciencia de sí*– que posee la familia de su continuidad a lo largo del tiempo, de su situación y su carácter. Nuevamente debemos acotar

¹⁵⁷ Cabe aclarar que estas estructuras son propiedades *metafóricas* y no mecanismos observables directamente. Sin embargo, ya hemos mostrado oportunamente la utilidad del uso de metáforas en el estudio de estas cuestiones.

¹⁵⁸ También llamado *paradigma de familia* (Reiss, 1981), *temas de familia* (Handel, 1967), *reglas de familia* (Ford y Herrick, 1974; Jackson, 1965; Riskin, 1963) y *mitos de familia* (Ferreira, 1966).

que la identidad de familia no es sumatoria de las diversas identidades personales, sino algo nuevo, una identidad que surge del especial modo como se relacionan las distintas identidades personales que constituyen el núcleo familiar. Hay que señalar que familias con temperamentos similares pueden conformar identidades diferentes, pues mientras que el *temperamento* pertenece al dominio de lo *biológico*, la *identidad* pertenece al dominio *cognoscitivo*. (Steinglass *et al.*, 2001: 71 y ss.)

La identidad muestra una relación recíproca, una igualdad que indica, por un lado, a sí mismo, y por el otro, el compartimiento con otros –los demás integrantes de la familia- cierto rasgo esencial. En cierta medida, se puede comparar la identidad de familia con la identidad personal, tema del cual ya nos hemos ocupado en el capítulo anterior. Entonces, de modo semejante como hacíamos referencia a la identidad personal entendida causalmente –esto es, como simple mismidad- e identidad personal entendida narrativamente, también podríamos hacer la distinción entre un *concepto causal de identidad de familia* y la *identidad familiar entendida narrativamente*. Aquí sólo puede ser pertinente una identidad familiar *narrativa*. Esto resultará más claro cuando veamos, hacia el final de este apartado, la necesidad de aplicar el modelo de la *historia de vida* de una familia como terapia para el alcoholismo.

Otro rasgo de la identidad de familia es la *subjetividad*, lo cual significa que no es una simple suma de identidades personales, sino que la familia se asume como verdadero sujeto que incluso puede constituir un elemento determinante en la identidad personal de sus miembros. Cabe acotar, además, que la mayor parte de las personas participan de dos identidades de familia: aquella en la que fueron criados y la nueva que han de fundar. La primera es la familia de *herencia*, que asegura cierta continuidad de la identidad de la familia de origen en el destino de la nueva. La identidad de la familia de origen de un cónyuge puede continuar inalterable en la familia nueva. O puede mezclarse con la identidad de la familia del otro cónyuge. O puede desaparecer ante la conformación de la identidad de la nueva familia.

Rutinas, rituales y conductas reguladoras

La identidad de la familia regula la transmisión de las propiedades sistémicas de las familias a través de las generaciones. Entonces, si es una creencia compartida por la familia que el alcoholismo constituye un principio organizador de su vida, también será determinante si se transmite o no generacionalmente tal identidad alcohólica. Así como ciertas familias se constituyen en dinastías en torno al poder político o económico, también puede hacerlo en torno al alcoholismo.

Ahora bien, los conceptos de *identidad de familia* y *temperamento de familia* son teóricos, es decir, no son evaluables –observables- directamente. Pero sí se pueden observar a través de ciertas conductas que componen la vida de cualquier familia y que son evaluables mediante la entrevista e incluso la observación: las *rutinas* familiares cotidianas, los *rituales*, las *soluciones de problemas a corto plazo*.

Las *rutinas* familiares cotidianas son todas aquellas conductas básicas que estructuran la vida cotidiana de cualquier familia, por caótica que pueda ser. En todas las familias existe cierto ritmo en la realización de sus tareas, como las tareas de la casa, las compras, las comidas y todo lo que constituye el empleo del *tiempo* y el *espacio* en el *hogar*. Las rutinas diarias

proporcionan a los miembros de una familia cierto sentido de orden, predictibilidad y familiaridad. Representan el aspecto más claro del temperamento familiar y se pueden describir en términos de ritmo, intensidad, variabilidad. El propio alcoholismo posee rutinas características: horarios y periodicidad en el consumo, grado de intoxicación alcanzado, etc. (Steinglass *et al.*, 2001: 75 y ss.)

Las rutinas cotidianas, dada su capacidad para hacer coincidir personas y ambientes, nos hacen entender por qué determinada familia alcohólica puede llegar a resultar funcional en algunas situaciones y disfuncional en otras.

Los *rituales* son transmisores de aspectos memorables de la cultura familiar que pasan de una generación a otra y poseen cuatro características: son conductas limitadas en un tiempo; se desarrollan en una familia de modo consciente; predominan sobre cualquier otra conducta que pueda superponerse; y contienen un elemento *simbólico* que les confiere importancia subjetiva. (Steinglass *et al.*, 2001: 77 y ss.) Existen tres categorías de rituales: las *celebraciones familiares* –como la Navidad o el Año Nuevo –las *tradiciones familiares* –vacaciones, reuniones familiares– y las *rutinas pautadas* a las que la familia ha conferido cierta importancia, como, por ejemplo, leer cuentos antes de la hora de dormir.

Aunque todas las familias practican rituales, la forma en que los practican difiere fundamentalmente de una a otra, como asimismo la importancia que ocupan en sus vidas y el grado de ortodoxia con que las realizan. Hay familias muy rígidas y otras más tolerantes y flexibles. Las primeras son poco tolerantes a variar sus rutinas. Las últimas permiten a sus miembros introducir cambios más fácilmente. A esta altura nos podemos preguntar si el alcoholismo puede ser un elemento desestabilizador de las rutinas y vienen pronto a nuestra memoria las fiestas familiares, las vacaciones, en fin, todas aquellas ocasiones en que las rutinas son estructuradas en torno a la presencia del alcohol.

Mencionemos ahora las *soluciones de problemas a corto plazo*, que son todas aquellas conductas autocorrectivas tendientes al restablecimiento de la estabilidad ambiental familiar. Los episodios que constituyen amenazas para solucionar a corto plazo son discretos y concentrados; con lo cual significan un desafío específico y acotado. (Steinglass *et al.*, 2001: 79 y ss.)

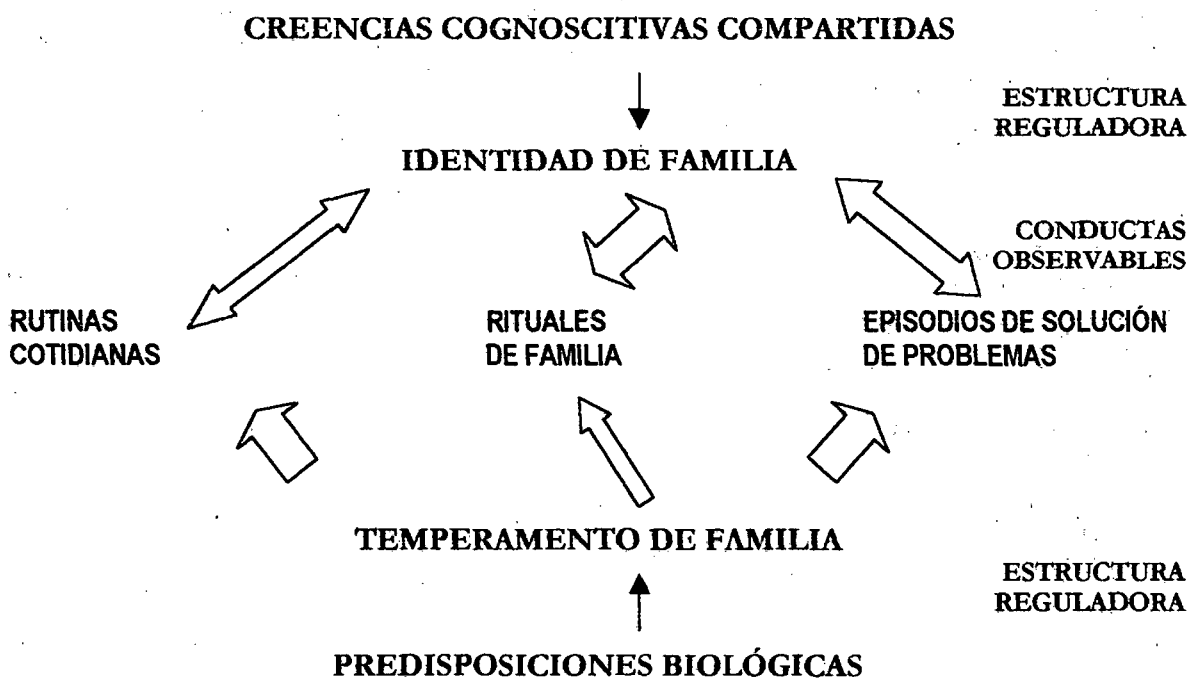
Cada familia desarrolla un estilo distinto para la solución de problemas. Esto determina cierto grado de *estereotipia* que puede volver bastante predecible la respuesta que ciertas familias pueden dar a determinados hechos desestabilizadores. Además, hay también un componente de *expresividad afectiva*: unas familias pueden adoptar una actitud silenciosa y otras se pueden volver terriblemente emotivas. Una tercera dimensión es el grado de *cohesión intrafamiliar*: algunas familias encaran un problema en forma unitaria, mientras que en otras, cada miembro toma una decisión personal al respecto.

Algunas familias alcohólicas son muy estereotipadas, pero otras proponen respuestas más variadas. Unas estallan, otras son poco expresivas. Sin embargo, existen dos componentes distintivos de la familia alcohólica en su estilo de resolución de problemas: uno, la gran sensibilidad a desestabilizarse, debido a sus homeostatos poco operativos. Y dos, *ciertas conductas son sólo activadas en la presencia del alcohol* –por ejemplo, puede disminuir la comunicatividad cuando se halla presente el integrante alcohólico.

Cuando el alcoholismo impacta en las propiedades sistémicas fundamentales de la familia, las conductas relacionadas con el hábito de beber pueden prevalecer y dominar a las demás conductas –*sobrias*, podríamos decir. O, a la inversa, las conductas reguladoras son protegidas del alcoholismo. O, finalmente la familia se adapta, modificándose las conductas reguladoras.

De lo dicho hasta aquí, podemos proporcionar una nueva definición de *familia alcohólica* como la “invasión de las conductas reguladoras de la familia por el alcoholismo.” (Steinglass *et al.*, 2001: 84) Esta *invasión* del alcohol, según hemos visto, puede adoptar distintas formas según el tipo de conducta reguladora, pero es de notar que la conducta reguladora ha sido modificada por el impacto –la *invasión*- del alcohol. De ahí en más, la familia se organizará en dirección de incorporar el alcoholismo en forma crónica.

El siguiente esquema resume los principales conceptos de la teoría sistémica de familia:



Fases de maduración de la familia alcohólica

La maduración de una familia es un proceso evolutivo continuo y cambiante que envuelve relaciones interpersonales. Se pueden distinguir tres *fases* para su mejor comprensión. El modelo sistémico que aquí se propone tiene como soporte el concepto de *morfogénesis*. A partir de este concepto, se propone un ciclo vital de la familia que explicaría la maduración sistémica de la familia. Podemos preguntarnos aquí qué impacto tiene el alcoholismo en el crecimiento y desarrollo de la *unidad familia* y si acaso es útil esta perspectiva morfogénica para explicar esta cuestión e incluso para aportar alguna solución al problema.

El crecimiento y el desarrollo individual son fácilmente detectables: los seres humanos nacen, maduran, envejecen y mueren. Pero cuando pasamos al plano familiar las cosas cambian: ¿es posible hablar de un *desarrollo familiar*? Los teóricos del modelo sistémico proponen un desarrollo familiar circular: “La continuidad asegurada por el hecho de que las personas son al mismo tiempo hijos en su familia de origen y ‘fundadores’ de sus propias familias de procreación.” (Steinglass *et al.*, 2001: 87) La separación de una generación a otra debe considerarse entonces como artificial.

El desarrollo familiar puede entenderse en dos sentidos: como *cambio* o como *crecimiento*. Como *cambio* indica cualquier alteración organizacional sistémica de una familia, una respuesta a un desafío que pone a prueba la homeostasis familiar –por ejemplo, un cambio de domicilio. Y como *crecimiento* refiere a un tipo de cambio *predecible*. La familia es un sistema vivo y como tal se encuentra bajo ciertas presiones de desarrollo –como la integración de nuevos miembros.

El ciclo familiar sistémico sugiere la existencia de períodos de expansión y períodos de consolidación. Estos ciclos de expansión-consolidación se muestran en dos versiones: 1) La expansión puede ser explosiva, como cuando un miembro de la familia contrae matrimonio. Y 2) la expansión puede ser más moderada, tal el caso del nacimiento de un hijo.

El primer tipo de ciclos determinará las *fases* del crecimiento de la familia. El segundo, las *etapas*. En una primera fase o fase *expansiva* se establecen los límites y reglas que permitirán a los integrantes de la familia relacionarse entre sí, a la vez que establecer nuevas relaciones con sus familias originales. En una segunda fase o fase *consolidatoria* la familia se estabiliza. Finalmente, en una tercera fase o fase *de madurez* –también expansiva, pero en un sentido distinto de la fase inicial- la familia se orienta hacia un futuro.

En su desarrollo, toda familia tiene que enfrentar tres problemas fundamentales. Uno, la definición de límites tanto externos como internos. Dos, la elección de temas para su desarrollo. Y tres, el desarrollo de valores y preferencias respecto al mundo y respecto a la identidad familiar. Antes bien, no son abordados con la misma fuerza: hay períodos en que predominan unos y períodos en que predominan otros.

Primera fase: desarrollo de una identidad alcohólica

Cómo se establecen los límites y cómo se forma la identidad familiar: aplicaremos el análisis primero a familias normativas o no alcohólicas y luego a familias alcohólicas. (Steinglass *et al.*, 2001, 95 y ss.)

Desarrollo de la identidad en familias normativas

Esta primera fase es la más dinámica, activa y cambiante. En general, se observa en ella un cierto optimismo con respecto al futuro de la nueva familia, pero a la vez una urgencia por establecer límites sistémicos y especificar la naturaleza de las reglas y las creencias compartidas. Se advierte la necesidad de establecer una estructura y una identidad. Los integrantes de la

nueva familia proceden a su vez de al menos dos familias de origen distintas, con ideas distintas en cada caso acerca de cómo organizar sus vidas. La nueva familia debe desarrollar una capacidad para sobrevivir como unidad independiente; pero ambas familias de origen, por otra parte, también intentan que la nueva familia se le una. Sin embargo, el sentimiento de lealtad hacia la propia familia varía en cada integrante de una nueva familia. En el fondo, las luchas de familia en esta fase tienen como objetivo el establecimiento de límites entre la nueva familia y las familias de origen. Se notan esfuerzos para establecer reglas básicas que permitan el funcionamiento de la familia: distribución de tareas, reglas en cuanto a las visitas, etc. La nueva familia desplegará toda su inventiva para desarrollar su identidad naciente.

Desarrollo de la identidad en familias alcohólicas

La intromisión del alcoholismo en esta etapa trae consecuencias importantes en el proceso de constitución de la identidad familiar. Por ejemplo, acentúa las posibles tensiones entre la familia de herencia y la nueva familia, en especial, en relación con el establecimiento de límites. La familia debe adoptar una posición con respecto al incipiente alcoholismo: enfrentarlo o transigir con él; decidir si el alcoholismo se convertirá o no en el principio organizador de la vida familiar. Esto se puede poner en evidencia en la elección de la pareja.

Fase intermedia: rutinas y rituales

Aquí nos ocuparemos del compromiso y la estabilidad, primero en familias no alcohólicas y luego en las alcohólicas. (Steinglass *et al.*, 2001, 98 y ss.)

Rutinas y rituales en familias normativas

Este es un período de consolidación y orden que involucra un compromiso con ciertas cuestiones organizativas importantes para la familia, establecido mediante negociaciones y un compromiso para establecer reglas con respecto a conductas y relaciones. El surgimiento de ciertas conductas repetitivas y muy estructuradas organizarán las rutinas familiares, como asimismo las estrategias para la resolución de problemas cotidianos. Es por lo general la fase más prolongada y también la de ritmo más lento y la menos generadora de cambios. Está dominada preferentemente por fuerzas reguladoras y no por fuerzas de crecimiento. Estas fuerzas constituyen las *rutinas diarias*, los *rituales familiares* y las *estrategias para la solución de problemas a corto plazo*.

Rutinas y rituales en familias alcohólicas

Cuando el alcoholismo crónico invade la familia en esta fase, las conductas vinculadas a éste son incorporadas a las estrategias de solución de problemas a corto plazo: "El resultado probable de esta deformación de las conductas reguladoras es un refuerzo de las conductas

alcohólicas.” (Steinglass *et al.*, 2001: 99) Aunque este refuerzo no sea llevado a cabo en forma consciente, ocurre y ocurre con lentitud de tal modo que la familia se va adaptando al alcoholismo a veces sin siquiera notarlo. Las conductas reguladoras de la familia resultan tan significativas justamente por apuntalar la conducta alcohólica.

En esta fase la familia alcohólica se vuelve más rígida en su desarrollo, organizándose para resguardarse del impacto del alcoholismo, pero también para frenar cualquier hecho que pueda frenar el ingreso del alcoholismo. En cuanto al desarrollo individual de cada miembro, hay una muy mala atención. Así que en general cada miembro de la familia debe arreglarse solo en cuestiones atinentes a su desarrollo individual –por ejemplo, en su definición vocacional, búsqueda de trabajo, etc.

Última fase: el legado familiar

Aquí trataremos acerca del legado familiar también, primero en familias normativas y después en familias alcohólicas. (Steinglass *et al.*, 2001, 100 y ss.)

El legado en familias normativas

En esta fase surgen dos desafíos que podrían quebrar la estabilidad de la vida familiar: por un lado, pérdidas –tales como el fallecimiento de un abuelo, la partida del hogar de un hijo, desempleo, etc. Y por otro, nuevas adquisiciones que significan el aporte de nuevas costumbres, valores y prioridades –por ejemplo: nuevos/as amigos/as o novio/a de un hijo/a, nuevo trabajo del padre o de la madre, etc. Las presiones ejercidas por estas pérdidas o adquisiciones repercuten sobre las conductas reguladoras haciendo desequilibrar la estabilidad familiar. Frente a estas presiones, la familia tiende a reforzar las conductas ya existentes –entre ellas, las conductas alcohólicas.

En este punto vital, la familia se amplía y multiplica o, de otra manera, puede caer en el olvido. Por ello, se impone un renovado interés por la identidad familiar y su modo de preservarla, teniendo como centro de atención la distinción respecto de la identidad de la nueva familia a través de las reglas, los valores y demás temas que constituyen la identidad familiar y la esencia de la familia en tanto que grupo. ¿Cómo preservar la identidad familiar?

En primer lugar, identificando lo que se quiere transmitir: *clarificación* de los aspectos principales con respecto a la identidad familiar, haciendo explícito lo que era implícito. En segundo lugar, buscando el modo de *transmisión* de una versión condensada de la identidad –la suma de las reglas, valores y temas– a la siguiente generación. El proceso en esta fase se podría comparar con la redacción de un testamento, que incluye tanto los bienes como el procedimiento para legar esos bienes. El legado es la *herencia* de familia, proceso que puede extenderse a varios años.

El legado en familias alcohólicas

Primeramente, la familia debe clarificar si la identidad alcohólica será parte de su herencia hacia las futuras generaciones. A lo largo de la fase intermedia ha sido puesto a prueba el compromiso de la familia con el alcoholismo en cuanto principio organizador. Pero las presiones adquieren otro tono en esta fase, cuando la familia enfrenta pérdidas y novedades. En esta fase la familia puede abandonar por completo su identidad alcohólica.

Hay dos factores traumáticos para la familia alcohólica en el paso de la fase intermedia a la final: uno, la rigidez de las conductas reguladoras en la fase intermedia, que opone una gran resistencia a los cambios necesarios si se ha de pasar a la siguiente fase; el otro, el eventual impacto de la pérdida de alcohol. Puede darse una abrupta interrupción en el consumo de alcohol –por ejemplo, debido a una hospitalización urgente. Este acontecimiento es tan significativo que puede desencadenar el paso a la fase final. Esto tiene una importancia adicional para los intentos terapéuticos: Si bien la pérdida de alcohol puede deberse a una evolución natural del desarrollo familiar, también puede vincularse a factores externos.

Existen ciertas *presiones* en cada fase y son de dos tipos: de *crecimiento individual* y de *propiedades individuales singulares*. (Steinglass *et al.*, 2001, 102 y ss.) Las presiones de *crecimiento individual*. Al tiempo que la familia se desarrolla, también sus miembros se van desarrollando en forma individual biológica, psicológica e históricamente. Si bien son afectados ambientalmente por su familia como sistema, poseen ciertos funcionamientos independientes como, por ejemplo, el paso de la infancia a la niñez. Cada familia está compuesta por individuos y por tal razón el crecimiento sistémico familiar es modelado por los crecimientos individuales.

En cuanto a las presiones provenientes de *propiedades individuales singulares*, los integrantes de una familia poseen propiedades que pueden volverse intrusivas e invasoras de la vida familiar. El alcoholismo crónico es una de estas propiedades: si bien pertenece en principio a un miembro –el bebedor– se constituye en el problema central de la identidad familiar, absorbiendo el tiempo y la energía de la familia.

Se nota una gran variedad de variables en torno al alcoholismo: el contexto en que se consume bebida, el grado de agresión relacionado, el lugar en que se bebe: en el hogar o fuera del hogar, la actitud cultural hacia la forma de consumo, etc. Y traen como consecuencias, por un lado, esfuerzos de la familia para enfrentar el alcoholismo. Por el otro, factores intrínsecos como, por ejemplo, una repentina interrupción del consumo de alcohol.

Son tres los tipos de deformaciones que sufren las familias alcohólicas en su desarrollo: una *excesiva especialización temática*, una *detención del desarrollo* y un *cierre prematuro del desarrollo*. (Steinglass *et al.*, 2001, 105 y ss.) La *excesiva especialización temática* se refiere a deformaciones producidas cuando la familia es demasiado rígida en su definición de temas de desarrollo. Es característica de la primera fase, cuando los principales problemas son el establecimiento de límites y la conformación de la identidad. La *detención del desarrollo* indica deformaciones producidas cuando la familia permanece un excesivo tiempo en una fase. Es característica de la fase intermedia, cuando son temas centrales el compromiso y la estabilidad. Y el *cierre prematuro del desarrollo* trata de deformaciones producidas cuando la familia debe encarar demasiado pronto alguna tarea de desarrollo que resulte significativa. Es característica de la última fase, donde tienen gran incidencia las pérdidas.

Cuando se dispara el alcoholismo en una familia, se efectúa un doble proceso: la conducta de la familia se modifica para adaptarse a la conducta alcohólica –respuesta reactiva–, al tiempo que el alcoholismo se constituye como principio organizador de la vida familiar –respuesta activa. El alcoholismo se va convirtiendo en un modo de vida. La familia no sólo se va acostumbrando a convivir con el alcoholismo, sino que llega a contar con éste para regular su vida. Ya no es una familia con un integrante alcohólico: es una *familia alcohólica*.

Identidad de la familia alcohólica

La suma de impresiones compartidas referidas a sí misma que una familia atesora constituyen la *identidad de familia* y tienen una doble procedencia: por un lado, proviene de valores y conductas provenientes de familias –generaciones– anteriores; por otro, de innovaciones propias de la nueva generación. En la primera fase, según se ha visto, la nueva familia se desprende –con mayor o menor éxito– de las familias de origen, a la vez que conserva ciertos vínculos. Por eso es más fácil rastrear este doble proceso en la constitución de familias con herencias alcohólicas –aquéllas que poseen al menos un integrante alcohólico crónico. Las nuevas familias pueden perpetuar la identidad alcohólica o bien cambiar el rumbo hacia el lado opuesto. Así vistas las cosas, resultan tres posibles opciones de identidad de familia: una *identidad de familia no alcohólica*, una *identidad de familia alcohólica* o una *identidad de familia alcohólica no resuelta*. (Steinglass *et al.*, 2001: 117)

Los factores intervinientes en la conformación de la identidad alcohólica son tres: la herencia familiar, la *definición de límites y contacto con las familias de origen* y las *creencias compartidas y rituales familiares*.

Herencia familiar

La familia de primera base encara dos tareas en su maduración: una, delinear los límites y dos, establecer creencias y reglas que orienten la conducta familiar. La metáfora de la herencia de familia sirve para ilustrar este paso de una familia a otra, demarcado en general por el matrimonio de un hijo de la familia de origen. ¿Qué decisiones tomarán los integrantes de la nueva familia? ¿Qué aspectos de sus anteriores familias perpetuarán en la nueva familia? El alcoholismo no se constituye como elemento identitario del mismo modo en una familia que no posee herencia alcohólica respecto de en una familia que sí posee un alcohólico crónico. Es útil recurrir a la metáfora de la herencia de familia para aplicarla en la comprensión de la conformación de la identidad alcohólica en la primera fase: ¿qué importancia tienen las creencias y los valores relacionados con el consumo de alcohol? ¿Perpetuará la nueva familia la identidad alcohólica? (Steinglass *et al.*, 2001: 127)

Definición de límites y contacto con las familias de origen

Para conformar la propia identidad, la familia de primera base debe separarse de sus respectivas familias de origen –de los progenitores de la pareja– y negociar una nueva relación.

Se establecen grandes cambios: se traban nuevas relaciones –nuevos amigos, nuevos vecinos– incluyendo la determinación de quiénes se incluirán como miembros de la nueva familia –círculo íntimo. (Steinglass *et al.*, 2001: 128-129) En la familia alcohólica es de importancia fundamental la fijación de límites con respecto a la presencia del alcohol entre los miembros de la familia y los amigos más cercanos. Estos límites posiblemente remitirán a experiencias de los nuevos integrantes en las familias de sus padres o de matrimonios anteriores. Es determinante el *grado de contacto* que la nueva familia tiene con amigos alcohólicos o con actividades sociales que giran en torno al alcohol para la fijación de límites.

Creencias compartidas y rituales familiares

La nueva familia o bien incorpora como propia la conducta ritual de la familia de herencia o bien constituye una identidad de familia única. Como el legado se transmite a través de dos familias de origen, de ahí resultan tres opciones: 1) La nueva familia *copia* la identidad de la familia de origen de un cónyuge u otro. 2) La nueva familia adopta lo que considera mejor de cada familia de origen. O 3) la nueva familia desarrolla nuevas creencias y reglas distintas de aquellas pertenecientes a las familias de origen. (Steinglass *et al.*, 2001: 129 y ss.)

Cuando la nueva familia muestra una identificación con una de las familias de origen, y esta familia de origen es alcohólica, la nueva familia desarrollará muy probablemente una identidad de familia alcohólica. Si esto es así, quedará expuesto como evidencia en la selección de *rituales* que realiza la nueva familia. Sin embargo, hay que notar que algunas familias invierten un gran gasto de energías en la selección de rituales mientras que otras parecen más indiferentes. En algunas, la continuidad o interrupción de estos *rituales* es consciente y deliberada, en tanto que en otras parecen tomar un cauce totalmente aleatorio.

Transmisión del alcoholismo

Hay tradicionalmente dos perspectivas adoptadas por quienes pretenden explicar la existencia de ciertos factores en la *transmisión intergeneracional* del alcoholismo: 1) el modelo *poligénico*, que no considera relevantes las influencias culturales sobre la transmisión; y 2) el modelo *cultural*, que no da importancia a los aportes genéticos. Se ha agregado más recientemente una tercera: el modelo *multifactorial* que incluye aspectos culturales y genéticos.

Transmisión del alcoholismo desde una perspectiva genética

Según ya se ha planteado al comienzo del trabajo, el alcoholismo puede ser entendido como un estado condicionado biológicamente y transmisible mediante un *gen* alcohólico. Tal como determinan ciertos estudios, existe una mayor probabilidad de que los hijos de padres alcohólicos se vuelvan adultos alcohólicos. Existen estudios genéticos de tres tipos: *marcadores genéticos*, *estudios de mellizos* y *estudios de adopciones* (ver **Glosario**).

En el estudio con *marcadores genéticos* se investiga primero un rasgo que se sabe heredado –por ejemplo, el grupo sanguíneo- y después se busca la incidencia de ese rasgo en sujetos alcohólicos en comparación con sujetos no alcohólicos. Sin embargo, estos estudios no han dado hasta la actualidad resultados concluyentes. (Steinglass *et al.*, 2001: 272) En los *estudios de mellizos* se busca la posible herencia genética alcohólica en mellizos monozigóticos comparados con otros mellizos dizigóticos. Estos estudios tampoco han proporcionado resultados concluyentes. Finalmente, los *estudios de adopciones*: Se comparan hijos adoptados de padres biológicos alcohólicos por no alcohólicos con hijos adoptados de padres biológicos no alcohólicos.

El más famoso de estos estudios es el de *D. W. Goodwin* (ver **Glosario**) y ha establecido algunas conclusiones interesantes: 1) Los hijos varones de padres biológicos alcohólicos tienen casi cuatro veces más probabilidades de convertirse en alcohólicos, hayan sido criados por sus propios padres o por padres adoptivos no alcohólicos. 2) Los hijos varones de padres biológicos alcohólicos desarrollan el alcoholismo a edad temprana y en general explosiva. 3) Los hijos de alcohólicos no son más propensos a otros desórdenes psiquiátricos en comparación con hijos de no alcohólicos, ni siquiera adicción a otras drogas. Ahora bien, sólo el 10% de hijos de padres biológicos alcohólicos adoptados fueron diagnosticados como alcohólicos. Cabe cierta duda, entonces, en aceptar como muy concluyentes los resultados de estos estudios. De todas maneras, y a pesar de ciertos errores estadísticos y la falta de consideración de factores sutiles, podemos otorgarles cierta validez. Podríamos afirmar al menos que hay cierta predisposición genética en algunas formas de alcoholismo.

Transmisión del alcoholismo desde una perspectiva psico-social

Este punto de vista entiende que el principal factor que interviene en la transmisión intergeneracional del alcoholismo es *ambiental* y que involucra ciertos *valores*. La conducta alcohólica se aprende mediante un proceso de *socialización*. Cuando se intenta explicar por qué ciertas parejas beben de similar manera, es frecuente el recurso del llamado *apareamiento selectivo*¹⁵⁹ -cierta afinidad entre sus integrantes- como factor de constitución de familias alcohólicas. (Steinglass *et al.*, 2001: 277)

Transmisión del alcoholismo desde una perspectiva multifactorial

Los investigadores de este modelo basan sus estudios en variables fácilmente medibles, tales como la pertenencia a una determinada clase social, filiación religiosa, grupo étnico, ocupación, etc. (Steinglass *et al.*, 2001: 277)

¹⁵⁹ Cfr. Steinglass *et al.* (2001: 275): Existen tres tipos de apareamiento selectivo: la *homogamia social*, el *apareamiento selectivo directo fenotípico* y el *apareamiento selectivo por contagio*. En el primer tipo, las personas se vinculan con otras personas de su misma clase socio-económica, con lo cual la forma de beber resultaría una característica socio-económica más. En el segundo tipo, algunas personas se atraen precisamente por su propensión hacia la bebida. En el tercer tipo, un miembro de la pareja influye en su forma de beber sobre el otro, contagiándolo.

Transmisión del alcoholismo desde la perspectiva de los sistemas de familia

Se distinguen en principio dos elementos: los *transmisores* y los *receptores*.¹⁶⁰ Son *transmisores* los integrantes de la familia alcohólica que luchan contra el problema de la continuidad -o discontinuidad- de su identidad alcohólica familiar. Son *receptores* los hijos de familias que se han vuelto integrantes de nuevas familias y se encuentran en la situación de definir su identidad familiar como alcohólica o no.¹⁶¹ Para que la transmisión del alcoholismo se pueda efectivizar señalamos nuevamente la importancia de los rituales que una familia puede llevar a cabo.

La importancia de los rituales de familia

Los rituales, ya se ha dicho, aportan elementos a la constitución de la identidad de familia. Por otra parte, la transmisión generacional de la identidad de familia está estrechamente ligada a los rituales. Podemos establecer así una cierta vinculación entre la idea de continuidad y discontinuidad de la identidad de familia en relación con los rituales como procesos reguladores. Steinglass recurre a la metáfora de la división celular¹⁶²:

“Durante las etapas iniciales de la división de la célula, el material genético, que por lo común se encuentra disperso en el núcleo celular, en estructuras parecidas a cordones llamadas cromatina, se condensa poco a poco y queda organizado como una serie de masas discretas de ADN que llamamos cromosomas. Por supuesto, no hay cambios en la cantidad total de ADN o en la ubicación y secuencia de los pares básicos, a lo largo de las cadenas de ADN vinculadas con este proceso. Es decir, que la composición genética subyacente de la célula (los ‘reguladores’ de la conducta de ésta) se mantiene intacta. Pero las características organizativas de este material genético, que antes eran oscuras, se encuentran ahora agrupadas en racimos discernibles con claridad. Más aún, esta acumulación estructural de cromatina parece ser un requisito necesario para la división con éxito de la célula (mitosis), porque como estado siguiente de la mitosis se produce una elegante danza cromosómica en la cual los pares de cromosomas se alinean a cada lado de una línea divisoria, después de duplicarse, y luego se separan con rapidez cuando se dividen el núcleo y la célula.” (Steinglass *et al.*, 2001: 281)

¹⁶⁰ Esta explicación que recurre a transmisores y receptores nos remite a la que proporciona la OMS y que nosotros hemos presentado en el apartado dedicado a la *Neurociencia*, hacia el final del capítulo tres; si bien en aquella ocasión la explicación era de tipo neurológica. ¿No puede ser acaso el cerebro del alcohólico la metáfora de la familia alcohólica?

¹⁶¹ Si bien a primera vista parece haber una cierta proximidad entre el modelo multifactorial y el modelo sistémico, la diferencia es notable: el primero ensaya distintas variables como causas directas del alcoholismo, mientras que el segundo sostiene que es la interacción de factores múltiples la que favorece el desarrollo del alcoholismo en una familia. Digamos: el modelo multifactorial se apoya en una versión causal de la identidad, mientras que sólo en el modelo sistémico la identidad se puede entender narrativamente. Además, el modelo sistémico no es contradictorio con el argumento genético: antes bien, se podría afirmar que existe cierta predisposición genética en algunos individuos a desarrollar el *estado de familia* que es el alcoholismo, y justamente en tanto que constituye un estado de familia, hay ciertos factores que favorecen o desalientan la transmisión del alcoholismo a generaciones siguientes.

¹⁶² Cfr. esta metáfora con la perspectiva de la *Terapia Cognitiva Post-Racionalista*, presente en el capítulo anterior.

En términos de sistemas familiares podemos decir que el problema es la transmisión de la identidad alcohólica a una nueva célula –la nueva familia– que entonces necesitará acumular *ADN familiar* para realizar el proceso de *mitosis de la familia*. Para ello es necesaria una *clarificación de la identidad familiar*. Es muy claro como ejemplo el fenómeno de separación de una nueva familia respecto de su familia de origen. La división –física– subraya la importancia de los rituales. Remarquemos que no sólo se deben estudiar los rituales relacionados con el mal uso del alcohol, sino que se trata de identificar la mayor cantidad posible de rituales para evaluar el posible impacto de la conducta alcohólica sobre éstos.

Existen dos hipótesis sobre la vinculación entre rituales de familia y transmisión del alcoholismo: una hipótesis *de mecanismo* que postula que los rituales transmiten directamente el alcoholismo de una generación a otra: los hijos incorporan el alcoholismo como *función* en la identidad de la familia, por ejemplo, en su estructuración de acontecimientos tales como las vacaciones o las fiestas; y una hipótesis *de señales* que entiende los rituales de familia como un producto de la identidad de la familia, como un *reflejo* del sentimiento que la familia tiene de sí.

¿Por qué, dada una familia alcohólica, un hijo constituye otra generación de familia alcohólica y el otro hijo no, si ambos han crecido en el mismo ambiente? Esto es algo que el modelo multifactorial no puede explicar, pues en los dos casos las variables serían prácticamente las mismas. Tampoco lo puede explicar el modelo genético. Ni tampoco el modelo psico-social.

Hay, por un lado, un legado familiar, la *herencia* de familia. Esto significa que ambos hijos tienen como patrimonio inicial en las familias que inician un componente de posible continuidad de la identidad alcohólica de la familia de origen. Pero cada nueva familia constituirá su propia identidad de familia, contando entre sus elementos con la decisión de organizarla de similar manera a su familia de origen, esto es, dando continuidad a la identidad alcohólica, o no, es decir, desarrollando nuevos parámetros en la organización de la nueva identidad.

Una entrevista detallada puede esclarecer si la nueva familia ha incorporado o no los rituales de la familia de origen; lo cual resultaría un buen *predictor*. “los rituales de familia son, en la práctica, módulos condensados, preenvasados, destinados a comunicar a todos los integrantes de la familia los datos importantes respecto de la identidad de ésta.” (Steinglass *et al.*, 2001: 284)

Aquí es donde aparece el concepto de *premeditación* como poderoso predictor de la transmisión del alcoholismo de una generación a la siguiente. La *premeditación* refiere a una decisión adoptada conscientemente por un hijo de organizar los rituales de su propia familia según líneas muy precisas en lo concerniente a las dos familias de origen. El mejor modo de atenuar la transmisión del alcoholismo sería, pues, desprenderse de la identidad de la familia de origen y desarrollar una nueva identidad, en un sentido distinto. La *premeditación* resulta el mejor *predictor* de la variable *transmisión-no transmisión*, variable que podemos denominar dimensión *subsunción-diferenciación*. (Steinglass *et al.*, 2001: 285) Esta variable alude a la medida en que la familia alcohólica modifica sus rituales en los momentos de mayor consumo de alcohol para adaptarse a las necesidades del bebedor. Cuando se produce la adaptación, decimos que los rituales quedan *subsumidos* bajo las exigencias del alcoholismo reflejando el impacto del alcoholismo sobre la identidad. En las familias *distintivas*, en cambio, si bien el alcoholismo también se corresponde con la identidad y aun como elemento organizador, se

mantiene apartado, como un *absceso*. El grado de identidad alcohólica es mucho mayor en las familias *subsuntivas* que en las *distintivas*.

¿Cuáles son los factores que aumentan —o reducen— la posibilidad de transmitir intergeneracionalmente el alcoholismo? Si observamos los ambientes de las familias que podemos llamar *emisoras* de la identidad alcohólica, podemos suponer que de una *diferenciación* del alcoholismo respecto de la identidad de familia resultará un ambiente menos favorecedor de la transmisión del alcoholismo comparado con una pauta *subsuntiva*.

¿Está vinculada con la *transmisión-no transmisión* del alcoholismo la variable *subsunción-diferenciación* de los rituales de familia durante el período de mayor consumo de alcohol por parte del padre bebedor? La capacidad de la familia para conservar sus rituales en forma y contenido, a pesar de contar con un integrante alcohólico, ¿está vinculada con la *no transmisión* intergeneracional del alcoholismo? La tendencia a modificar los rituales para subsumir las conductas al miembro alcohólico ¿son pautas históricas que muestran la transmisión del alcoholismo? ¿De qué modo es posible responder a estos interrogantes?

El método: las entrevistas rituales

El método que sugieren Steinglass y su equipo para estudiar las familias alcohólicas son las *entrevistas semiestructuradas*, que pueden efectuarse a cada integrante de la familia. Se les pregunta acerca de características sociodemográficas, la historia del consumo de alcohol, las relaciones con los demás miembros de la familia, las relaciones con los miembros de la familia de origen, etc.

También se pueden realizar *entrevistas rituales*, referidas a la continuidad de la herencia de familia, a las generaciones anteriores a la familia de herencia, apuntando al esclarecimiento de algunas áreas de la vida familiar: fines de semana, vacaciones, visitas, días de fiesta, entre otros.¹⁶³ El cuestionario es diseñado para que los encuestados respondan acerca de la vida familiar antes del pico más alto de consumo de alcohol por parte del padre/madre bebedor en comparación con el período de mayor consumo.

Se trata de reconstruir, mediante entrevistas individuales y en forma sistemática, un cuadro lo más fiel posible de la vida ritual de la familia en el pico más alto de consumo de alcohol. Los datos se analizan, se codifican y luego se leen por un codificador —que puede ser un manual creado a tales efectos. Lo que se busca es la mayor información posible sobre la presencia del bebedor, sobre el uso que hace de la bebida, sobre sus estados de ebriedad y la respuesta que da el resto de la familia y muy especialmente sobre los cambios en los rituales. De acuerdo con las variedades resultantes de la combinación entre rituales y conducta alcohólica, podemos distinguir tres tipos de familias: *subsuntivas*, *distintivas* e *intermedias*. (Steinglass *et al.*, 2001: 288)

Las familias *subsuntivas* se organizan cuando los rituales han sido cambiados en forma significativa para adaptarlos a la conducta del bebedor. Las familias *distintivas*, cuando la zona

¹⁶³ En el estudio realizado por Steinglass y su grupo, son seis las zonas sobre las cuales se aplica la indagación: las cenas, los días festivos, las veladas, los fines de semana, las vacaciones y los visitantes de la casa.

de rituales no han sido dañadas durante el período de mayor consumo de alcohol. Y las familias *intermedias*, cuando la mitad de la zona de rituales ha sufrido cambios y la mitad no.

Nos preguntamos ahora si la pauta subsuntiva no estará vinculada con la posibilidad de una mayor transmisión del alcoholismo de una generación a la siguiente. Si es así, entonces existe cierta relación entre la disgregación de los rituales y la transmisión del alcoholismo. Entonces, en el estudio metodológico también se deberá codificar la *transmisión*. Del modo de codificación resultan tres tipos de familias: *transmisoras*, *no transmisoras* e *intermedias*. (Steinglass *et al.*, 2001: 288-289)

Las familias *transmisoras* son aquellas resultantes de la generación de hijos que incluye al menos a una persona alcohólica¹⁶⁴. Las familias *no transmisoras*, cuando los hijos son bebedores sociales o abstemios. Y las familias *intermedias*, cuando los hijos dan señales de encaminarse hacia la carrera alcohólica, pero no han llegado a la edad considerada de mayor riesgo para el desarrollo del alcoholismo: 25 a 45 años.

Podemos establecer, de acuerdo con los estudios realizados por Steinglass y su equipo, que cuanto mayor es el cambio en los rituales durante el período de mayor consumo de alcohol del bebedor, mayor probabilidad hay en la repetición de los problemas vinculados a conductas alcohólicas luego, en la generación de hijos. Un cambio significativo en los rituales familiares está estrechamente vinculado con la transmisión del alcoholismo intergeneracional. El hecho de que la familia sea indiferente o tome cartas en el asunto para reducir los daños causados por el alcoholismo es de vital importancia.

También es relevante la cuestión de la *aceptación*. Al ser entrevistados los miembros de familias *transmisoras* casi siempre recordaron que el padre/madre alcohólico estaba presente en el hogar, casi siempre bebiendo y casi siempre ebrio. Parece ser que cuando la conducta alcohólica es tolerada se produce una alteración manifiesta en el grado de participación del bebedor en los rituales familiares –por ejemplo, más efusivo debido a la embriaguez.

Por otra parte, las familias transmisoras *intermedias* han mostrado ciertas características comunes a las *transmisoras*, como cierta aceptación en el cambio de grado de participación del bebedor en los rituales. A diferencia de las familias *no transmisoras*, que rechazan de plano toda conducta alcohólica durante el transcurso los rituales. No obstante, tanto las familias transmisoras *intermedias* como las *no transmisoras* parecen mantener intactas las tradiciones de los días festivos, mientras que en las familias *transmisoras* los días festivos parecen ser modificados cuando aumenta el consumo de alcohol del bebedor. (Steinglass *et al.*, 2001: 291)

Aparece un nuevo concepto explicativo: la *protección*. El ambiente familiar ¿puede ser protegido del alcoholismo? ¿O debe ser modificado para incluir las conductas del bebedor? ¿Cuánta energía y eficacia requiere una familia para proteger los rituales de la invasión de la conducta alcohólica?

Se consideran protectoras las siguientes características: 1) Durante los rituales, el padre/madre bebedor no se encuentra ebrio habitualmente. 2) Cuando el bebedor se embriaga, la familia rechaza esta conducta activamente. 3) No se producen grandes cambios en el grado de participación del bebedor durante los rituales. 4) La familia rechaza los cambios

¹⁶⁴ Cfr. P. Steinglass (2001: 288) hace notar que los criterios de *persona alcohólica* o *bebedor-problema* pueden ajustarse perfectamente a los criterios de Goodwin.

en los rituales activamente. Y 5) No hay cambios significativos en los rituales durante los períodos de mayor consumo de alcohol del bebedor.

De lo que se trata es de “identificar los componentes del ambiente psicosocial de una familia que, cuando se encuentran presentes, parecen acrecentar la posibilidad de que la conducta alcohólica se repita en la generación siguiente.” (Steinglass *et al.*, 2001: 293) Los rituales de familia, en tanto que mecanismos por medio de los cuales se transmite el alcoholismo de una generación a la siguiente, son *marcadores* de conductas de los procesos que subyacen en una familia transmisora. Hay una estrecha vinculación entre las conductas rituales y las conductas de *transmisión-no transmisión*.

La *subsunción* es un factor de *vulnerabilidad* que se puede encontrar en el ambiente familiar, un factor que pone a las generaciones siguientes en riesgo de incorporar el alcoholismo, en tanto que la *diferenciación* es un factor productivo, que ayuda a los hijos a desarrollar *protección* de las consecuencias de la conducta alcohólica de un padre/madre.

De lo que se trata es de buscar las cualidades de conducta que contribuyan a la protección contra la vulnerabilidad del ambiente familiar. En este sentido, es de singular importancia la aceptación-rechazo del alcoholismo cuando se desarrollan los rituales de familia. Éste resulta ser el mejor predictor de las familias *no transmisoras*, que rechazan firmemente la intrusión de la conducta alcohólica durante los rituales. Mientras, tanto las familias *transmisoras* como las transmisoras intermedias se muestran más o menos flexibles y no excluyen directamente al bebedor de la participación en los rituales.

Las familias que rechazan la conducta alcohólica *-no transmisoras-* mantienen generalmente sus rituales sin grandes fluctuaciones durante los períodos de mayor consumo de alcohol, lo cual sugiere que protegen sus rituales de manera especial: conservando las características y la continuidad de las conductas rituales a la vez que formulando una explícita declaración de que la conducta alcohólica no será tolerada durante los rituales. Es más: para participar de los rituales familiares el bebedor debe estar sobrio. Esta decisión es análoga a la *premeditación*, estrategia que apela a la decisión activa y consciente de una familia de cortar toda relación entre conductas alcohólicas y rituales, perturbando así la transmisión del alcoholismo.

Iniciamos este apartado preguntándonos cómo se transmiten los estados psicopatológicos crónicos como el alcoholismo de una generación a la siguiente. Y si bien no se han descartado las explicaciones genéticas, se han señalado sus limitaciones. Esta explicación aquí proporcionada, basada en explicar ciertos mecanismos familiares en el proceso de transmisión pretende ampliar el panorama, para mejorar las condiciones de intervención y así colaborar con las familias de riesgo aumentando su capacidad de transmisión.

Tratamiento de la familia alcohólica: la *historia de vida*

Las familias alcohólicas son de variada índole. Algunas han organizado su vida alrededor de la conducta alcohólica y algunas no. Pero cuando el alcoholismo invade la vida de una familia, las conductas de sus miembros se vuelven variables marcadoras y tienen gran utilidad para evaluar y diagnosticar la situación. Se pueden señalar tres elementos relevantes en un posible tratamiento del alcoholismo: En primer lugar, la función de la terapia de familia.

Segundo, el recurso de las conductas reguladoras como evaluación y diagnóstico. Y, finalmente, la importancia de la *historia de vida*¹⁶⁵ de la familia en el diagnóstico y en la terapia. (Steinglass *et al.*, 2001: 305)

En general, todo tratamiento para el alcoholismo provee de un programa terapéutico para el bebedor-problema y de un programa –distinto e incluso separado– para su familia. Y si bien existe cierto consenso en promover reuniones para cónyuges de alcohólicos –por ejemplo, las reuniones de Al-Anon¹⁶⁶, paralelas a las reuniones de A.A., hay cierto desmedro de la terapia familiar aplicada al alcoholismo. Sin embargo, hay que notar que aquélla no es más que una terapia concurrente, mientras que la terapia propuesta por el enfoque sistémico es conjunta. Aquél es un programa coincidente, aunque independiente, en donde el alcohólico queda fuera, se desintoxica y se trata por separado. Éste es un programa que reúne a toda una familia que estamos llamando *alcohólica*, porque posee al menos un miembro que es bebedor.

La terapia familiar ha sido objeto de numerosos estudios, a partir de los cuales podemos establecer las siguientes características: 1) Si bien los informes clínicos y estudios controlados parecen pronunciarse a favor de la terapia familiar para tratar el alcoholismo, existe muy poca bibliografía al respecto, no más que unos pocos trabajos pilotos con muestras poco significativas. 2) No existen enfoques de terapia familiar que puedan ser considerados dominantes en el campo. 3) Hay pruebas contundentes de que la terapia paralela del cónyuge del alcohólico aumenta significativamente la posibilidad de que el bebedor entre en terapia. Y 4) el modelo dominante en el campo clínico sigue siendo el tratamiento paralelo en A.A. y Al-Anon.

Sin embargo, es posible otro tipo de tratamiento para la familia alcohólica: aquí se propone el modelo de la historia de vida de familia. En primer lugar, se debe diferenciar entre familia alcohólica y familia con un integrante alcohólico en el diagnóstico inicial. En segundo lugar, se deben identificar las metas del tratamiento y su diseño.

Etapas I: Diagnóstico

Para el diagnóstico se debe tener en cuenta que una familia alcohólica –a diferencia de una familia con un integrante alcohólico– es aquella tendiente a organizar sus conductas reguladoras en vistas a adaptarlas a las necesidades del bebedor –proceso de invasión del alcoholismo sobre la vida familiar. Por otro lado, la familia alcohólica exhibe deformaciones en su desarrollo como producto de la incidencia del alcoholismo. (Steinglass *et al.*, 2001: 313)

La familia alcohólica es aquella en la cual las conductas alcohólicas se han instituido como principios organizadores de la vida familiar. En tal sentido, un tratamiento tendiente a frenar el consumo de alcohol tendrá profundas implicancias para todos los integrantes de la

¹⁶⁵ Ya se ha mencionado en la Introducción la importancia de esta metodología narrativa, pero en referencia a la historia de un individuo particular.

¹⁶⁶ Al-Anon es una institución creada en forma paralela a A.A. Los cónyuges de los primeros alcohólicos y alcohólicas empezaron a reunirse entre ellos, casi casualmente, en forma paralela a los encuentros de bebedores. Parece ser que la concurrencia de cónyuges a su terapia repercute en un mayor compromiso con el tratamiento por parte del propio bebedor. (En <http://aa.org.ar>)

familia y no sólo para el bebedor. Hay que señalar también que una interrupción precipitada en el ciclo sobriedad-embriaguez puede tener un efecto desestabilizador. Una buena aplicación de la historia de vida puede dar cuenta fácilmente de las reacciones familiares e incluso anticiparse a cualquier reacción y atenuar consecuencias negativas.

Se pueden utilizar para el diagnóstico las rutinas diarias, los rituales de familia y las estrategias de solución de problemas a corto plazo, ya mencionadas en el párrafo 3. Estas conductas sirven como evidencias de la invasión que ha producido el alcoholismo y que da cuenta la historia de familia. La entrevista diagnóstica se efectúa a todos los integrantes, incluyendo preguntas específicas acerca de cómo son las conductas reguladoras y cómo han sido alteradas por las conductas alcohólicas, en especial, durante los períodos de mayor consumo de alcohol.

El diagnóstico del alcoholismo y su reconocimiento como problema familiar se realiza en la etapa I. Allí, el terapeuta, el alcohólico identificado como tal y su familia tratan de poner en común los problemas y establecer las prioridades. Esta es una fase de evaluación de las conductas alcohólicas, anteriores tratamientos, percepción del modo de consumir alcohol por parte de la familia y de las conductas con que enfrentan en forma solidaria el alcoholismo.

Las principales preguntas que conducen el diagnóstico pueden ser: ¿Es una familia alcohólica? El alcoholismo ¿es la prioridad del tratamiento? La terapia familiar ¿es adecuada justo en ese momento? ¿Es posible establecer algún tipo de contrato de tratamiento entre los miembros?

Perspectiva desarrollista (Etapas II a IV)

El modelo de historia de vida familiar supone que la familia alcohólica encara tareas diferentes según la fase que esté atravesando. Por tal razón, el tratamiento tendrá distintas facetas, acorde a la fase sistémica en que la familia se encuentre al momento de la demanda. Es impensable un paquete de tratamiento común: el diseño de la terapia, si es que ha de ser sistémica, se debe llevar a cabo de forma que tenga en cuenta la fase de desarrollo en que se encuentra la familia demandante, sus necesidades como un todo familiar y las necesidades individuales de cada integrante de la familia. (Steinglass *et al.*, 2001: 306)

Etapa II: Eliminación del alcohol en el sistema

Este paso corresponde a la etapa II y debe ser sostenido mediante una actitud firme, más allá de eventuales recaídas, hasta lograr la abstinencia del bebedor. Se puede recurrir a los llamados *modelos de contrato* o a *las terapias de solución de problemas*.¹⁶⁷ (Steinglass *et al.*, 2001: 313)

Etapa III: El desierto emocional

¹⁶⁷ Tal parece que en este modelo tampoco resulta pertinente la terapia farmacológica.

Cuando se interrumpe el consumo etílico, la familia se enfrenta a una sensación de vacío: a partir de ese momento debe recuperar el sentimiento de estabilidad, pero ahora sin el recurso del alcohol. La conducta alcohólica se había constituido en un principio organizador, si bien nocivo, pero ordenador de las conductas familiares. Ahora se debe establecer una nueva organización familiar. (Steinglass *et al.*, 2001: 314)

Etapa IV: Reestabilización y reorganización

Esta es la fase de resolución: quebrado el ciclo sobriedad-embriaguez, alcanzado un nuevo plano homeostático -aunque quizás todavía frágil- la familia llega a una fase seca¹⁶⁸, es decir, el miembro alcohólico deja de beber. (Steinglass *et al.*, 2001: 314)

Para finalizar, señalemos algunos puntos importantes: 1) Para iniciar el tratamiento es necesario realizar un diagnóstico preciso de la familia estableciéndola como efectivamente alcohólica. 2) La desintoxicación debe ser conceptualizada como una etapa familiar y no meramente individual. 3) La efectividad en la eliminación del alcohol del sistema familiar varía de una familia a otra: la sola consulta en demanda de terapia indica una valiosa labor preliminar por parte de una familia alcohólica. Y 4) es imprescindible lograr la abstinencia del bebedor. La familia como grupo tiene responsabilidad en ensayar estrategias para quebrar el consumo de alcohol. Es la única base sólida para desintoxicar a toda la familia.

¹⁶⁸ *Seco-húmedo* son expresiones que hacen referencia al consumo de bebida o a su ausencia, según ya se ha señalado a comienzos del capítulo dedicado a los modelos de alcoholismo.

Excursus: El estigma del alcohólico o la identidad deteriorada

“Como en los cuentos de hadas, me habían puesto el disfraz sin mi aprobación ni mi conocimiento”

Erwing Goffman, *Estigma*

La Real Academia define el *estigma* (del lat. *stigma*, y del gr. *στιγμα*, *picadura*) como una *márcas o señal en el cuerpo; desdoro, afrenta o mala fama; huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo* –tal el caso de algunos santos extáticos marcados como símbolo de la participación de sus almas en la Pasión de Cristo-; *marca impuesta con hierro candente, señal de pena infamante o signo de esclavitud; lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria.* (Real Academia, 2001)

Los griegos consideraban *estigmas* los signos corporales como cortes o quemaduras en el cuerpo, que avisaban que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor. El cristianismo agregó un nuevo sentido: los signos corporales podían proceder tanto de la gracia divina como de cierta perturbación física. En la actualidad, el estigma designa preferentemente al mal en sí mismo antes bien que a sus manifestaciones corporales y su principal característica es el ser profundamente *desacreditador*. (Goffman, 2003: 13)

Es frecuente hablar del *estigma* del alcohólico en relación con el modo en que éste es percibido y juzgado por su comunidad. Dada la estrecha vinculación entre el estigma y la identidad del alcohólico, muchas veces se vuelve una cuestión vital la preservación de su *anonimato*.¹⁶⁹ En el sentido apuntado parece ir Foucault al señalar que no se puede “determinar hasta qué punto es lícito publicar las pericias médico-legales con sus verdaderos nombres”. (Foucault, 2000: 15)

Si bien Foucault está reflexionando acerca de las enfermedades mentales en general, bien podemos transferir este pensamiento al campo del alcoholismo: dado el estigma que acompaña frecuentemente al alcohólico, debería recomendarse el cuidado de su identidad.

Por su parte, Goffman define el *estigma* como “la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social”. (Goffman, 2003: 7) Aquí podríamos incluir desviaciones y fenómenos como objetos de discriminaciones de variados tipos.

Debemos notar además que el estigma está vinculado con la *identidad social* del individuo alcohólico, pero también con su *identidad personal*, pues, como veremos en este

¹⁶⁹ Así, por ejemplo, para la comunidad de Alcohólicos Anónimos, el *anonimato* está contemplado en la *12ma. Tradición* (ver **Apéndice V**), pues representa un principio fundamental para proteger la identidad de aquellos alcohólicos que quieran ingresar como miembros de la institución. Existen dos niveles de anonimato, a saber: un *anonimato a nivel persona*, que protege a los alcohólicos de ser identificados –estigmatizados– como tales; es esencial para propiciar un ambiente de confianza y franqueza entre los miembros, especialmente entre los recién llegados. Se les sugiere respetar el derecho de los miembros de mantener el propio anonimato en cualquier nivel deseado, no usar apellidos fuera de las reuniones, etc.; y un *anonimato en los medios de comunicación*, que enfatiza la igualdad de todos los miembros de AA, impidiendo la consecución de beneficios de afiliación, ya sea para ganar fama, poder o provecho personal. Se sugiere mantener el anonimato personal en autobiografías, no identificarse en los medios de comunicación, como, por ejemplo, aparecer de espaldas en programas de TV- etc. (AA, Folleto: *Comprendiendo el anonimato*, Alcoholics Anonymous World Services, Oficina de Servicios Generales para la República Argentina, Bs. As.

apartado, la identidad social influye decisivamente en la conformación de la identidad personal. Recordemos la distinción de Ricoeur entre *designable* y *auto-designable*¹⁷⁰ y digamos que un individuo puede ser designado *alcohólico* —por parte de alguien— tanto como auto-designarse *alcohólico* —a sí mismo. Ahora bien, el individuo es estigmatizado cuando es *designado alcohólico*, puesto que el estigma pertenece al ámbito de lo social.

Tipología del estigma

Podemos llamar *estereotipo* a la clasificación tipológica acordada socialmente con connotaciones discriminatorias: “cuando el estereotipo es despreciativo, infamante y discriminatorio, se convierte en un estigma, es decir, una forma de categorización social que fija atributos profundamente desacreditables” (Goffman, 2003: 17)

Existen tres tipos de *estigma*, según Goffman: las *abominaciones del cuerpo*, consistentes en distintas deformidades físicas; los *defectos de carácter*, como la falta de voluntad, las pasiones tiránicas o antinaturales, las creencias rígidas y falsas, la deshonestidad, las perturbaciones mentales, las reclusiones, las adicciones, homosexualidad, el desempleo, los intentos de suicidio y las conductas políticas extremistas. Podemos incluir el *alcoholismo* en este grupo; y, finalmente, los estigmas *tribales*: de una raza, una nación o de una religión. (Goffman, 2003: 14)

La distinción¹⁷¹ de Goffman entre *identidad personal* e *identidad social* quizás nos resulte útil para esclarecer en qué consiste eso que llamamos el *estigma* del alcohólico. Por ejemplo, el haber tenido un pasado sombrío es una cuestión relacionada con su identidad social, pero la manera como maneja la información relacionada con ese pasado tiene que ver con su identidad personal.

La identidad personal abarca el conjunto de marcas positivas en una combinación única que se enlaza en su historia vital y se adhiere al individuo de tal modo que le permiten diferenciarse de todos los demás. En torno a este medio de diferenciación se adhieren y entrelazan “los hechos sociales de una única historia continua” (Goffman, 2003: 73). La identidad es, pues, el conjunto de atributos personales que posee el yo y que desarrolla el agente —en su relación con la dimensión subjetiva de la identidad.¹⁷²

Estigma e identidad social

Luego, ¿qué relación tiene el estigma con la *identidad social*? Veamos primero los elementos que conforman este concepto de *identidad social*. De acuerdo con Goffman, la

¹⁷⁰ *Designables* son todos los individuos en tanto que objetos, pero sólo las personas son *auto-designables* debido a su condición dialéctica *idem-ipse*. Solamente una persona puede decir de sí misma que es ella misma.

¹⁷¹ Consideramos la distinción entre *identidad personal* e *identidad social* como dialéctica en un sentido similar al que da Ricoeur a la dialéctica *misimidad-ipseidad* precisamente son sólo las personas quienes portan una identidad social.

¹⁷² Acaso la diferencia entre *identidad personal* e *identidad social* no sea más que una abstracción o dos modos de hablar de lo mismo. Soy capaz de relatar historias sobre mi persona, poniéndome como personaje de la narración porque estas historias vinculan este personaje que soy yo en mi relato con otros personajes, que a su vez también son capaces de contar historias. Esto constituye la *dimensión ética* de la narración.

identidad social posee *categorías* y *atributos*. La *categoría* se puede aplicar a un conjunto cualquiera de individuos, como, por ejemplo, a personas que poseen un estigma en particular. Una categoría se conforma por un grupo, indica un *nosotros*, *nuestra gente*, etc. (Goffman, 2003: 35) La *categoría* es el denominador común de una asociación de individuos que comparten un estigma común y que permite establecer relaciones entre quienes comparten dicho estigma y considerar sus posibles negociaciones sociales en conjunto.

Los *atributos*, por su parte, pueden ser *personales* o *estructurales*. Los *atributos personales* son elementos externos, observables socialmente, como el carácter, los valores o las formas de exponerse públicamente. Los *atributos estructurales* se refieren a los roles que los individuos pueden desarrollar. En el caso del estigma existen dos contrapartes del mismo complejo: el *rol del individuo normal* y el *rol del individuo estigmatizado*. Ahora bien, Goffman también distingue dos sentidos en los que se puede hablar de *identidad social*: un sentido *virtual*, referente a la categoría y los atributos que le podemos atribuir a alguien; y un sentido *real*, referente a la categoría y los atributos que realmente le pertenecen al individuo. (Goffman, 2003: 12)

Cuando hay discrepancia entre la identidad virtual y la identidad real, resulta dañada la identidad social de un individuo, que “lo aísla de la sociedad y de sí mismo, de modo que pasa por ser una persona desacreditada en un mundo que no lo acepta” (Goffman, 2003: 31). Tal es la situación del alcohólico estigmatizado, a quien se le asignan ciertos atributos —no necesariamente adecuados, o no todos adecuados— precisamente por causa de su alcoholismo.

Estigmatización y enmascaramiento

Existen individuos *normales*¹⁷³, por un lado, y *estereotipos*, o individuos estigmatizados, por otro. Así, pues, podemos dar el nombre de “normales a todos aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares que están en discusión” (Goffman, 2003: 15) Las personas, además de percibirse a sí mismas como diferentes, pueden recibir un reconocimiento social diferenciado. El individuo estigmatizado se puede aislar, protegiéndose de la estigmatización con creencias propias sobre su identidad. ¿Puede acaso llegar a sentir que es un ser humano normal? Quizás el querer ser admitido socialmente como *normal*, aun sabiéndolo imposible, llegue a resultar un acicate de sus sentimientos en relación con su identidad personal.

Sin embargo, existen ciertos mecanismos de defensa que pueden ser empleados por el individuo para evitar el descrédito o rechazo por parte del tribunal social. Estos mecanismos constituyen el *enmascaramiento*, esto es, el esfuerzo que alguien realiza para que su estigma no se note o se note lo menos posible. Ahora bien, para que un individuo intente enmascarse, necesariamente debe de estar dispuesto a admitir que posee un estigma. (Goffman, 2003: 122-123) ¿Cómo podría alguien pretender esconder algo que ignora que existe?

¿Podría acaso un alcohólico enmascarar su alcoholismo? ¿No es acaso el comportamiento más frecuente por parte de un alcohólico: el intentar atribuir sus desventuras a otro factor distinto de su modo abusivo de beber alcohol? ¿No deberíamos entonces revisar el planteo que habíamos propuesto con motivo de la promesa a la luz de este concepto de

¹⁷³ El individuo estigmatizado no puede ser de ninguna manera alguien normal. Ya hemos abordado la cuestión de la *normalidad-anormalidad* en nuestro *Excursus* anterior.

enmascaramiento? La promesa de un alcohólico que una y otra vez asegura que no volverá a beber en exceso ¿es otra cosa que un intento –las más de las veces fallido- de enmascarar su alcoholismo?

El concepto de *enmascaramiento* pone en evidencia la toma de conciencia por parte del individuo estigmatizado del estrecho vínculo entre el estigma y la aceptación social, es decir, la persona estigmatizada es consciente de no ser aceptada socialmente. Que exista rechazo social hacia una persona no significa necesariamente que haya estigma. Sólo si la persona se percibe a sí misma como rechazada socialmente, entonces podemos hablar de *identidad estigmatizada*. Tal el caso del alcohólico: sabe que su modo de beber en exceso provoca el rechazo de la sociedad. Es más: puede reconocerse como estigmatizado –e incluso intentar enmascarse– aún no reconociéndose como alcohólico.

Victimización: el *gancho*

¿Cómo responde a la situación de rechazo social la persona estigmatizada? Según Goffman, una respuesta puede consistir en la tendencia a la *victimización*¹⁷⁴, es decir, a ponerse y verse a sí misma como víctima de la situación. Es interesante la apreciación que hace Goffman a este respecto: el estigma puede convertirse en el *gancho* del cual el paciente cuelga sus insatisfacciones, deberes desagradables de la vida social, etc., llegando a depender de éste y utilizándolo no sólo como un medio para evadirse razonablemente del medio social, sino también, y a veces especialmente, como un modo de evitar la responsabilidad social. (Goffman, 2003: 21)

El individuo estigmatizado no está preparado para enfrentar ciertas situaciones *sin la ayuda de su desventaja*. ¿Es posible acaso que el alcohólico utilice su alcoholismo como *gancho* del cual cuelgue cualquiera de sus problemas? Por otra parte, el estigmatizado requiere de un mayor esfuerzo de adaptación, pues los demás tienden a definirlo en función de su estigma. Así, un trabajador alcohólico resultará precisamente eso: un *alcohólico* que trabaja y no un simple empleado. ¿Pero entonces podría culpar de su falta de idoneidad o responsabilidad a su alcoholismo?

Estigma y narración

Goffman percibe también cierta vinculación entre la estigmatización y la narración literaria y señala que un grupo de individuos estigmatizados puede frecuentemente patrocinar “algún tipo de publicación que expresa sentimientos compartidos, consolidando y estabilizando en el lector la sensación de la existencia real de ‘su’ grupo y de su vinculación con él.” (Goffman, 2003: 37)

Alcohólicos Anónimos parece ser un claro ejemplo de esto que hemos dicho. Pasamos a relatar su mito fundacional. Esta institución tuvo su inicio en 1935, en Akron, Ohio, cuando

¹⁷⁴ Ya habíamos hablado de la *victimización* en el Capítulo V, pero en otro contexto, a propósito de las mujeres que –según el modelo de la *vulnerabilidad*– se abandonaban al alcoholismo como consecuencia del maltrato sufrido.

se produjo el encuentro entre Bill W., un agente de Bolsa de Nueva York, y el Dr. Bob S., un cirujano de Akron. Ambos eran alcohólicos desahuciados.¹⁷⁵ Antes de conocerse, Bill y el Dr. Bob habían tenido contacto con el Grupo Oxford, una sociedad compuesta en su mayor parte por gente no-alcohólica, que concedía gran importancia a la aplicación de valores espirituales universales en la vida diaria. Por aquellos tiempos, los Grupos Oxford estaban dirigidos por el renombrado clérigo de la Iglesia episcopal Dr. Samuel Shoemaker. Bajo esta influencia y con la ayuda de su viejo amigo, Ebby T., Bill había logrado su sobriedad y había mantenido su recuperación trabajando con otros alcohólicos, a pesar de que ninguno de éstos se había recuperado. El hecho de ser miembro del Grupo Oxford de Akron no le había dado al Dr. Bob la suficiente ayuda como para lograr su sobriedad.

Por fin el Dr. Bob y Bill se conocieron. El encuentro produjo en el Dr. Bob un efecto inmediato: se encontraba cara a cara con un compañero alcohólico que había logrado dejar de beber. Bill consideraba el alcoholismo como una enfermedad de la mente, de las emociones y del cuerpo, tal cual se lo había comunicado el Dr. William D. Silkworth, del Hospital Towns de Nueva York -institución en la que Bill había ingresado varias veces como paciente. Aunque era médico, el Dr. Bob no consideraba el alcoholismo como una enfermedad. A diferencia de Bill, cuyas ideas contundentes de Bill acabaron convenciendo a Bob, quien pronto logró su sobriedad y nunca volvió a beber. Bill y Bob se pusieron a trabajar inmediatamente con los alcohólicos internados en el Hospital Municipal de Akron, hasta que un paciente pronto logró su sobriedad. Aunque no se había inventado todavía el nombre de *Alcohólicos Anónimos*, estos tres hombres constituyeron el primer grupo de AA.

Programa narrativo de recuperación

A principios de 1939, la institución publicó su libro de texto básico, *Alcohólicos Anónimos*. En este libro, escrito por Bill, se exponían los principios y los métodos de AA., como también los historiales de treinta miembros recuperados. Hoy existe una vasta literatura que incluye el contenido del *Programa de Doce Pasos, Doce Tradiciones y Doce Conceptos* (ver **Apéndice V**) salpicados siempre con variados relatos de alcohólicos que han logrado recuperarse. Estas narraciones son similares a las que constituyen las llamadas *experiencias compartidas* en las *reuniones -meetings-* que realizan los grupos de AA. Como vemos, el programa de AA es narrativo por donde se lo mire. Pero la afirmación de Goffman va más lejos:

“Por incultos que sean, los norteamericanos estigmatizados tienden a vivir en un mundo definido literariamente; si no leen los libros referentes a las personas que se encuentran en su misma situación, por lo menos leen revistas y van al cine; y, en caso de no poder hacerlo, escuchan, entonces, a los miembros del grupo, voceros del problema, pertenecientes a su localidad. Así, la mayoría de los estigmatizados tiene acceso a una versión intelectualmente elaborada de sus puntos de vista.” (Goffman, 2003: 38)

¹⁷⁵ En: <http://www.aa.org.ar>

Estas apreciaciones parecen desprenderse de la idea -presente tanto en Goffman como en la comunidad de AA- de que la *biografía* de un individuo “es una entidad alrededor de la cual se puede narrar una historia”. (Goffman, 2003: 79)¹⁷⁶

Una *biografía* une imágenes que el individuo construye de sí a partir de los mismos elementos con los que los demás construyen su identificación personal y social de aquél, pero permitiéndose importantes libertades respecto de la narración.

A veces, el estigmatizado puede incluso intentar encubrir su identidad, manejando la información oculta que desacredita su *yo* –para evitar el seguir siendo estigmatizado. Por ejemplo, un individuo que ha estado internado en un hospital psiquiátrico puede ocultar esta información para evitar el estigma por parte de quienes no conocen su pasado. Este encubrimiento hace que no coincidan la identidad social real con la identidad social virtual. Es un modo de no hacer visible la identidad social real. Para algunos individuos, haber tenido un pasado sombrío es un problema relacionado con su *identidad social*. En cambio, el modo como maneja la información relacionada con ese pasado es una cuestión de *identidad personal*.¹⁷⁷

Ahora bien, el tipo de información que se juega en la estigmatización es lo que Goffman llama *información social* y es aquella que reúne el conjunto de características más o menos permanentes de un individuo mediante *signos o símbolos portadores*. Estos signos son rutinarios, no esporádicos. Y las normas relativas a la identidad social constituyen lo que podemos llamar *personalidad social*. La identificación personal de un individuo se construye en parte con aspectos de su identidad social. Además, el esfuerzo por ocultar o corregir el estigma pasa a conformar parte de su identidad personal –como el esfuerzo de un alcohólico por intentar ocultar la cantidad de alcohol que bebe. *El concepto de identidad social* que hemos tomado de Goffman aporta claridad sobre los conceptos de estigmatización y de identidad personal y sobre el papel del control de la información en el manejo del estigma. La identidad del yo, por su parte, permite considerar qué siente el individuo en relación con el estigma y el manejo que pueda tener de éste. Así, el individuo estigmatizado se plantea qué debe pensar de sí mismo, en qué consiste su identidad. Los valores que una sociedad puede proponer con respecto a la identidad pueden no estar firmemente establecidos y sin embargo pueden proyectarse sobre los encuentros y relaciones que se producen en el diario vivir. La sociedad se maneja diariamente en el campo del estigma; es un rasgo general de la sociedad y un proceso producido precisamente por la existencia de las normas de identidad.

Para finalizar este apartado es necesario decir que el proceso de estigmatización como tal no aporta nada al tratamiento para el alcoholismo. Sin embargo, el estigma delata, desvela, denuncia, pone en evidencia una vez más el carácter de construcción social del alcoholismo. También podría resultar de cierta utilidad si además de la designación de *alcohólico* que otro pueda atribuir a un individuo alcohólico –implícita en todo estigma- fuera el propio alcohólico quien se auto-designara como tal. El alcohólico, una vez auto-designado como tal, podría volverse el personaje de sus narraciones: un personaje alcohólico en busca de tratamiento.

¹⁷⁶ Notemos cómo estas ideas de Goffman coinciden grandemente con nuestra perspectiva acerca de la relación entre alcoholismo e identidad narrativa.

¹⁷⁷ No está de más recordar que ya habíamos afirmado la oposición dialéctica que significan la identidad personal y la identidad social, indivisibles y constitutivas la una de la otra.

XII. Las implicancias éticas del relato en cuestiones de alcoholismo

“Todo lo que es carne o semejante a la carne resulta vulnerable. El cuerpo se caracteriza por su susceptibilidad a la mordedura y a la herida, a convertirse en presa y víctima de serpientes, de rayos, de amantes.”

Martha C. Nussbaum, *La fragilidad del bien*

Aquí iniciamos el último tramo de nuestro trabajo en donde nos ocuparemos de resolver los problemas que se han ido abriendo en el desarrollo de los capítulos anteriores y ataremos cabos sueltos.

En la segunda parte habíamos recurrido a dos trabajos de Paul Ricoeur (1990, 1996) en los cuales se trataba la cuestión de la identidad personal entendida narrativamente. En lo que sigue aportamos la lectura de un tercer texto de Ricoeur (1995) que trata de la *identidad narrativa* y que pondremos en diálogo con dos obras de M. Nussbaum¹⁷⁸ (1995a, 1995b).

Ricoeur dice rescatar la idea de Walter Benjamin de *narrar como arte de intercambiar experiencias*. (Ricoeur, 1996: 166) Las acciones que se llevan a cabo como intercambio de experiencias en el relato son aprobadas o desaprobadas; de modo paralelo, los agentes que efectúan esas acciones resultan alabados o censurados. Nosotros retomamos esta idea, que además de desarrollar teóricamente, aplicaremos como principio metodológico¹⁷⁹, presentando en este sentido breves relatos que condensan experiencias de alcohólicos y que significan el punto de partida para el análisis en cada parágrafo.¹⁸⁰

Ahora bien, la narración nunca puede ser neutra desde el punto de vista ético: al seguir el destino de los personajes en la trama de un relato experimentamos cierto placer. A este particular movimiento del lector que sigue —y evalúa— la trama del personaje Nussbaum lo llama *reacción compasiva* e implica suspender cualquier juicio moral real. (Nussbaum, 1995b: 32)

En el *gran laboratorio de lo imaginario* realizamos experiencias de pensamiento, exploraciones éticas, valoraciones: evaluamos, transvaluamos, incluso devaluamos. En este laboratorio, el juicio moral no es abolido sino que más bien es sometido a las variaciones *imaginativas* que son propias de la ficción. (Ricoeur, 1996: 167)

Por otro lado, ya habíamos distinguido con Bruner —a comienzos del **Capítulo X**— dos tipos de pensamiento: uno *lógico-científico* o *paradigmático* y el otro *narrativo*, dos modos autónomos de funcionamiento cognitivo, dos modalidades irreductibles la una a la otra, poseedoras cada una de principios funcionales, criterios de corrección y procedimientos de verificación propios. La modalidad paradigmática es constructora de buenos argumentos. La modalidad narrativa, de buenos relatos. El pensamiento paradigmático busca la verdad. El narrativo, la verosimilitud.

¹⁷⁸ Esta autora también propone una versión narrativista de la identidad personal y es citada por el propio Ricoeur. (1996: 199 *et pass.*)

¹⁷⁹ Fundamentaremos esta elección dos páginas más adelante.

¹⁸⁰ La elaboración de *casos* parte generalmente de la reconstitución de una situación experiencial a partir del relato de una *historia de vida*, recursos metodológicos que ya han sido debidamente justificados en nuestra **Introducción**, pero también en la presentación de los dos modelos terapéuticos elegidos: la *Terapia Cognitiva Post-Racionalista* y la *Teoría de la Identidad de Familia*.

En el sentido de la segunda modalidad de Bruner apunta Nussbaum cuando afirma que el razonamiento narrativo constituye genuinamente un razonamiento ético paradigmático¹⁸¹ porque es específico al contexto y porque presencia “una idea general de la realización humana en una situación concreta, a la que se nos invita a entrar mediante la *imaginación*” (Nussbaum, 1995b: 33, subr. nuestro)¹⁸²

A partir de aquí ponemos de relieve la importancia de una facultad particular del accionar del razonamiento narrativo: la *imaginación* o *fantasía*, la cual “designa la capacidad de ver una cosa como otra, para ver una cosa en otra. En consecuencia, podríamos llamarla *imaginación metafórica*.” (Nussbaum, 1995b: 65, subr. nuestro)¹⁸³

En virtud de la mencionada *imaginación metafórica*¹⁸⁴ es que puedo ponerme como personaje de una trama y puedo poner a otra persona como personaje de una trama para así evaluar las acciones suspendiendo toda acción efectiva. Los juicios morales resultantes de esta capacidad metafórica tendrán una riqueza mayor que los simples juicios producidos por la racionalidad lógica. Esto se debe a que la imaginación o fantasía es la capacidad de entretejer significaciones profundas y complejas, de interpretar generosamente lo visible, de preferir lo asombroso a las *soluciones adocenadas*, de reverenciar la mortalidad —la fragilidad— humana:

“La visión interna o fantasía, la gran caridad del corazón, alimenta una interpretación generosa del mundo. Esta interpretación (...) no sólo es más adecuada como explicación de la totalidad de la conducta humana tal como la experimentamos, sino que también es causa de mejores modos de vida.” (Nussbaum, 1995b: 68)

Narración, fragilidad y autonomía

Según Ricoeur (1995) es posible distinguir, gracias a la lupa de la narratividad, cierta imbricación entre la *autonomía* y la *fragilidad* o *vulnerabilidad*¹⁸⁵; imbricación que, según veremos,

¹⁸¹ Es preciso distinguir el pensamiento *ético paradigmático* de Nussbaum —como perteneciente al ámbito narrativo— respecto del pensamiento *paradigmático* —o lógico científico— de Bruner y que se contrapone al pensamiento narrativo.

¹⁸² Optamos aquí por el planteo de Nussbaum debido a que desarrolla con mayor profundidad la función de la *imaginación* o *fantasía* en el juicio moral narrativo, mientras que en Ricoeur sólo aparecen las formas adjetivadas según se han visto ejemplificadas en el párrafo anterior, *i. e.*, como variaciones *imaginativas*, como laboratorio de lo *imaginario*, etc.

¹⁸³ Cfr. Jerome Bruner (2004), quien distingue —según ya se ha expuesto en el **Capítulo X**— la imaginación narrativa de la imaginación lógico-científica, teniendo cada una distintas tareas: la primera ve conexiones posibles antes de ser probadas formalmente, en tanto que la segunda es la que produce buenos relatos.

¹⁸⁴ Ya habíamos hablado del uso de la metáfora en estas cuestiones. A partir de la lectura de Susan Sontag habíamos distinguido la descripción metafórica de la enfermedad de su cuadro clínico. Ahora bien, si el pensamiento narrativo es el que elabora las metáforas, ¿será esta modalidad la que oculta el cuadro clínico del alcoholismo detrás de sus metáforas? Retomaremos este punto unas páginas más adelante.

¹⁸⁵ En la primera parte de nuestro estudio ya habíamos hablado de la *vulnerabilidad* —si bien en términos genéticos— en relación con dos modelos de alcoholismo: el que intenta explicar el alcoholismo en las mujeres y el de la neurociencia, proveniente de la OMS. Sin embargo, veremos que esta idea de *vulnerabilidad* o *fragilidad* es distinta. La versión narrativista de la vulnerabilidad difiere de la versión genética del mismo modo como difiere la versión narrativa de la identidad personal respecto de la versión causal. La vulnerabilidad o fragilidad entendida narrativamente —concepto compartido por varios autores, entre ellos, los que nosotros estudiamos aquí: Ricoeur, Nussbaum, Bruner— pone de manifiesto lo que es la propia condición humana en general. Este concepto es mucho más amplio e infinitamente más rico que su par genético y permite explicar fenómenos sociales que a éste

tiene el fin de examinar seguidamente cómo es posible imputar responsabilidad a una persona.¹⁸⁶

El ser humano es frágil porque avanza hacia la decadencia física y la muerte, hacia el vacío y la incertidumbre, está librado a la *tyché*. El desarrollo de la racionalidad, de cierta racionalidad –la que Bruner llama *pensamiento paradigmático*– ha sido un intento –semejante al que promueven los regalos de Prometeo¹⁸⁷– de rebasar la condición de vulnerabilidad del ser humano. Sin embargo, esta pretensión se agota en tanto que pierde la cuenta de la originaria condición de fragilidad. El único recurso posible de restaurar y dotar de sentido –de humano sentido– la condición originaria de vulnerabilidad es su expresión mediante la modalidad narrativa.

El ser humano es frágil, nos dice Martha Nussbaum, y su fragilidad se pone de manifiesto a través de sus *emociones*, las cuales, en tanto que alteraciones del ánimo intensas y pasajeras, agradables o penosas, circunstanciales acompañantes de conmociones somáticas (*Real Academia*, 2001) son precisamente manifestaciones de las limitaciones y de la vulnerabilidad de la persona, tales como el miedo, la pena, la piedad o la esperanza; refieren siempre a lo particular, a nuestros particulares que “permanecen cerca del hogar y contienen, por así decirlo, una referencia de primera persona.” (Nussbaum, 1995b: 91)

En los capítulos dedicados al estudio de la identidad personal habíamos dicho que podíamos asignar a las personas tanto atributos físicos como atributos mentales. Pues bien, las emociones –puesto que son alteraciones del ánimo– pertenecen al campo de los atributos físicos. También habíamos señalado que las ficciones literarias eran variaciones sobre la propia condición corporal y terrestre y que sólo la dialéctica *idem-ipse* podía dar cuenta de ella. Dicha condición, además, representaba una especial dimensión del sí –que Ricoeur llamaba *nuestro anclaje corporal en el mundo* o también *ipseidad*.

Ahora podemos afirmar además que dicha condición corporal y terrestre envuelve emociones que son ellas mismas corporales y terrestres. Decíamos además que nuestro cuerpo constituía una especial propiedad, dada su calidad de intransferible. Del mismo modo, nuestras emociones son también intransferibles. Nuestro cuerpo es frágil en la misma medida en que nuestras emociones son frágiles. Pues bien, solamente la dialéctica *idem-ipse* tal cual aparece en las narraciones literarias es capaz de dar cuenta de esta fragilidad humana que involucra el cuerpo propio y las emociones en tanto que componentes corporales de la *calidad de mío*. La fragilidad es el reflejo de la *ipseidad*. Es por ello y por la especial forma que posee la narración

se le escapan como, por ejemplo, el de las *comunidades vulnerables*: grupos identitarios en los que no queremos vemos identificados: homosexuales y travestis, enfermos y enfermas de todo tipo, marginados y marginadas en general.

¹⁸⁶ En nuestro caso, no se trata de cualquier persona, sino de una persona *alcohólica*.

¹⁸⁷ Presentamos a continuación la versión del relato del mito de Prometeo que nos narra Martha Nussbaum. Antiguamente, los seres humanos erraban indefensos, amenazados por la lluvia, la nieve, el granizo, el sol ardiente. Desconocían las artes, las ciencias y el lenguaje. Transcurrían sus vidas *aislados, silenciosos y desnudos*. Hasta que Prometeo les otorgó el regalo de las *téchnai* –agricultura, domesticación de animales, forma de metales, construcción de barcos, caza, predicción del tiempo, lenguaje hablado y escrito, medicina, edificación de viviendas con las cuales la vida humana se volvería más segura y predecible –menos vulnerable– alcanzando cierto dominio de la contingencia –*tyché*– si bien nunca lograrían vencerla totalmente. (Nussbaum, 1995a: 137)

literaria y no meramente la posesión de un cierto contenido (Nussbaum, 1995b: 91) que el relato hace comprensible y expresable la vulnerabilidad humana.¹⁸⁸

Sin embargo, la fragilidad no es el único componente de la identidad personal. Hay junto a ésta otro aspecto inseparable, a saber, la *autonomía*. Según Ricoeur, existe un doble vínculo entre autonomía y vulnerabilidad, que puede ser planteado en términos de paradoja. La autonomía es, por un lado, *el patrimonio de un sujeto de derecho*; pero, por el otro, “la vulnerabilidad hace que la autonomía siga siendo una condición de posibilidad que la práctica judicial transforma en tarea.” (Ricoeur, 1995: 85) La persona es un ser autónomo a la vez que frágil, bajo puntos de vista diferentes. La autonomía de la persona es la autonomía propia de un ser frágil. La vulnerabilidad de la persona es propia de un ser llamado a ser autónomo. La autonomía es entonces un *proyecto* y una construcción.

Estudio de casos

Ya hemos justificado sobradamente (ver **Introducción**) la importancia del estudio de casos, tanto para la ética —en especial la ética aplicada¹⁸⁹— como para las Ciencias Sociales en general. Por tal razón, incluimos a continuación algunos ejemplos significativos.

Caso 1: La persona alcohólica se pone como personaje

Un terapeuta propone a un alcohólico la siguiente técnica¹⁹⁰: el paciente debe suponer que ha dejado de beber. A partir de esta hipotética situación inicial debe describir cómo sería un día sin consumir alcohol. El paciente imagina y responde que por la mañana saludaría a su mujer con un *Buen día* y un abrazo, daría el desayuno a sus hijos, luego iría a su trabajo para volver temprano y de buen humor tras lo cual jugaría con los chicos hasta la hora de la cena. (Berg – Miller, 2002: 166–168)

Caso 2: ¿Alcoholismo o depresión?

Un obrero desempleado llamado Calvin vive con su madre y acude a terapia para tratar su depresión. Aunque Calvin admite haber abusado del alcohol y drogas durante largo tiempo,

¹⁸⁸ La trama narrativa es doblemente mediadora. En primer lugar, es mediadora entre la diversidad de acontecimientos y la unidad temporal de la historia narrada. En segundo lugar, es mediadora entre las emociones y la historia de una vida. Esta doble función mediadora es la que hace posible aplicar la narratividad como principio metodológico.

¹⁸⁹ “La *ética aplicada* se distingue de la ética en general por su especial enfoque sobre cuestiones de índole práctica. Ésta incluye, por lo tanto, a la ética médica, la ética ambiental y la evaluación de las implicaciones sociales del cambio científico y tecnológico, así como cuestiones de política en áreas tales como el cuidado de la salud, los negocios o el periodismo. También se ocupa de los códigos y las responsabilidades profesionales en tales áreas. (Routledge *Encyclopaedia of Philosophy*, 1998, trad. y subtr. nuestros.) En nuestro caso se trata obviamente de la ética aplicada a la salud.

¹⁹⁰ Berg y Miller retoman la técnica llamada de la *bola de cristal*, de Milton Erickson, consistente en hacer imaginar al paciente un hipotético futuro del cual es protagonista dadas ciertas condiciones. Esta técnica también es adaptada por Shazer como la *pregunta por el milagro*. (Berg – Miller, 2002: 166)

su consulta dice estar motivada por sus *accesos de llanto*, que lo avergüenzan y preocupan. Una semana después del encuentro, el terapeuta le pregunta si ha notado cambios en su depresión y Calvin le cuenta que ha conseguido un empleo en un club de navegación, agregando que ya no estaba bebiendo ni drogándose. (Berg – Miller, 2002: 156)

*Caso 3: Autodiagnóstico*¹⁹¹

Gail tiene 35 años y también acude a terapia debido a su depresión, si bien no sabe a qué atribuirle su causa. A instancias del terapeuta, describe de modo vago su situación, diciendo que su vida no va muy bien y arguyendo algunas quejas laborales cuando no sentimentales. Con el correr de su relato aparece su preocupación por estar bebiendo mucho, dada su larga historia familiar enredada en problemas de alcohol. Gail decía beber cuando estaba deprimida. (Berg – Miller, 2002: 162)

Caso 4: Autonomía del bebedor

Un paciente consulta a un terapeuta tras darse cuenta –y asustarse– de estar bebiendo demasiado. A partir de su consulta, suprime completamente el consumo de bebidas alcohólicas. Además, expresa preferir resolver por sí mismo sus propios problemas: “Pero esta vez me di cuenta de que necesitaba ayuda. Y mire usted que a mí me cuesta aceptar que alguien me ayude. Por eso no puedo ir a AA. No quiero oír hablar de los problemas de otros y tampoco me gusta mostrar la hilacha en público.” (Berg – Miller, 2002: 117)

Caso 5: Carácter irascible y responsabilidad

Jim, camionero de larga distancia, debe ser atendido de emergencia tras una borrachera violenta durante la cual ha golpeado a su esposa. Jim ha pasado por episodios similares, luego de los cuales siempre siente remordimientos; pero no logra controlar su carácter irascible. Y si bien su cólera aumenta al beber alcohol, también suele protagonizar peleas estando sobrio. Un terapeuta le pregunta cómo afecta a Jim su carácter colérico en su trabajo, ya que debe realizar largos viajes hasta de treinta días, a veces con tránsito difícil y condiciones climáticas adversas. Ante la sorpresa del terapeuta, Jim le relata que en realidad no sólo no bebe, sino que además no puede enojarse debido a su responsabilidad en la tarea; en sus doce años de camionero no ha tenido jamás un accidente y ha sido distinguido por su buen manejo. Según relata Jim, el ser responsable por el camión y su carga es el motivo que le impide pensar en el alcohol. Atribuye

¹⁹¹ Muchos consideran fundamental que el propio alcohólico se identifique como tal (autodiagnóstico), por ejemplo, la institución de AA, como requisito para el ulterior tratamiento. “¿Cómo puedo saber si soy verdaderamente un alcohólico? Sólo usted puede tomar esta decisión. A muchos de los actuales miembros de A.A. les habían dicho que ellos no eran alcohólicos, que sólo necesitaban más fuerza de voluntad, un cambio de ambiente, más descanso o algunas distracciones nuevas para recuperarse. (...) Entre los A.A. se dice que no hay tal cosa como ser un alcohólico a medias, y sólo el individuo mismo puede decir si para él el alcohol se ha convertido en un problema incontrolable.” (“Las 44 preguntas”, en: <http://aa.org.ar/pregun.htm>)

Desde un análisis narrativo, podemos decir que para llevar a cabo el autodiagnóstico el individuo alcohólico se pone a sí mismo como personaje y esa distancia es la que le permite efectivamente considerar primero al personaje como alcohólico e inmediatamente a sí mismo, la propia persona –puesto que es el autor del personaje– como alcohólico.

este notable autocontrol a su necesidad de conservar el empleo para mantener a su familia. (Berg – Miller, 2002: 159 – 160)

Caso 6: Promesas de un alcohólico

Una mujer acompaña a su marido alcohólico en busca de tratamiento. Ella informa al terapeuta los graves y crónicos problemas que éste tiene con el alcohol y que muchísimas veces ha prometido dejar de beber pero nunca ha cumplido. El marido sostiene, en cambio, que no es ningún alcohólico y que no quiere dejar de beber. Sin embargo, admite haber prometido muchas veces dejar el alcohol sin cumplir sus promesas. Según el relato de este señor, sus promesas nunca han sido auténticas. Por eso, tras cada promesa, se iba a visitar a sus padres, dueños de una taberna. Tomaba una sola copa, pero luego, culpable por la promesa rota, seguía bebiendo hasta emborracharse. (Berg – Miller, 2002: 31-32)

Caso 7: Desear beber y no querer beber

Dotty ha dejado de beber hace un año y es enviada a terapia. Dotty considera que a veces tiene ganas de beber pero no lo hace porque el médico le ordenó que no lo hiciera. (Berg – Miller, 2002: 202 y ss.)

Caso 8: ¿Quién manda en una familia alcohólica?

Carole está casada con Bob, quien ha dejado de beber dos meses atrás. En la terapia, Carole se queja de su marido, quien aunque dejó de beber sigue frecuentando a sus amigos. Ella pretende que Bob deje de frecuentarlos. Idea que Bob rechaza. Entonces Carole dice sacar a luz el *verdadero problema* de su matrimonio: su marido no se pone de su lado. (Berg – Miller, 2002: 197 – 198)

Caso 9: La novia de un alcohólico se pone como personaje

Lisa tiene un novio alcohólico, Tim. Cuando éste se emborracha, ella quiere dejarlo; pero cuando no bebe, quiere formar con él una familia. Cuando Tim pasa períodos –breves períodos- sin beber, ambos ahorran dinero para comprar la casa: Pero cada vez que Tim bebe, Lisa tiene que rescatarlo de los bares o esperarlo con miedo sin saber en qué estado volverá. Así fue que Lisa un día acudió en busca de terapia. Un primer terapeuta le sugirió que asistiera a las reuniones de Al-Anon, pero ella no consideró que aprender a desligarse del modo de beber de Tim fuera una opción. Un segundo terapeuta le propuso la técnica de *tirar la moneda*. El día que salía *cara*, Lisa actuaría como si hubiera resuelto mantener la relación sin importarle las acciones de Tim. El día que salía *crúz*, simularía que había resuelto dejar a su novio, en forma independiente respecto de lo que él hiciera.¹⁹² (Berg – Miller, 2002: 179 – 180)

¹⁹² El fin de esta técnica parece ser el siguiente: al ponerse como personaje, esto es, actuar *como si* fuera a dejar o no fuera a dejar a su novio en cada caso –cada día-, Lisa tomaría conciencia de sus propias reacciones, intenciones e inseguridades con respecto a su relación con Tim.

El diagnóstico como narración. Persona, personaje, autor

En los primeros capítulos habíamos abordado el problema del *diagnóstico*¹⁹³ y del *autodiagnóstico*¹⁹⁴ del alcoholismo. Nos habíamos preguntado acerca de posibles criterios para identificar a una persona como alcohólica como, por ejemplo, la cantidad de alcohol ingerido. O si acaso el alcoholismo era una enfermedad, y si lo era, de qué tipo: orgánica o mental; o si era un tipo de adicción; o una forma de compulsión; o una pérdida del control causada por la intoxicación etílica, o una anormalidad o simplemente un problema de salud. Habíamos respondido a todos estos interrogantes en forma provisoria, pero estamos en condiciones de reformular nuestras consignas para ensayar respuestas más acabadas.

Considerábamos que el diagnóstico del alcoholismo se apoyaba en la lectura que el profesional —generalmente un médico clínico— realizaba de los *signos* y *síntomas* que presentaba su paciente. ¿No es el alcoholismo más bien un conjunto de *síndromes*¹⁹⁵?

Por otro lado, comparando el diagnóstico con el autodiagnóstico, este último parecía no ser tan problemático ni tan discutible, o, al menos, serlo en menor medida. ¿Tenemos que suponer que el autodiagnóstico del paciente es más fácilmente aceptable en principio que el diagnóstico profesional? Pues, bien, creemos que la teoría narrativista puede proporcionar los elementos necesarios para el diagnóstico tanto como para el autodiagnóstico.

El narrativismo tiene como punto central la interpretación de los diversos *símbolos* —se traten de signos, de síntomas, de síndromes— tal como se interpretan en un texto literario. La interpretación de los símbolos da lugar a la comprensión del sentido de dichos símbolos. En el caso del paciente alcohólico, la trama del personaje —el paciente puesto en trama— da sentido a los símbolos, que desconectados de la trama poco significan o significan en forma equívoca. El *autor* de la trama puede ser el profesional, el propio paciente, sus familiares y amigos... Cuantos más relatos se puedan narrar, más rico y complejo será el diagnóstico. No se trata de optar entre la reducción del diagnóstico a una lectura pretendidamente objetiva, a una descripción de la observación de signos y una lectura más o menos velada de síntomas, sino de interpretar unos y otros —si acaso cabe tal distinción— bajo la lente del narrativismo.

Pasamos a un análisis de los casos propuestos. En el *caso 1* vemos cómo el paciente, a instancias de cierta técnica propuesta por su terapeuta, se pone a sí mismo como personaje de una trama. La técnica consiste en que el paciente se imagine como personaje de una historia en la cual se dan otras condiciones distintas de las reales. El paciente es un bebedor, pero se le pide que se imagine a sí mismo en un día que no bebe alcohol. La distancia que pone el paciente respecto de sí mismo en su relato es la que le permite efectuar ciertos juicios éticos, es decir, comparar la vida del personaje alcoholizado con la vida del personaje sobrio.

Según la perspectiva de Nussbaum, podemos decir que el personaje interpela al lector—paciente cumpliendo un rol de amigo y de coagente. Pero además de personaje, la persona resulta ser también el propio *autor* de la trama que cuenta en su relato, en virtud de su imaginación o fantasía que va organizando los episodios. El autor —esto es, la persona en tanto

¹⁹³ Lo que alguien —un médico, un terapeuta— dice de otro —un paciente.

¹⁹⁴ Lo que un paciente puede decir de sí mismo.

¹⁹⁵ Habíamos definido el *síndrome* como el conjunto de síntomas. Un síntoma no tiene que ser necesariamente fisiológico.

que autor- encamina al lector –la persona misma- por el destino del personaje hacia sí mismo. (Nussbaum, 1995b: 83)

Sólo la persona puesta como personaje de la trama es capaz de evaluar las acciones que realiza ese personaje –es decir, las acciones que realiza en tanto que personaje. Ahora bien, es la dialéctica *mismidad-ipseidad* la que permite a la persona por un lado, reconocerse como la misma –*mismidad*- y, por el otro, ponerse como personaje, es decir, como un otro –*ipseidad*-. Pues la identidad como *ipseidad* cubre “un espectro de significaciones desde un polo extremo en el que encubre la identidad del mismo hasta el otro polo extremo en el que se disocia de ella totalmente.” (Ricoeur, 1996: 168)

El mismo tipo de análisis podemos efectuar en cualesquiera de los demás casos. En todos, la *entrevista terapéutica*¹⁹⁶ consiste en la formulación de un relato por parte de los y las pacientes. Habíamos remarcado las dificultades para distinguir entre alcoholismo primario y enfermedades asociadas. Pero en el relato es posible discriminarlos. Según el *caso 2*, Calvin recurre a la terapia por su problema de depresión. Es su madre quien observa la historia de alcohol y drogas de Calvin. Podemos suponer que la adicción de Calvin lo conduce a la depresión o a la inversa, que la depresión lo conduce al consumo de alcohol y drogas. Y si bien en el relato de la madre, el problema principal es el alcoholismo, el relato del propio Calvin parece avalar la segunda opción. En especial, porque deja de beber y de drogarse después de obtener un buen empleo.

En el *caso 3*, Gail solicita atención para su depresión. En idéntico sentido al caso de Calvin, podríamos plantear los problemas de Gail de dos maneras diferentes: ¿Abusaba ella del alcohol debido a su depresión aparentemente motivada por su situación laboral y sentimental o, a la inversa, su abuso de alcohol y drogas conducía a Gail a la depresión? Cuando Gail narra su historia aparece su herencia familiar alcohólica. Solamente en el transcurrir del relato podemos discriminar cuál es el verdadero problema de Calvin o de Gail: si la depresión o el alcoholismo.

En los *casos 6, 8 y 9*, en cambio, no son los propios bebedores los que relatan, sino sus familiares¹⁹⁷ quienes también se ponen a sí mismos como personajes de las historias que narran. Historias protagonizadas por bebedores, pero que los incluyen a ellos como personajes que acompañan a los personajes bebedores. Lisa, por ejemplo, novia de Tim del *caso 9*, también se pone como personaje –a partir de otra técnica narrativa- en su entrevista terapéutica acerca de los problemas de su novio con la bebida.

¹⁹⁶ Es importante señalar el cambio radical en la metodología en el campo de las ciencias sociales: en el trabajo social, en pericias judiciales, en la salud mental, etc. La vieja modalidad del *registro* –descripción de la observación con pretensiones de objetividad- va cediendo terreno a todo tipo de narraciones: entrevistas, ateneos, historias de vida, etc. Señala Alfredo Carballada que el registro –acompañado de la *vigilancia* y la *inspección*- surge en la Modernidad como instrumento de disciplinamiento. ¿Pero acaso este instrumento *describe* la verdad o *construye cierta verdad*? El registro en su versión clásica, narración en tercera persona, descripción taxonómico-cuantitativa, surge de cierta necesidad clasificatoria. ¿Necesidad proveniente del pensamiento paradigmático?

Sin embargo, es notorio el giro de la estructura narrativa del registro hacia las *historias de vida*, las observaciones acompañadas de entrevistas, las narraciones en primera persona, ligadas a lo interpretativo e incluso a lo literario, más apropiadas para dar cuenta de la historicidad de lo social (Carballada, 1998-2005)

¹⁹⁷ Hemos dedicado un extenso capítulo a la identidad de familia alcohólica precisamente porque en todos los casos vemos no un individuo aislado sino un miembro de una familia. Retomaremos este punto en unas próximas páginas.

La cuestión del propósito del diagnóstico no es simple. Según Susana Cazzaniga¹⁹⁸ lo que está claro es el intento de revisión y reformulación del viejo método de *Caso Social Individual*, de corte higienista que entendía el diagnóstico como la interpretación de un estudio experimental para lograr la comprensión de la individualidad y personalidad, así como los recursos y peligros de las influencias del medio social con el apoyo de los métodos de descripción, registro, cuantificación y clasificación.

La *demanda* de intervención cambia de paradigma: En el *Caso Social Individual* se entendía como la suma de problemas y necesidades sociales preconstruidos como tales –por ejemplo, el alcoholismo, el abandono familiar, etc. En la metodología propuesta por Cazzaniga, la demanda pasa a ser una categoría conceptual que concretiza y objetiva la representación social sobre la profesión y sobre lo que se demanda: cómo se expresa, con qué motivo, cómo se manifiestan las condiciones de vida del sujeto que demanda, cómo la percibe este sujeto, qué significa, etc. La demanda así entendida requiere de un gran esfuerzo de construcción teórica como asimismo una instancia de *desnaturalización*. (Cazzaniga, 1998-2005b)

¿Para qué diagnosticamos a un alcoholico? ¿El fin del diagnóstico es el posterior tratamiento? ¿Por qué estamos tan seguros de que un alcoholico necesita ayuda? ¿Qué clase de ayuda le estamos ofreciendo?

“ciertas personas vienen a inmiscuirse en la vida de los otros, de su salud, de la alimentación, de la vivienda... Tras esta función confusa surgieron personajes, instituciones, saberes... una higiene pública, inspectores, asistentes sociales, psicólogos. Más tarde, en la actualidad, asistimos a una proliferación de trabajadores sociales...”

Naturalmente, la medicina jugó el papel fundamental de denominador común... Su discurso pasaba de un lado a otro. En nombre de la medicina se inspeccionaba cómo estaban instaladas las casas, pero también en su nombre se catalogaba a un loco, a un criminal, a un enfermo...” (Foucault, 1992: 118)

Competencia narrativa

Llamamos *competencia narrativa* a la capacidad o potencia de narrar, de contar historias con personajes. Esta expresión tiene el propósito de explicar cierta condición que poseen las personas. Esta condición puede verse afectada, dada la ya mencionada característica de la vulnerabilidad. Decimos que la persona es *frágil* por naturaleza, pero también decimos que la persona es *autónoma*. Creemos que existe cierta dialéctica¹⁹⁹ entre la fragilidad y la autonomía y a esa dialéctica la llamamos *competencia narrativa*, puesto que una persona construye su autonomía desde su ser vulnerable.

Podemos identificar a una persona como alcoholica; incluso puede ella misma identificarse como tal. Ahora bien, ¿qué significa esto? ¿Para qué diagnosticar a un individuo como alcoholico? ¿Para proveerlo del mejor tratamiento? ¿Para restaurar el orden de ese

¹⁹⁸ Profesora titular de Trabajo Social V, Escuela Superior de Trabajo Social de la Universidad de La Plata, Directora de la Maestría en Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.

¹⁹⁹ Nosotros vemos una relación dialéctica donde Ricoeur veía una aporía.

cuerpo? ¿Para saber cómo tratarlo? Para continuar, retomaremos los conceptos de *adicción* y *enfermedad*. Habíamos arribado a la siguiente conclusión: ambos son conceptos de control social y que *adicto* y *enfermo* son etiquetas que la sociedad pone a algunas personas que suponen incapaces de controlarse a sí mismas. Revisaremos estas ideas desde el narrativismo.

El alcohólico como adicto

Desde una etimología errada²⁰⁰, se interpreta la palabra *a-dicta* con el significado de palabra *no-dicha*.²⁰¹ El adicto sería, pues, el individuo *incapaz de decir*. Ahora bien, ¿decir qué? ¿Es acaso el individuo incapaz de narrar? Sin embargo, no parece ser este el sentido. Para esclarecer esta cuestión volvemos a apoyarnos en la lectura de Ricoeur.

En su artículo de 1995, Ricoeur sostiene la tesis de que existe una estrecha relación entre la capacidad –y la incapacidad– de decir y la capacidad –y la incapacidad– de actuar. Ahora bien, el adicto es el individuo lingüísticamente excluido. De esto no caben dudas. Su exclusión viene establecida por quienes detentan el derecho de decir. Incluso de decir sobre quienes no tienen derecho a decir nada o parecen tener –o les hacen creer que tienen– menos derecho de decir. Si *creer que podemos* significa ya ser capaces, *creer que no podemos* nos convierte en incapaces, en excluidos y excluidas: “Creerse incapaz de hablar es ser ya un enfermo del lenguaje, excomulgado de alguna manera.” (Ricoeur, 1995: 88)

Ciertas personas no solamente carecen de poder –porque lo han perdido, porque nunca lo tuvieron– sino que son privadas de poder por los cultores de la razón dura o paradigmática. Si en la *época clásica* fueron marginados los enfermos mentales, hoy son marginados los alcohólicos y los consumidores de drogas.

Paradójicamente la publicidad²⁰² que invita al consumo –no sólo de alcohol, sino de cualquier cosa– es cada vez más invasiva. No está demás decir que la ingestión de alcohol se puede utilizar como un modo de *disciplinamiento por intoxicación*. El cuerpo alcoholizado o narcotizado no se queja. Y si se queja, nadie lo oye.

Ahora bien, este coto a la libertad de decir impuesto por ciertos individuos –los no alcohólicos, los que no consumen drogas, etc.– sobre otros –sobre los alcohólicos, sobre los consumidores de drogas, etc.– no tiene que ver con la capacidad de narrar sino que proviene de una pretensión de *disciplinamiento*, imposición de los detentadores de la razón dura. Esta pretensión ha ido tomando formas diversas a lo largo de los tiempos. No es azaroso que la

²⁰⁰ *Adicto* significa, en realidad, *dedicado, muy inclinado, apegado*. Se dice de una persona que está dominada por el uso de alguna droga o por la afición desmedida a ciertos juegos. (Real Academia, 2001) Proviene del lat. *addictus, -a, -um*, pp. de *addico, -i, -is, -i*: esclavo por deudas. *Addico, -dixi, -dictum*: adjudicar, consagrar, dedicar, destinar, ser favorable. La palabra *adicción*, por su parte, proviene de *addictio*: adjudicación, condenación. (Diccionario Vox, 1983: 10) Decimos que la etimología es errada porque el término viene del latín, cuya partícula prefija *a* –o *ad-* no es negativa, sino que indica cierta dirección. Sin embargo, resulta significativo este uso extendido del término *adicto* como *el que no es capaz de decir* pues coincide con el análisis de Ricoeur y, por ende, con el nuestro.

²⁰¹ En el capítulo V habíamos presentado otra versión del término *adicción* –la de J. Schaler, quien lo interpretaba como un *decir-sí*.

²⁰² Hacia el final de este capítulo retomaremos el tema de la propaganda desde las políticas fuertes y débiles.

época clásica haya dado nacimiento a la clínica y tampoco es casual que la clínica cada vez fuera albergando más alcohólicos.²⁰³

Si el alcohólico puede ser considerado un adicto y si tiene razón Mario Heler –a quien ya hemos citado- y el consumidor de drogas es aquella persona que no alcanza un consumo de nivel mayor, entonces el alcohólico es el individuo que consume bebidas alcohólicas porque no logra acceder al consumo de mejor categoría. Por lo tanto, los alcohólicos junto con los demás adictos –los adictos a las drogas- son, según la caracterización contemporánea, aquellos que no *pueden-decir*, aquellos a quienes no dejan decir.

El alcohólico como enfermo

Ya hemos notado, con S. Sontag, que la metáfora de una enfermedad no es lo mismo que el concepto clínico de dicha enfermedad. Además hemos notado que categorizar el alcoholismo como enfermedad parecía tener la pretensión de salvaguardarlo de ataques moralistas: si el alcohólico es un enfermo, entonces su conducta no es la de un inmoral. Y también habíamos subrayado la importancia de desvelar las metáforas para la mejor comprensión de lo que llamamos *enfermedad*. Pues bien, en el caso del alcoholismo, hay un problema extra y es precisamente la consideración de si es o no una enfermedad.²⁰⁴ Ahora bien, ¿de dónde proceden las metáforas de las enfermedades? Hemos dicho que las metáforas son elaboradas por el pensamiento narrativo. ¿Por qué entonces ocultan más bien que desvelan lo que las enfermedades son realmente?

Suponemos que el problema proviene de confundir las dos modalidades de pensamiento y creer que es una explicación científica proveniente del pensamiento paradigmático –el cuadro clínico- lo en realidad es una metáfora formulada por el pensamiento narrativo, el cual da cuenta de nuestros prejuicios, temores y pudores. Narramos siempre desde cierto lugar, pero deberíamos ser capaces de narrar cambiando de lugares: “Todos somos, en la medida en que interactuamos moral y políticamente, proyectores fantasiosos, todos creamos ficciones y metáforas, y todos creemos en ellas.” (Nussbaum, 1995b: 67)

Las metáforas no son cualesquiera relatos, sino relatos desde ciertos lugares, desde ciertos poderes. Todos poseemos el pensamiento narrativo que nos brinda la capacidad de elaborar metáforas. Pero no todas las metáforas son escuchadas, no todos constituimos –según la expresión de M. Santa Cruz- *voces equifónicas*.²⁰⁵

De acuerdo con P. Ricoeur, los símbolos del orden ético se constituyen a partir de una comprensión compartida: “Ser capaz de entrar en un orden simbólico significa ser capaz de entrar en un orden de reconocimiento, de inscribirse dentro del interior de un nosotros que distribuye y pone en común los rasgos de la autoridad del orden simbólico.” (Ricoeur, 1995)

²⁰³ De esta misma forma de pensamiento proviene la colocación de nombres y etiquetas, que son también instancias de disciplinamiento. En 1900, el Dr. Domingo Cabred construyó en la Argentina el *Hospital de Alcohólicos* en el sitio donde hoy está emplazada la Aduana Nacional de Bs. As. (González, 2001)

²⁰⁴ A diferencia del cáncer: nadie cuestiona si es una enfermedad.

²⁰⁵ Y no se trata simplemente de reclamar tolerancia hacia los alcohólicos y marginados, porque la tolerancia también se ejerce desde cierto lugar de poder.

Por todo lo expuesto, consideramos que promover la competencia narrativa promoverá la capacidad de elaborar nuevas metáforas para el alcoholismo y para todas las que llamamos *enfermedades*, dando así albergue al surgimiento de nuevos narradores, abriendo el horizonte de la equifonia.

De acuerdo con lo dicho hasta aquí, será el mejor tratamiento aquel que facilite y promueva el desarrollo de la competencia narrativa. Este concepto será pues decisivo en cuestiones de autonomía y paternalismo. Ahora bien, dentro de este esquema no se justifica el paternalismo en ninguna medida, pues la promoción de la competencia narrativa —proveniente del pensamiento narrativo— será el sustento de la autonomía, mientras que el paternalismo proviene de la otra modalidad: la racionalidad fuerte en tanto que pretende establecer el orden y restaurar el orden. Si un individuo no puede hacer uso pleno de su pensamiento lógico, entonces un segundo individuo debe —o, al menos, está autorizado a— hacerse cargo del primero.

Análisis del carácter. ¿Existe un yo alcohólico?

P. Ricoeur (1996) realiza un análisis del carácter y de la promesa como dos casos extremos que ponen en evidencia la tensión entre *mismidad* e *ipseidad*. Nos interesan aquí para vincularlos una vez más con nuestro tema: el alcoholismo. Así, luego de revisar el planteo de Ricoeur, reflexionaremos acerca del carácter del alcohólico y de las promesas del alcohólico.

Comenzamos con el análisis del *carácter*, que puede ser definido como el “conjunto de signos distintivos que permiten identificar de nuevo a un individuo humano como siendo el mismo.” (Ricoeur, 1996: 113) En el carácter existe, pues, el componente de la costumbre en tanto que disposición adquirida y posee también una dimensión temporal, pues reconocemos a una persona en el conjunto de disposiciones duraderas que la constituyen como tal, ya que la costumbre le proporciona una historia al carácter. Por otra parte, la oposición polar entre el mantenimiento de sí y el carácter delimita la dimensión propiamente ética de la ipseidad, al no tener en cuenta la perpetuación del carácter. Lo que hay de permanente en carácter expresa cierta ocultación de la problemática del *idem-ipse*, si bien la fidelidad a sí mismo al mantener la palabra dada marca una distancia extrema entre la irreductibilidad de las dos problemáticas.

¿Cómo podemos describir el carácter del alcohólico, si es que existe tal cosa? ¿Existen caracteres alcohólicos y caracteres no alcohólicos? Y si la identidad de una persona o de una comunidad están hechas de valores, normas, ideales, modelos, héroes, en los que la persona o la comunidad se reconocen, entonces, ¿en quién o en qué se reconoce el alcohólico? Es más: ¿cómo puede el alcohólico reconocerse como tal? ¿Qué sucede cuando un alcohólico deja de beber: cambia su carácter?

Afirma Ricoeur que el carácter asegura al mismo tiempo la identidad numérica, la identidad cualitativa, la continuidad ininterrumpida en el tiempo y, finalmente, la permanencia en el tiempo, las cuales definen la mismidad. (Ricoeur, 1996: 117) Esto significa que existe en nosotros cierta búsqueda de permanencia en el tiempo, cierta inmutabilidad.

La mismidad que se halla en el carácter es toda mismidad que hay en nosotros en la medida en que somos una cosa: permanencia del mismo código genético, del mismo grupo

sanguíneo, de las mismas huellas digitales. Es un tipo de permanencia estructural o identidad de lo mismo en el curso de un desarrollo, como, por ejemplo, la fruta y el árbol. Ahora bien, ¿tiene sentido hablar de un *carácter alcohólico* o de una *personalidad alcohólica*? Susan Sontag observa lo siguiente:

“Durante el siglo XIX, la idea de que la enfermedad concuerda con el carácter del paciente, como el castigo con el pecador, se modificó: se empezó a pensar que la enfermedad es una expresión del carácter, un resultado de la voluntad.” (Sontag, 2003: 49)

Sontag analiza el carácter que se atribuye —o se atribuyó— a los enfermos de tuberculosis, de leucemia, de sífilis, de cáncer, de sida. Aquí podríamos ampliar el análisis al alcoholismo.

La tuberculosis, por ejemplo, esa característica enfermedad de la época del romanticismo, era la enfermedad del individuo eufórico, de apetito sexual exacerbado. Pero además era la enfermedad de la persona sensible y triste: “se necesita ser sensible para sentir tanta tristeza o, por ende, para contraer la tuberculosis.” (Sontag, 2003: 37)

Existía también la idea de la tuberculosis como una enfermedad refinada y edificante, que eliminaba los aspectos groseros de la muerte: “El individuo [tuberculoso] moribundo aparece más bello y espiritual.”²⁰⁶ (Sontag, 2003: 23)

El cáncer, en cambio, se lo ha considerado como la enfermedad propia de caracteres desexualizados, de personas que reprimen sus deseos. Si en tuberculoso era un marginado, el canceroso es lisa y llanamente un perdedor. (Sontag, 2003: 54)

Todos estos mitos respecto de la relación entre carácter y enfermedad descansan en la suposición de que “la traición del cuerpo tiene su lógica.” (Sontag, 2003: 45) La enfermedad vendría a poner en evidencia lo que el individuo no hubiera querido revelar, incluso deseos que el propio enfermo ignoraba o pretendía ignorar.

Sontag pone al descubierto los prejuicios moralistas de quienes creen que ciertas enfermedades resultan el castigo para aquellos y aquellas que se han permitido comportamientos peligrosos: los alcohólicos con cáncer de esófago, los fumadores con cáncer de pulmón, los promiscuos sexuales enfermos de sida... (Sontag, 2003: 111) Las costumbres malsanas, la promiscuidad contra natura, los excesos en la comida y la bebida, todas estas faltas de voluntad o de prudencia son comportamientos peligrosos, calamidades que se han buscado ellos mismos.

La idea romántica de ver la enfermedad como *expresión del yo* resulta finalmente tan moralista y punitiva como la idea de la enfermedad como castigo al comportamiento del enfermo —idea que habíamos asociado al cristianismo, si bien habíamos reconocido antecedentes en los griegos— pues atribuye la causa de la enfermedad al carácter de su portador.

²⁰⁶ Sontag sospecha que este ideal frágil del enfermo de tuberculosis se llegó a constituir en el aspecto ideal de la mujer.

Promesas del individuo alcohólico y tratamiento

Detrás de la cuestión del tratamiento se ve –quizás en los casos de alcoholismo con mayor claridad que en ningún otro problema de salud- que se trata de una *promesa* de tratamiento.²⁰⁷ En general, la mayoría de las personas que se consideran enfermas recurren a un tratamiento por propia voluntad, pero tal no parece ser la situación de los alcohólicos y las alcohólicas, quienes muchas veces –cuando no la mayoría de las veces- se ven compelidos por sus familiares y amigos o incluso por miembros de la comunidad –jueces, empleadores, etc.- a someterse a tratamiento. El problema que se presenta es el mismo de la promesa, según Ricoeur. Y también se puede resolver sólo desde una perspectiva narrativa.

¿Pero en qué consiste una *promesa*? ¿Pretende ser un desafío al tiempo? ¿O una negación al cambio? De acuerdo con Ricoeur, la justificación ética de la confianza que el otro pone en la fidelidad del que promete “desarrolla sus propias implicaciones temporales, a saber, una modalidad de permanencia en el tiempo (...). Aquí, precisamente, ipseidad y mismidad dejan de coincidir.” (Ricoeur, 1996: 119) En el mantenimiento de la palabra dada se pone en juego una fidelidad a sí mismo que atestigua la irreductibilidad entre el *idem* y el *ipse*, pero, a la vez, la distancia extrema que existe entre la permanencia del sí y del sí mismo.²⁰⁸ La promesa es la base de todos nuestros contratos, pactos y arreglos porque significa la conservación del sí a pesar del cambio.

Con respecto al tratamiento notamos lo siguiente: algunas veces puede existir *promesa* de tratamiento –el tratamiento será realizado a partir de la voluntad propia y podemos decir que el tratamiento se sustenta en la autonomía del paciente- y otra veces no, pues no es el paciente quien demanda la intervención, sino un familiar, un juez, un jefe, etc., pudiendo volverse objeto de control y disciplinamiento, afectando consecuentemente la autonomía del paciente.²⁰⁹

En el *caso 4*, el paciente concurre al terapeuta por su propia voluntad, asustado por su beber excesivo. En el *caso 7*, Dotty es enviada a terapia tras un año de abstinencia. Dotty admite tener deseos de beber; sin embargo, no bebe porque el médico se lo prohíbe. En el *caso 6* es un matrimonio el que consulta a un terapeuta, pero no parece ser voluntad del marido: la mujer se queja de las repetidas e incumplidas promesas de su marido de dejar el alcohol.

Antes de continuar, conviene que recordemos primero las distintas variantes, según han sido introducidas en nuestro cuarto capítulo. Existen dos grandes grupos: terapias farmacológicas y terapias no farmacológicas. Entre las primeras, contamos, por un lado, con farmacoterapias aversivas y anticomulsivas –según el efecto del fármaco a aplicar. Y farmacoterapias para desintoxicación, para deshabitación, para rehabilitación y para

²⁰⁷ El alcohólico es frecuentemente la persona que *promete no volver a beber* o, al menos, no volver a realizar acciones indeseables bajo los efectos del alcohol. Sin embargo, las promesas del alcohólico no son llevadas a buen término las más de las veces.

²⁰⁸ Ya habíamos señalado en qué consistía la permanencia temporal manifiesta en el *carácter*: una permanencia de tipo funcional que permite “identificar de nuevo a un individuo humano como siendo el mismo.” (Ricoeur, 1996: 113) Mientras que la temporalidad de la promesa parece más bien consistir en una negación del sí al cambio, a los deseos, opiniones, inclinaciones del sí.

²⁰⁹ Cazzaniga (1998-2005a) recomienda tener siempre presentes los derechos del paciente y respetar su autonomía para una intervención profesional no excluyente.

reinserción –según la etapa que el paciente esté atravesando en el proceso terapéutico. Entre las no farmacológicas, tenemos técnicas conductistas, psicoterapia, socioterapia y programas de autoayuda. Veremos entre éstas, cuáles serán las técnicas, terapias o tratamientos más propicios y eficaces.

También debemos tener presente que habíamos distinguido el alcoholismo primario de las enfermedades asociadas (ver **Capítulo II**), puesto que muchas de estas enfermedades quizás requieran de tratamiento químico. Entre las enfermedades asociadas distinguíamos las neurológicas y las no neurológicas. Las sustancias químicas que no afectan al funcionamiento neuronal sino que tienen como fin reparar o paliar las enfermedades no neurológicas –en su mayoría, gastrointestinales- parecen no desatar objeciones. Pero no ocurre lo mismo con las sustancias que actúan sobre los centros neurológicos. Dado que el alcohol es una sustancia psicoactiva, el uso de otras sustancias psicoactivas en el tratamiento para el alcoholismo resulta un punto controversial.

Terapia cognitiva

Pasamos a considerar estas cuestiones acerca del tratamiento, pero aplicadas ahora al primer modelo presentado en este trabajo: la *Terapia Cognitiva Post-Racionalista*.

En primer lugar, con respecto al *demandante de la intervención*, podemos decir que se trata de un individuo en busca de construir significados y organizar el sentido del sí mismo. Esto implica que el principal objetivo del terapeuta será ayudar al paciente a construir su identidad personal –a través de la construcción de narraciones- y no un mero disciplinamiento de cuerpos.

En segundo lugar, el diagnóstico se apoya en metodologías narrativas, presentadas en nuestra **Introducción**: entrevistas e historias de vida, las cuales coinciden con el actual método de intervención en Ciencias Sociales, que habíamos llamado unas páginas atrás el *abordaje desde la singularidad*, en oposición al simple *Estudio de Caso Individual*. (Cazzaniga, 1998-2005b)

También en cuanto al tratamiento la *Terapia Cognitiva* adscribe a la corriente narrativista, lo cual significa que puede aportar al paciente técnicas que lo ayuden a narrar, a elaborar tramas con sentido. El individuo se debe de poner como personaje de la trama para lograr la distancia que le permita evaluar su situación. El terapeuta debe elaborar sus tramas en las cuales el personaje es su paciente. Ahora bien, paciente y terapeuta son *autores* de estas tramas y en cuanto tales, son en cada caso *autónomos*.²¹⁰ La autonomía –y el reconocimiento mutuo de la autonomía del otro- resulta de este modo la fuente de la responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta. Desde esta posición es injustificable todo paternalismo en el tratamiento: la labor del terapeuta es ayudar al paciente a que éste decida autónomamente si se compromete, es decir, si efectúa su promesa de tratamiento y a que se constituya como individuo autónomo.

²¹⁰ Ricoeur retoma la idea kantiana de la autonomía como compuesta de *auto* –autor de sí- y *nómos* –ley que obliga-, si bien enriquece su sentido: “la imputabilidad es la capacidad de ser tenido por responsable de los propios actos de uno, como siendo su verdadero autor.” (Ricoeur, 1995)

En lo atinente a las técnicas, la *Terapia Cognitiva* no puede admitir el uso de psicofármacos ni tampoco de terapias conductistas, porque nada aportan a la constitución de la identidad. Unos y otras operan como meras herramientas de disciplinamiento, puesto que parten de la concepción causal de la identidad personal según la cual el individuo es autónomo o no lo es. Y ya hemos visto que en las corrientes narrativas la autonomía se va construyendo a medida que se van elaborando relatos con sentido.

Sin embargo, dado que frecuentemente el individuo alcoholizado lleva a cabo acciones que ocasionan lesiones a terceros, y dado que la autonomía se construye, se admitiría en principio la coacción –si bien limitada a la evitación de los daños a terceros.

En cambio, la Teoría Cognitiva no sería excluyente respecto de otras terapias narrativas, como los grupos de autoayuda o la socioterapia.

Terapia para sistemas de familias

Pasamos al segundo modelo propuesto en nuestro estudio: la *Teoría de los Sistemas de Familia*, que parte del concepto de *identidad de familia*. Existen, pues, según ya se ha visto, familias alcohólicas, familias no alcohólicas y familias de identidad alcohólica no resuelta.

Con respecto a la *demanda de intervención*, el sujeto de la misma ya no sería un individuo aislado sino una familia que contiene al menos un integrante cuyo modo de beber afecta a todo el grupo. Según hemos visto en varios de los casos presentados, es muy frecuente que sea un familiar quien cumplimente formalmente la demanda –incluso a pesar del integrante bebedor. Pero en este tipo de terapias, a diferencia del modelo anterior, el familiar también forma parte de la demanda en su calidad de coagente y no como simple acompañante.

En cuanto al *diagnóstico*, al igual que el modelo anterior recurre a metodologías narrativas que pasan a constituir el tejido de narraciones de los miembros de la familia. Ahora bien, estas metodologías se cristalizan en *rutinas, rituales y conductas reguladoras o soluciones de problemas a corto plazo*, que permiten perfilar la identidad de familia.

Además, el diagnóstico narrativo permite distinguir las etapas o *fases* en que se encuentra una familia²¹¹, dando así cuenta de lo temporal de esta construcción. Las fases son las siguientes: 1) desarrollo de la identidad; 2) establecimiento de rutinas y rituales; y 3) legado –transmisión de la identidad a las familias que formarán sus hijos.

Hay ciertos factores determinantes en la transmisión de la identidad alcohólica: 1) la herencia familiar; 2) la definición de límites y el contacto con familias de origen; y 3) las creencias compartidas y los rituales familiares.

Con respecto al tratamiento, podemos ver que al igual que el diagnóstico no se aplica solamente al bebedor sino a todo el núcleo familiar, lo que pone en evidencia lo limitado de terapias farmacológicas y técnicas conductistas: si bien son cuestionables para el tratamiento de un bebedor, resulta obvio que no representan ninguna utilidad para los demás miembros.

²¹¹ Por ejemplo, el caso 9, en el cual Lisa es novia de Tim, un alcohólico. Ella duda acerca de si realmente quiere formar una familia con Tim, es decir, no quiere sentar las bases para conformar una familia alcohólica.

Finalmente, en lo concerniente a la *promesa de tratamiento*, y puesto que ya no se trata de la promesa de un individuo aislado, sino de un grupo de personas que componen una familia, dicha promesa debe, en principio, comprometerlos a todos.

De lo dicho en este apartado podríamos concluir afirmando algo así como una *autonomía familiar* –que no es meramente una suma de autonomías individuales- sobre cuya base descansa la responsabilidad de esa familia para llevar a cabo la terapia. Cada integrante es portador de una responsabilidad solidaria e incluso subsidiaria para el cumplimiento del tratamiento.

Responsabilidad y control. Justicia para alcohólicos

El término *alcoholismo* es la etiqueta que aúna toda una serie de variados problemas relacionados con el alcohol. Y *alcohólico* o *alcohólica* es la denominación que se aplica a determinados individuos en los cuales se detectan vinculaciones deletéreas respecto del alcohol. Antes bien, el diagnóstico del alcoholismo no es una cuestión simple, según ya vimos, pero podemos identificarlo como una demanda de intervención. Esta demanda conduce generalmente a una búsqueda de tratamiento para la persona alcohólica –o para la familia alcohólica, según el paradigma desde el cual planteamos la cuestión.

Es posible distinguir un tratamiento voluntario de uno no voluntario –o incluso involuntario.²¹² El primero se inicia con la demanda del propio paciente –individuo alcohólico o familia alcohólica- y lo hemos caracterizado como una promesa de tratamiento. Esta promesa descansa sobre la autonomía del paciente, quien libremente recurre a terapia. Esta postura implica una responsabilidad por parte del paciente –individuo alcohólico o familia alcohólica- mientras que el tratamiento involuntario proviene de una demanda de terceros. Hemos visto que esta posición conlleva dificultades en lo atinente a la autonomía del paciente, puesto que muchas veces tras este tipo de intervención se esconde la función *restauradora de las fisuras sociales* (Cazzaniga, 1998-2005a) o *disciplinadora de cuerpos* (Foucault, 2002).

Por otro lado, al alcohólico se le atribuye cierta falta control sobre sí mismo y cierta falta de responsabilidad por los daños que ocasiona. ¿Implica esto que algún otro deba tomar las riendas del alcohólico? Toda posición *paternalista* se apoya en intervenciones restauradoras o disciplinadoras esgrimiendo el derecho de cuidar a terceros de los daños que los individuos bebedores causan a los demás –paternalismo débil o moderado- y a sí mismos –paternalismo fuerte.²¹³

La responsabilidad por los daños ocasionados parece ser el problema ético fundamental que subyace a la cuestión de la identidad personal en problemas de alcohol. A este respecto, el estudio de casos nos muestra curiosidades. Se supone que un alcohólico es

²¹² Observamos aquí la cuestión del doble estatuto del alcohólico: como *agente moral* y como *paciente moral*. Respecto de la persona alcohólica como *agente moral*, ya nos hemos preguntado qué grado de autonomía y, por consiguiente, qué grado de *responsabilidad* se le debe de imputar. Respecto de la persona alcohólica como *paciente moral*, nos preguntamos qué merece en términos de *justicia*.

²¹³ Podemos plantear la cuestión de la responsabilidad del bebedor en términos aporéticos: si es responsable, no debería beber en forma abusiva, pero a medida que consume más y más parece ir perdiendo su responsabilidad paralelamente a su control ¿cómo parar en el punto exacto?

generalmente irresponsable en todo lo que respecta a su modo de beber y sin embargo Jim (caso 5) no bebe para no perder el control en su trabajo, con el cual cumple satisfactoriamente.

Podemos explicar el comportamiento de Jim narrativamente, puesto que la responsabilidad se sostiene en la autonomía y puesto que la autonomía es un *proceso* y no un estado acabado, alcanzado. No todos los bebedores son irresponsables y no todos los bebedores irresponsables lo son en la misma medida. Pero sólo una versión narrativa de la autonomía –y de la consecuente responsabilidad– puede dar cuenta de este punto importante.

Pero entonces, ¿qué merecen las personas alcohólicas? En el **Capítulo IV** habíamos planteado esta pregunta en relación con los recursos: ¿merecen los individuos alcohólicos los mismos recursos que los no alcohólicos? ¿Hay una justicia para los alcohólicos y las alcohólicas?

Ricoeur dice retomar la idea de *imparcialidad* de Thomas Nagel consistente en “la capacidad de tener dos puntos de vista [en nuestro tema de estudio, el punto de vista del alcohólico tanto como el del no alcohólico] de nuestros intereses y el punto de vista superior²¹⁴ que nos permite adoptar en la imaginación la perspectiva del otro y afirmar que cualquier otra vida vale tanto como la mía” (Ricoeur, 1995)

Somos, en tanto que seres humanos, capaces de colocarnos en dos puntos de vista, o tres o cuatro, etc., en el campo de los conflictos de la vida moral. Estos conflictos dan una intensidad dramática de la que dan cuenta las peripecias²¹⁵ –discordancias– de la trama narrativa. Estos diferentes puntos de vista constituyen una competencia de alto nivel que resulta primordial en la autonomía del sujeto de derecho –incluido, por supuesto, el individuo alcohólico en tanto que sujeto de derecho. La responsabilidad resulta, pues, una prolongación de esta capacidad.

Podemos hablar de un salto cualitativo de la idea de capacidad a la idea de imputabilidad. (Ricoeur, 1995) Y si bien es verdad, que muchos daños resultan causados por personas intoxicadas por la ingestión de alcohol, consideramos que sólo las teorías narrativas de justicia pueden dar perfecta cuenta de lo que venimos diciendo:

“El juez literario (...) no acomoda sus principios a las exigencias de grupos de presión políticos o religiosos ni otorga a ciertos grupos o individuos indulgencias ni favores especiales en virtud de la relación que tenga con ellos o de sus preferencias. Espectador juicioso, no es presa de sentimientos irrelevantes ni infundados. (...) su neutralidad no requiere de una altiva distancia respecto de las realidades sociales que

²¹⁴ A propósito de la consideración de otros puntos de vista, nos parece pertinente incluir aquí un relato de Martha R., miembro del grupo Lanús Este, quien realizaba un curioso ejercicio imaginario cuando en sus primeros tiempos se lamentaba de no poder beber más y de tener que hacer terapia. Martha se imaginaba a sí misma, pero con una discapacidad, por ejemplo, una discapacidad motriz como la imposibilidad de mover sus brazos o sus piernas. Esto le permitía ponerse en el lugar del otro y dejar de lamentarse. No sólo pensando que otros tenían dificultades mayores, sino fundamentalmente cómo tendría que arreglárselas para hacer todo aquello que debía hacer pero con alguna dificultad extra. El fin de este ejercicio en donde Martha se ponía como un personaje en peores condiciones que la persona real no era desarrollar la compasión hacia el otro sino tomar la distancia necesaria para evaluarse a sí misma.

²¹⁵ Ricoeur afirma seguir a Dworkin cuando define la *coherencia narrativa* como la concordancia entre la intriga directriz más la discordancia de las peripecias: cambio de fortuna, inversión de una situación, golpe teatral, contingencia eventual, etc. (Ricoeur, 1995)

implican las causas que atiende; debe indagar esas realidades con su imaginación y con las respuestas emocionales propias del espectador juicioso o de su sustituto, el lector de novelas.” (Nussbaum, 1995b, 123)

¿Cómo lograr educar jueces literarios? Nuestra propuesta es la misma de Ricoeur (1995): *educar para la coherencia narrativa, educar para la identidad narrativa*, porque consideraremos *autónoma* a la persona capaz de conducir su vida de acuerdo con la idea de coherencia narrativa. Alcohólicos y no alcohólicos deben ser educados para desarrollar lo que hemos llamado *competencia narrativa*, esto es, la capacidad de contar historias desde lugares diversos y no solamente desde el propio.

“aprender a contar la misma historia de otra manera, aprender a dejarla contar por otros que no seamos nosotros mismos, someter el relato de la vida tanto a la crítica de la historia documental, como a prácticas capaces de hacerse cargo de la paradoja de la autonomía y la fragilidad.” (Ricoeur, 1995)

Conclusiones

“Si hoy existen muchos vagabundos sociales, gente fuera de todo marco social regular, es que hay algo en nuestras sociedades europeas que empuja al vagabundeo. Si impera el alcoholismo, es que la civilización exacerbada despierta una necesidad de excitantes que se satisfacen con el alcohol, si alguna otra satisfacción no es asegurada. Males tan claramente sociales exigen ser tratados socialmente. El individuo aislado no puede nada contra ellos.”

Émile Durkheim, *La educación moral*

Llegamos aquí a la parte final de nuestra exposición en donde convergen las conclusiones a las que hemos arribado a lo largo de nuestro estudio donde hemos tratado de responder a la cuestión acerca de *quién es el individuo alcohólico*.

Habida cuenta de lo difícil que resulta establecer la exacta medida en que una persona puede ser considerada alcohólica, es sin embargo notorio que el modo de beber de algunos causa daños, lesiones y pérdidas de todo tipo al propio bebedor y a quienes lo rodean. Quizás en alguna medida estos perjuicios y daños podrían considerarse como indicios de que quien los causa es un individuo *alcohólico*. Pero ¿qué es el *alcoholismo*?

En el **Capítulo I**, nos habíamos preguntado si el *alcoholismo* era una *enfermedad* y si lo era, de qué tipo: *orgánica* o *no orgánica*²¹⁶, o un tipo de *adicción*²¹⁷, o una *anormalidad*²¹⁸ o un simple *problema de salud*²¹⁹. ¿Por qué el alcohólico no tiene control²²⁰ sobre su modo de beber? ¿Es un

²¹⁶ Si el alcoholismo es una enfermedad *orgánica*, entonces es una auténtica enfermedad, remite en última instancia a una *lesión* y tiene por lo tanto *signos* —i. e., evidencias físicas tales como la fiebre o vómitos. Si no es orgánica, o bien es una *enfermedad mental* o bien una *conducta antisocial* y sólo puede tener *síntomas* —i. e., evidencias subjetivas como los estados de ánimo. (Schaler, 1997)

Sin embargo, se ha señalado la poca importancia que reviste el distinguir signos de síntomas en tanto que unos y otros son *símbolos* y como tales, sólo cobran sentido dentro de un contexto —en nuestro caso, dentro del contexto del alcoholismo. (Douglas, 1978)

²¹⁷ Hemos hablado de *adicción* en dos sentidos. Uno, la interpretación de Schaler (1997), quien considera al adicto como aquel que *dice-sí* a su adicción. Así, el alcohólico es el que *dice-sí* porque elige voluntaria y libremente su alcoholismo.

El otro sentido es el que se da corrientemente, si bien desde una etimología errada, que considera al adicto como aquel que *es incapaz de decir*.

²¹⁸ Emparentada con el alcoholismo se encuentra la cuestión de la *anormalidad*. Vemos, por ejemplo, que en el famoso *Cuestionario Michigan* de detección del alcoholismo se incluye como criterio este concepto en las preguntas 1 y 4: “1) *¿Se considera un bebedor normal?* y 4) *¿Piensan sus amigos o familiares que Ud. es un bebedor normal?*” (ver **Apéndice I**)

Ahora bien, la *anormalidad* —en tanto que alejamiento de la norma— “es portadora de una pretensión de poder”. (Foucault, 2000: 57) Los *anormales* son apartados precisamente por individuos *normales* —es decir, los que se encuentran dentro de la norma. Este planteo nos lleva una vez más a la demanda como intento de restauración: hay unos individuos que lamentablemente se apartan de la norma; son emergentes de fisuras sociales cuyos lazos sociales están resquebrajados y parecen requerir reparación —¿disciplina, control? En este punto, el análisis de Goffman (2003) coincide con el de Foucault (2000): éste los llama *anormales*; aquél habla de individuos *estigmatizados*.

²¹⁹ La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2000) parece querer esquivar las controversias en torno a la definición de *alcoholismo*, caracterizándolo simplemente como un problema de salud.

²²⁰ Se considera al alcohólico como aquel que ha perdido el control sobre su modo de beber. ¿Nos lleva esto a suponer que alguien —la familia, la sociedad— debe recuperar el control perdido? Foucault observa que la restauración del control perdido la toman en sus manos los portadores de una pretensión de poder: inspectores,

enfermo? ¿O acaso un adicto? ¿O un anormal? ¿O está predispuesto al alcoholismo por poseer cierto tipo de *carácter*²²¹?

No es indiferente el modo como llamamos a un individuo. No consideramos legítimo poner cualquier nombre a cualquier persona. Llamar *alcohólico* a alguien no es una cuestión menor. Tampoco es indistinto llamar a alguien *enfermo* o *adicto*.²²² La acción de impartir nombres proviene siempre desde cierto lugar y detenta una pretensión de poder. Por tal razón, con respecto a la detección y el diagnóstico del individuo alcohólico habíamos puesto de relieve la necesidad de desenmascarar la procedencia de la *demanda de intervención*. En tal sentido, habíamos denunciado los intentos de “restauración de las fisuras sociales” (Cazzaniga, 1998-2005a) escudados en la filantropía y los cuidados médicos, según el principio de *beneficencia*²²³. Hemos dicho que en general la detección y el diagnóstico del alcoholismo provienen de una variedad de demandas: puede provenir de la propia persona involucrada o de un familiar o de cualquier otro sector de la sociedad.

Ahora bien, muchas veces la concepción del *alcoholismo* como enfermedad tiene la intención de esquivar el sesgo moralista que acusa a los alcohólicos de personas que llevan a cabo conductas condenables –tal la postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Siendo el alcohólico es un enfermo, no sería culpable de su padecimiento ni de los efectos causados por el alcohol. Los últimos estudios de la OMS se apoyan en investigaciones dentro del campo de lo que denominan *neurociencia*, disciplina que pretende explicar la *dependencia* del alcohol en términos neuronales.²²⁴

Dados los problemas éticos y políticos, se pone de relieve la importancia de examinar aspectos velados del lenguaje para profundizar en estas cuestiones. Por empezar, es necesario distinguir las *metáforas* –aquello que se dice, los mitos que se cuentan– de una enfermedad respecto de su *concepto clínico* –lo que hace que una enfermedad sea tal. (Sontag, 2003). El

psicólogos, trabajadores sociales, pero “la medicina jugó el papel fundamental de denominador común”. (Foucault, 1992: 118)

²²¹ Sontag (2003) expone la siguiente idea: hay los sostiene que existirían ciertos caracteres propicios para el cultivo de enfermedades. Así, habría caracteres típicos de los tuberculosos, caracteres de los cancerosos, y –agregamos aquí– caracteres propios de los alcohólicos. Sin embargo, detrás de esta idea se encuentra una vez más la condena moralista.

²²² El problema en torno al lenguaje se ve claramente en las múltiples clasificaciones, criterios y caracterizaciones formulados por la OMS y otros organismos de salud para el alcoholismo, como el CIE-10, el DMS-III, etc. Como también en las comisiones de la OMS que se reúnen regularmente para afinar la terminología. Esto ya se ha mencionado a propósito de términos como *dependencia* y *adicción*.

²²³ Es ya la clásica obra de Beauchamp y Childress (1994) sobre los principios de ética médica, que ya han sido comentados en el **Capítulo V**. Sin embargo, en nuestro trabajo los hemos utilizado como lentes para identificar los principales problemas éticos y de política sanitaria vinculados con el alcoholismo.

²²⁴ En el **Capítulo III** presentábamos los distintos modelos de alcoholismo, entre ellos el propuesto por la OMS, del cual no podemos decir que representa un reduccionismo genético, puesto que admite la presencia de ciertos factores de *vulnerabilidad* –psicológicos y sociales– en algunos individuos para explicar por qué algunas personas se vuelven dependientes y otras no. Por esta razón podemos incluir el modelo de la OMS entre los multicausalistas. Este concepto de *vulnerabilidad* es utilizado en forma diversa, aunque no siempre en el mismo sentido: hay quienes intentan explicar la supuesta propensión de las mujeres al alcoholismo (Harris – Mahowald, 1997). También la *neurociencia* (OMS), recurre a este concepto en su intento por explicar por qué parecen existir individuos más vulnerables a padecer alcoholismo. Últimamente se prefiere hablar de *grupos vulnerables* –en el sentido de comunidades consideradas más propensas a la marginalidad como determinadas etnias o poblaciones que comparten ciertos caracteres y preferencias– que de *grupos de riesgo*: comunidades que por sus características y costumbres comprometen la salud y la seguridad de quienes los rodean.

análisis de las metáforas de las enfermedades pone en evidencia la violencia simbólica que se halla presente en el lenguaje.²²⁵

Entre las metáforas del alcoholismo encontramos como rasgo común la duplicidad²²⁶ identitaria: ser el mismo y ser distinto; ser otro y ser el mismo. Como el individuo ebrio, que no parece ser el mismo cuando sobrio. Esa era precisamente la pregunta de Locke (1999): ¿Es el ebrio *la misma persona* al recuperar la sobriedad?

A continuación algunas metáforas del alcoholismo: a la persona alcoholizada se la suele identificar con diferentes animales según los distintos –progresivos– efectos étlicos alcanzados. En una primera etapa, el bebedor está *chispeado, alegre, entonado*. Se dice que parece un *mono*. En una segunda fase, tiene arranques de ira y puede llegar a la violencia: es el estadio del *tigre*. Finalmente, el bebedor llamado *crónico* puede llegar a tal abandono en su persona que se lo compara con el *cerdo*. En esta fase, el individuo está totalmente abandonado al alcohol, descuida su higiene personal y parece no tener otro interés más que el beber. Sin duda, las metáforas del alcohólico ponen en evidencia la mirada de la sociedad: el alcohólico es como un animal: es torpe, es sucio, es agresivo... Aquel que no puede controlar la cantidad de alcohol que ingiere es grotesco, débil, descontrolado...²²⁷ En el vocabulario popular hay un variado lenguaje metafórico que transita desde la coloración del vino hasta los grados de intoxicación alcanzados. Remitimos a nuestro **Glosario** para ampliar este punto.

Con respecto a los distintos criterios para diagnosticar el alcoholismo, hemos revisado en primer lugar la cuestión de la *cantidad* de alcohol ingerido y el modo²²⁸ de consumirlo. No es extraña la idea de que existen personas que consumen bebidas alcohólicas en forma abusiva no por sus propiedades alimenticias –si es que las tienen– sino por sus *efectos tóxicos*. Para estos individuos el alcohol constituye una *droga*, más exactamente una *droga legal*, la más antigua, “la más disponible, muy económica y la de mayor influencia sociocultural²²⁹.” (González, 2001)

Como es bien sabido, el alcohol –como sustancia psicoactiva que es– se metaboliza de una cierta manera. La metabolización, el alcohol produce en el individuo consumidor el desarrollo del fenómeno llamado *tolerancia*, consistente en la capacidad de oxidar más rápido

²²⁵ Sontag parece tener la idea de que las enfermedades son construcciones, pues son delatadas por sus metáforas, que son también construcciones.

²²⁶ Ya habíamos anticipado esta cuestión cuando presentábamos la duplicidad en el mito de Dionisos del **Prólogo**.

²²⁷ Podríamos relacionar estas metáforas con la concepción del alcoholismo como adicción: si el alcohólico es como el mono o como el tigre o como el cerdo, entonces no es capaz de hacerse entender porque no habla un lenguaje humano.

²²⁸ El consumo de alcohol siempre formó parte de las costumbres de los pueblos, constituyendo muchas veces el único consuelo para las clases más humildes, pero según se ha remarcado en el **Prólogo**, de las dos tradiciones – la de Dionisos, tradición que comparte la degustación y el consumo del buen vino entre los placeres de la mesa y la de Deméter, tradición del consumo paroxístico de cerveza y otros derivados de cereales– hoy en día predomina ampliamente esta última. Es interesante este dato, pues antiguamente el vino era consumido por las castas superiores ya desde los nobles celtas y egipcios privilegiados, mientras que el consumo de cerveza era destinado al llano. En la actualidad va creciendo el número de bebedores de cerveza. Además, muchos de estos bebedores –en especial los más jóvenes– consumen bebidas en busca del efecto, con prescindencia total del sabor. Si no, no se entendería el extendido consumo del llamado *balde*: un vaso enorme de plástico que años atrás llenaban de cerveza de barril y ahora los *barmen* llenan con los restos de bebidas que quedan de las botellas. Esas mezclas incluyen lo imaginable: licores de todos los colores, whisky, vodka, obviamente cerveza, etc.

²²⁹ Tal como muestran los innumerables mitos fundacionales de los cuales hemos provisto algunas muestras, las letras de tangos, en fin, la vasta terminología popular (ver **Glosario**) como también las características regionales del consumo de bebidas (ver **Prólogo**).

mayores cantidades de etanol. La tolerancia del organismo lleva al individuo a consumir dosis cada vez más grandes de alcohol. Además, cuando se producen cesaciones abruptas en la ingestión, el individuo sufre de *abstinencia*: el organismo intenta metabolizar las dosis acostumbradas, pero ante su carencia se producen efectos fisiológicos de variada intensidad que pueden ir desde la simple *laguna mental* o el insomnio hasta el coma. Estos dos fenómenos se suelen reunir bajo el nombre de *dependencia*, concepto que intenta explicar por qué hay individuos que no pueden dejar de consumir bebidas alcohólicas. Se cuestiona si acaso existe una dependencia psíquica²³⁰, pero parece un criterio incuestionable el de la dependencia física cuando el individuo alcanza determinado grado de intoxicación debido al consumo crónico.

Por otra parte, la metabolización del etanol produce en el organismo ciertos *efectos deletéreos*: el etanol absorbido por las neuronas y trasladado por la sangre a todo el organismo produce lesiones a su paso. Por tal razón, podemos distinguir lesiones neuropsiquiátricas –afecciones que produce la sustancia cuando llega al cerebro y que más bien causan lesiones a terceros debido a la violencia gestada por la obnubilación del juicio– y no neuropsiquiátricas –lesiones que se causan los bebedores a sí mismos, en especial, en el hígado y el corazón. La legislación existente²³¹ es la encargada de regular las lesiones de todo tipo que puede ocasionar un individuo alcoholizado, según se ha comentado oportunamente.

En vinculación con los efectos se encuentra el tema de las enfermedades asociadas y las complicaciones que acarrea el consumo excesivo de alcohol. Este problema resulta similar al de los signos y síntomas: no parece representar ninguna utilidad la distinción entre alcoholismo primario y enfermedades asociadas, salvo, una vez más, la excusa para la reprimenda moralista. O, en el mejor de los casos, un problema de cobertura médica.²³²

Dados estos efectos dañinos se planteaba la cuestión del *paternalismo*, es decir, la asunción de responsabilidad por parte de un otro para evitar los perjuicios causados por el bebedor. Hablamos de *paternalismo débil* cuando tiene como fin el cuidado de evitar daños contra terceros, mientras que podríamos hablar de *paternalismo fuerte* –o *paternalismo sin más*– cuando la coacción tiende a cuidar al propio alcohólico de las lesiones que éste se puede infringir a sí mismo. Se han planteado varias posturas al respecto. En líneas generales, las posturas paternalistas parten de la creencia en que el alcohólico es un individuo que ha perdido su *autonomía* y que, por tal razón, es legítimo que otro la asuma en su lugar.²³³

Con respecto a la autonomía, hemos presentado posiciones variadas. ¿Es algo que se tiene o no se tiene? ¿O algo que se puede perder y después recuperar? ¿O es algo que *se construye narrativamente*? El alcohólico ¿elige beber libremente, en forma autónoma? Ya se ha dicho: El concepto de *autonomía* resulta el eje fundamental, según hemos mostrado, para imputar *responsabilidad* al alcohólico. Según algunos, si el alcohólico es un enfermo, entonces no es responsable. Pero si el alcohólico no es un enfermo, entonces es responsable. Si el

²³⁰ Oportunamente se ha señalado el intento de la OMS de reducir toda dependencia a dependencia física, probablemente con la idea de *desestigmatizar* el alcoholismo, explicándolo siempre en términos clínicos –neurológicos.

²³¹ Hemos señalado en el **Capítulo II** las penalizaciones existentes para las llamadas *lesiones no intencionales* causadas por individuos alcoholizados, tales como los accidentes de tránsito.

²³² Ya se ha señalado que algunas obras sociales cubren, por ejemplo, una cirrosis, pero no el tratamiento para el alcoholismo (Bissell – Royce, 1994)

²³³ El paternalismo es la contracara de la autonomía. Las posiciones fuertemente autonomistas son antipaternalistas, y viceversa, las posiciones paternalistas se justifican desacreditando la autonomía –en este caso, la autonomía del alcohólico.

alcohólico es responsable no se justifica el paternalismo —ni la coacción —para no dañar y por deficiencias cognoscitivas del alcohólico. Pero si el alcohólico no es responsable entonces se justifica el paternalismo —y la coacción. (Loneck, 1997) Si un enfermo no es autónomo entonces no es responsable puesto que sus juicios no son ni racionales ni autónomos. Por lo tanto, es admisible el control y la aplicación de tratamiento por coacción. Tal sería la condición del alcohólico: no es autónomo, por ende, tampoco es responsable. Por consiguiente, se debe atribuir el control a través de la coacción.

Notamos que subyace a posiciones como ésta la idea de que la *identidad personal*²³⁴ —en la cual descansa la autonomía— es algo formado y que por eso se tiene o no se tiene; se puede haber tenido y perder por causa de la intoxicación alcohólica. Mientras que para otros, en cambio, es de suma importancia la autonomía en tanto que el paternalismo siempre despierta desconfianza. Es mejor informar y educar. (Agich — May, 1997)

Una concepción distinta de la identidad personal, que la entienda como *proceso y construcción* —y no como algo acabado— resulta fundamental para dar cuenta de la autonomía del alcohólico. En Guidano (1996-2001), por ejemplo, la identidad personal es una construcción que se desarrolla en un sistema que se autoorganiza —un organismo vivo. Por lo tanto, la autonomía también es un proceso.

Tras el estudio de la identidad personal hemos presentado a varios autores que podemos llamar *narrativistas*: Ricoeur, Nussbaum, Guidano, Bruner, Ruiz. En todos ellos está presente la idea de que *narrar* es un prerequisite para la autonomía y, por lo tanto, también lo será para imputar *responsabilidad*.²³⁵ Es por ende necesario desarrollar la *competencia narrativa* precisamente porque contribuye a la construcción y el desarrollo de la autonomía a la vez que permite asignar responsabilidad: en la medida en que una persona es capaz de juzgar sus acciones apropiadamente se le imputará responsabilidad. Para este fin hemos rescatado el concepto de *espectador juicioso* de M. Nussbaum: será autónomo y, por ende, responsable la persona que pueda elaborar los juicios tal como lo haría un espectador juicioso —o un lector juicioso. Este sentido de la responsabilidad se contrapone a la responsabilidad restaurable a través del control. Aquí la responsabilidad se construye paralelamente al desarrollo de la competencia narrativa.

En el transcurso de este estudio fueron elegidos dos modelos²³⁶ para el estudio del alcoholismo, dado que justamente ambos coinciden en sus líneas principales con la teoría narrativa de Ricoeur, eje de nuestro análisis. Según estas vertientes la autonomía es la capacidad de ver las acciones de los demás como propias. En este sentido, es posible desarrollar una *educación para la competencia narrativa*, esto es, aprender a contar historias de varias maneras, dejar contar nuestras historias a otros, someter nuestros relatos a la crítica...

²³⁴ Hemos desarrollado el concepto de *identidad personal* a lo largo de los **Capítulos VI a IX**, puesto que toda nuestra argumentación se articula en torno a este concepto. En primer lugar, hemos expuesto los alcances y las propiedades de cierta *versión de la identidad personal* que llamamos con Ricoeur (1996), *causal o reduccionista*, a partir de la lectura de John Locké (1999) y sus continuadores. Luego, presentamos el carácter aporético de la *identidad personal*, dedicando a continuación, dedicamos un capítulo a ilustrar las aporías a través de los casos imaginarios. Finalmente, hemos desarrollado la versión ricoeuriana —narrativa— de la *identidad personal*.

²³⁵ La persona es responsable en la medida en que puede construir tramas con sentido y hacerse cargo de sus relatos.

²³⁶ La *Terapia Cognitiva Post-Racionalista*, desarrollada en el **Capítulo X** y la *Teoría de la Identidad de Familia*, en el **Capítulo XI**.

Consideramos además que la corriente narrativista nos provee también de materia para decidir acerca del mejor *tratamiento* para el alcoholismo. Los tipos de tratamientos han sido clasificados como *farmacológicos*²³⁷, *no farmacológicos*²³⁸ y *conductistas*²³⁹. Hemos provisto de fundamentos para sostener que la terapia farmacológica no contribuye en absoluto en el desarrollo de la identidad, por lo cual debe descartarse para el tratamiento del alcoholismo, a diferencia de las terapias narrativas, tendientes a “ayudar al paciente a construir una narración más libre de contradicciones y más generativa de su vida.” (Bruner, 2004: 21) La psicoterapia cognitiva se apoya en la base de que los significados se construyen. Cuando aparecen acontecimientos perturbadores la función de la terapia debe de ser integrar esos acontecimientos a la *historia de vida* –de ahí la importancia de este método²⁴⁰.

Finalmente, nos quedan unas palabras en relación con la prevención. Existen políticas débiles –medidas educativas- y políticas fuertes –medidas legislativas. Incluimos la propaganda y la educación entre las primeras y la fijación de impuestos y leyes punitivas entre las últimas. Sin embargo, observamos cierta paradoja: por un lado, la propaganda en contra del consumo excesivo se considera una política débil porque frena tímidamente el consumo; mientras que por el otro, la publicidad que invita al consumo *moderado* no frena el consumo sino que parece incentivar cada vez más. Se promociona el deporte con marcas de bebidas alcohólicas y se asocia el consumo de alcohol con la fiesta. Un punto a tener en cuenta para seguir la investigación que aquí se propone no puede descargar toda la responsabilidad de la terapia de recuperación en el individuo, sino que debe de tener en cuenta “Cómo y desde dónde se promociona, desde qué lugar es importante que la población consuma y mucho.” (González, 2001)

²³⁷ De desintoxicación, de deshabitación y a largo plazo –en la rehabilitación y en la reinserción.

²³⁸ Psicoterapia, socioterapia, autoayuda, etc.

²³⁹ Técnicas mecánicas.

²⁴⁰ La historia de vida relata la biografía de una persona en tanto que condensa las imágenes que una persona construye sobre sí misma a partir de los elementos con los que los demás construyen su identidad personal. Al decir de Goffman, la biografía es aquella entidad alrededor de la cual es posible narrar una historia, incluyendo ciertas libertades respecto de la narración. En la historia de vida se articulan la identidad personal y la identidad social.

Apéndice I: Cuestionarios para la detección del alcoholismo

Cuestionario básico para una entrevista dirigida

E. Jellinek (1960) realizó estudios sobre la evolución de muchos alcohólicos en Estados Unidos. Estos estudios permitieron establecer ciertas pautas para formular la llamada *entrevista clínica*, la cual significa una aproximación diagnóstica no sólo con el paciente, sino también con su familia. El cuestionario está elaborado en forma progresiva, a medida que avanza la enfermedad alcohólica. Sin embargo, las respuestas al cuestionario también están condicionadas por el estilo del bebedor (*mediterráneo – anglosajón; alfa, beta, gamma, delta, épsilon*, o según cualesquiera de las categorizaciones propuestas a lo largo de este trabajo).

1. *Amnesia alcohólica*

¿Ha perdido la memoria últimamente? ¿Se acuerda menos de las cosas? ¿Olvida más fácilmente cosas que se pueden considerar importantes?

2. *Ingestión subrepticia (a escondidas)*

¿Dónde bebe? ¿Bebe a escondidas? ¿Bebe solo/a? ¿Bebe en lugares donde pueden verlo sus vecinos?

3. *Preocupación por tener alcohol*

¿Teme quedarse sin alcohol? Si se le termina el alcohol, ¿tiene igual preocupación que si se le termina la comida? Antes que se le acabe, ¿compra más? ¿Se queda alguna vez sin alcohol en casa?

4. *Avidez en la ingestión*

¿Bebe apurado/a? ¿Saborea la bebida? ¿Le resulta agradable el gusto de la bebida?

5. *Sentimiento de culpa*

Luego de beber, ¿se siente mal por haber bebido? ¿Preferiría no haber bebido? ¿Cree que ha hecho algo que le produce desazón?

6. *Referencia al alcohol en la conversación*

Si se le habla de alcoholismo, ¿procura desviar la conversación?

7. *Palimpsestos (amnesias alcohólicas)*

Últimamente ¿tiene más fallos de memoria? ¿Ha tenido fallos de bebida al beber, aun sin llegar a embriagarse?

8. *Control sobre la ingesta*

Cuando empieza a beber, ¿tiene que seguir bebiendo?

9. *Racionalización*

¿Por qué cree que bebe?

10. *Presión social*

¿Procura no beber siempre en el mismo bar para que no lo conozcan como bebedor/a habitual? ¿Procura no comprar siempre la bebida en el mismo lugar? ¿Bebe a escondidas?

11. *Conducta optimista*

Cuando bebe ¿siente que ya no tiene problemas? ¿Se siente más importante? ¿Le parecen las cosas más fáciles?

12. *Conducta agresiva*

¿Se enoja con más facilidad con los demás cuando ha bebido?

13. *Remordimientos*

¿Piensa muchas veces en este problema que tiene usted por las consecuencias que le pueden traer? ¿Siente remordimientos?

14. *Abstinencia y dosificación*
¿Bebe diariamente o ha estado algún tiempo sin beber nada o bebiendo menos? ¿Cuánto tiempo?
15. *Bebida por la mañana*
¿Bebe en ayunas o por las mañanas?
16. *Cambio en la forma de ingestión*
¿Ha cambiado su forma de beber? ¿Ha pasado de paladear a beber rápidamente? ¿Ha pasado de beber poco a beber más? ¿Ha pasado de una bebida a otra más fuerte?
17. *Pérdida de amigos*
¿Ha perdido amigos? ¿Se trata menos con sus parientes?
18. *Temblores*
¿Tiene temblores por la mañana? ¿Se calman al tomar un trago?
19. *Problemas laborales*
¿Falta al trabajo? ¿Llega tarde? ¿Ha tenido discusiones o problemas en su trabajo?
20. *Obsesión*
Cuando está haciendo algo, ¿espera terminar para poder beber?
21. *Problemas económicos*
¿Le interesan menos las cosas que antes le acostumbraban interesar?
22. *Reinterpretación de las relaciones personales*
¿Cree que su cónyuge, sus amigos y parientes han cambiado hacia usted? ¿Cree que es usted el/la que ha cambiado hacia ellos?
23. *Autocompasión*
¿Se siente desgraciado/a cuando no ha bebido? Si ha pasado un tiempo sin beber, ¿se siente desgraciado/a por no poder hacerlo?
24. *Potencia sexual*
¿Se encuentra más débil en sus relaciones sexuales?
25. *Escape geográfico*
¿Cambia de lugar para beber? Cuando se dirige a su trabajo, ¿va siempre por el mismo camino y bebe en los mismos sitios?
26. *Celotipia*
¿Se ha vuelto más desconfiado o más celoso?
27. *Variaciones en las relaciones familiares*
Sus parientes ¿lo/a tratan igual que antes?
28. *Alteración desmedida en los sentimientos*
¿Nota que últimamente lo/a afectan más las cosas? ¿Se alegra o llora con más facilidad? Se siente más sensible?
29. *Alimentación*
¿Ha perdido el apetito o tiene el mismo apetito que antes?
30. *Embriaguez prolongada*
¿Ha estado a veces varios días seguidos mareado/a por el alcohol? ¿Se embriaga diariamente?
31. *Necesidad de protección ante la posibilidad de no ingerir alcohol. Protección para poder consumir alcohol. Bebida en ocasiones imprevistas.*
Cuando no tiene alcohol, ¿se siente indefenso? ¿Toma recaudos para no quedarse sin alcohol? ¿Cómo lo hace?
32. *Degradación moral*
¿Se da cuenta de que se lo/a considera poca cosa? ¿Se le da menos importancia por su problema?
33. *Tolerancia*

¿Nota que últimamente el alcohol le hace más daño?

34. *Debilitamiento intelectual*

¿Se siente ahora menos capaz de resolver o afrontar problemas que antes?

35. *Cambio de carácter*

¿Nota si últimamente han cambiado sus reacciones o su manera de ser? ¿Se ha vuelto menos decidido/a, menos activo/a, etc.?

36. *Ingresos al hospital*

¿Ha ingresado en un hospital o clínica y le aconsejaron que no bebiera?

37. *Degradación social*

¿Ha perdido sus antiguas relaciones? ¿Se codea con personas de niveles profesionales inferiores al que usted tenía antes? ¿Le dan ahora menos responsabilidades?

38. *Antecedentes familiares*

¿Tiene algún familiar con sus mismos problemas? ¿Algún compañero o amigo?

39. *Temores*

¿Tiene miedo últimamente y no sabe exactamente a qué? ¿Se nota más inseguro?

40. *Inhibición psicósomática*

¿Se encuentra últimamente más débil, más cansado/a, con menos fuerzas?

41. *Dependencia ansiosa*

¿L@ aburren más las cosas? ¿Le interesan menos lo que no sea el alcohol? ¿Siente obsesión por el alcohol?

Cuestionario para recién llegados al grupo terapéutico

Este cuestionario aparece en un folleto¹⁷ que el recién llegado recibe en AA.

1. ¿Ha tratado alguna vez de dejar de beber durante una semana o más, sin haber podido cumplir el plazo?
2. ¿Le fastidian los consejos de otras personas en cuanto a su forma de beber? ¿Le gustaría que dejaran de entrometerse en sus asuntos?
3. ¿Ha cambiado de una clase de bebida a otra con objeto de evitar emborracharse?
4. ¿Se ha tenido que tomar algún trago al levantarse por la mañana durante el año pasado?
5. ¿Tiene envidia de las personas que pueden beber sin meterse en líos?
6. ¿Ha tenido algún problema relacionado con la bebida durante el año pasado?
7. ¿Ha causado su forma de beber dificultades en su casa?
8. ¿Trata usted de conseguir tragos "extras" en las fiestas por temor de no tener suficiente?
9. ¿Persiste usted en decir que puede dejar de beber en el momento que quiera, a pesar de que sigue emborrachándose cuando no quiere?
10. ¿Ha faltado a su trabajo o a la escuela a causa de la bebida?
11. ¿Ha tenido "lagunas mentales"?
12. ¿Ha pensado que llevaría una vida mejor si no bebiera?

El resultado se determina por la cantidad de preguntas de respuesta afirmativa. Si uno respondió afirmativamente al menos cuatro, existen probabilidades de que tenga problemas con el alcohol.

¹⁷ Alcohólicos Anónimos, *¿Es AA para usted? Doce preguntas que sólo usted puede contestar* (Folleto), Oficina de Servicios Generales de AA, Bs. As.

Cuestionario para mujeres alcohólicas

De un folleto¹⁸ de AA especialmente dedicado a la mujer alcohólica:

1. *¿Compra licor en diferentes lugares para que ninguno se entere de la cantidad real que adquiere?*
2. *¿Esconde las botellas vacías y se deshace de ellas secretamente?*
3. *¿Planea por anticipado "premiarse" con unos traguitos después de haber trabajado duro en las tareas de su hogar?*
4. *¿Se muestra a menudo condescendiente con sus hijos porque se siente culpable por la forma en que se comportó con ellos cuando estaba bebiendo?*
5. *¿Tiene "lagunas mentales" o períodos de tiempo de los cuales no recuerda nada?*
6. *¿Suele telefonar al día siguiente a la anfitriona de una fiesta para preguntarle si se comportó mal con alguien o si hizo el ridículo?*
7. *¿Toma una o dos copas antes de asistir a una fiesta en la que sabe que se servirá licor?*
8. *¿Se siente más ingeniosa o más atractiva cuando está bebiendo?*
9. *¿Siente pánico cuando se aproximan acontecimientos que le impiden beber, como algunas visitas a parientes?*
10. *¿Inventa reuniones sociales para beber, como almuerzos, cócteles o comidas?*
11. *Cuando otras personas están presentes ¿evita leer artículos, ver películas o programas de televisión acerca de mujeres alcohólicas, pero las lee o los ve cuando está sola?*
12. *¿Suele llevar licor en su bolso de mano?*
13. *¿Se pone a la defensiva cuando alguien le hace mención de su forma de beber?*
14. *¿Bebe cuando se encuentra tensionada o después de una discusión?*
15. *¿Conduce vehículos a pesar de haber bebido, pero se siente segura de su propio control?*

Cuestionario Michigan para la Detección del Alcoholismo

Existen muy variados cuestionarios elaborados para la detección de la enfermedad alcohólica. A continuación, presentamos dos más. (en: E. E. González, 2001)

1. *¿Se considera un bebedor normal?*
2. *¿Se ha preocupado o quejado alguna vez su mujer, marido, padres u otra persona allegada a Ud. de su consumo de bebidas alcohólicas?*
3. *¿Se ha sentido culpable alguna vez por consumir bebidas alcohólicas?*
4. *¿Piensan sus amigos o familiares que Ud. es un bebedor normal?*
5. *¿Es capaz de parar de beber cuando así lo desea?*
6. *¿Ha asistido alguna vez a una reunión de Alcohólicos Anónimos?*
7. *¿Ha tenido alguna vez problemas con su mujer, marido, padres u otra persona allegada a Ud. por culpa del alcohol?*
8. *¿Ha tenido alguna vez problemas en el trabajo o la escuela por culpa del alcohol?*
9. *¿Ha descuidado alguna vez sus obligaciones, familia o trabajo durante dos o más días seguidos por culpa del alcohol?*

¹⁸ Alcohólicos Anónimos, *AA para la mujer* (Folleto), Oficina de Servicios Generales de AA, Bs. As.

10. *¿Ha pedido ayuda alguna vez para solucionar su problema con el alcohol? Si su respuesta es afirmativa, ¿se trataba de algo distinto de Alcohólicos Anónimos o un hospital?*
11. *¿Ha sido ingresado alguna vez en el hospital por culpa del alcohol? Si su respuesta es afirmativa: fue por*
 - (a) *desintoxicación*
 - (b) *tratamiento del alcoholismo*
 - (c) *lesiones o problemas médicos relacionados con el consumo de alcohol, cirrosis hepática, o lesión sufrida bajo los efectos del alcohol (accidente de tráfico, pelea, etc.)?*
12. *¿Ha sido arrestado alguna vez por conducir borracho, intoxicado o bajo los efectos de bebidas alcohólicas?*
13. *¿Ha sido arrestado alguna vez, aunque fuera por pocas horas, por su conducta mientras estaba bajo los efectos del alcohol?*

Cuestionario AUDIT para la detección del Alcoholismo

Este cuestionario requiere de la selección de una opción:

1. *¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?*
 - Nunca
 - Una vez al mes o menos
 - De dos a cuatro veces al mes
 - De dos a tres veces a la semana
 - Cuatro o más veces a la semana
2. *¿Cuántos tragos se toma normalmente el día o los días en que bebe alcohol?*
 - 1 ó 2
 - 3 ó 4
 - 5 ó 6
 - 7 ó 9
 - 10 ó más
3. *¿Con qué frecuencia se toma seis o más tragos de una vez?*
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diariamente o casi todos los días
4. *¿Con qué frecuencia durante el año pasado se dio cuenta de que no podía parar de beber una vez que había comenzado?*
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diariamente o casi todos los días
5. *¿Con qué frecuencia durante el año pasado faltó a sus obligaciones habituales por culpa del alcohol?*
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diariamente o casi todos los días

6. *¿Con qué frecuencia durante el año pasado tuvo que beber un trago inmediatamente después de despertarse tras haber bebido intensamente?*
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez por semana
 - Diariamente o casi todos los días
7. *¿Con qué frecuencia durante el año pasado se sintió culpable o tuvo remordimiento por consumir alcohol?*
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diariamente o casi todos los días
8. *¿Con qué frecuencia durante el año pasado fue incapaz de recordar lo que había ocurrido la noche anterior porque había estado bebiendo?*
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez al mes
 - Una vez a la semana
 - Diariamente o casi todos los días
9. *¿Han sufrido Ud. u otras personas daños físicos como consecuencia de su consumo de alcohol?*
- No
 - Sí, pero no durante el año pasado
 - Sí, durante el año pasado
10. *¿Ha notado alguna vez preocupación en un pariente, amigo, médico u otro trabajador sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido alguna vez alguno de ellos que lo disminuyera?*
- No
 - Sí, pero no durante el año pasado
 - Sí, durante el año pasado

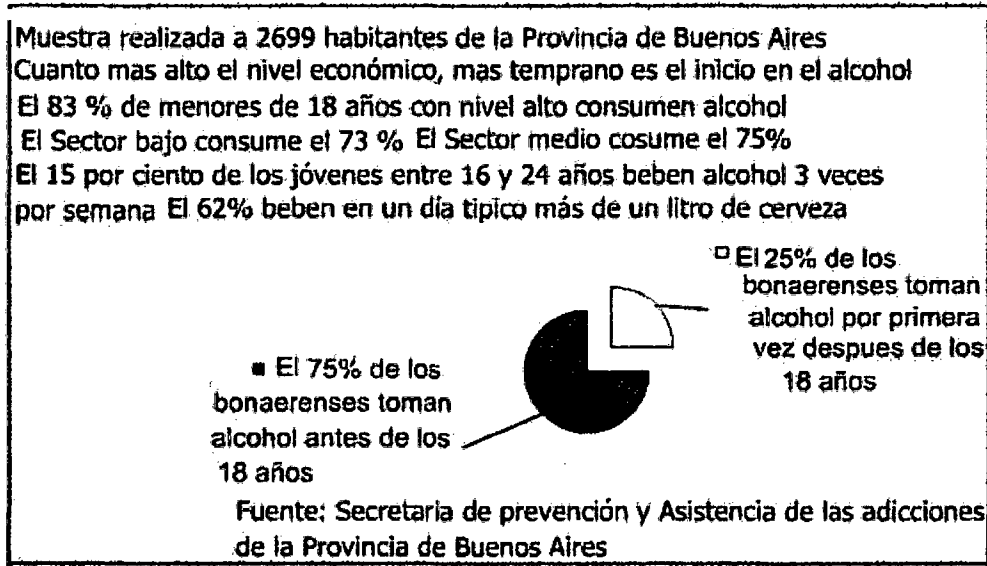
Apéndice II: Estadísticas

A continuación, veremos algunos índices que ilustran el impacto que provoca el consumo de alcohol en el mundo:

Se estima en más de 100.000 el número de muertos anuales como causa del alcoholismo sólo en Estados Unidos. En México, un 12,5% de varones y un 0,6% de mujeres son dependientes del alcohol. El grupo etario que demuestra mayor dependencia es el de 18 a 29 años. En Rusia, un 12% de la población ingresa en hospitales por intoxicaciones etílicas agudas. En España, los adolescentes se inician en el consumo de alcohol a los 13,7 años. Consumen preferentemente los fines de semana, los varones una cantidad mayor y las mujeres con más frecuencia. Un 46% se han emborrachado al menos alguna vez. (en: <http://www.riod.org>)

La población española que consume alcohol con más frecuencia se encuentra entre los 16 y 25 años. (Freixa, 1996: 19)

En nuestro país, en la actualidad, el 40% de chicos y chicas entre 12 y 15 años consumen alcohol. Más exactamente, el 40% de mujeres y el 38% de varones. La edad de inicio en el consumo de alcohol y vino (los preferidos por los jóvenes) se estima entre los 11 y los 14 años. Entre los 12 y los 15, prueban whisky y otros destilados.¹⁹



El consumo de cerveza en la última década aumentó un 250%. De 16 litros pasó a 40 litros por persona por año. 800.000 jóvenes entre 13 y 15 años consumen alcohol 2 veces por semana.

La bebida preferida por los adolescentes es la cerveza y aunque en nuestro país se consumen alrededor de 40 litros por año, encabezan el consumo Checoslovaquia, con casi 160

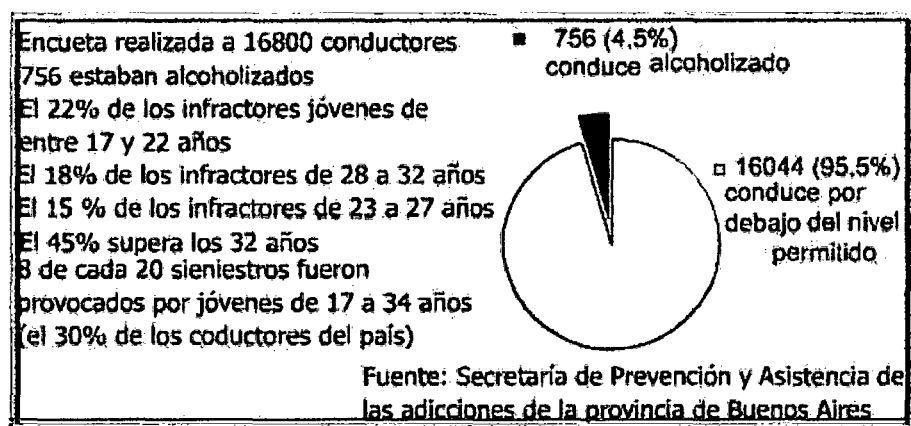
¹⁹ Encuestas realizadas por los técnicos de SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico), para el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), sobre una muestra de 7.650 viviendas particulares y realizada entre junio y julio de 2004.

litros y Alemania, más de 120 litros. Existen unos 2,5 millones de alcohólicos abusadores, de los cuales 175.000 son bebedores compulsivos y 125.000 son alcohólicos dependientes. En la Ciudad de Buenos Aires, el consumo de alcohol encabeza la lista de adicciones, con el 37%. En las rutas de todo el mundo mueren al menos medio millón de personas. Conducir alcoholizado causa más del 50% de los accidentes de tránsito. En general, hay una tendencia a ir limitando la *alcoholemia* máxima tolerable. En la Argentina, mueren aproximadamente 21 personas por día como consecuencia relacionada con el consumo de alcohol en accidentes de tránsito, dejando 7.500 muertos y 120.000 heridos por año, de acuerdo con los datos de la organización civil *Luchemos por la vida*. (En: <http://www.laopinion-rafaela.com.ar>)

La Organización Mundial de la Salud señala que los accidentes de tránsito representan la segunda causa de mortalidad mundial entre las personas de 15 a 29 años. Los peatones y ciclistas intoxicados tienen 3 a 4 veces más probabilidades de sufrir accidentes. (Freixa, 1996: 110)

No sólo el alcohol, sino incluso *la resaca del día siguiente* afecta significativamente la habilidad del conductor, incluso con una alcoholemia de 0 gramo. (Freixa, 1996: 118)

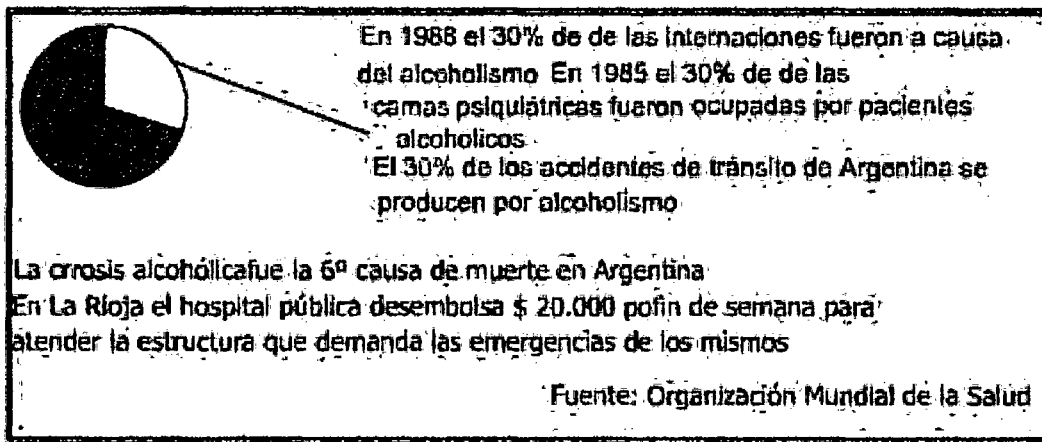
Cada 23 minutos alguien muere por *errores humanos* de conductores alcoholizados. Los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años representan sólo un 17% de la población total de Estados Unidos. Sin embargo, constituyen el 48% de los muertos en accidentes de tránsito. Dos de cada cinco americanos se han involucrado en un accidente relacionado con el alcohol en algún momento de sus vidas. (Freixa, 1996: 112-114)



En una encuesta realizada a 1.700 automovilistas en la Ciudad Autónoma de Bs. As., 177 (el 10%) conducían alcoholizados. En otro muestreo sobre 6.620 automovilistas, 757 (el 11,43%) conducían alcoholizados.

Las estadísticas en emergencias hospitalarias también son alarmantes: El Hospital Ramón Madariaga, en la Ciudad de Posadas, Provincia de Misiones (ver **Apéndice III**), ostenta el mayor registro de pacientes ingresados en emergencias causadas por consumo de alcohol en todo el país. De acuerdo con una encuesta²⁰ realizada en diciembre de 2003, el porcentaje sería de 34,49% correspondiente a 557 casos sobre el total nacional de 14.885.

²⁰ En: <http://www.misionesonline.net>, ed. N° 2002, Salud 15/12/2004.



- Aproximadamente entre el 24 y el 40% de los pacientes que ingresan a emergencias han consumido alcohol antes de su consulta. Entre 20 y 50% de traumas fatales por accidentes automovilísticos están relacionados con intoxicación alcohólica. Los porcentajes de pacientes intoxicados por alcohol son similares a los correspondientes a accidentes fatales no vehiculares, víctimas de homicidios, hipotermia y víctimas de incendios. Aproximadamente el 20% de suicidios están asociados con la intoxicación alcohólica significativa. Las dosis letales varían con el grado de tolerancia: para bebedores recién iniciados, 400 mg. pueden ser fatales. Bebedores crónicos pueden alcanzar los 1.000mg. y sobrevivir. (Mayer - Thibodeau, 1997: 287-308)
- En Estados Unidos estiman que el 80% de los cánceres tienen su origen en el *estilo de vida*, especialmente los hábitos de fumar, beber y alimentarse. En teoría, la mortalidad del cáncer podría evitarse en un 70 a 80% si se modificaran estos hábitos. El consumo de bebidas alcohólicas es responsable de la mitad de defunciones por carcinoma de la cavidad bucal, faringe y laringe supraglótica y del 75% del cáncer de esófago. (Freixa, 1996: 44-45)
- En el aspecto laboral, un 24% (uno de cada cuatro) trabajadores consumen una cantidad de alcohol que se puede considerar riesgosa potencialmente; un 16,2% supera los 100 ml; un 8,7% supera los 200 gramos de alcohol puro por día. La franja de mayores bebedores en el trabajo se encuentra entre los 16 y 24 años, seguida por los trabajadores de entre 26 y 34 años. (Freixa, 1996: 138)
- Sin embargo, a pesar de estas cifras escalofriantes, la tendencia es el aumento del consumo. Si bien hay cierto leve descenso en el consumo de vinos y sidras (68,2% de alcohol puro consumido en 1940 y 58,2% en 1985) como también en el consumo de destilados (30,6% en 1940 y 27,7% en 1985), es significativo el aumento del consumo de cervezas (1,2% en 1940 y 14,1% en 1985). (Freixa, 1996: 80) Además, se viene observando un inicio en el consumo de alcohol en edades cada vez más precoces: de 5 a 14 años, disminuyendo también la brecha entre varones y mujeres, si bien todavía se mantienen las diferencias: un 16,3 de varones jóvenes son bebedores *fuertes* y un 3,3% de mujeres jóvenes. (Freixa, 1996: 127) En 1960, en un centro de salud²¹, de cada 10 pacientes, 2 eran mujeres de una edad promedio de 45 años. En 1970, ya fueron 3 mujeres, entre ellas, una menor de 35 años. En 1990, fueron 4 mujeres, 2 menores de 35 años.

²¹ Lugar donde atendía e investigaba F. Freixa.

Apéndice III: Recortes periodísticos

Alcoholismo pediátrico

Lunes 23 de Mayo de 2005

**En el hospital de niños de La Plata
Dicen que el alcoholismo ya es una enfermedad pediátrica**

Trataron a 860 menores de 12 años que habían consumido sustancias adictivas

**Las estadísticas hospitalarias señalan que cada vez la edad de inicio es más temprana.
Hay casos de menores de un año intoxicados con alcohol desde el útero materno.**

LA PLATA.- Niños de 9, 10 y 11 años con intoxicaciones alcohólicas o agudos cuadros de abuso en la ingestión de bebidas se presentan cada vez con más frecuencia en el Servicio de Toxicología del Hospital de Niños Sor María Ludovica de esta ciudad, donde los profesionales consideran que el **alcoholismo** se convirtió en una enfermedad pediátrica. La alarmante situación se refleja en las últimas estadísticas procesadas por ese servicio hospitalario: de los 860 casos atendidos en 2003 por problemas derivados del abuso de sustancias adictivas, el 50 por ciento estuvo relacionado con el alcohol. Resulta preocupante que en varios de los casos los menores son iniciados en el alcohol por sus familiares o que, al nacer, sufren las consecuencias del consumo de la madre. En este 50 por ciento, hubo al menos 22 casos de niños de 5 y 9 años que presentaron cuadros de intoxicación alcohólica. También hubo 50 bebés menores de un año con cuadros de sobredosis o abstinencia, a raíz de la ingestión de alcohol por parte de la madre. Según Girardelli, no es raro encontrar "chicos de 10 años con cuadros hepáticos similares a los de un adulto que padece el **alcoholismo** desde hace 10 o 15 años". La edad de inicio es cada vez más baja y el incremento de intoxicaciones con alcohol entre mujeres ya es un hecho, según la profesional. El problema del **alcoholismo** infantil preocupa tanto que el hospital de niños y la Subsecretaría de Atención de las Adicciones bonaerense firmaron un convenio que permite brindar un tratamiento médico y psicológico adecuado, con el objetivo de rehabilitar a los menores y prevenir el aumento del consumo. "Recibimos chiquitos que tienen problemas con el alcohol a temprana edad. Es bastante habitual recibir chicos de 10 y 11 años que llegan con episodios de abuso. Es alarmante que esto suceda", dijo la doctora Ana Girardelli, jefa del servicio de Toxicología del hospital de niños de La Plata. En realidad, no es que acudan al centro asistencial para pedir ayuda. La mayoría llega porque fue víctima de algún accidente en la vía pública. También, porque alguien los encuentra perdidos en la calle, a causa de intoxicaciones alcohólicas graves. El área de Toxicología del hospital de niños es una referencia en la provincia de Buenos Aires, porque no sólo se asisten casos en La Plata, sino que también se reciben consultas telefónicas de otros centros bonaerenses.

En una mamadera

En la mayoría de las 860 consultas de 2003, advirtieron en el hospital, los niños tuvieron contacto con el alcohol en sus casas y por medio de sus familiares. Hubo casos extremos en los que los progenitores compartieron su adicción con los hijos y les dieron alcohol en una mamadera. "Aunque en una familia no haya alcohólicos, observamos que tienen conductas facilitadoras. No advierten el problema como tal y consideran que un episodio de abuso en la ingestión de alcohol de sus hijos es una picardía o travesura. En realidad, cualquier consumo de alcohol en un menor constituye un abuso", explicó Girardelli. Existen diferencias respecto de las bebidas que consumen los niños asistidos en el hospital: "En un ámbito de bajos recursos, es más común el vino de baja calidad. En cambio, entre aquellos que tienen mayor poder adquisitivo, aparecen bebidas como el gin o el vodka. La cerveza también es muy consumida y los padres no se dan cuenta de que representa el mismo peligro que cualquier otro tipo de alcohol", detalló la especialista. Cada caso que recibe el hospital de niños es comunicado a la Subsecretaría de Atención de las Adicciones para que complemente el tratamiento clínico con una atención psicoterapéutica adecuada. "La subsecretaría tiene centros en la mayoría de los barrios para que la familia no esté obligada a trasladarse. De todos modos, aún son altos los niveles de deserción en los tratamientos, que, como mínimo, demandan un año. Intentamos que el adulto sea responsable pero que se quite las culpas para obtener buenos resultados", explicó la doctora Silvia Maggi, de la subsecretaría. El hospital de niños de esta ciudad habilitó dos líneas telefónicas para efectuar consultas relacionadas con el alcohol: 0221-451-5555, que funciona durante las 24 horas, y 0800-222-9911, que es gratuita.

Ximena Linares Calvo

Link corto: <http://www.lanacion.com.ar/706575>

Riesgos en el consumo de alcohol

Organización Panamericana de la Salud

Washington, 16 de marzo de 2005

La bebida causa problemas no sólo a los alcohólicos

Noticias e Información Pública Comunicado de Prensa

Washington, D.C., 16 de marzo de 2005 (OPS)—El alcohol ocupa el primer lugar entre los riesgos para la salud en los países de las Américas -excepto en Canadá y Estados Unidos, donde ocupa el segundo lugar— según una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sin embargo, esto no se debe principalmente al "alcoholismo". El problema más grave es el exceso de consumo por las personas que solamente beben "socialmente", según el artículo "El problema de la bebida", publicado en el último número de la revista de la OPS, Perspectivas de Salud. "El mayor error que se comete es pensar que el problema del alcohol es la dependencia del alcohol o alcoholismo -dice Maristela Monteiro, asesora regional de la OPS en alcohol y abuso de sustancias-. En relación con la sociedad, la mayor parte de los problemas de salud pública provienen de las intoxicaciones ocasionales". Es decir que muchos

homicidios, accidentes de tráfico, suicidios, violencia, violencia doméstica, abuso o maltratos y descuido de los niños suelen ocurrir cuando las personas que no son alcohólicas ni dependientes del alcohol beben con exageración, explica. Estos problemas son, en su totalidad, más importantes para la salud pública que los resultantes de la dependencia. El artículo señala que en Estados Unidos el alcohol es un factor que interviene en el 25% de las muertes de personas de entre 15 y 29 años. Los costos directos para el sistema de atención de salud del país ascienden a unos \$19 mil millones; y para la economía estadounidense considerada en conjunto, esa cifra puede llegar hasta los \$148 mil millones. Los expertos indican que el alcohol afecta mucho más a los pobres porque ellos dedican una porción más elevada de sus ingresos a comprar bebidas alcohólicas; además, cuando tienen problemas de dependencia del alcohol, su acceso a los servicios es limitado, quizás pierdan el empleo y causan sufrimientos graves a la familia. "Por todas estas razones, muchos expertos en salud pública consideran que en cada uno de los países de las Américas las políticas relacionadas con el alcohol deben ser de alta prioridad". Las formas más eficaces de reducir el consumo general son el aumento de los precios y los impuestos al alcohol, además de la limitación de su disponibilidad; por ejemplo, reglamentar dónde puede venderse, a quiénes y por quién, a qué hora y qué días. Estas medidas de salud pública han demostrado su eficacia, pero suelen generar oposición por parte de los vendedores y la industria. "Hay varios ejemplos que muestran que el cierre de los bares más temprano reduce tanto los accidentes como la violencia; esta medida se aplicó durante mucho tiempo en Europa, Estados Unidos, Canadá, y ahora en América Latina y en otros lugares", acota Monteiro. Otra medida sumamente eficaz es aumentar la edad mínima para la compra de alcohol. El artículo señala que apenas un número pequeño de países han seguido el ejemplo de Estados Unidos, en donde la edad mínima es 21 años (antes era 18 años). La Administración Nacional para la Seguridad del Tráfico en Carreteras (NHTSA, por sus siglas en inglés) calcula que en Estados Unidos el aumento de la edad mínima para beber y comprar alcohol ha salvado 17.359 vidas desde 1975. Este artículo también aborda medidas para disminuir los casos de personas que conducen después de haber bebido mucho. Según el documento de la Organización Mundial de la Salud, Global Status Report: Alcohol Policy ¿citado en el artículo de Perspectivas de Salud? las medidas más eficaces contra el hábito de conducir después de haber bebido son las puestos móviles para comprobar la sobriedad, límites más bajos del contenido de alcohol en la sangre que se consideran aceptables, suspensión de la licencia y el requisito de "graduarse" de conductores que debe cumplir los principiantes. Los expertos opinan que hace falta investigar más y tomar otras medidas para reducir la carga del alcohol en la salud pública. Como dice Monteiro, "quienes beben en exceso no sólo pueden acabar con su vida, sino que también perjudican y matan a quienes no beben". La Organización Panamericana de la Salud fue creada en 1902 y es la organización de salud pública más antigua del mundo. Trabaja con todos los países de las Américas para mejorar la salud y la calidad de vida de su gente. La OPS es la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hoy en día, los 35 países de las Américas son Estados Miembros de la OPS. Francia, el Reino Unido de los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte son Miembros Participantes. Portugal y España son Miembros Observadores y Puerto Rico es Miembro Asociado.

Campaña de concientización

Domingo 26 de Diciembre de 2004

Responsabilidad empresarial

Cuando informar es prevenir

Empleados y estudiantes concientizan sobre los efectos del alcohol

Una reunión con clientes, la fiesta de fin de año de la empresa y encuentros con familiares y amigos. Brindis interminables que varias veces concluyen en algo peor que un simple mareo. Frente a este panorama, varias empresas ligadas a la producción y distribución de bebidas alcohólicas organizan iniciativas para promover un consumo de **alcohol** responsable. Para que estas fiestas transcurran en paz. Una de las ideas es la que comenzó a implementar la empresa Diageo, que comercializa bebidas premium como J&amp;amp;amp;B, Johnny Walker, Baileys, Navarro Correas y San Telmo, entre otras. Un programa de capacitación dirigido a bartenders busca crear entre los profesionales que atienden los principales bares, restaurantes y barras de Buenos Aires conciencia acerca de las consecuencias del abuso de **alcohol**. "Queremos transmitir la necesidad de contribuir a un ambiente donde se disfrute de las bebidas alcohólicas en forma segura y responsable", aseguró Geraldine Sánchez Sieburger, gerente de marketing de Diageo. Las personas que preparan las bebidas son clave en este proceso, por eso nuestra intención es que sean conscientes de esa responsabilidad", agregó Gonzalo Lastra, entrenador de las jornadas de consumo responsable. Entre los contenidos del programa se incluyen cuestiones relacionadas con cómo se absorbe el **alcohol** en la sangre, según el sexo y el peso de la persona que está tomando, o cómo actuar si alguien que ha tomado mucho quiere manejar hasta su casa. En ese caso, los bartenders convencen a la persona para que tome un taxi. El objetivo de Diageo es capacitar hasta julio de 2005 a 400 personas, entre encargados, gerentes y bartenders de los principales bares, restaurantes y disco de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Rosario.

De jóvenes a jóvenes

Por su parte, la cervecería Isenbeck lanzó este año el concurso "De jóvenes a jóvenes" para promover un consumo moderado. Consiste en que estudiantes universitarios de las carreras relacionadas con Comunicación (Periodismo, Publicidad y Diseño Gráfico) desarrollen campañas que apunten hacia una moderación en el consumo de esta bebida. "Se trata de distintas piezas publicitarias para radio, vía pública y televisión compuestas por jóvenes dirigidas a otros jóvenes. Creemos que es importante que sea así, porque ellos manejan códigos y un lenguaje común, directo y que es de fácil comprensión para los adolescentes", cuenta Antonio Guarino, gerente de relaciones institucionales de Isenbeck. En total se presentaron 53 trabajos de instituciones públicas y privadas de todo el país. Todos ellos serán expuestos y el ganador, que es un alumno de la Fundación de Altos Estudios en Ciencias Comerciales, recibirá una computadora, becas de estudio y la posibilidad de hacer una pasantía en el departamento de marketing de la compañía.

Link corto: <http://www.lanacion.com.ar/665925>

Clases para reconocer cuándo se tomó de más *Las dictarán en la costa atlántica*

LA PLATA.-- Voz pastosa, movimientos erráticos, dificultad para hablar: los custodios y encargados de las barras de los locales de la costa atlántica deberán aprender a reconocer en estos y en otros signos el momento en que un joven ya se está poniendo borracho, para actuar en consecuencia. Personal de la Subsecretaría de Asistencia a las Adicciones del gobierno bonaerense los capacitará para poder tratar con ellos. Los "patovicas" encargados de la seguridad de los boliches deberán aprender el límite entre la sobriedad y la borrachera para poder controlar la situación.

Parar de servirles

Su tarea, en caso de encontrar a un joven pasado de copas, será llevarlo a un lugar apartado y permitirle tomar aire mientras un médico, que en general estará dentro del boliche, lo atiende. Y los barmen tendrán que prestar atención a esos signos para saber cuándo decir basta y dejar de proveerles de alcohol a quienes ya están excedidos. Claudio Mate, titular de la subsecretaría que se ocupa de las adicciones, anunció que la capacitación tendrá lugar durante la semana próxima en las ciudades balnearias de Mar del Plata, Villa Gesell y Necochea. Y que será complementada con otras medidas tendientes a evitar la "situación riesgosa" que se produce cuando hay jóvenes alcoholizados en las discotecas.

Medidas previstas

Esas medidas preventivas fueron acordadas en diciembre último entre las subsecretarías de Asistencia a las Adicciones, del Menor y de Justicia del gobierno provincial, y la Asociación Bonaerense de Empresarios de Confiterías Bailables y Afines (Abecba). El funcionario anunció que "se instalarán en los boliches carteles que muestren el número 0-800 de la subsecretaría, para que los compañeros de los jóvenes alcoholizados llamen y obtengan indicaciones sobre cómo actuar en esos casos". Asimismo, se convino en unificar el horario de cierre de los locales a las siete, para "evitar la situación riesgosa que se produce en las rutas con el público, algunas veces alcoholizado, que busca boliches abiertos". Se aclaró que el acuerdo de cierre simultáneo abarca sólo a aquellos locales afiliados a la cámara de discotecas que se encuentren entre San Clemente del Tuyú y Necochea, y no a bares y pubs, los que "quedarán expuestos a sanciones si no tienen autorización para hacer bailes o para vender alcohol", advirtió Mate.

Por Sebastián Lalaurette
De la Redacción de LA NACION

Link corto: <http://www.lanacion.com.ar/669258>

Consumo de alcohol en la Argentina

Posadas tiene el registro más alto de pacientes por consumo de alcohol y Ketamina en el país

Por medio de una encuesta realizada del 1 al 7 de diciembre del 2003, en el marco de una campaña de Prevención y Lucha contra el Narcotráfico a nivel nacional, el Hospital Ramón Madariaga tiene el registro más alto del país de pacientes que ingresaron a emergencia por consumo de alcohol, con un 34,49 %. El doctor Guido Rauber encargado de relaciones institucionales y estadística de la subsecretaria de Prevención de Control de Drogas, del Ministerio de Salud Pública, explicó que "de todos los casos que concurrieron durante esa semana, tuvieron alguna causa relacionada con el alcohol, es el valor más alto de todo el país". De todos los accidentes de tránsito a nivel nacional, provocado porque el conductor estaba ebrio, la mayor cantidad se da en Posadas. En el consumo de Ketamina (droga componente de anestésico para caballos), Posadas también está al frente en el nivel nacional, mientras que en el consumo de marihuana los índices son mucho más bajos que el del alcohol. Entre Ríos está al frente de las estadísticas con el 7,09 %. A un año de la elaboración de la encuesta, los datos son alarmantes porque ubican a Posadas como la capital provincial con el índice más alto de pacientes que ingresaron a emergencia por problemas con el alcohol. Como también está al frente de la encuesta en cuanto al consumo de Ketamina, una nueva droga que sirve para anestesiarse a los caballos. Los datos procesados por la Universidad de Buenos Aires, colocan a Misiones como el lugar que más consultas se registran por alcohol. Sin embargo, en cuanto al ingreso de pacientes por problemas con la Marihuana, los índices son mucho más bajos que otras provincias. En Misiones se registraron 557 casos, de los cuales el 34,49 % corresponde a problemas con el alcohol. Mientras que a nivel nacional hubo 14.885.

Estadísticas

Los datos vinculados con accidentes de tránsito (4,6 por ciento), accidentes laborales (3,23 por ciento), domésticos (9,51), en situación de violencia (2,87), sobredosis (0,36), entre otros motivos (78 por ciento). (Radio A)

Consumo de alcohol entre adolescentes

Miércoles 20 de Octubre de 2004

**Isenbeck v. Quilmes: más allá de la batalla
Alarma el consumo de los adolescentes**

Por Federico Edelstein ()*

Pareciera ser que esta batalla tuvo sus inicios en el año 1999, cuando Isenbeck publicó una solicitada donde indicaba que "Con el consumidor no se juega". En esta solicitada Isenbeck

acusaba a Quilmes de haberle plagiado un comercial. El final terminaba entre acciones legales y acusaciones de una hacia otra. Antes del Mundial de Fútbol 2002 en Corea y Japón, apareció una publicidad gráfica donde Isenbeck acusaba a Quilmes de vendida. En ese entonces Quilmes era el sponsor de la selección argentina de fútbol y se encontraba negociando una fusión con el gigante brasileño Brahma. "Los brasileños compraron Quilmes. ¿Justo antes del Mundial? ¿Cómo se decía vendido en portugués?", anunciaba Isenbeck. Después de este anuncio Quilmes presentó una denuncia penal por la supuesta infracción a un artículo de la ley de marcas que prohíbe el uso del nombre y los símbolos de una firma ajena. Esta causa cayó tiempo más tarde en el juzgado federal de Jorge Ballester, este desestimó la denuncia, entendiendo que el uso del nombre de la marca Quilmes por parte de Isenbeck no tuvo el fin de apropiarla o usurparla, ni tampoco de confundir a los consumidores, que es lo que trata de preservar la ley. Quilmes apeló, pero la Sala I de la Cámara Federal confirmó el fallo, y los jueces ratificaron: "No todo uso de marca ajena sin autorización ataca el bien jurídico que se intenta proteger, es decir la titularidad de la marca". Quilmes no se rindió y a principios de noviembre de 2003 logró que la Cámara de Casación reabriera el caso. El año 2004 sorprendió a los analistas de comunicación y marketing con una propuesta bastante innovadora -en el mercado argentino- de Isenbeck, en donde se le proponía al consumidor decidir entre "la mejor cerveza" (Isenbeck) y la "que toma la mayoría" (Quilmes). Pero la Justicia no piensa en términos de comunicación y marketing. Por decisión de un juez federal, Isenbeck no pudo continuar con esta campaña publicitaria. Se interpretó que la campaña se apoyaba en remarcar la inferioridad de un producto ajeno para resaltar las cualidades del propio y que habría una interferencia o utilización de la marca ajena que le resta al titular, el control exclusivo de su imagen. A mediados de julio, el juez federal Hernán Marcó, ordenó a Isenbeck el pago de una multa de casi 100.000 dólares, a favor de la empresa Quilmes. La multa es de \$ 10.000 diarios que se computan desde el 18 de junio, fecha en que se lanzó el comercial en televisión, radio y medios gráficos. Habría que preguntarnos si nos quedamos observando esta pelea o vamos un poco más allá y reflexionamos de manera más crítica. Ciertamente se aprecia el gran trabajo y esfuerzo de ambas marcas en aspectos de comunicación y de marketing, sin duda hacen que la categoría vibre siempre un poco más. Pero también se observa la falta de una mirada crítica a dos grandes temas, que pareciera ser que pasan inadvertidos y que deberían ser contemplados con mayor profundidad. El primero se relaciona con la gran tolerancia social y falta de responsabilidad social que hay entre nosotros hacia el consumo de alcohol, tabaco y uso de medicamentos. El segundo tiene que ver con la falta de coherencia entre la comunicación de una vida sana libre del consumo de sustancias adictivas a través del deporte, como gran formador de comportamientos saludables en jóvenes adolescentes, y la presencia constante del alcohol como sponsor oficial, principalmente en deportes como el fútbol y el rugby. Según datos de la ciudad de Buenos Aires, el alcohol encabeza las estadísticas de las adicciones con el 37%. En la Argentina hay aproximadamente 2,5 millones de alcohólicos abusadores, de estos aproximadamente 175.000 son tomadores compulsivos y 125.000 son alcohólicos dependientes. A nivel nacional, las estadísticas indican que alrededor de un millón de chicos entre 12 y 15 años probaron alcohol o lo consumen regularmente. La bebida preferida de los adolescentes es la cerveza. En la Argentina el consumo per cápita de esta bebida está estimado en 32 litros por año. Aunque el consumo per cápita ha crecido muchísimo en estos últimos años, todavía está lejos del de la República Checa (158 litros) o Alemania (123 litros). Hay cifras alarmantes que indican que en la Argentina mueren aproximadamente 21 personas por día por causas relacionadas con el consumo de alcohol

en accidentes de tránsito. Son aproximadamente 7.500 víctimas fatales por año y unos 120.000 heridos de distinto grado, según los datos escalofriantes de la asociación civil "Luchemos por la vida". La Organización Mundial de la Salud calcula que 1,2 millón de personas mueren al año en accidentes de carretera y señala que los accidentes de tránsito son la segunda causa de mortalidad mundial entre las personas de 15 a 29 años. Tampoco puede dejar de pasar desapercibido, el inicio del consumo de alcohol en adolescentes, que se está dando a edades cada vez más tempranas. El mayor abuso de sustancias adictivas en nuestra sociedad se da con las denominadas "drogas legales": el alcohol, el tabaco y los medicamentos. Por supuesto, que el problema del abuso con respecto al alcohol en jóvenes adolescentes es un problema mucho más complejo. Lo que se quiere subrayar aquí es la falta de visión crítica con respecto a nuestro comportamiento frente a las llamadas drogas legales. La gran aceptación, tolerancia social y falta de responsabilidad social son consecuencia de esta visión poco crítica frente al problema. Un principio de solución podría consistir en trabajar en la prevención de comportamientos abusivos frente a las sustancias legales e ilegales en adolescentes, integrando el concepto de prevención dentro del de "educación y promoción de la salud" trabajando en forma coordinada de redes en distintos ámbitos: la familia, la educación escolar, dentro del marco de la comunidad, dentro del marco adolescente-juvenil, dentro del deporte, etc. La educación y promoción de la salud forman un buen marco donde se debería insertar el concepto de prevención de comportamientos abusivos y adictivos. Pero primero hay que crear las condiciones para educar y promover la salud. El segundo punto que debería ser objeto de atenta reflexión es la falta de coherencia en la comunicación dentro del marco del deporte, fomentando una vida sana y la presencia constante del alcohol. En apretada síntesis, lo que quisiera subrayar es que esta disputa por mejoras en la participación de mercado, efectividad en las estrategias de comunicación y de marketing entre dos grandes como Isenbeck y Quilmes, deberían ser punto de partida para reflexionar de forma más crítica en la solución del problema de consumo de alcohol en adolescentes a edades cada vez más tempranas. Este tipo de batallas comerciales no nos debería impedir ver más allá del gran problema, del cual todos formamos parte y en el cual nos deberíamos involucrar como parte integrante de una misma sociedad, que es el de la excesiva tolerancia y aceptación social a las denominadas "drogas legales".

() Doctor en Comunicación y Profesor de Marketing en la Facultad de Comunicación de la Universidad Austral. Consultor e Investigador extranjero en la Universidad de Friburgo, Alemania.*

Apéndice IV: Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo

Art. 1º - Queda prohibido en todo el territorio nacional, el expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años de edad.

Art. 2º - Declárase de interés nacional la lucha contra el consumo excesivo de alcohol.

Art. 3º - A los efectos de esta ley, se considerarán bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol cualquiera sea su graduación.

Art. 4º - La prohibición regirá cualquiera sea la naturaleza de las bocas de expendio, ya sea que se dediquen en forma total o parcial a la comercialización de bebidas.

Queda prohibido el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública y en el interior de los estadios u otros sitios, cuando se realicen en forma masiva actividades deportivas, educativas, culturales y/o artísticas, excepto en los lugares y horarios expresamente habilitados por la autoridad competente.

Art. 5º - Las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, deberán llevar en sus envases, con caracteres destacables y en un lugar visible, la graduación alcohólica correspondiente a su contenido. También se consignarán las siguientes leyendas: "Beber con moderación". "Prohibida su venta a menores de 18 años".

Art. 6º - Queda prohibida toda publicidad o incentivo de consumo de bebidas alcohólicas, que:

- a) Sea dirigida a menores de dieciocho (18) años;
- b) Utilicen en ella a menores de dieciocho (18) años bebiendo;
- c) Sugiera que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas;
- d) Utilice el consumo de bebidas alcohólicas como estimulante de la sexualidad y/o de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones;
- e) No incluya en letra y lugar visible las leyendas "Beber con moderación". "Prohibida su venta a menores de 18 años".

Art. 7º - Prohíbese en todo el territorio nacional la realización de concursos, torneos o eventos de cualquier naturaleza, sea con o sin fines de lucro, que requieran la ingesta de bebidas alcohólicas desnaturalizando los principios de la degustación, de la catación o cualquier otra manera destinada a evaluar la calidad de los productos.

Art. 8º - Créase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, que será conformado por representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social de la Nación, de Cultura y Educación de la Nación y de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

Art. 9º - El Consejo Federal de Cultura y Educación acordará los aspectos educativos del Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, debiendo incluir en los contenidos curriculares de todos los niveles, ciclos y modalidades, temas vinculados al consumo excesivo de alcohol.

Apéndice V: El programa *narrativo* de AA

El programa *narrativo* de AA está articulado en tres ejes: los *Doce Pasos* (Bill W., 1996), las *Doce Tradiciones* (Bill W., 1996) y los *Doce Conceptos* (Bill W., 1991).

Los Doce Pasos

Conforman un programa de recuperación en etapas para todo aquel que ingrese a la comunidad de AA con el propósito de recuperarse del alcoholismo.

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Las Doce Tradiciones

Producto de diez años de experiencias compartidas, tras ensayos y fracasos de los grupos iniciales de AA, se establecieron estas tradiciones como guía para el trabajo y mejor funcionamiento de los grupos.

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

2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso tal como se exprese en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de AA es querer dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a AA, considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
9. AA como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Los Doce Conceptos

El fundador de AA, Bill W., escribió los *Doce Conceptos* en 1962 y representan una interpretación de la estructura de servicio mundial de AA.

1. La responsabilidad y la autoridad final para los servicios de AA en el mundo pertenecen a los grupos de AA.
2. Los grupos de AA han delegado la autoridad total administrativa y operacional a su Conferencia y a sus ramas de servicio.
3. El "Derecho de Decisión" hace posible la dirección positiva.
4. La "Participación" es la clave de la armonía.
5. Los Derechos de "Apelación" y de "Petición" protegen a las minorías y aseguran que ellas sean oídas.
6. La Conferencia reconoce la primordial responsabilidad administrativa de los Custodios.
7. Cómo los derechos legales de los Custodios se relacionan con los derechos tradicionales de la Conferencia.
8. Los Custodios funcionan como administradores directos de las finanzas y de las políticas generales; también como guardianes (Custodios) pero no como administradores de las corporaciones activas de servicio.
9. Una buena dirección personal de los niveles de la Conferencia es una necesidad fundamental. En el área de servicio mundial, la Junta de Servicios Generales y sus

directores tienen necesariamente que reemplazar a los fundadores de AA. Este es el problema estructural más crítico que todavía afrontamos.

10. La autoridad en servicio debe igualar a la responsabilidad de servicio. La autoridad ejecutiva debe de ser siempre individual; la "administración de dos cabezas" debe ser cuidadosamente evitada.
11. Se debe realizar una descripción de los comités básicos y de las corporaciones de servicio de la Junta de Servicios Generales; el *status* legal y personal de los directores de las corporaciones, de los jefes y de los empleados de la oficina.
12. La base espiritual de los servicios mundiales de AA es el "Artículo 12" de la Carta de la Constitución de la Conferencia.

Apéndice VI: Glosario

1º de agosto: Tradición popular litoraleña –guaraní– que se celebra todos los 1ros. de agosto de cada año, consistente en beber una copita de caña a la que se agrega una ramita de ruda, “para alejar los males.” (Tesler, 2000: 98)

“1º A”: (vocabulario policial antiguo) Calificativo para el individuo alcoholizado sorprendido en la vía pública. El artículo “1º A” del viejo Edicto Policial reprimía la ebriedad en la calle o en lugares públicos. (Tesler, 2000: 98)

absorción: (ver *distribución*.) Proceso que ocurre tras la ingestión de alcohol. El tubo digestivo es casi exclusivamente la vía de administración del alcohol, si bien se puede absorber en la cavidad bucal y el esófago. Pero en la práctica el tiempo de contacto de la bebida con dicha zona es demasiado breve. Cuando la bebida llega al estómago, se produce un cierre reflejo del píloro; éste puede activarse mediante un estímulo condicionado, lo cual explicaría por qué es inmediato el cierre en individuos que consumen alcohol habitualmente. En tanto que el cierre resulta más tardío en los bebedores ocasionales. La bebida es retenida algún tiempo en el estómago, atravesando sus paredes. Sin embargo, sólo una mínima parte de alcohol es absorbido de esta manera, porque la superficie de contacto del líquido es relativamente escasa. La cantidad es aún menor cuando el estómago está ocupado con alimentos. Por tales razones, la absorción se inicia prácticamente cuando se abre el píloro y el contenido gástrico es transferido al intestino delgado, en donde las condiciones de absorción son máximas. La velocidad de absorción es mayor en individuos no habituados al consumo de alcohol. (Mardones, 1993: 15-16)

abstinencia: Interrupción o disminución considerable en la ingestión de alcohol que se manifiesta en forma de síndrome. Existen ciertas sustancias que pueden desarrollar un tipo de *dependencia-adicción bioquímica* (con su consecuente tolerancia) sin síndrome de abstinencia en el grupo de productores depresores del Sistema Nervioso Central, pero es una rara posibilidad y no es el caso del alcohol etílico. Este síndrome se presenta cuando se ha establecido firmemente la tolerancia en el individuo bioquímicamente adicto. Se expresa a través de dos tipos de manifestaciones: 1) Manifestaciones leves, diarias y continuadas (como, por ejemplo, el temblor de manos matutino o cierta inquietud psicomotriz). 2) El síndrome de abstinencia mayor, también llamado *síndrome confuso-onírico agudo o subagudo o delirium tremens enólico*, consistente en temblores marcados, que pueden impedir el uso de cubiertos, afeitarse o maquillarse; se presentan fenómenos pseudo-alucinatorios. (Freixa, 1996: 173-174)

abuso: (de drogas, alcohol, sustancias químicas o psicoactivas): Según el *DSM-III-R* (ver) es una modalidad de uso nocivo de una sustancia a pesar de no desconocer los problemas y aun peligros de variada índole –sociales, físicos, psicológicos– que ocasiona. /Categoría residual de *dependencia* (ver). /Consumo de drogas ilícitas y, por extensión, consumo de sustancias psicoactivas en general, incluidas las drogas lícitas. /Consumo de sustancias con fines no médicos o no autorizados, sin considerar las consecuencias. /Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), también se puede definir como uso nocivo o peligroso; consumo excesivo, persistente o esporádico de ciertas sustancias, no compatible con las prácticas de salud aceptables. (OIT, 2000: 2-3)

adicción: "Dependencia física o psicológica hacia una sustancia psicoactiva (que altera la mente como, por ejemplo, el alcohol, los narcóticos o la nicotina), definida como de uso continuado a pesar de saber que dicha sustancia causa daño. /Dependencia química o física resultante de la tolerancia que desarrolla el cuerpo hacia una droga, necesitando aumentar las dosis para lograr los efectos deseados y prevenir los síntomas de abstinencia. (...) Algunas personas pueden tener una tendencia genética hacia la adicción. Las sustancias adictivas más comunes son el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes, las anfetaminas y los estimulantes. El tratamiento inicial (desintoxicación) debe realizarse bajo supervisión médica. La psicoterapia individual y de grupos resulta un elemento crítico. Alcohólicos Anónimos y grupos-soporte similares pueden potenciar el índice de éxito de los esfuerzos de otros tratamientos. La habilidad para admitir la adicción y el deseo de cambiar son necesariamente los primeros pasos." (*Britannica* 2005, trad. nuestra)

agreta: (vocabulario drogadicto) Resultante de *agri* y *careta*. Agresivo por efecto de la droga. También el que critica actitudes del grupo. (Tesler, 2000: 54)

agri: (enológico) Vino avinagrado. Persona de mal carácter. (Tesler, 2000: 54)

careta: (vocabulario drogadicto, rockero, juvenil) El que no consume droga. El que viste formalmente y respeta las normas. (Tesler, 2000: 54)

agrupaciones comunitarias: "organizaciones de carácter médico o no médico que ayudan a los individuos que experimentan problemas relacionados con el consumo de alcohol y de drogas. Ejemplos de tales organizaciones son: Alcohólicos Anónimos (AA); Narcoadictos Anónimos (NA); organismos o dependencias estatales o gubernamentales que brindan asistencia; asociaciones comunitarias, clubes, cofradías, organizaciones religiosas, o cualquier otro grupo o asociación que proporcione asistencia a personas con problemas de alcohol y drogas." (OIT, 2000: 3-4)

aguardiente: (popular antiguo) Proviene de *agua* y *ardiente* y denomina una bebida alcohólica transparente. (Tesler, 2000: 105) /Nombre genérico que se da a los destilados hidroalcohólicos de entre 40 y 45 grados y que pueden ser bebidos, ya sea puros, añejados, aromatizados o mezclados. Se obtiene aguardiente a partir de muchos vegetales: de Uva, de Frutas, de Cereales, de Caña de Azúcar, de Cactus, de Raíces, etc... Se clasifican en tipos secos y anisados. El nombre Aguardiente se aplica en algunos países latinoamericanos exclusivamente al destilado de jugos de caña de azúcar ya sea en su estado natural (Venezuela, Perú) o mezclado con anís (Colombia). (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>) Principales tipos de aguardientes: *arret, cachaza o pitu, calvados, cognac, Doppelkorn, Marc, Kummel o Kümel, Pinkel, Pippermint, rhum o ron, Slivovitz, Svenskpunch*.

ajenjo: Licor seco y refrescante, de alta graduación alcohólica, perfumado con hojas de ajeno, semillas de hinojo, anís y esencia de bodiana. Su graduación alcohólica varía entre los 40 a 78 grados. Se toma generalmente con agua que se va agregando lentamente, mientras el líquido se va tornando paulatinamente de un color lechoso. Por contener agentes nocivos a la salud, su consumo fue prohibido en diversos países. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

Akvavit: Destilado incoloro de los países escandinavos, hecho de cebada malteada y papas. Su traducción literal al castellano es *agua de la vida*. Según las distintas regiones, los productores le agregan diferentes productos, tales como anís, cilantro o comino, creando, así, muchas variedades de Akvavit. Tiene una alta graduación alcohólica, generalmente 45 grados. Se bebe muy helado. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

alcohol: Compuesto orgánico derivado de los hidrocarburos que contiene uno o varios grupos de hidroxilo (-HO). /“El alcohol es una sustancia sedante/hipnótica cuyos efectos son parecidos a los de los barbitúricos. Aparte de las consecuencias sociales causadas por su uso, la intoxicación por alcohol puede provocar envenenamiento e incluso la muerte; su uso excesivo y prolongado puede producir dependencia o una gran diversidad de trastornos físicos y mentales. Los trastornos mentales y de comportamiento relacionados con el consumo de alcohol se clasifican como trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (ver) en el CIE-10 (ver).” Pertenece al grupo de los alcoholes el alcohol etílico o etanol. Por extensión, se emplea el término *alcohol* para referir a las bebidas alcohólicas. (OIT, 2000: 4-5)

alcohol absoluto: *Etanol* que contiene menos del 1% de su peso de agua. En relación con la producción y el consumo, se refiere al porcentaje de etanol que contienen las bebidas. (OIT, 2000: 4)

alcohol etílico o etanol: Responde a la fórmula C_2H_5OH y es una sustancia altamente hidrosoluble. Debido a su carácter hidrocarbonato proporciona muchas calorías (por ejemplo, un gramo de alcohol proporciona 7 calorías, pero éstas son consideradas *vacías*, ya que carecen de vitaminas, aminoácidos esenciales, proteínas y otros nutrientes. Es un líquido incoloro, volátil e inflamable, resultante de la fermentación del vino. Se obtiene industrialmente a partir de la fermentación de hidratos de carbono y por halogenación de hidrocarburos saturados. El *etanol* es el principal ingrediente psicoactivo que se encuentra en las bebidas alcohólicas. Es resultado de la fermentación del azúcar mediante la levadura. A través de la destilación, el *etanol* se reduce por evaporación y resulta un condensado casi puro. Además del consumo alimentario, el *etanol* se utiliza como combustible o solvente y en la manufacturación de productos químicos. (OIT, 2000: 4)

etilenglicol: Se emplea como anticongelante en automóviles. Su consumo ocasiona efectos nocivos. . (OIT, 2000: 5)

isopropanol: También llamado *alcohol isopropílico*, se emplea para fricciones. No es apto para el consumo humano. (OIT, 2000: 5)

metanol: (CH_3OH) También llamado *alcohol metílico* o *alcohol de madera*. Es el alcohol más simple desde el punto de vista químico y se utiliza como solvente industrial, pero también como adulterante para desnaturalizar el etanol, volviéndolo así no apto para su consumo. Es sumamente tóxico y según la cantidad consumida puede provocar trastornos visuales, ceguera, coma o la muerte. (OIT, 2000: 4)

alcoholemia: Cantidad de alcohol en el cerebro por el dosaje de alcohol en la sangre, orina, líquido cefalorraquídeo, saliva y aire aspirado de un individuo, resultante del siguiente proceso: “la mayor parte del alcohol [consumido por un individuo] se quema en el organismo en la proporción de 97 a 99 % cuando la cantidad de alcohol ingerido es débil y del orden de 1 a 2 cm^2 de alcohol por kilo de animal. Esa proporción baja al 88-90 % para cantidades de alcohol más elevadas, del orden de 3 a 5 cm^2 por kilo de animal. Por lo tanto, hay una eliminación cutánea (en muy pequeña escala), pulmonar y urinaria del 2 al 12 % del alcohol ingerido. (...) la difusión del alcohol en el organismo y su repartición en los órganos está en relación directa con el agua que ellos contienen. (...) la absorción gastro-intestinal es rápida y una vez absorbido [el alcohol] es transportado rápidamente a todas las partes del cuerpo acumulándose en proporción al agua contenida en los distintos órganos. (...) cuando su contenido total decrece por oxidación y eliminación se mantiene constante la proporción de alcohol para los diferentes órganos del cuerpo.” (Carratalá – Vucetich, 1939: 4)

alcoholímetro: Aparato, generalmente un tubo de vidrio con un burbujeador interior conectado a un tubo de goma exterior- que sirve para determinar el grado de embriaguez de un individuo mediante la medición del aire espirado. En la parte inferior lleva una ventana de vidrio que permite observar el cambio del color del *reactivo*. El control del aire espirado ofrece menos dificultades que otros métodos y está tomado de *The Journal of the America Medical Association*, Vol. 110, p. 779, Marzo de 1938. Cuando el aire espirado pasa a través de cierta solución llamada *reactivo*, ésta fija el alcohol, reaccionando rápida y cuantitativamente, pasando de un color púrpura inicial a un amarillento gris muy débil. (Carratalá – Vucetich, 1939: 4-5)

alcoholización: *Intoxicación* (véase) *alcohólica*.

alcoholología: Disciplina dedicada al estudio de todo lo relacionado con el alcohol etílico (producción, almacenaje, distribución, consumo, causas, consecuencias, etc.). Trata también los aspectos sociales, económicos, jurídicos, psicológicos. Emplea técnicas y conocimientos de la medicina, pero también de las ciencias sociales (en especial, la sociología, la economía y el derecho) para elaborar sus propias explicaciones. (Freixa, 1996: 10)

alcoholomanía: Investigación de posibles conductas patológicas asociadas al consumo de bebidas alcohólicas. Algunos alcohólicos crónicos presentan pérdida de memoria, confusión general acompañada de parálisis de la mirada y ataxia, producidas como aspecto secundario al daño cerebeloso. Si estas alteraciones se producen en pacientes con pérdidas graves de memoria o dificultades de aprendizaje. (Freixa, 1996: 211)

alegre: (popular) Estado producido por la ingestión de bebidas alcohólicas, previo a la embriaguez. “*Alegre muchacho hi sío/ Alegrito siempre vivo/ Tomo vino en copa de asta/ Tocando una panza i chivo.*” (Antigua copla de Salta, citada por Tesler, 2000: 77)

alegría: (interpretación popular antigua) Alrededor de los años '30s se conocieron las primeras ediciones de guías para la interpretación de los sueños. Se trata de libros que indicaban el significado de cada sueño, incluyendo dos números que correspondían ser jugados. Esta curiosa obra de referencias reúne unos 26.000 sueños, subdivididos por temas principales (ej. *aniversario*), variantes alternativas (*aniversario patrio, de matrimonio*, etc.). Entre los que significan *alegría* se incluía: soñar con “tomar aperitivo, pagar el aperitivo, ofrecer un aperitivo, verter el aperitivo; entrar en la bodega, ver la bodega llena, ver la bodega vacía, tomar en la bodega; borracho de vino, borracho de licores, borracho de cerveza, borracho de alcohol, borracho caído, borracho gritando, borracho cantando; tomar champagne, ofrecer champagne, volcar champagne; ver un ebrio, ser ebrio, despreciar a un ebrio, evitar a un ebrio, un ebrio caído, un ebrio gritando, un ebrio cantando, un ebrio durmiendo, un ebrio peleando, un ebrio balanceándose; embarrilar vino, embarrilar licores, embarrilar alcohol; emborrachar a otro, emborracharse, impedir a otro emborracharse, atizar a emborracharse; embotellar el vino, embotellar el licor; licor de menta; ver mosto, hacer mosto, probar mosto, dar mosto, comprar mosto, vender mosto; saborear un licor, desear saborear un licor, haber saboreado un licor, dar a saborear un licor, no querer saborear un licor; comprar sidra, preparar sidra, tomar sidra, ofrecer sidra; pedirle vino al tabernero.” (*El Ermitaño Adivinador de los números de la Lotería*, libro sin fecha de edición determinada debido a su deterioro, pero ingresado a la colección de la Biblioteca Nacional en 1933. Esta obra desató una demanda judicial y hoy en día es un documento para el estudio del consumo de bebidas alcohólicas en la sociedad argentina de aquella época. Citado por Tesler, 2000: 27)

aloja: (folklorico, popular) Típica cerveza de Argentina, especialmente de Catamarca y Tucumán. También se consume en Bolivia y Uruguay. Se prepara con algarroba blanca, en unas pocas horas. Pero se debe consumir pronto o toma un gusto fuerte y de mal olor. (Tesler, 2000: 110)/Cerveza americana obtenida de la algarroba blanca que se prepara moliendo las vainas y echando todo a fermentar con agua en un *noque* (lagarcillo de cuero) o *bilqui* (tinaja grande cortada por la mitad). Para abreviar la operación se suele poner como levadura un poco de concho, heces de aloja hecha. A las pocas horas resulta una bebida fresca y agradable. Se prepara también aloja de molle y de maíz. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

alteraciones hematológicas: Modificaciones en el número y la función de plaquetas y leucocitos causado por el abuso en el consumo de alcohol. Estas alteraciones se pueden presentar en la *serie roja* – la anemia macrocítica es la más frecuente-, en las *plaquetas* –llamadas trombocitopenia- y en la *serie blanca* –llamadas *leucopenia* y *granulocitopenia*. (Ugarte, 1993: 235-241)

alucinosis alcohólica: Cuadro de alteraciones perceptivas que sobrevienen en forma aislada, sin acompañamiento de confusión mental, trastorno del pensamiento o patología psicótica en el área afectiva. Las alucinaciones más frecuentes son de tipo auditivo y sobrevienen luego de un período prolongado de abuso de alcohol, tras días o semanas de embriaguez. El alcohólico "cree que acaba de escuchar su nombre pronunciado por alguien detrás de él; otras veces piensa que alguien llamó a la puerta o golpeó en su ventana; otras veces son sonidos persistentes como silbidos. Cuando el trastorno alucinatorio está más desarrollado, el individuo escucha claramente voces que se dirigen a él". (Negrete, 1993: 139)

ambliopía: También denominada *ambliopía nutricional*, afecta especialmente a los alcohólicos llamados *crónicos* que además son grandes fumadores. Presenta trastornos de visión que se instalan gradualmente en un período de varios meses. La visión se vuelve borrosa y con dificultad para distinguir los colores. Se puede recuperar con la administración del complejo vitamínico B. (Negrete, 1993: 153)

añapa: Bebida que se prepara moliendo el algarrobo; luego se le hecha agua con moderación para que resulte más jugoso y finalmente se cuele. El jugo es bebible como la alhoja. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

apetito: Mecanismo neurológico que poseen los animales y les permite elegir los nutrimentos necesarios. En los seres humanos existe un mecanismo de apetito y *saciedad* del alcohol, que permite a muchos ingerir cantidades de esta sustancia sin influir en forma notoria sobre el sistema nervioso central, mientras que en un grupo minoritario el mecanismo de saciedad parece estar alterado y el sistema resulta dañado. (Negrete, 1993: 59-61)

araquí: Bebida elaborada con el jugo de dátiles, muy agradable al paladar, de gran consumo en Egipto. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

arrope: (En este caso se pone al arrope entre las bebidas pero su consistencia es más bien la de un jarabe espeso) En algunas regiones, llegó a ser muy popular, y contaba con entusiastas. Para hacer arrope se pisan en una batea 10 a 15 kilos de uva, una vez que queda el burujo (*orujo*) sin nada de jugo, se echa este mosto en una paila grande y se pone al fuego conjuntamente con unas 2 pencas de planta de tuna (*cactus opuntia*) peladas y un medio cucharón con ceniza. Antes que quiera soltar el hervor, se le va sacando toda la borra que sube al borde de la paila. Al fin, se saca la paila del fuego y se deja que se asiente ese mosto, y una vez asentado, se cambia de vasija con mucho cuidado, de manera que la borra quede en el asiento del recipiente que lo contiene. En la nueva vasija se le echan nuevamente pencas de tuna y cáscaras de huevo y se pone al fuego para par conseguir una mayor clarificación del mosto. Cuando empieza a hervir, se desespuma bien el mosto y de esta manera se consigue dejar listo para ponerlo a la paila, para que se haga el arrope. Algunos lo hacen con cascotes de zapallo o con duraznos cuaresmillos. Una vez que queda un poco menos de la mitad del mosto puesto a cocerse en la paila, es señal de que ya está a punto para ser retirada del fuego. Se la pone un poco inclinada de un costado y se bate con una cuchara grande de palo para que se enfríe. También se hace arrope de chañar (*gurliea decorticans*), de mistol (*ziziphus mistol*), tuna y quiscaloro o quiscaruro (*opuntia diademata*). (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

ataxia: "Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de las acciones de los músculos, sin debilidad ni espasmo." (Negrete, 1993: 245)

autoayuda: También llamada *terapia de grupo*, es una forma de psicoterapia en la cual varios pacientes discuten sus problemas personales, con o sin la presencia de un terapeuta o consejero. En las reuniones (*meetings*) que los grupos llevan a cabo se promueve la discusión libre y el relato de experiencias. Los miembros comparten su mutua ayuda y comprensión a través del examen de sus reacciones y las de sus compañeros. Un típico ejemplo es Alcohólicos Anónimos. (*Britannica* 2005)

autoengaño: Aspecto cognitivo – comportamental atribuido a la *personalidad* alcohólica. (Freixa, 1996: 183)

barbitúricos: Drogas de gran eficacia terapéutica, pero de margen de seguridad relativamente bajo. Pueden causar depresión respiratoria. Existen dos tipos: 1) de acción corta: liposolubles, actúan en forma inmediata sobre los estados de agitación: son metabolizados casi por completo en el hígado, por lo cual presentan riesgo de acumulación y sobredosaje en pacientes con insuficiencia hepática. Y 2) de efecto prolongado, entre ellos, el *fenobarbital*, el barbitúrico más utilizado de todo el grupo, de eliminación por vía renal. (Negrete, 1993: 191)

benzodiazepinas: Las drogas más usadas universalmente y presentan las siguientes características: 1) Poseen un margen de seguridad muy amplio. 2) Tienen excelentes propiedades anticonvulsivas. 3) Muestran una buena absorción por vía oral. 4) La absorción por vía intramuscular es irregular y poco viable, a excepción del *lorazepam*. Y 5) Exhiben un alto grado de liposolubilidad. (Negrete, 1993: 191-192)

Bitter: Bebida alcohólica hecha con hierbas, que le dan un sabor amargo. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>) Principales tipos: *aperitif*, *Angostura*, *Italiano*, *Orange*.

Brandy: Destilado de mostos de uva, parecido al Cognac. El nombre brandy se aplica a todos los destilados de uva producidos fuera del Departamento de Charente, Francia. El Brandy se fabrica en muchos países, con características muy variadas. Más de 40 grados. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>) Principales tipos: *cherry*, *Armagnac*.

bromocriptina: Droga o agente dopaminérgico, de acción inhibitoria sobre la producción de prolactina. Se la utiliza en el tratamiento del parkinsonismo y privación de alcohol. Puede reducir la ansiedad, el temblor y las alteraciones de ánimo. Sin embargo, "sus efectos son más bien inespecíficos y de escasa intensidad." (Negrete, 1993: 194)

calamocano: (popular antiguo) Embriagado, punteado, encopado. (Tesler, 1993: 78)

cáncer de esófago: Enfermedad que se observa como asociada a la ingestión excesiva de alcohol. Si bien no se dispone de pruebas directas, existen antecedentes clínicos, epidemiológicos y experimentales suficientes que demuestran la incidencia del alcohol en el origen de estos procesos patológicos, que son potenciados por el consumo de tabaco. (Ugarte, 1993: 219-221)

caña: (popular) Bebida alcohólica, aguardiente hecho de caña de azúcar muy común en el norte y noreste. (Tesler, 1993: 106) /Bebida típica americana, se extrae por destilación de la melaza de la caña de azúcar. Se elabora en diversos tipos entre los cuales se distinguen la *caña seca*, *habana* y *quemada*. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

guavirami (guaraní) Arbusto de fruta dulce y aromática que sirve para dar gusto y aromatizar la *caña paraguayana*. (Félix de Guaranía, *Guaranía ilustrado*, Buenos Aires, Colihue-Mimbipa, 1997, citado por Tesler, 2002: 106)

Sigani. Especie de caña elaborada en Bolivia. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

carbamazepina: Droga de estructura química tricíclica, similar a algunos antidepresivos. Ejerce su acción farmacológica sobre la epilepsia psicomotora y se emplea en el tratamiento de síntomas causados por la privación de alcohol. (Negrete, 1993: 193-194)

carbimida: Droga aversiva, de acción *sensibilizadora*, que obliga a cesar el consumo de alcohol. (Negrete, 1993: 197-198)

carrera: Extensión del significado de esta palabra, ya no sólo reservada a aquellos que pretenden escalar etapas sucesivas en una profesión, sino que se ha ampliado y presenta cierta ambivalencia: “por un lado, se relaciona con asuntos subjetivos tan íntimos y preciosos como la imagen del yo, y el sentimiento de identidad; por el otro, se refiere a una posición formal, a relaciones jurídicas y a un estilo de vida, y forma parte de un complejo institucional accesible al público. Gracias al concepto de carrera podemos, pues, oscilar a voluntad entre lo personal y lo público, entre el yo y su sociedad significativa, sin necesidad de ceñirnos, como única fuente posible de datos, a lo que la persona dice pensar que imagina ser.” (Goffman, 2003: 133)

celotipia alcohólica o **delirio crónico de celos**: Trastorno psicopatológico primario, asociado al llamado “alcoholismo crónico”. La evolución de esta psicosis es insidiosa y progresiva y se la adjudican a la inseguridad de algunos individuos sobre su sexualidad, razón por la cual comienzan a beber en exceso “para remediar las ansiedades causadas por ese conflicto; el abuso de alcohol disminuye a su vez la capacidad sexual; (...) el individuo comienza a usar la proyección como un mecanismo de defensa. Al percibir el conflicto como un problema de fidelidad conyugal, el alcohólico logra establecer una causa para sus tensiones.” (Negrete, 1993: 145)

cerveza: Bebida que se obtiene de la fermentación de la cebada con levaduras. Si bien no tiene una alta graduación (habitualmente entre 2° a 6°), cabe destacar su elevado contenido en hidratos de carbono. Por ejemplo 250 cc. de cerveza proporcionan 10 gramos de hidratos de carbono (es decir una ración). Un litro de cerveza proporciona 400 calorías (más o menos). (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

cha: Bebida procedente de China. En su fabricación se emplea la semilla de palma. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

chicha: Bebida fermentada de origen indígena y con pocos adeptos entre la gente culta, a lo menos cuando se elaboraba según el sistema de los indios. Era la bebida preferida de los indios del noroeste argentino, y su preparación y consumo están aún en vigor. Resulta de la fermentación del maíz, y se hace utilizando como fermento una levadura especial, o bien por medio de la saliva humana -lo que requiere la masticación de la harina de maíz. La preparación antigua se realizaba en la cocina donde se juntaba toda la familia y comenzaban a pasarse la masa. Cada uno de los integrantes la masticaba un tiempo y escupía en una palangana, luego se juntaba ese jugo que daría origen a la chicha. A la chicha obtenida por este procedimiento se le llama *nuqueada*, prohibida actualmente en Jujuy por considerarla antihigiénica y peligrosa para la salud de los consumidores. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>) / (popular antiguo) De origen quichua, el término *tijta* significa *licor*. La chicha es una bebida alcohólica (un tipo

de vino no enteramente fermentado) muy común en las provincias del norte y noroeste, que se obtiene del maíz fermentado en agua azucarada, algarroba, molle o también con el mosto de uva pintoná. La *chicha* de mejor calidad es efervescente. / (popular misionero) Fruto del molle que es comestible y sirve además para hacer *aloja* muy dulce. (Tesler, 2002: 69)

chicha de jora: Bebida popular peruana, fabricada mediante la fermentación del producto del cocimiento de maíz blanco germinado. La fermentación se hace en vasijas de barro o directamente en botellas, las cuales son generalmente enterradas durante meses. La *chicha* joven fermentada en vasijas y ligeramente endulzada con azúcar o melaza se bebe para acompañar comidas picantes. La *chicha* fuerte fermentada en botellas llega a convertirse en un licor de muy alta graduación. Está prohibida su comercialización. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

caguye: (popular salteño) Alimento utilizado por los aborígenes, cuya preparación requiere de una cantidad de maíz para moler en un mortero y luego hacer hervir durante algunas horas. De ahí resulta una masa espesa que se emplea en la preparación de la *chicha*. (Tesler, 2002: 69)

mostear: (popular riojano) "Tomar vino nuevo sin filtrar, con el *mosto* o *pichanga*." (Tesler, 2002: 69)

mosto: Zumo exprimido de la uva antes de fermentar y volverse vino. (Tesler, 2002: 100)

muchi: (pampa, ranquel, araucano) Fruta con la que hacían *chicha*. (Juan Manuel de Rosas, *Gramática y diccionario de la lengua pampa*, citado por Tesler, 2002: 106)

piquillí: (folklorico, popular) *Chicha* o aguardiente, en la región patagónica. En Chile, *chicha* de algarroba. (Tesler, 2002: 79)

piquillín: (folklorico, popular) Variante de aguardiente que se usa en el sur. (Tesler, 2002: 79) / **Pülcum:** (mapuche) Hacer *chicha*. (Tesner, 2002: 106)

pülcutur: (mapuche) Beber *chicha*. (Tesner, 2002: 106)

pülcuve: (mapuche) Experto en producir *chicha*. (Tesner, 2002: 106)

pulque: (mapuche, popular) Bebida alcohólica hecha con frutas silvestres fermentadas también llamada *pukó*. (Tesler, 2002: 107)

pulquear: (mapuche, criollo antiguo) Negociar *pulque*. Tomar *pulque*. Emborracharse con *pulque*. (Tesner, 2002: 107)

cianamida: *Interdictor* (vcr) o droga aversiva similar al *disulfiram*, recomendable durante el primer año de abstinencia. (Freixa, 1996: 285)

CIE-10: *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos*, décima edición, publicada por la OMS en 1992. Representa la cuarta revisión de la *CIE*. (OMS, 2001)

CIE: *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos*. Clasificación iniciada por el Congreso Estadístico Internacional como una nomenclatura uniforme estándar para fines epidemiológicos generales, fines de gestión sanitaria y causas de defunción, siendo aplicable a todos los países. La OMS es el organismo responsable de la *CIE* y se han publicado cuatro revisiones: *CIE-6* en 1948; *CIE-7* en 1955; *CIE-8* en 1965; *CIE-9* en 1975; En 1980, la OMS publicó un nuevo instrumento de clasificación de las consecuencias de las enfermedades: la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM). (OMS, 2001)

cirrosis hepática: También denominada *cirrosis de Laennec*, constituye una etapa avanzada de la enfermedad hepática alcohólica y presenta cuatro síndromes fundamentales: ascitis, ictericia, hipertensión porta y encefalopatía. (Ugarte, 1993: 214-216)

ascitis: Síndrome resultante de la malnutrición calórico-proteica. Se asocia generalmente a una insuficiencia hepática y una alimentación desequilibrada e insuficiente. Puede ocasionar una peritonitis bacteriana espontánea. (Ugarte, 1993: 215)

encefalopatía: Síndrome que puede ser muy leve o bien expresarse en cierta gravedad neuropsiquiátrica hasta llegar incluso a la pérdida total de conciencia. Acumula sales de amonio y aminoácidos aromáticos, y posiblemente ácidos grasos de cadena corta. (Ugarte, 1993: 215-216)

hipertensión porta: Causa de la retención hidrosalina propia de la ascitis, puede ocasionar ruptura de várices esofágicas. Es la menos influida por la abstinencia de alcohol. (Ugarte, 1993: 215-216)

ictericia: Complicación "menos frecuente y de menor intensidad que en la cirrosis biliar y que en la cirrosis posnecrótica, excepto cuando al cuadro de cirrosis de Laennec se agrega hepatitis alcohólica o ictericia hemolítica." (Ugarte, 1993: 215)

clometiazol: Sedante hipnótico derivado de la parte tiazol de la molécula de vitamina B₁, de acción anticonvulsivante. También es eficaz en el tratamiento para el insomnio y la agitación psicomotora, característicos en la abstinencia inicial de alcohol. (Negrete, 1993: 192-193)

clonidina: Droga o agente antiadrenérgico de acción bloqueadora. Disminuye ciertos síntomas -temblores, taquicardia, hipertensión- en cuadros de abstinencia relativamente benignos. (Negrete, 1993: 193)

cremas: licores especialmente dulces que tienen un determinado aroma. Los hay de cacao, de casis o de menta. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>) Principales tipos: *de cacao, de Ivette, de menta, de Novau.*

crisis convulsivas: Pérdidas de la conciencia y movimientos clónicos laterales. Es importante que el terapeuta a cargo de la desintoxicación tome nota de los episodios convulsivos como antecedentes del paciente. Forman parte de las reacciones de privación del alcohol, pero afectan a una minoría -del 3 al 15% de los alcohólicos- dependiendo del estado clínico general, grado de malnutrición, existencia de daños cerebrales importantes, factores socio-económicos, abuso de hipnóticos o sedantes, traumatismo reciente, enfermedad epiléptica primaria, lesiones cerebrales vasculares o degenerativas y metástasis cerebral de cáncer de pulmón, en los casos de asociación del alcoholismo con el tabaquismo. (Negrete, 1993: 138-139)

crusta: Tipo de cóctel que se sirve en copa con una costra de azúcar en el borde. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

degeneración cerebelosa alcohólica: Afección de la corteza y el parénquima del cerebelo, de evolución más bien rápida. Afecta especialmente a individuos menores de 50 años y se manifiesta con ataxia y temblores. Cuando se ha instalado el síndrome, las alteraciones se mantienen hasta que el individuo deje de beber y reciba terapia vitamínica. (Negrete, 1993: 153)

delirium tremens: Complicación neuropsiquiátrica aguda del llamado alcoholismo crónico, pero con cierta posibilidad de aparición temprana. En ambos casos, debido a un síndrome de dependencia alcohólica grave. Presenta un cuadro psicótico, de frecuencia más o menos uniforme. La etiopatogenia del *delirium tremens* es multicausal y el alcohólico que la ha padecido muestra ensanchamiento de ventrículos, lo cual indicaría la presencia de alteraciones estructurales del cerebro. (Negrete, 1993: 141-145)

período pre-delirante: Etapa posterior a una fase de gran abuso y cuando la ingestión ha cesado o disminuido considerablemente, aparecen problemas de sueño, llegando al insomnio de varias noches; crisis de sudoración paroxística, temblor persistente en las manos; ansiedad, inquietud, aprensión; dificultades para la concentración, creciente hiperreactividad hacia los estímulos sensoriales externos; pérdida de apetito, taquicardia, hipertensión arterial moderada, leve elevación de la temperatura corporal. Dura de 2 a 3 días. (Negrete, 1993: 141)

período delirante: Etapa posterior a una sintomatología estacionaria, en pacientes con antecedentes de alucinosis alcohólica, aparece este período de agitación psicomotriz en aumento y confusión mental. El paciente es incapaz de mantenerse quieto, entra en pánico, se desorienta, se desorienta geográficamente, no reconoce a quienes lo rodean, pierde la noción del tiempo y la memoria a corto plazo, no puede mantener una conversación coherente. Se le presentan distorsiones sensoriales típicas, ilusiones visuales y auditivas, visiones aterradoras de animales gigantes, pero también ilusiones microópticas de seres pequeños invadiendo el piso o la pared. (Negrete, 1993: 141-142)

etiopatogenia: Multicausalidad del *delirium tremens*. Si bien la cesación brusca del consumo de alcohol es una condición necesaria para que el *delirium tremens* se produzca, y dado que sólo el 15% de la

población alcohólica registra esta patología, se da por supuesta la concurrencia de varias causas que explican su aparición, entre ellas: la malnutrición, la existencia de enfermedades infecciosas o lesiones traumáticas, el uso de bebidas destiladas, abuso episódico. Sin embargo, ninguna de estas causas parece ser excluyente. (Negrete, 1993: 142-145)

demencia alcohólica: Cuadro generalizado de deterioro de las funciones cognoscitivas, que se desarrolla en el llamado *alcohólico crónico* tras varios años de abuso. Término utilizado en forma inadecuada que se aplica a síndromes amnésicos del tipo *Wernicke-Korsakoff* (ver). Representa un déficit global y progresivo de las funciones cerebrales superiores, causado por malnutrición, alteraciones metabólicas y traumatismos e infecciones frecuentes en ciertos alcohólicos. (Negrete, 1993: 151-152)

de padre y señor mío: (popular antiguo) Figurado y familiar, equivalente a *tremendo, ejemplar, excesivo*, al referirse a una borrachera. También a un castigo, reprimenda, golpe, susto o atracón. "Se agarró una borrachera de padre y señor mío." (Tesler, 2002: 26)

dependencia del alcohol o drogas: "Situación en que se necesita o se está atenido a algo o a alguien para obtener apoyo, ejecutar determinadas funciones o vivir. Aplicada al alcohol y a las drogas, la expresión se refiere a la necesidad de consumir dosis repetidas para sentirse bien o para evitar malestar." Según el *DSM-III-R* (ver) la *dependencia* refiere al conjunto de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo no tiene control sobre el uso de alguna sustancia psicoactiva y persiste en su utilización a pesar de las consecuencias negativas que su consumo le ocasiona. Se manifiesta en forma de síndrome. (OIT, 2000: 5-6)

depresión: Aspecto cognitivo – comportamental atribuido a la *personalidad* alcohólica. (Frcixa, 1996: 183)

deprivación o privación de alcohol: Véase *abstinencia*.

desintoxicación: Proceso a través del cual se eliminan los efectos de una sustancia psicoactiva. Luego de establecer el diagnóstico se procede al tratamiento, que puede llevar varias etapas. El ambiente para la desintoxicación puede variar desde centros de desintoxicación, clínicas y hospitales, hasta el propio domicilio, en especial cuando los síntomas del alcoholismo son benignos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los pacientes con antecedentes de cuadros previos de alucinosis, delirium tremens o convulsiones siempre deben ser desintoxicados bajo estricta supervisión médica hospitalaria. (Negrete, 1993: 156-157)

diagnóstico: "Proceso de identificación de una enfermedad a través del estudio de sus signos y síntomas y considerando la historia del paciente. Mucha de esta información es obtenida por el terapeuta durante las entrevistas iniciales con el paciente, quien describe sus principales dolencias y proporciona brevemente su historia personal." (*Britannica* 2005, trad. nuestra)

diazepam: *Benzodiazepina* (ver) de acción prolongada. Se la prefiere por estar muy experimentada. Se administra por vía intravenosa, lo cual puede ocasionar tromboflebitis por la acción irritante del solvente y la tendencia de esta droga a adherirse en los tubos plásticos. (Negrete, 1993: 194)

difenilhidantoína: La droga más usada en el tratamiento de privación del alcohol. Su uso se puede combinar con *diazepam*. (Negrete, 1993: 195)

disulfiram: *Interdictor* (ver) o droga aversiva para el tratamiento del alcoholismo. Actúa por inhibición de la aldehído, que retarda el metabolismo del alcohol y produce acumulación de aldehído acético. Presenta las siguientes contraindicaciones: enfermedades del miocardio, insuficiencia pulmonar grave, insuficiencia hepática grave, insuficiencia renal crónica, síndrome cerebral orgánico, psicosis, trastornos metabólicos, gravidez, terapia con antidepresivos, neurolépticos, vasodilatadores, y otros medicamentos que sensibilizan el alcohol. (Negrete, 1993: 197-200)

distribución: Modo en que el alcohol se expande de modo uniforme en toda el agua del organismo. En otras palabras, "el volumen de distribución del alcohol es equivalente al volumen total de agua que contiene el organismo." Debido a la mayor concentración de agua en algunos órganos, éstos resultan más dañados que otros. (Mardones, 1993: 16-17)

dopamina: Uno de los más estudiados *neurotransmisores* (ver) de sustancias psicoactivas.

droga: Término empleado en diversos sentidos. En medicina refiere a toda sustancia que evita o cura una enfermedad, o bien mejora el bienestar físico o mental. En farmacología, refiere a "cualquier agente químico que altera los procesos bioquímicos o fisiológicos de los tejidos u organismos." En el lenguaje común suele referirse a las drogas psicoactivas y, entre éstas, específicamente a las drogas ilícitas, las cuales no sólo sirven para fines médicos, sino que algunos las utilizan con fines no médicos. (OIT, 2000: 6)

DSM-III y DSM-III-R: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, y *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, edición revisada, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987. Famosas clasificaciones de desórdenes mentales, llevadas a cabo por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. (OIT, 2000: 2)

embriaguez aguda: Alteración causada por la ingestión de alcohol que causa incoordinación motora, perturbaciones en las funciones perceptivas, en áreas del afecto y pensamiento. Estado agudo de incapacitación funcional que conlleva incidentes tales como actos de violencia, lesiones corporales, accidentes de tránsito y laborales, etc. Su gravedad se vincula directamente con los niveles de alcoholemia. (Negrete, 1993: 135-136)

embriaguez patológica: Complicación neuropsiquiátrica frecuentemente cuestionada como tal. El individuo en tal estado presenta las siguientes reacciones: pensamiento desorganizado, discurso incoherente, percepción delirante, excitación colérica, impulso agresivo y conducta destructiva sin motivo. (Negrete, 1993: 136-137)

encefalopatía: ver *cirrosis hepática*.

encefalopatía aguda: Cuadro clínico que ocurre habitualmente en la fase inicial del *síndrome de Wernicke y Korsakoff* (ver) tras un período de abuso de alcohol prolongado, acompañado de cierto déficit nutricional importante, con su consecuente pérdida de peso. (Negrete, 1993: 147)

encopado/a: (popular antiguo) Embriagado, *calamocano*, *punteado*. (Tesner, 2002: 109)

enfermedad de Marchiafava-Bignami: Síndrome demencial progresivo de curso caprichoso –se puede desarrollar rápida o insidiosamente- y puede presentar un compromiso bilateral de los lóbulos frontales. (Negrete, 1993: 153-154)

epidemiología: “Estudio de la distribución de las enfermedades en las poblaciones. Se ocupa de grupos más bien que de individuos y toma frecuentemente una perspectiva histórica. La epidemiología descriptiva estudia las estadísticas de una población para ver qué segmentos (esto es, edad, sexo, grupo, ocupación) son afectadas por un desorden, continúa con cambios o variaciones en su incidencia y mortalidad a lo largo del tiempo y en diferentes locaciones, y ayuda a identificar síndromes o sugiere asociaciones con factores de riesgo. La epidemiología analítica conduce estudios para testear las conclusiones de las estadísticas descriptivas u observaciones de laboratorio. Los datos epidemiológicos sobre enfermedades apuntan a encontrar altos riesgos, identificar causas y tomar medidas preventivas, y planear nuevos servicios de salud.” (*Britannica*, 2005, trad. nuestra)

esofagitis: Efecto del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas –en especial cerveza y vino- en el esófago, despertando síntomas de reflujo gastroesofágico, como la pirosis. La esofagitis es frecuentemente facilitada por el trastorno motor en pacientes con neuropatía alcohólica, pues el proceso dificulta la limpieza del esófago en lo que deglute y en lo que refluye. Cabe anotar que “ni la disminución del consumo de alcohol ni la supresión produjeron diferencias en la sintomatología clínica de pacientes por reflujo.” (Ugarte, 1993: 219-220)

esteatosis hepática alcohólica: *Hepatopatía alcohólica* (ver). El metabolismo del alcohol favorece la síntesis de triglicéridos en el hígado y dificulta su oxidación en las mitocondrias del hepatocito, facilitando la lipólisis en los tejidos periféricos y dando lugar a una acumulación de triglicéridos en la célula hepática. Es importante tener en cuenta que “el paciente sólo se percata de que su hígado está alterado cuando este órgano aumenta mucho su tamaño.” (Ugarte, 1993: 211-12)

estudios genéticos sobre alcoholismo: Investigaciones sobre alcoholismo llevadas a cabo especialmente en el ámbito anglosajón y norte de Europa que tienden a identificar la incidencia de los factores familiares sobre el alcoholismo con la herencia genética. Son cuatro los tipos empleados tradicionalmente: *de casos de adopción y descendencia incompleta, sobre gemelos, con marcadores genéticos y de marcadores asociados al metabolismo del alcohol o de exposición.* (Freixa, 1996: 15)

estudios de casos de adopción: Intentan demostrar la herencia genética del alcoholismo. Uno de los más importantes lo llevó a cabo D. W. Goodwin entre 1979 y 1985, sobre una población de varones daneses. Se estudiaron dos grupos: 1) sujetos de padres biológicos alcohólicos; y 2) sujetos adoptados de padres biológicos no alcohólicos. (Freixa, 1996: 16-20)

estudios sobre gemelos: También intentan demostrar la herencia genética del alcoholismo. Un ejemplo lo constituye el sueco Kaij, de la Universidad de Lund, que estudió parejas de gemelos varones monocigóticos y dicigóticos. (Freixa, 1996: 20-21)

estudios con marcadores genéticos: El objetivo es mostrar que en el alcoholismo se encuentran implicados múltiples genes. Un ejemplo lo constituye Nordom, en 1959, intentó asociar determinados grupos sanguíneos al alcoholismo, pero no obtuvo éxito. (Freixa, 1996: 21-22)

estudios con marcadores asociados: Pretenden dar cuenta de las reacciones adversas al alcohol en ciertas etnias, tales como algunos orientales y los judíos. Por ejemplo, Korsten en 1975. Es curioso notar que algunos consideran este factor como *defecto genético* y otros como *capacidad protectora* frente a los riesgos de la alcoholización. (Freixa, 1996: 22-29)

etiqueta preventiva: Identificación que llevan las botellas de bebidas alcohólicas –por ejemplo, en Francia, 1989 (según cita Freixa, 1996: 321), previniendo sobre los efectos de

beber en exceso, similar a la de cigarrillos -y que también se acostumbra incluir en los comerciales de televisión.

evolución del nivel sanguíneo: Proceso mediante el cual llega a establecerse el nivel de alcohol en la sangre. “Después de administrar una dosis de alcohol, el nivel sanguíneo llega a un máximo, desde el cual desciende en forma lineal con el tiempo.” (Mardones, 1993: 24-25)

excreción: Proceso mediante el cual un fármaco es eliminado del organismo. Se efectúa a través de órganos especiales, entre los cuales el riñón es el más importante, pues excreta tanto los productos del metabolismo propio como los fármacos y las sustancias resultantes de la alteración de sus moléculas, los cuales se concentran en la orina. (Mardones, 1993: 23)

farmacodependencia: Estado en que el individuo necesita repetir dosis de un fármaco para sentirse bien o evitar sentirse mal. Este término reemplaza a las anteriores expresiones *drogadicción* y *habituación a las drogas*, según fue propuesto por el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS durante los ‘70s y “dado que no existe una definición de *adicción* aceptada en todo el mundo, es imposible saber a ciencia cierta en qué medida la *adicción* difiere de la *dependencia*.” (OMS, 2003: 24, subr. nuestro)

fenotiazinas: Drogas consideradas, en general, como injustificadas clínica y farmacológicamente para el tratamiento de la abstinencia. Si bien posee una acción antipsicótica excelente, produce efectos secundarios que agravan la condición del paciente, “entre ellos la aceleración del ritmo cardíaco, el descenso del umbral de convulsiones y la hipotensión ortostática”. (Negrete, 1993: 193)

fibrosis hepática: *Hepatopatía alcohólica* (ver) por lo común asociada a la *esteatosis* (ver) “caracterizada por abundancia de fibras de colágeno. La formación de esta proteína (...) está exagerada en el hígado del alcohólico, independientemente de la presencia de necrosis celular. (Ugarte, 1993: 205)

ginebra: Bebida alcohólica obtenida de semillas y aromatizada con bayas de enebro. (*Real Academia*, 2001)

Goodwin, Donald W: Distinguido profesor emérito en Psiquiatría, Universidad de Kansas. Dedicó la mayor parte de su vida profesional al estudio del alcohol y el alcoholismo. Es autor de varios libros sobre el tema y representa una reconocida autoridad en esta área de estudio. En su libro *Alcoholism: the Facts*, pleno de sentido común y para nada condenatorio, cuestiona mitos frecuentes acerca del alcoholismo, como, por ejemplo, que los alcohólicos no pueden recuperarse, o que el alcohol causa daño cerebral; y distingue los alcohólicos de los bebedores problema. Este libro expone hechos -y sólo hechos- basados en su investigación científica, acerca de los efectos que el alcohol causa en el cuerpo, en la conducta, en las costumbres, en la mente y en la vida en general. También señala qué pasos se deben seguir para tratar el problema de beber. Está escrito con humor y alejado de la jerga científica, con la intención de beneficiar a todo aquel que tiene, o que conoce a alguien que tiene problemas con el alcohol. (Reseña de *Alcoholism: the Facts*, en: <http://www.50plushealth.co.uk/index.cfm?articleid=2570>)

Guarapo: Especie de hidromiel, que se hacía sobre la base de miel y agua, fermentado. Se tomaba por lo general como calmante de la sed, y lo tenía casi siempre el campesino que hacía

algún trabajo expuesto al sol. Muchos lo conservaban entonces cerca del sitio de labor en una calabaza, en un tarro, en un barril, o en una olla. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

haloperidol: Droga neuroléptica que se adapta fácilmente a la condición clínica del paciente con síndrome de abstinencia. Sus efectos cardiovasculares son mínimos. (Negrete, 1993: 193)

hepatitis alcohólica: La mayor de las lesiones del hígado del alcohólico. Parece constituir una etapa previa a la cirrosis. Se caracteriza por necrosis y fibrosis, ocasionando hipertensión porta. (Ugarte, 1993: 205-206)

hepatopatías alcohólicas: Alteraciones patológicas del hígado, frecuentes en bebedores excesivos y alcohólicos. Se observan alteraciones en el hígado tales como el aumento de volumen de las mitocondrias, hipertrofia del retículo endoplasmático liso, cambios estructurales en los microtúbulos y filamentos, lesiones macroscópicas como la cirrosis de nódulos pequeños o grandes. La más frecuente de las lesiones es la *esteatosis* (ver *cirrosis*) o alteración que regresa por la abstinencia del alcohol o por ocasionar ruptura de células, con la formación de quistes grasos. (Ugarte, 1993: 204)

inmadurez: Aspecto cognitivo – comportamental atribuido a la *personalidad* alcohólica. (Freixa, 1996: 183)

interdictores: Drogas o fármacos utilizados en terapias llamadas *aversivas* en el tratamiento del alcoholismo, tales como el *disulfiram* o la *cianamida*. Se utilizan comúnmente durante el primer año de tratamiento, supuesta su acción de *disuación-avoidance*. Para algunos autores, estos fármacos no representa más que una *anestesia*,³ pues no llegan a tratar el alcoholismo como tal. (Freixa, 1996: 285)

intoxicación: Es el estado que provoca la absorción (ver) de una sustancia psicoactiva (ver) y que provoca trastornos en “la consciencia, la cognición, la percepción, el entendimiento, la afectividad, el comportamiento u otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Estos trastornos están relacionados con los efectos farmacológicos agudos provocados por las sustancias, así como con las reacciones adquiridas ante las mismas, y se van disipando con el tiempo hasta un restablecimiento total, excepto en caso de lesión de los tejidos u otras complicaciones.” (OIT, 2000: 7)

intoxicación alcohólica: Como consecuencia de la ingestión aguda de etanol se produce un aumento de locuacidad, agresividad, actividad excesiva e incremento de la excitabilidad eléctrica de la corteza cerebral. Más tarde, relacionado con el aumento de las cantidades de alcohol, la acción depresora se extendería a las neuronas corticales cerebrales y troncoencefálica, dando lugar a un estado de confusión, estupor, síndrome cerebeloso, coma y parálisis respiratoria. (Escarabajal, 2003)

Jellinek, Elvin M.: “Nació el 15 de agosto de 1890 en Nueva York y murió el 22 de octubre de 1963 en Palo Alto, California Fisiólogo norteamericano que fue pionero en el estudio científico del alcoholismo. Jellinek estudió en varias universidades europeas y realizó su posgrado en 1914 en la Universidad de Leipzig. Fue biometricista (*i.e.*, se ocupó de estadísticas de estudios biológicos) y trabajó para varias instituciones. (*Britannica*, 2005, trad. nuestra)

licor: “Bebida espirituosa obtenida por destilación, maceración o mezcla de diversas sustancias, y compuesta de alcohol, agua, azúcar y esencias aromáticas variadas.” (*Diccionario de la Real Academia Española*, en: <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>) Principales tipos: *Advocaat, Allash, Amaretto, Anís, Anisette, Apricot Brandy, Apple Jack, Aurum, Bayley's Irish Cream,*

Benedictine, B & B, Blanco, Campari, Cassis, Cerasella, Chatteuse, Cherry Heeting, Cointeau, Contera, Cordial Medoc, Cubana, Curaçao, cynar, Dtambuie, fernet, ferro quina, Forbidden Fruti, Hesperidina, Kablua, Katsch, Kirsch, Kiwi Wonder, Legui, Licor de huevo, Maraschino, Monin Triple Lime, Parfait Amour, Pastis, Pernod, Ink Melon, Ponche Crema, Opuse-Cafè, Prunelle, Quersch, Quinamartini, Raspail, Southern Comfort, Strega, Tía María, Vermouth, Vielle Cure.

lucera: Aperitivo autóctono, se elabora en la provincia de Entre Ríos, a base de esencia de diversas plantas aromáticas. De pequeña graduación alcohólica, color oscuro y gusto ligeramente amargo. Se hace gran consumo de esta bebida en todo el país, especialmente en la región del litoral. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

metabolización: Proceso de paso del etanol a acetaldehído y de acetaldehído a acetato, formándose CO₂ y “calorías vacías”. El acetato es a su vez oxidado, obteniéndose anhídrido carbónico y agua. En los consumidores persistentes de alcohol y en los alcohólicos, los niveles de acetato son más altos porque necesitan oxidar más cantidad de etanol. El etanol se metaboliza preferentemente en el hígado, por eso es el órgano más propenso al deterioro. (Freixa, 1996: 31-38)

miocardiopatías alcohólicas: Alteraciones ocasionadas por el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas que afectan la estructura y el funcionamiento del corazón. Los clínicos Hodking en 1841 y Strumpel en 1890 llamaron la atención acerca de la frecuencia con que observaron arritmias y daños permanentes en el miocardio en los grandes bebedores. Los síntomas y signos más frecuentes son: retención de agua y cloruro de sodio, trastornos de la conducción auriculoventricular y diversos tipos de arritmia. Se observa una rápida respuesta favorable en pacientes que suprimen el alcohol y reposan en cama. (Ugarte, 1993: 235-237)

miopatías alcohólicas: Trastornos causados por la acción tóxica del etanol. En su forma leve se presentan calambres musculares y mialgias, síntomas difíciles de distinguir de los de una polineuropatía alcohólica. En su forma grave se pueden presentar incluso crisis epiléptiformes, destrucción del tejido muscular e insuficiencia renal aguda causada por la liberación de mioglobina y hemoglobina. (Ugarte, 1993: 237-239)

nefalismo: movimiento que promueve el no consumo de bebidas alcohólicas, tales, por ejemplo, los militantes de las ligas anti-alcohólicas y la prohibición de expendir alcohol durante la “Ley Seca”. (Freixa, 1996: p. 193)

neurotransmisores: Mensajeros químicos de las células individuales –neuronas- que efectúan la comunicación en el cerebro. Cuando se excita una neurona, ésta envía una señal eléctrica mediante un proceso que puede ser corto cuando conecta neuronas muy cercanas, o largo, cuando se comunica con otras regiones del cerebro. La neurona que envía el mensaje libera estos mensajeros químicos –los neurotransmisores- hacia la neurona receptora. (OMS, 2004: 15)

no estar uno para firmar: (popular antiguo) “Estar borracho. No estar en condiciones de tomar decisiones. Esta forma festiva empleada en los corrillos sociales ha caído en desuso.” (Tesler, 2002: 38)

no quedar rengo: (popular antiguo) Expresión criolla utilizada para invitar a alguien que bebió una sola copa: “Tómese otra pa’ no quedar rengo.” (Tesler, 2002: 23)

paciente dual: (médico-psicológico) Paciente afectado por enfermedades mentales a la vez que consumo de drogas y/o alcohol y/o psicofármacos. (Tesler, 2002: 23)

pachacho: (popular saltño). Ceremonia propiciatoria que precede a la siembra de maíz en algunas regiones. Se realiza cavando un hoyo en el suelo, donde se echan maíz, coca, chicha y alcohol, mientras se implora a la Pachamama en espera de una cosecha abundante. (José Vicente Solá, *Diccionario de regionalismos de Salta*, Ed. Plus Ultra, Bs. As., 1975, citado por Tesler, 2002: 25)

pagar la vuelta: (popular antiguo) Invitar a los parroquianos y presentes con una *vuelta* o ronda de bebida, haciéndose cargo del gasto de lo que todos consumieron. (Tesler, 2002: 28)

pago y obligo: (popular antiguo) Réplica que todo bebedor realiza cuando acepta la invitación de *tomo y obligo*. (Tesler, 2002: 28)

tomo y obligo: (popular antiguo) Expresión utilizada en pulperías y despachos de bebidas. Fórmula ritual, generalizada entre amigos. Invitación cordial que promovía el consumo de bebidas entre los presentes. Uno de los presentes invitaba a que los demás bebieran lo que estaba bebiendo él y luego otro respondía, continuando la rucda. En algunas provincias, esta modalidad se llamó *obligada* y se llamó *yapái* en la región sureña, expresión ya utilizada por los indios ranqueles, de quienes procede. (Tesler, 2002: 28)

vuelta: (popular antiguo) Usado por bebedores —en general, varones— cuando el consumo era colectivo. *Una vuelta*, si se trataba de la primera —invitaban— y *otra vuelta*— a partir de la segunda. (Tesler, 2002: 28)

pajarito: (vocabulario delincuente, carcelario) “Bebida de fabricación *tumbera*, a base de frutas de ingreso prohibido en las cárceles (pomelo, naranja, manzana, limón, pera, ciruela, banana) o arroz. Las cáscaras de las frutas o de papas se hierven aparte (salvo la banana). A esa cocción se le agrega agua de té pero sin hervir, luego se le adiciona azúcar (bastante), arroz, harina de maíz y una pizca de levadura. También —si se obtiene— alcohol medicinal. Se reparte o se coloca cerca de los calentadores para posibilitar y/o facilitar la fermentación. Se van revisando y destapando cada día y se repite la operación a diario, mezclando y agitando bien. De acuerdo con los ingredientes (calidad y cantidad) puede obtenerse, al 7° o a 15° día, un excelente espumante, sidra o chicha con mucho grado alcohólico. Se cucla al servir y la madre (base de la fermentación), sirve para seguir fabricando, agregándole agua de té (sin hervir el agua), azúcar y alguna otra fruta si es factible. Para colar, se usa una media de mujer o el lienzo transparente.” (Raúl Tomás Escobar, *Las mafias de la droga*, Buenos Aires, La Llave, 1999, citado por Tesler, 2002: 29-30)

pajarito rabioso: (delincuente, carcelario) “*Pajarito* al que se agrega *rohipnol*, un fármaco inductor del sueño.” (Tesler, 2002: 30)

tumbero: (delincuente, carcelario) Proveniente de *tumba*, nombre dado a la comida de los detenidos en las cárceles y también a la de los soldados en los cuarteles. (Raúl Tomás Escobar, *Las mafias de la droga*, Buenos Aires, La Llave, 1999, citado por Tesler, 2002: 29-30)

palimpsestos: Alteraciones de la memoria, con amnesia selectiva que ocurren durante el estado de embriaguez. Manifestaciones precoces del daño en las funciones cerebrales superiores. Es frecuente que el individuo olvide parcialmente algunas cosas o recuerde la secuencia temporal de los hechos en forma desordenada. Tiene directa relación con la cantidad de alcohol ingerido. Este fenómeno se presenta como similar a los automatismos. Además, el estudio electroencefalográfico no proporciona de explicación significativa. El palimpsesto suele ser causado también por la concurrencia de la ingestión de alcohol mezclado con narcóticos, analgésicos, hipnóticos o sedantes, pues estos fármacos potencian considerablemente los efectos tóxicos del alcohol. (Negrete, 1993: 137-138)

pancreatitis alcohólica: Alteración en el páncreas resultante del abuso de alcohol que si bien no es frecuente, puede resultar grave y difícil de tratar. Se puede presentar en forma *aguda* o *grave*. Un 30 a un 40% de los pacientes desarrolla diabetes. La abstinencia del alcohol no impide el progreso de la enfermedad. (Ugarte, 1993: 226-233)

pancreatitis aguda: Crisis pancreática asociada a excesos alcohólicos, no reconocida formalmente como un pancreatopatía alcohólica. (Ugarte, 1993: 226-227)

pancreatitis crónica: Se manifiesta en dos formas clínicas: una, caracterizada “por la presencia de tapones proteicos en el interior de los conductos excretores, y por un curso insidioso que conduce a insuficiencia pancreática y a diabetes, aun cuando el paciente haya suspendido totalmente el consumo de bebidas alcohólicas.” (Ugarte, 1993: 227-228)

paraldehído: Medicamento usado frecuentemente en el pasado, pero todavía presente debido a su eficacia “razonable cuando está bien administrado.” (Negrete, 1993: 191) De olor desagradable, frecuentemente causa trastornos gastrointestinales. Se puede administrar por vía parental – no recomendable porque ocasiona abscesos o embolias- y rectal, en forma de enemas –de absorción irregular, puede causar depresión respiratoria.

pasado/a: (popular antiguo) Embriagado, que ha tomado demasiada bebida o se ha pasado de copas, ebrio, *en curda*. (Tino Rodríguez, *Primer diccionario de sinónimos del lunfardo* y Enrique Chiappara, *Glosario lunfardo*, citados por Tesler, 2002: 39)

pata de cabra o **pata:** (popular del noroeste) Bebida alcohólica que se prepara en las provincias de Salta, Tucumán, Catamarca y Jujuy. Esta bebida es fuerte y se consume en épocas de mucho frío. Para su preparación se utiliza alcohol, *aloja* o *chicha hervida*, *aguardiente*, vino o cualquier licor hervido, además de azúcar, canela o cáscara de naranja. También se llama así a la mezcla de dos bebidas alcohólicas. (Tesler, 2002: 47)

pateador: (popular antiguo) Vino aguado, de baja graduación alcohólica. De sabor agradable, se consume en cantidad, sin notar que produce un fuerte efecto. (Tesler, 2002: 47)

pateadora: (popular antiguo) Bebida aguada, utilizada como refrescante, por ejemplo, el *clericó*. De baja graduación alcohólica, se bebe en cantidad. (Tesler, 2002: 48)

patero: (popular antiguo) Vino artesanal que se realiza pisando las uvas con los pies. Es la forma más antigua de elaboración. El nombre proviene de *pata*, término vulgar para llamar al pie humano. (Tesler, 2002: 48)

patero: (vocabulario traficante, policial) El que realiza la tarea de transformar las hojas de coca en pasta básica. Denominación surgida por analogía con los que aplastan la uva con los pies para producir vino. (Tesler, 2002: 48)

patinada: (médico-adicto o bebedor) “Consumo ocasional de drogas [o alcohol] durante un tratamiento de desintoxicación.” (Tesler, 2002: 49)

patinar el embrague: (popular) Efecto que producen las bebidas alcohólicas, luego de tomar las primeras copas y se comienza a hablar en forma torpe. (Tesler, 2002: 48)

pedal: (popular) Eufemismo proveniente del vulgarismo *pedo*. Interviene también en el modismo *andar en pedal*. (Tesler, 2002: 50)

pedo: (popular antiguo, drogadicto) Proviene del argot español y significa *estado de ebriedad*, *curda* o *borrachera*. Es una forma torpe y vulgar para referirse a un estado de ebriedad profunda. También usado en el circuito del consumo de droga. “Entre cuatro bayonetas/ me tendieron

en el suelo;/ vino el mayor medio en pedo,/ y allí se puso a gritar.” (José Hernández, *El gaucho Matín Fierro*, Imprenta La Pampa, 1872, citado por Tesler, 2002: 51)

pegar: (vocabulario drogadicto, villero) Hacer efecto. Sentir el efecto con fuerza. “Hay qué locura tengo, el vino me *pegó*.” (Letra del conjunto de cumbia villera *Flor de Piedra*, citado por Tesler, 2002: 55)

pegar mal: (vocabulario drogadicto) Efecto no deseado que puede sobrevenir al consumo de alcohol o drogas. (Tesler, 2002: 54)

pegarle al tinto: (popular sanjuanino) Beber vino tinto en grandes cantidades. (Tesler, 2002: 54)

pegarle una sheca: (popular riojano antiguo) Dejar el vaso sin una gota de vino. (Julián Cáceres Freyre, *Diccionario de regionalismos de la Provincia de La Rioja*, Buenos Aires, Instituto Nacional de Investigaciones Folklóricas, 1961, citado por Tesler, 2002: 55)

peludo: (popular antiguo) Según la Academia Argentina de Letras, significa *borrachera, tranca, curda*. “Estaba de centinela/ y por causa del *peludo*/ verme más claro no pudo.” (José Hernández, *El gaucho Matín Fierro*, Imprenta La Pampa, 1872, citado por Tesler, 2002: 57)

pepe: Eufemismo proveniente del vulgarismo *pedo*. Interviene también en el modismo *estar en pepe* y *andar en pepe*. (Tesler, 2002: 59)

pesado: (popular antiguo) Adjetivo para referir al individuo ebrio, utilizado mayormente en su forma masculina, debido a que no era frecuente ver mujeres en estado de ebriedad. Cuando se daba el caso, el comportamiento presentaba otras características. (Tesler, 2002: 62)

pesadazo: (popular) Adjetivo aumentativo de *pesado*, en todas sus acepciones. Término de formación popular. *Pesadón* indica menor grado que *pesadazo*. (Tesler, 2002: 62)

pesadón: (popular) Adjetivo aumentativo de *pesado*, en todas sus acepciones. (Tesler, 2002: 62)

petaca: (popular antiguo, juvenil) Estuche en el que se guardaba rapé o cocaína. Luego, pequeño envase chato donde se acostumbra a llevar *bebida blanca*. (Tesler, 2002: 64)

bebida blanca: (popular antiguo) Todo tipo de bebida alcohólica, en especial los aguardientes de alta graduación y cuya coloración no pasa de una tonalidad rosada. (Tesler, 2002: 64)

petróleo: (lunfardo, popular antiguo) Vino tinto pesado, fuerte y de mala calidad, también llamado *quebracho* o *querosén*.

petrolero: (lunfardo, popular antiguo) Borracho, curda. Adjetivo aplicado al bebedor excesivo de vino, aunque estrictamente debería aplicarse al bebedor excesivo de vino *tinto*. (Tesler, 2002: 65)

quebracho: (popular antiguo) Vino tinto, de mala calidad y de color parecido a la madera y el mineral. (Tesler, 2002: 65)

querosén: (popular antiguo) Vino tinto, de mala calidad porque antiguamente el querosén tenía un color borravino. (Tesler, 2002: 65)

pibe cantina: (vocabulario villero) Muchacho que gasta su escaso dinero en los boliches. “*Pibe cantina*, de qué te la das, si sos un *laucha, borracho* y *haragán*.” (Letra del conjunto de cumbia villera *Yerba brava*, citado por Tesler, 2002: 66)

picar: (popular antiguo) Empezar a embriagarse, a *picarse, chispearse*. (Tesler, 2002: 67)

chispeado/a: (popular antiguo, campero antiguo) Proviene del castellano *chispeado* y del vocabulario antiguo *achispado*. Significa *algo ebrio*. Lo corriente era decir *chispeo* forma usada en la zona pampeana y también *chispiao*, en el vocabulario campero, y *chispiada*. (Tesler, 2002: 67)

picado/a: (popular antiguo) *Chispeado, punteado*, ligeramente ebrio. Este término se acompaña de los verbos *estar* y *andar*. *Estar picado* también se aplica al vino que se echó a perder. (Tesler, 2002: 66)

picado/a: (vocabulario drogadicto) Estar drogado. (Tesler, 2002: 66)

picarse: (popular antiguo) Embriagarse. Actualmente en desuso. (Tesler, 2002: 67)

pichanga: (popular catamarqueño y riojano antiguos) Según la Academia Argentina de Letras es una palabra de origen quechua. (*Registro del habla de los argentinos*, Buenos Aires, 1994, citado por Tesler, 2002: 68-69) y hace alusión al vino *patero* que no está fermentado en segundo grado, cuando está a medio hacer, o bien crudo, sin filtrar. De rico sabor pero traicionero, la *pichanga*, además de emborrachar es tóxica. De allí viene el dicho “engaña *pichanga*”, que equivale a “las apariencias engañan”. (Villafuerte, Carlos y Rogelio Machado, *Catamarca, camino y tiempo*. Buenos Aires, Casa de Catamarca, 1968, citado por Tesler, 2002: 68-69)

pichanguear, pichangular: (popular salteño) “Andar tomando *pichanga*.” (Tesler, 2002: 69)

pichanguero: (popular salteño) El que vende *pichanga* el que acostumbra a beberla. (Tesler, 2002: 69)

pichoro: (guaraní) *Achispado, ka'uvy, piguy*, medio borracho, casi ebrio. (Tesler, 2002: 72)

pingüino: (popular antiguo) “Jarra usada para servir vino en fondas y restaurantes de regular calidad. Sin excepción son de loza y tienen forma de pingüino.” (Marcelo Héctor Olivieri, *El lunfardo del tercer milenio*, Buenos Aires, Academia Porteña del Lunfardo, 2002, citado por Tesler, 2002: 77)

vino de la casa: (popular) Vino tinto de barril de calidad regular a mala. Se utiliza para acompañar las comidas y se sirve generalmente en jarras (*pingüinos*). Hay quienes dicen que en algunos lugares de poca categoría, los restos de vino que quedan en los vasos son puestos nuevamente en el barril. (Tesler, 2002: 77)

pinión: (popular antiguo) *Alcoholizado, alegre, achispado, calamocano, alegrón*. Llamado así por el color que adquiere el rostro debido al efecto del alcohol. (Tesler, 2002: 77)

pisar el corcho: (popular antiguo) Reincidir en el consumo de alcohol excesivo, especialmente en referencia a los que se emborrachan con facilidad. (Tesler, 2002: 81)

pisco: Destilado cristalino de mostos y orujo de uva moscatel, originario de Perú; toma el nombre de la ciudad de Pisco. También se fabrica, y en mayor volumen, en Chile. Algunos Piscos tienen un aroma o bouquet debido al tipo de uva empleado. 30 a 42 grados. Se bebe solo, mezclado con Ginger Ale o Coca Cola. El Pisco sour es el coctel nacional de Perú y en él se emplea un Pisco sin bouquet y, entre los demás ingredientes, lleva clara de huevo; es decorado con gotas de Amargo de Angostura. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

pispado: (popular antiguo) Ebrio. Término en desuso ya desde los '50s. (Tesler, 2002: 82)

pleno beberaje: (popular) “Estar en rueda de personas entregadas al consumo de bebidas alcohólicas”. (Tesler, 2002: 86)

polca: (mapuche) Bebida alcohólica. El término proviene de *pulcú*. (Tesler, 2002: 87)

ponerse: (popular antiguo) Embriagarse, emborracharse, *puntearse* o *puntarse*. (Tesler, 2002: 89)

ponerse ciego: (juvenil, popular, drogadicto, jugador) Quedarse sin dinero. Frecuentemente acompañado por un cerrar de ojos. También, en segundo término, significa *lleno de alcohol o muy drogado*. (Tesler, 2002: 91)

ponerse medio caliente: (campero antiguo) Alcoholizarse en cierto grado. “Mi gala en las pulperías/ era, cuando había más gente,/ ponerme *medio caliente*,/ pues cuando puntiao me encuentro,/ me salen coplas de adentro/ como agua de la virtiente.” (José Hernández, *El gaucho Matín Fierro*, Imprenta La Pampa, 1872, citado por Tesler, 2002: 89)

puntearse: (campero) Embriagarse. Sentir los efectos de las primeras copas. Deriva de *hacer punta*, adelantarse. (Tesler, 2002: 108)

punteado/a: (popular antiguo) Alegre, picado. Estar por embriagarse. (Tesler, 2002: 108)

potriyo: (popular antiguo) Vaso grande (formato del tipo usado para refrescos) lleno de vino o de otra bebida alcohólica. (Tesler, 2002: 93)

pregustar: (enológico, culto) Paladear bebidas o comidas. Hábito que tiene como antecedente la práctica conocida como *hacer la salva*. Sirve como goce anticipado. (Tesler, 2002: 95)

hacer la salva: (enológico, culto) Probar bebidas y comidas antes que sean servidas a los señores de la nobleza, para asegurar que no había ponzoña en ellas. (Tesler, 2002: 95)

prenderse: (popular antiguo) Beber cualquier bebida alcohólica. “Se prendió a la botella”, por ejemplo. (Tesler, 2002: 95)

propranolol: Droga o agente antiadrenérgico de acción bloqueadora. Disminuye ciertos síntomas -temblores, taquicardia, hipertensión- en cuadros de abstinencia relativamente benignos. Es coadyuvante en arritmias cardíacas, enfermedad coronaria o antecedentes de infarto de miocardio. (Negrete, 1993: 193)

psicofármacos: Estimulantes del sistema nervioso central que representan un riesgo de dependencia y poseen efectos psicotrópicos, identificados según los criterios de la OMS (Convenio de 1971): “Lista I: Sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo especialmente para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es muy limitado o nulo. Lista II: Sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es débil o moderado. Lista III: Sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo notable para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es moderado o grande. Lista IV: Sustancias cuyo consumo puede ser abusivo y significar un riesgo débil, pero significativo para la salud pública, y cuyo valor terapéutico varía entre escaso y grande.” Un ejemplo es el *diazepam* (ver), incluido en la Lista IV. (OMS, 2003: 2-4)

psicoterapia: “Tratamiento de desórdenes psicológicos, emocionales o conductuales a través de una comunicación interpersonal entre el paciente y un terapeuta o consejero entrenado.” (Britannica, 2005, trad. nuestra) Los tipos de psicoterapias más frecuentes son los siguientes: terapias individuales, psicoanálisis con sus variantes, psicoterapia no-directiva centrada en el cliente, *Gestalt*, terapia de juego y arte, *counseling*, terapia conductista, etc

pulpería: (criollo, popular antiguo) Establecimiento comercial, frecuentemente un rancho con techo de paja. A veces tenía un palo con un trapo de color blanco, indicando que sólo expendía bebidas alcohólicas. Había mesas y sillas para beber y jugar al truco o la taba. Fue centro cívico de gauchos y peones. “Avenida Sáenz y Roca,/ una esquina de tierra/ eras en el pasado/ cuando ayer existía/ en esa ochava/ una famosa pulpería/ llamada La blanqueada.” (Enrique Cadícamo, “Pulpería La blanqueada”, en: *Los poemas bajos*, Buenos Aires, Corregidor, 1994, citado por Tesler, 2002: 106)

pulque: Bebida mexicana, se elabora del jugo de una planta cactácea por el procedimiento de la destilación. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

pushcu (folklórico popular salteño) Palabra de origen quichua. *Aloja* (ver) de maíz. (Tesler, 2002: 110)

pusuquero: (popular, campero antiguo) Vividor, persona que acostumbra beber, comer y divertirse a expensas de los demás. (Tesler, 2002: 110)

pütufiman: (mapuche) Beber para honrar al muerto. (Tesler, 2002: 110)

recaer: Caer enfermo de la misma dolencia, dicho de quien estaba conveleciendo o había recobrado la salud. Reincidir en los vicios o errores. (*Diccionario de la Real Academia Española*, en: <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>)

serotonina: Uno de los más estudiados *neurotransmisores* (ver) de sustancias psicoactivas.

sidra: Bebida alcohólica que se obtiene mediante la fermentación de zumo de manzana y tiene una baja graduación (1 a 5 grados). Existe sidra seca y dulce. La sidra seca carece prácticamente de azúcares. La sidra dulce es el resultado de añadir jarabe de caña de azúcar, que al igual que el cava produce gas. Por lo tanto su contenido en azúcares es mucho más elevado, 5% aproximadamente, por lo que no es recomendable para personas diabéticas. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

Síndrome Alcohólico Fetal: Las dosis elevadas y/o frecuentes de alcohol en las madres durante la gestación pueden causar anomalías en el feto. Estas anomalías se manifiestan durante el período neonatal, denominadas "Síndrome Alcohólico Fetal" presentan una forma clínica específica debida a los efectos teratogénicos que producen el etanol y el aldehído acético sobre el feto. Se observan malformaciones cardíacas, nerviosas (entre éstas, son frecuentes la microcefalia e hidrocefalia), cutáneas, genitales, hepáticas, musculares, esqueléticas, renales y tumores embrionales. (Mardones, 1993: 131-133)

Síndrome de Wernicke-Korsakoff: Desorden causado por años de abuso del alcohol, resultante de un deterioro residual acumulativo que ocurre en la estructura encefálica. "Descrito separadamente por Wernicke en 1881 y por Korsakoff en 1887, este síndrome fue considerado durante mucho tiempo como dos desórdenes independientes. Posteriormente se pudo apreciar que Wernicke había identificado sólo la fase inicial, típica de una *encefalopatía aguda* (ver), y Korsakoff hacía referencia al déficit cognoscitivo residual, que la sucede en el tiempo." (Negrete, 1993, 147-151)

sintomatología de la fase aguda: Manifestaciones generales: confusión mental, ataxia, oftalmoplejía. (Negrete, 1993: 148)

sintomatología de la fase crónica: Trastornos de la memoria reciente, memoria del pasado remoto poco afectada, memoria de lo inmediato bien preservada, amnesia de tipo retrógrado y anterógrado, confabulaciones, pensamiento concreto, perseveración, capacidad de aprendizaje disminuida, formación de conceptos empobrecida, poca conciencia del defecto. (Negrete, 1993: 149)

sustancias o drogas psicoactivas: Sustancias psicotrópicas que afectan los procesos mentales (cognición, emociones, etc.) al ser ingeridas. Incluyen drogas lícitas e ilícitas, pero no significan necesariamente que creen *dependencia* (ver). (OIT, 2000: 8)

tequila: Destilado cristalino mexicano de sabor fuerte, picante y característico. Se obtiene del agave azul tequilana, variedad cactácea que crece en los alrededores de Jalisco, Tequila y Tepatitlán, en la región de Guadalajara. Suele beberse solo mientras se chupa limón con sal. Puede considerarse básica en los adicionales. Se emplea en algunos cócteles tales como el Margarita. 40 grados. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

tolerancia: Fenómeno común a casi todos los medicamentos que se administran en forma repetida. "Consistente fundamentalmente en que las dosis necesarias para obtener el mismo efecto van creciendo en el curso de un tratamiento continuado, a medida que este fenómeno se desarrolla el etanol no hace excepción a esta norma." (Mardones, 1993: 66)

tolerancia aguda: Tolerancia funcional expresada ya durante el efecto de la primera dosis. (Mardones, 1993: 67)

tolerancia crónica: Tolerancia funcional que se presenta sólo después de dosis repetidas durante un cierto tiempo. (Mardones, 1993: 67)

tolerancia funcional: Segundo mecanismo consistente en una adaptación del organismo debido a una disminución de la sensibilidad de las células a la acción del fármaco, o al funcionamiento de otras células que contrarrestan el efecto. (Mardones, 1993: 67)

tolerancia metabólica: Mecanismo de aumento de la velocidad con que un fármaco es eliminado del organismo, consistente en la excreción del fármaco por los órganos emuntorios, entre los cuales el riñón es el más importante. Generalmente, este proceso va precedido por un acoplamiento del fármaco con otra sustancia química, que lo activa a la vez que facilita su excreción. (Mardones, 1993: 67)

una pipa en fermentación: (campero antiguo) Imagen risueña que evoca el estómago exigido por excesos en el consumo de alcohol. (Tesler, 2002: 79)

pipa: (campero) Tonel para transportar o guardar vino u otros licores. (Tesler, 2002: 79)

pipiar: (popular riojano) Tomar vino de la *pipa* o tonel. (Tesler, 2002: 79)

pipón: (popular sanjuanino) Vasija grande en la que se guarda vino. (Tesler, 2002: 79)

uso nocivo: Empleo de sustancias psicoactivas que puede provocar daños físicos o mentales en la salud. Es un término cercano al de *abuso* (ver), pero distinto de la *dependencia* (ver). (OIT, 2000: 8-9)

Vaillant, George E.: Profesor de psiquiatría de la Universidad de Harvard, director del Estudio de Desarrollo del Adulto, *Harvard University Health Services*, director de investigación de la División del *Psychiatry, Brigham and Women's Hospital*. Se unió a la Junta de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos como *custodio Clase A (no alcohólico)*. Su principal obra, *The Natural History of Alcoholism* es considerado por Donald Goodwin el estudio más sabio y comprensivo sobre el alcoholismo desde la obra de Jellinek (1960), *The Disease Concept of Alcoholism*. (<http://www.aa.org/>)

vigilancia farmacéutica: Empresa que lleva a cabo la OMS, junto con los Estados Miembros y que consiste en la "advertencia de forma anticipada sobre los problemas asociados a la utilización de fármacos, como el abuso, la dependencia y el síndrome de abstinencia." (OMS, 2003: 20)

vino: Se obtiene de la fermentación del zumo de uva. Su valor energético varía mucho. Depende del grado alcohólico (habitualmente entre 9° y 14°) y de la cantidad de azúcares sin fermentar que contiene (hay vinos secos y dulces). (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>) Principales tipos: *Birrh, cava, champagne, Dubonnet, jerez, Málaga, manzanilla, marsala, Montilla y Moriles, oporto, sake, Sangate, Barbera, Borgoña, Burdeos, Chablis, Chianti*.

potente: (enológico, culto) Vino de mucho cuerpo y graduación alcohólica alta. (Enrique Queyrat, *Los buenos vinos argentinos*, Buenos Aires, Hachette, 1979, citado por Tesler, 2002: 93)

precoz: (enológico, culto) "Vino de buena calidad y con poca solera." (Tesler, 2002: 95)

vodka: Su procedencia puede ser rusa, polaca o finlandesa. Su sabor, color y contenido alcohólico lo hacen perfecto para numerosas combinaciones. Es obtenido por la destilación de granos de trigo, de arroz y también de papas. Es muy consumido en los Estados Unidos de América. Se exporta de Rusia y Polonia en diversas graduaciones, entre 40 y 50 grados. Se bebe solo, con hielo, con jugo de naranja o como base de muchos cócteles. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>)

whisky: Se obtiene mediante la destilación de cereales. Su contenido en alcohol es muy elevado: entre 40° y 50°. (<http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>) Principales tipos: *Bourbon, Canadian, Doble V, Paddy, Scotch, Sout*.

Bibliografía

- Agich, George – May, Tom (1997), “Alcoholism, Moral Agency, and Paternalism: a Theoretical Framework”, en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: “Values, Ethics and Alcoholism”, Jai Press Inc., Greenwich, pp. 103-118.
- *Alcohólicos Anónimos. El relato de cómo muchos miles de hombres y mujeres se han recuperado del alcoholismo* (1990), Alcoholics Anonymous World Services, New York City, Versión en español de la tercera edición del original en inglés.
- Allen, Charles *et. al.* (1996), *Usos y costumbres del pasado*, Reader’s Digest, México.
- Aristóteles (1990), *Poética*, Monte Ávila Ed., Caracas.
- Armstrong, David (1994), “Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies”, en: Jones, Colin – Porter, Roy, *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body*, Ed. Routledge, London-New York.
- Babor, Thomas F. – Higgins-Biddle, John C. – Saunders, John B. – Monteiro, Maristela G. (2001), *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*, OMS, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, Ginebra.
- Barbieri, Mirta Ana (2000), “Una mirada metodológica”, en: Barbieri, Mirta Ana (Comp.), *Los relatos de vida en la investigación social*, Universidad de Río Cuarto, Córdoba.
- Baudrillard, Jean (1991), *La transparencia del mal*, Ed. Anagrama, Barcelona.
- Baudrillard, Jean (1988), *El otro por sí mismo*, Ed. Anagrama, Barcelona.
- Bellomo, Lucio E. (2004), “La medicina de la evidencia. Su enfoque desde la psiquiatría”, *ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.
- Berg, Insoo Kim – Miller, Scott D. (2002), *Trabajando con el problema del alcohol*, Ed. Gedisa, Barcelona.
- Bill W. (1991), *El manual de Servicios de AA y Doce Conceptos para el Servicio Mundial*, Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos de la República Argentina, Bs. As.
- Bill W. (1996), *Doce Pasos y Doce Tradiciones*, Oficina de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos de la República Argentina, Bs. As.
- Bissell, LeClair – Royce, James (1994), *Ethics for Addiction Professionals*, ed. Hazelden, Minnesota.
- Bonilla, Alcira B. (2004), “Los casos: construcción y empleo en la investigación”, Universidad Nacional de General San Martín, Maestría en Gestión Ambiental, Seminario: “Ética ambiental”, Ficha de cátedra.
- Bruner, Jerome (2004), *Realidad mental y mundos posibles*, Ed. Gedisa, Barcelona.
- Butler, Joseph (2002), “The Analogy of Religion”, Appendix I: Of Personal Identity, Chapter IV: Of Identity. On-Line Texts. En: www2.canisius.edu/~gallaghr/reid.htm
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel (1998-2005), “Algunas consideraciones sobre el registro dentro del campo del Trabajo Social”, *MARGEN, Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, Bs. As., en: <http://www.margen.org/>
- Cazzaniga, Susana (1998-2005a), “Accerca del control, la autonomía y el reconocimiento de derechos”, *Desde el fondo*, Cuadernillo temático n° 20, *MARGEN, Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, Bs. As., en: <http://www.margen.org/>
- Cazzaniga, Susana (1998-2005b), “El abordaje desde la singularidad”, *Desde el fondo*, Cuadernillo temático n° 22, *MARGEN, Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, Bs. As., en: <http://www.margen.org/>

- Carratalá, Rogelio E. – Vucetich, Danilo C. (1939), *Importancia del dosaje de alcohol en el aire espirado para el diagnóstico químico de la ebriedad*, Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal de La Plata, Bs. As.
- Ciapuscio, Guiomar E. (2003), “Metáforas y ciencia”, *Revista Ciencia hoy*, vol. 13, n° 76, agosto-setiembre de 2003.
- Ciorán, E. M. (2002), *Ese maldito yo*, Ed. Tusquets, Barcelona.
- *Comprendiendo el anonimato* (Folleto), Alcoholics Anonymous World Services, Oficina de Servicios Generales para la República Argentina, Bs. As.
- Descartes, René (1982) *Meditaciones metafísicas*, Ed. Aguilar, Bs. As., Primera meditación.
- Detienne, Marcel (1982), *La muerte de Dionisos*, Ed. Taurus, Madrid.
- Detienne, Marcel (1997), *Dioniso a cielo abierto*, Ed. Gedisa, Barcelona.
- *Diccionario de la Real Academia Española* (2001, 2003), en: <http://www.rae.es/>
- *Diccionario VOX Latino – Español, Español – Latino* (1983), con prólogo de don Vicente García de Diego, de la Real Academia Española, Bibliograf, Barcelona.
- Douglas, Mary (1978), *Símbolos naturales*, Ed. Alianza, Madrid.
- Driver, Felix, (1994) “Bodies in space: Foucault’s account of disciplinary power”, en: Jones, Colin – Porter, Roy, *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body*, Ed. Routledge, London-New York.
- Elliott, Carl (2000), “Pursued by Happiness and Beaten Senseless. Prozac and the American Dream”, *Hastings Center Report* 30, n° 2.
- *Encyclopaedia Británica* (2005), en: <http://www.britannica.com/>
- Escarabajal, M. D. (2003), Conferencia: *II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet*, Conferencia: “Aspectos neurológicos, neuropsicológicos y psicofarmacológicos del alcoholismo”
- Foucault, Michel (1990), *Historia de la locura en la época clásica*, Ed. Fondo de Cultura Económica de Argentina, Bs. As.
- Foucault, Michel (1992), *Microfísica del poder*, Ed. de La Piqueta, Madrid.
- Foucault, Michel (2000), *Los anormales*, Ed. Fondo de Cultura Económica de Argentina, Bs. As.
- Foucault, Michel (2002), *La hermenéutica del sujeto*, Ed. Fondo de Cultura, México-Argentina.
- Foucault, Michel (2003), *Enfermedad mental y personalidad*, Ed. Paidós, Bs. As.
- Foucault, Michel (2004), *El nacimiento de la clínica*, Ed. Siglo XXI, Bs. As.
- Freixa, Francesc (1996), *La enfermedad alcohólica*, Ed. Herder, Barcelona.
- Freundlieb, Dieter (1994), “Foucault’s theory of discourse and human agency”, en: Jones, Colin – Porter, Roy, *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body*, Ed. Routledge, London-New York.
- Gadamer, Hans-Georg (1977), *La actualidad de lo bello*, Ed. Paidós, Barcelona.
- Goffman, Erving (2001), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Ed. Amorrortu, Bs. As.
- Goffman, Erving (2003), *Estigma. La identidad deteriorada*, Ed. Amorrortu, Bs. As.
- González Duro, Enrique (1998-2005) “Psiquiatría versus alcoholismo”, *Revista de la AEN*, N° 66, Abril-Junio 1998, *MARGEN. Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, Buenos Aires, en: <http://www.margen.org>
- González, Ernesto Eduardo (2001), “Breve visión sobre la problemática del alcoholismo en Argentina 2001”, en: <http://www.eft.com.ar/doctrina/articulos/gonzalez-prevenc-adicciones.htm>

- González, Ernesto Eduardo (2003), "Propuesta para la elaboración de ley sobre prevención de drogas en el ámbito laboral en la Provincia de Buenos Aires", en: <http://www.eft.com.ar/doctrina/articulos/gonzalez-prevenc-adicciones.htm>
- Graves, Robert (1984), *Greek Myths*, Penguin Books, London.
- Graves, Robert (2001), *Dioses y héroes de la antigua Grecia*, Ed. Lumen, Barcelona.
- Greenfield, Thomas K. (1997), "Alcoholism, Alcohol Problems, and Social Policies", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp. 221-256.
- Guidano, Vittorio F. (1996-2001a), "Los procesos del *self*: continuidad vs. discontinuidad (Borrador)", VI CONGRESO INTERNACIONAL DE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA, 2-5 de Septiembre 1998, Siena, Italia, INTECO. *Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>
- Guidano, Vittorio F. (1996-2001b), "Psicoterapia: Aspectos Metodológicos, Problemas Clínicos y Preguntas Abiertas (Borrador)", Conferencia Principal VI CONGRESO INTERNACIONAL DE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA, 2-5 de Septiembre 1998, Siena, Italia, INTECO. *Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>
- Harris, Catleen M. – Mahowald, Mary B. (1997), "Women and Alcohol Abuse", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp. 153-170.
- Heidegger, Martin (1988), *Identidad y diferencia*, "El principio de identidad", en: *Identidad y diferencia*, ed. Anthropos, Barcelona.
- Hird, Sharon – Millman, Robert B. (1997), "Alcoholism and Other Forms of Addiction", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, 51-80.
- Decreto N° 779 de 1995, reglamentario de la Ley N° 24.449, en: <http://infoleg.mecon.gov.txtnorma/779b-95.htm>
- <http://www.1.hcdn.gov.ar/dependencias/educacion/leyes/23348.html>
- <http://www.aa.org.ar>
- <http://www.chenico.com/tragosgloc.htm>
- Hume, David (1981), *Tratado de la Naturaleza Humana*, ed. Nacional, Madrid, Libro I, Sección VI: "De la identidad personal".
- Jackson, Don (1957), "The Question of Family Homeostasis", en: *Psychiatric Quarterly Supplement*, N° 31, pp. 79-90.
- Jamieson, Dale (1995), "El método y la teoría moral", en: Singer, P., *Compendio de Ética*, Ed. Alianza, Madrid, pp. 637-651.
- Jellinek, E. (1960), *The disease concept of alcoholism*, Hillhouse Press, Connecticut.
- King, Andrea – Batel, Phillippe – Kreek, Mary Jeanne (1997), "Recent Alcoholism Treatment Reseach: Ethical Issues of Implementation into Clinical Practice", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, 257-286.
- Klimovsky, Gregorio – Hidalgo, Cecilia (2001), *La inexplicable sociedad. Cuestiones de epistemología de las ciencias sociales*, Ed. A-Z, Bs. As.
- Kuczewski, Mark (1994), "Whose Will is it Anyway? A Discussion of Advance Directives, personal Identity and Consensus in Medical Ethics", *Bioethics* 8 (1).
- La Vigne Gregory I. – Hassnefeld, Irwin (1997), "The Ethics of Alcoholism Treatment and Rehabilitation", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp.81-101.

- Lambrinos, James (1997), "Economic Issues of Alcoholism", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp. 207-220.
- Lecannelier, Felipe A. (1996-2001a), "Evolución y desarrollo del self", en: <http://www.inteco.cl>
- Lecannelier, Felipe A. (1996-2001b), "Juego de ficción, narrativa y desarrollo de la experiencia humana", en: <http://www.inteco.cl>
- Ley N° 23.348 de Educación Vial de 1986 sobre educación vial, en: <http://www.aa.org.ar>
- Ley N° 24.449, Ley de Tránsito, publicada el 10 de febrero de 1995, en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/txtnorma/texactley24449.htm>
- Ley Nacional de lucha contra el alcoholismo. Ley 24.788, sancionada el 5 de marzo de 1997 y promulgada de hecho el 31 de marzo de 1997, disponible en: <http://www.adusalud.org.ar/adus/legislacion/ley24788>
- Locke, John (1999), *Ensayo sobre el entendimiento humano*, ed. Porrúa, México, Libro II, Cap. XXVII: "De la identidad y la diversidad"
- Loneck, Barry M. (1997), "How Particular Social Environments Affect Alcoholics", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp. 171-205.
- Lucey, Michael R. - Beresford, Thomas (1997), "Ethical Considerations Regarding Orthotopic Liver Transplantation for Alcoholic Patients", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp. 119-129.
- Maturana, Humberto (1996-2001), "Ontology of Observing", The Biological Foundations of Self Consciousness and The Physical Domain of Existence", *INTECO. Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>
- Mayer, Dan - Thibodeau, Lorraine (1997), "Ethical Issues in Alcohol-Related Emergencies and Emergency Care of Alcoholic and Intoxicated Patients", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp.287-308.
- Negrete, Juan Carlos - Mardone, Jorge - Ugarte, Guillermo (1993), *Problemas médicos del alcohol*, Ed. A. Bello, Santiago de Chile.
- Nussbaum, Martha C. (1995a), *La fragilidad del bien*, Ed. Visor, Madrid.
- Nussbaum, Martha C. (1995b), *Justicia poética*, Ed. Andrés Bello, Barcelona.
- Oficina Internacional del Trabajo (2000), *Tratamiento de Cuestiones Relacionadas con el Alcohol y las Drogas en el Lugar de Trabajo*, Ed. Alfaomega, México.
- Organización Mundial de la Salud (2005), *Problemas de salud pública causados por el alcohol*. Informe de la Secretaría. *Corrigendum*, 115° reunión del Consejo Ejecutivo, Punto 4.12 del orden del día provisional, 7 de enero.
- Organización Mundial de la Salud (2004), *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen* OMS Oficina de Publicaciones, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2003), *Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia*, Serie de Informes Técnicos, 33° informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 17-20 de setiembre.
- Organización Mundial de la Salud (2002), *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*, Publicación Ocasional N° 14, emitido originalmente como *Engendering health equity: A review of research and policy*, Serie Working Papers (Vol. 12, N° 2) del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health (February 2002).

- Organización Mundial de la Salud (2001a), *Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*, Informe de la Secretaría, 54ª. Asamblea Mundial de la Salud, Punto 13.9 del orden del día provisional, 9 de abril.
- Organización Mundial de la Salud (2001b), *ATLAS OMS*
- Organización Panamericana de la Salud (2004), *Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10)*, tomado del *Boletín Epidemiológico*, Vol. 24, Nº 2, Junio de 2003, en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/be_v24n2-Actu_CIE.htm.
- Organización Panamericana de la Salud (2003), *Lesiones no intencionales. Legislación de América Latina sobre programas preventivos y responsabilidades. Colisión y atropello por vehículos, caídas, quemaduras y ahogamientos*, OMS Oficina de Publicaciones, Ginebra.
- Pabón S. de Urbina, José M. (1982) *Diccionario Griego – Español VOX*, Ed. Bibliograf, Barcelona.
- Parfait, Blanca H. (1996), *Hombres e ideas*, Ed. Tekne, Bs. As.
- Parfit, Derek (1984a), "Identidad personal", en: *Cuadernos de Crítica*, México.
- Parfit, Derek (1984b), *Reasons and persons*, Clarendon Press, Oxford.
- Pérez, Guillermo (1998-2005), "Enfermedades mentales y antipsiquiatría", *MARGEN. Portal de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, Buenos Aires, en: <http://www.margen.org>
- Perry, John (1984), *Diálogo sobre la identidad personal y la inmortalidad*, UNAM, México.
- Reid, Joseph (2002), "Essays on the Intellectual Powers of Man", Essay Three: Of Memory, Chapter IV: Of Identity. On-Line Texts. En: www2.canisius.edu/~gallaghr/reid.htm
- Reznek, Lawrie (1997), "Alcoholism and the Medical Model of Disease", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp. 1-20.
- Ricoeur, Paul (1990), "Individuo e identidad personal", en: AA. VV., *Sobre el individuo*, Ed. Paidós, Barcelona.
- Ricoeur, Paul (1995), "Autonomía y vulnerabilidad", *Le Juste 2*, Paris.
- Ricoeur, Paul (1996), *Sí mismo como otro*, Ed. Siglo XXI, México.
- Rocchietti, Ana María – Villa, Martha y Gili, María Laura (2000), "Relatos de vida: construcción del montaje y dimensiones de investigación", en: Barbieri, Mirta Ana (Comp.), *Los relatos de vida en la investigación social*, Universidad de Río Cuarto, Córdoba.
- Rodríguez, Natalia (2000), "Martín: '...cuando yo empecé a ser yo...'" en: Barbieri, Mirta Ana (Comp.), *Los relatos de vida en la investigación social*, Universidad de Río Cuarto, Córdoba.
- *Routledge Encyclopedia of Philosophy* (1998), Version 1.4, London and New York, Routledge.
- Rubert, Rosane A.(2000), "Tempo historico e tempo vivido a partir de relatos de vida", en: Barbieri, Mirta Ana (Comp.), *Los relatos de vida en la investigación social*, Universidad de Río Cuarto, Córdoba.
- Ruiz, Alfredo (1996-2001a), "Fundamentos teóricos del enfoque Post-Racionalista", Margen, INTECO. *Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>
- Ruiz, Alfredo (1996-2001b), "La Narrativa en la Terapia Cognitiva Post-Racionalista", Margen, INTECO. *Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>
- Ruiz, Alfredo (1996-2001c), "La organización de significado que caracteriza la experiencia humana en la cultura occidental contemporánea", INTECO. *Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>
- Ruiz, Alfredo (1996-2001d), "La terapia cognitiva procesal sistémica de Vittorio Guidano. Aspectos teóricos y clínicos", INTECO. *Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>

- Ruiz, Alfredo (1996-2001e), "Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia", *INTECO. Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>
- Schaler, Jeffrey A. (1997), "The Case Against Alcoholism as a Disease", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, pp. 21-49.
- Shelton, Wayne N. (1997), "Justice and Alcoholism", en: Bittar, E. Edward (comp., 1997), *Advances in Bioethics*, vol 3: "Values, Ethics and Alcoholism", Jai Press Inc., Greenwich, 131-152.
- Siam, Regina (1997), *Alcoholismo*, J. Baudino Ediciones, Bs. As., 2da. ed. (1ra. ed. 1932)
- Silva C., Jaime R. (1996-2001), "Consciencia y Autoconsciencia; La Evolución de la Subjetividad", *INTECO. Instituto de Terapia Cognitiva*, en: <http://www.inteco.cl/>
- Sontag, Susan (2003), *La enfermedad y sus metáforas/El sida y sus metáforas*, Ed. Taurus, Bs. As.
- Steinglas, Peter et altri (1987), *La familia alcohólica*, Ed. Gedisa, Barcelona.
- Tesler, Mario (2002), *Términos de nuestra habla con P inicial vinculados a las drogas y el alcohol*, Academia Porteña del Lunfardo, Bs. As.
- Vaillant, George E. (1983), *The natural history of alcoholism*, Harvard University Press Publishing, Cambridge, Massachusetts.
- Vernant, Jean-Pierre (2001), *Mito y religión en la Grecia antigua*, Ed. Ariel, Barcelona.