

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES (FLACSO)  
Programa Cuba**

# **EL ALCOHOLISMO.**

## **UNA VISIÓN COMUNITARIA**

**Tesis para optar por el título de “Master en Desarrollo Social”.  
FLACSO. Cuba**

**Autor: Lic. REINEL USTARIZ CASTILLO.**

**Tutor: Dr. ROBERTO CORRAL.**

**Cotutor: Msc. MARIO COLLI.**

**La Habana. 23 de Febrero de 2005.**

# ÍNDICE.

	Pág.
<b>1.- RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>2.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>3.- ABORDANDO EL ALCOHOLISMO .</b>	<b>5</b>
✍ Alteraciones orgánicas.	<b>11</b>
✍ Formas comunes de lesión.	<b>15</b>
✍ Consecuencias Psicológicas.	<b>18</b>
✍ Consecuencias Sociales.	<b>20</b>
✍ Causas fundamentales del alcoholismo.	<b>22</b>
✍ Clasificación práctica del alcoholismo.	<b>31</b>
✍ Síntomas Fundamentales.	<b>40</b>
✍ Complicaciones	<b>41</b>
<b>4.- CAPÍTULO METODOLÓGICO.</b>	<b>42</b>
<b>5.- TRABAJO DE CAMPO Y RESULTADOS.</b>	<b>52</b>
<b>6.- CONCLUSIONES.</b>	<b>86</b>
<b>7.- RECOMENDACIONES.</b>	<b>89</b>
Líneas de Acción Preventiva.	<b>89</b>
<b>8.- NOTAS ACLARATORIAS.</b>	<b>91</b>
<b>9.- BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>92</b>

## **Resumen**

Muchas y complejas son las causas por las cuales las personas se inician y luego mantienen el consumo de alcohol. . Esta multiplicidad de causas crea la necesidad de entender el alcoholismo como un fenómeno social y no individual por lo que este trabajo va encaminado a entender cómo los diversos factores sociales e individuales en su formación interactiva generan y alientan el comportamiento alcohólico en una comunidad que adolece en mucho dicha problemática, donde los niveles de consumo aumentan cada día. Esclarecer cómo los alcohólicos estructuran su enfermedad, sus redes psicológicas de sentidos y significados y cual es el espacio de participación de la comunidad en estas estructuraciones individuales constituye su línea fundamental.

Varios son los elementos que inciden en la problemática del alcoholismo en la comunidad: una historia ancestralmente estructurada de consumo, creencias y mitos asociados al mismo se transmiten de generación a generación perpetuando un comportamiento socialmente permitido y estimulado a través de las concepciones culturales y la accesibilidad de los miembros de la comunidad al alcohol. Poco desarrollo social, histórico también, que permita la apertura hacia nuevas formas de crecimiento y la influencia de un estilo de vida donde la calidad de la bebida consumida marca el nivel de vida de sus integrantes. Son esencialmente los elementos fundamentales que estructuran una dinámica subjetiva cargada de frustraciones donde sus miembros tienen por sueño su abandono y el alcohol constituye el elemento distintivo de los que se van y el cáliz de la vida de aquellos que se quedan. Todo lo anterior hace que el consumo de bebidas alcohólicas sea un comportamiento constitutivo de nuestra identidad comunitaria y por tanto se erige como un elemento constitutivo también de nuestra subjetividad.

## **Introducción**

Muchos son los textos que se han escrito sobre el alcohol, sus causas y sus consecuencias y muchas han sido las personas que han dedicado gran parte de sus vidas al estudio de esta adicción, mostrarnos sus trampas insidiosas y su trágico final. No obstante miles de personas continúan su carrera hacia la muerte, convencidos de la desventura pero a vela izada y carentes de timonel. Todo esto indica que el mero conocimiento de causas y efectos no resulta la solución adecuada para disminuir los estragos de una enfermedad que permanece indómita ante la racionalidad y avanza a pasos agigantados hacia la destrucción.

Muchas y complejas son, por tanto, las causas por las cuales las personas se inician y luego mantienen el consumo de alcohol a pesar de conocer la ola de desgracia acompañada. Esta multiplicidad de causas crea la necesidad de entender el alcoholismo como un fenómeno social y no individual como muchos se aferran en pensar. Dicha complejidad y tan amplia diversidad casuística son algunas de las razones por las cuales esta investigación se lleva a cabo.

Teniendo en cuenta las crecientes estadísticas mundiales en torno a las adicciones y su destrucción personal y social, la importancia de este trabajo es justamente la de pretender un intento de comprensión y acercamiento a los mecanismos adictivos de quizá la más peligrosa de todas las drogas, por ser legal, y que cobra cada día más vidas en todo el mundo.

Sin embargo, resulta una tarea casi imposible estructurar el fenómeno del alcoholismo en su totalidad. No es posible entender el mundo subjetivo de todas y cada una de las personas adictas al alcohol que existen y establecer patrones universales de enfrentamiento a dicho problema. Esta imposibilidad constituye otra razón, igualmente racional de esta investigación. Es por ello que he seleccionado un pequeño lugar del mundo. Una comunidad que adolece en mucho dicha problemática, donde los niveles de consumo aumentan cada día y sus consecuencias son el principal contenido de trabajo de médicos, psicólogos, miembros del Ministerio del Interior y legistas en general.

Mi comunidad de origen, pertenencia y permanencia: Bahía Honda, se erige como el sitio ideal para la realización de este trabajo. Su destrucción paulatina constituye quizás el leiv motiv

esencial de este trabajo. El vínculo emocional que se imbrica con lo racional en la movilización de mis ansias investigativas y que resulta en varios años de búsqueda, interacción y cambio para finalizar en un estudio que intente esclarecer la problemática del alcoholismo en la comunidad.

Para estos fines la primera parte del trabajo cuenta con una revisión exhaustiva sobre el alcoholismo. Los elementos teóricos esenciales para la familiarización y comprensión del tema. Con el propósito de cumplimentar los objetivos a través de una metodología puramente social y participativa como lo es la metodología cualitativa, la segunda parte cuenta con la realización de una serie de entrevistas enfocadas en profundidad, y sus análisis, a varios actores sociales, alcohólicos y familiares de los mismos a través de la realización de grupos de ayuda terapéutica y selección de informantes claves que hicieron posible el acercamiento a la problemática en cuestión. Finalmente el cierre como conclusiones y sugerencias en la cual se articulan diferentes niveles de análisis -individuales, familiares, grupales y comunitarios- para comprender los factores que generan el comportamiento alcohólico en la comunidad.

El tiempo como terapeuta me ha mostrado los indicios de una problemática solapada pero muy acuciante que mina el desarrollo y crecimiento comunitario. Además, mi posición como psicólogo comunitario, cuya subjetividad ha sido moldeada en gran parte por esta misma cultura, ahorra en mucho el tiempo de investigación en tanto los referentes identitarios, los patrones, normas, valores, creencias, prejuicios fundamentales, hábitos, ideales y proyectos generales; en fin, toda la dinámica subjetiva de la comunidad entendida como entidad macro-psicológica son elementos manidos ya que forman parte de mi propia identidad micro-subjetiva. Además, dicha posición favorece la implementación de las acciones y me convierte en el principal crítico de mi propia comunidad pues su desarrollo es también el mío propio.

Es por ello que este trabajo constituye un esfuerzo por entender cómo los diversos factores sociales e individuales en su formación interactiva generan y alientan el comportamiento alcohólico en la comunidad. Esclarecer cómo los alcohólicos estructuran su enfermedad, sus redes psicológicas de sentidos y significados y cual es el espacio de participación de la comunidad en estas estructuraciones individuales contribuirá al desarrollo y fortalecimiento del municipio.

## **Abordando el alcoholismo.**

“No hay nada más práctico que una buena teoría.”

Ustedes coincidirán conmigo en que para realizar un trabajo práctico sobre cualquier tema es imprescindible poseer al menos el mínimo de conocimientos sobre el mismo; todos aquellos aspectos esenciales que lo describen y estructuran y sin los cuales resultaría casi imposible su comprensión.

Es por ello que ahora me corresponde hacer una breve exposición sobre lo que se conoce hasta el momento acerca del alcohol que nos soporte como referente para la aplicación práctica de este trabajo y satisfaga cognitivamente a todos aquellos que, en busca de información o explicaciones solucionadoras, recalen en las líneas de estas páginas, insertadas ya en el inmensamente vasto mar bibliográfico que existe sobre el tema.

Nada mejor para el comienzo que la palabra misma. La palabra alcohol se deriva de la palabra alkehal, que significa lo más fino, lo más depurado y su destilación es antiquísima. Desde tiempos muy remotos el hombre observó que un jugo de frutas azucarado expuesto al aire libre durante algunos días se convertía en un brebaje que tenía propiedades psicotrópicas especiales. Así aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Un estado que variaba en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia. Nos referimos al estado de intoxicación alcohólica.

Dicen los etnólogos que no existe ningún pueblo que no haya logrado producir bebidas fermentadas conteniendo alcohol. Este proceso de fermentación es probablemente una de las primeras reacciones químicas que el hombre supo realizar. Sin embargo, las bebidas alcohólicas pueden obtenerse por fermentación o por destilación siendo las fermentadas las más antiguas, puesto que hasta la edad media no se conoció la destilación, que proporcionó bebidas más fuertes.

Muchos son ya los años de historia del alcohol y su consumo. De acuerdo con los hallazgos arqueológicos, el hombre prehistórico descubrió la manera de fabricarlo alrededor del año 6400

antes de Cristo, durante el período neolítico. Así nacieron el vino y la cerveza, como también numerosas bebidas tradicionales. Los reportes escritos existentes del uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas datan de aproximadamente 3000 años antes de Cristo y su uso se ha debido fundamentalmente a sus efectos tónicos y euforizantes que produce sensaciones de bienestar y alegría. Quizás por estas mismas sensaciones es que las bebidas fermentadas han sido objeto de glorificación y abominación simultáneas.

Por sus propiedades y los misterios que durante muchos años se tejieron alrededor de la fermentación, esta bebida comenzó a ser usada con fines místicos o sagrados. Podemos citar como ejemplo el culto a Dionisios o Baco, o la conversión del vino en sangre en la misa católica. En la Biblia, por ejemplo y sobre todo en el antiguo testamento, se hace referencia cerca de quinientas veces al vino, ya sea para elogiarlo o, por el contrario, para alertar a los hombres contra su maleficio. Su uso excesivo, embriaguez o borrachera, fue considerado como vicio, pecado, asociado a la locura, a la degeneración y a la violencia.

La fermentación había acompañado al hombre no solo en los rituales religiosos sino también en aquellas actividades donde el esfuerzo era mayor. El alcohol fue la primera droga y quizás esta historia haya contribuido a su legalización.

A pesar de su acostumbrada presencia en la historia de la humanidad, no fue hasta el siglo XV que Basilio Valentín le llamó ... "espíritu de vino" a aquel estado de euforia y excitabilidad en el que "caían" las personas. Siendo Lowitz en 1796 el que obtuvo por primera vez el alcohol en su estado de mayor pureza, aunque el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta entre el año 800 y el 1100 de nuestra era, donde aparecieron los procesos de destilación, lo que permitió crear licores con alto contenido alcohólico, como whisky, vodka, ron o brandy, entre otros.

Continúa en la 6

El alcohol etílico o etanol, de fórmula  $C_2H_5OH$ , es un líquido transparente e incoloro con sabor a quemado y un olor agradable característico que se concentra por destilación de disoluciones diluidas donde ciertos agentes deshidratantes extraen el agua y producen etanol absoluto. Tiene un punto de fusión de  $-114,1^{\circ}C$ , un punto de ebullición de  $78,5^{\circ}C$ , una densidad relativa de 0,789 a  $20^{\circ}C$  y un punto de congelación inferior a  $-40^{\circ}C$ . Estas características amplían grandemente su uso. La mayoría del etanol no destinado al consumo humano se prepara sintéticamente, tanto a partir del etanol (acetaldehído) procedente del etino (acetileno), como del eteno del petróleo. También se elabora en pequeñas cantidades a partir de la pulpa de madera. La oxidación del etanol produce etanol que a su vez se oxida a ácido etanóico. Al deshidratarse, el etanol forma el dietiléter. El butadieno, utilizado en la fabricación de caucho sintético y el cloroetano, un anestésico local, son otros de los numerosos productos químicos que se obtienen del etanol. Es un disolvente eficaz de un gran número de sustancias y se utiliza en la elaboración de perfumes, lacas, celuloideas y explosivos.

Muchas opiniones y muchas críticas se han suscitado acerca de las propiedades del alcohol; mientras algunos lo consideraron como algo indispensable para dar vigor y juventud, además de curar multitud de enfermedades, otros dijeron que no origina sino desórdenes patológicos.

Lo cierto es que a mediados del siglo XIX el médico sueco Magnus Huss acuñó un término sobre el cual nosotros tenemos especial interés en este trabajo: El alcoholismo. Utilizado para designar al común denominador de las enfermedades cuya causa era el alcohol etílico. La terminación en "ismo" presentaba la ventaja de que no poseía ya esa carga afectiva que hasta entonces había condenado fatalmente a los que "gustaban", si ya para ese momento de sus vidas lo hacían por placer, del estado de intoxicación.

Por esa época aparecen numerosos trabajos clínicos que describían las consecuencias tóxicas del alcoholismo, y algunos aspectos sociológicos, dentro de la escuela francesa Legrain (1889), Garnier (1890), Mignot (1905), etc., y de la escuela alemana, a comienzos de este siglo: Kraepeling, Heilbronner, A. Florel, E. Bleuler, etc.

Sin embargo, en esta misma época, fin del siglo XIX, surgió toda una literatura pseudo-científica que oscureció la problemática de la etiología y de la patogenia del alcoholismo, con consideraciones moralizantes y apasionadas ligadas a la teoría reinante sobre la degeneración: el alcoholismo pasó a ser un vicio y un atributo de degeneración.

Recién en 1940-1950 se comienza a concebir el alcoholismo como una enfermedad, realizándose campañas de salud destinadas a la prevención y a la cura, gracias a las investigaciones de E. M. Jellinek y la Escuela Americana. A partir de ese momento muchas han sido las conceptualizaciones propuestas.

En la actualidad no existe un consenso general sobre la definición de alcoholismo por lo que considero necesario abordar primero qué no es alcoholismo, para evitar estigmatizaciones iatrogénicas. En primer lugar no se debe identificar al alcoholismo con las complicaciones a las que suele conducir: problemas neurológicos, trastornos psiquiátricos, cuadros digestivos, etc. Con mucha frecuencia escuchamos decir que alguien es alcohólico(a) porque sufre cirrosis hepática, o que solo es alcohólico quien ha llegado al delirium tremens o al vagabundeo. Tampoco es la etapa de intoxicación aguda provocada por la ingestión excesiva de bebidas durante unas horas. Un individuo en esas condiciones está alcoholizado pero no tiene que ser necesariamente un alcohólico verdadero. En otras palabras: alcoholismo no es sinónimo de borrachera.

Para nuestro trabajo el alcoholismo es lo que para el Dr. Marc Keller (en Colli, M. 2005) del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers. **Una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede con lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales y/o su capacidad para el trabajo.**

Desglosemos un poco el concepto a fin de profundizar en su estudio y aumentar la comprensión del mismo.

1. Al establecerse el alcoholismo como una enfermedad se coloca entre los problemas de salud. Su etiología, es decir, las causas que lo provocan; su sintomatología característica; así como su diagnóstico, que incluye definición de la situación patológica, la rehabilitación y la prevención para evitar la aparición de nuevos casos; son capítulos indispensables en el estudio integral del alcoholismo. Además si llamamos enfermedad a toda condición de anormalidad que puede ser reconocida y que se presenta con los mismos síntomas en todas las personas, entonces no hay duda alguna de que el alcoholismo lo es.

2. Distingue claramente al alcoholismo de la intoxicación aguda al establecer que es una enfermedad crónica, de larga duración. No puede hablarse de alcoholismo si no se ha llegado a ciertas etapas en las que ya se ven los síntomas característicos de la dependencia.
3. Establece como característica esencial la ingestión excesiva de alcohol, pese a la desaprobación general. Aquí se refiere a la imposibilidad de dejar de beber que evidencia el verdadero estado de dependencia alcohólica. Ante el rechazo social es evidente que el sujeto quisiera dejar de hacerlo pero no puede porque se ha creado una fuerte dependencia que primero es psicológica y con el tiempo se convierte en física.
4. Señala que la existencia de un daño físico, mental o social es indispensable para el diagnóstico.

El alcoholismo es un problema que tiene poco que ver con el tipo de alcohol que se consume, cuanto tiempo se ha estado bebiendo, o la cantidad exacta de alcohol que se consume. Sin embargo, el alcoholismo tiene mucho que ver con la necesidad incontrolable de beber de la persona. Esta definición de alcoholismo nos ayuda a entender por qué para la mayoría de los alcohólicos un "poco de fuerza de voluntad" no es suficiente para dejar de beber.

Muchas son las concepciones populares para designar a una persona como alcohólica, sin embargo la CIE-10 (1992), designa una serie de puntos esenciales que deben evidenciarse en los sujetos antes de etiquetarlos como alcohólicos:

1. Debe existir abuso de alcohol, algo bastante subjetivo, pero que se materializa en repetidas alcoholizaciones agudas, o sea en frecuentes estados de ebriedad.
2. Con el paso del tiempo puede que la alcoholización repetida no se traduzca en estados de ebriedad reconocible. Existe un incremento de la tolerancia traducida en que el individuo cada vez necesita mayores niveles de consumo del alcohol para obtener el mismo resultado, la embriaguez
3. Deseo insaciable o necesidad fuerte y compulsiva de beber alcohol.

4. La vida social y familiar sufre cambios negativos relacionados con la forma de consumo del individuo.
5. La salud comienza a verse afectada, aunque de manera muy variable entre los diferentes individuos.
6. Aún cuando se evidencian toda esta serie de negativas el individuo no puede parar de beber. El individuo pierde el control sobre cuándo y cuánto bebe y cuándo se debe detener. Ciertamente, el alcohólico(a) se encuentra frecuentemente bajo el control de un deseo poderoso o necesidad de ingerir alcohol, una necesidad que puede sentirse tan fuerte como la necesidad de agua o comida y que está asociado a las características de dependencia tanto psíquica como físicas que el individuo ha creado hacia el alcohol.

Existen dos tipos de dependencia en esta adicción: la física y la psicológica. La dependencia física que se revela por sí misma en la reaparición de los síntomas cuando el consumo de alcohol se interrumpe, con síntomas muy claros como la tolerancia, cada vez mayor, al alcohol y enfermedades asociadas a su consumo que pueden incluso ser tan fuertes y numerosas que se estructuran bajo el nombre de Síndrome de Abstinencia, y que explicaremos más adelante.

Y la dependencia psicológica que se caracteriza por la necesidad de consumir alcohol para el funcionamiento mental adecuado. El individuo siente la necesidad de consumo para la realización de ciertas actividades que van en aumento hasta abarcar todas las áreas y actividades de la vida del sujeto. *Estas manifestaciones de dependencias son las que evidencian, junto con la recurrencia de los estados de embriaguez y las alteraciones orgánicas y sociales que el individuo está enfermo.*

Como habíamos visto las bebidas alcohólicas han desempeñado un importante papel en la cultura humana. Sin embargo hasta tiempos más recientes la ciencia no había podido determinar el límite entre lo "agradable" y lo "peligroso", en su uso.

Expongamos cuanto afecta el alcohol a las personas a fin de continuar evidenciando el porqué es diagnosticado el alcoholismo como enfermedad y por ende la razón misma de este trabajo.

## **Alteraciones orgánicas producidas por el alcohol:**

Transcurridos pocos minutos tras la ingesta del alcohol, éste pasa al torrente sanguíneo donde puede llegar a mantenerse durante varias horas y desde el cual ejerce su acción sobre los diversos órganos del cuerpo.

Primeramente el etanol afecta el funcionamiento normal del cerebro, pues interfiere con la actividad normal de varios neurotransmisores (compuestos químicos que utilizan las células nerviosas para comunicarse entre sí). Fundamentalmente el ácido aminobutérico gamma, la dopamina y la serotonina). Esto explica los efectos que sienten todas las personas cuando lo consumen en abundancia. Cuando la concentración es de 0,1% (100 miligramos por cada 100 mililitros de sangre) la mayoría de individuos presentan euforia y desinhibición. A medida que los niveles aumentan y las cifras son de 0,2% a 0,3%, sus efectos depresores son evidentes con somnolencia excesiva. Los valores por encima de 0.35% son potencialmente letales pues afectan los centros nerviosos que controlan la respiración. En contra de lo que pueda creerse, el alcohol no es un estimulante del Sistema Nervioso Central sino un depresor del mismo, pues a la sensación inicial de euforia y desinhibición, le sigue un estado de somnolencia con visión borrosa, incoordinación muscular, aumento del tiempo de respuesta, disminución de la capacidad de atender y comprender, fatiga muscular, etc.

El etanol afecta a todo el organismo, sin embargo uno de los órganos más perjudicado es el hígado. Este cumple con la misión de transformar el alcohol en otras sustancias que no resulten peligrosas para el sujeto, pero tiene una capacidad limitada: puede metabolizar entre 20 y 30 gramos de alcohol por hora y mientras tanto la bebida circula por la sangre dañando al resto de órganos por los que pasa.

El consumo excesivo de alcohol produce acidez de estómago, vómitos, diarrea, descenso de la temperatura corporal, sed, dolor de cabeza, deshidratación, etc. Si las dosis ingeridas han sido muy elevadas - caso de intoxicación etílica aguda - puede inducir depresión respiratoria, coma etílico y ocasionalmente la muerte.

El consumo crónico conlleva alteraciones de diversa naturaleza:

1. Cerebro: degeneración y atrofia. Como se modifica la fluidez de las membranas neurales, el funcionamiento del sistema nervioso queda deteriorado
2. Sangre:
  - ? Anemia: esta enfermedad se produce por falta de glóbulos rojos en la sangre. Como falta la vitamina B12, la médula de los huesos no tiene todos los elementos necesarios para fabricar la cantidad adecuada de glóbulos rojos.
  - ? El abuso del alcohol que aumenta la resistencia al flujo sanguíneo y puede provocar trastornos en el aparato circulatorio y hemorragias.
3. Corazón: Toda la gama de alteraciones cardíacas. (Miocarditis).
4. Hígado:
  - ? Cirrosis hepática: se produce por una degeneración de las células que forman el hígado. Esta enfermedad evoluciona lentamente y cuando ha avanzado, se caracteriza por la hinchazón del abdomen. A corto o largo plazo, la cirrosis lleva a la persona a la muerte.
  - ? La hepatitis relacionada con el consumo de alcohol puede ocasionar la muerte si la persona afectada persiste en tomar alcohol. Entre el 10 y el 20 por ciento de las personas que consumen altas cantidades de alcohol desarrollan cirrosis por alcohol o daño al hígado. Pero, si se deja de tomar, esta condición es a menudo reversible.
5. Estómago:
  - ? Úlceras: corresponde a la destrucción parcial o total de tejidos de revestimiento (que tapizan o recubren ciertos órganos). La destrucción del tejido puede ocurrir en la piel, estómago, intestino delgado, etcétera. Lo grave de las úlceras es que pueden llegar a lesionar vasos sanguíneos, provocándose hemorragias internas.
  - ? Gastritis crónica: corresponde a una inflamación de la mucosa del estómago. Algunos síntomas son: sed intensa y pérdida de apetito, calambres, eructos, dolor de cabeza y cansancio general del organismo.

6. Páncreas: inflamación y degeneración. Pancreatitis: corresponde a una inflamación aguda del páncreas. Esto provoca una mala digestión de los alimentos, especialmente de las grasas. En algunos alcohólicos se produce una alteración irreversible de la función hepática lo que puede impedir el depósito de glucógeno adecuado y favorecer la tendencia a la hipoglucemia (disminución del azúcar en sangre) por la incapacidad de movilizar glucosa.
7. Intestino: trastornos en la absorción de vitaminas, hidratos y grasas que provocan cuadros carenciales.
  - ? Avitaminosis B (falta de vitamina B): la presencia de alcohol determina déficit de vitamina B en el organismo, seguramente por mala absorción de ella a nivel del intestino y/o su almacenamiento en el hígado. La avitaminosis B puede provocar en la persona insuficiencia cardiaca, el corazón no está en condiciones de entregar al organismo toda la sangre que el cuerpo necesita. Se puede tratar inyectando vitamina B.
8. Inflamación de los nervios: los síntomas más característicos son trastornos musculares. La persona tiene problemas para caminar y también, trastornos en la sensibilidad, traducidos en un hormigueo en la piel.
9. Cáncer. El consumo en exceso de alcohol durante un período prolongado de tiempo aumenta el riesgo de desarrollar ciertas formas de cáncer, especialmente cáncer de esófago, boca, garganta, cuerdas vocales, colon y recto. El 75% de estos tipos de cánceres se atribuye al consumo de alcohol. Además, el alcohol realza los efectos carcinogénicos de otras sustancias como el alquitrán y la nicotina por lo que la combinación del alcohol con el tabaco aumenta notoriamente las posibilidades de aparición de cáncer. Otros estudios han demostrado que las mujeres están expuestas a un riesgo levemente más alto de desarrollar cáncer de mama si beben dos o más bebidas diarias.
10. Trastornos en la piel, musculares y óseos: el alcoholismo severo se asocia con la osteoporosis, la emaciación de los músculos con hinchazones y dolor, las heridas de la piel y comezón.
11. Sexualidad y reproducción: Los hombres borrachos pierden la potencia sexual y a las mujeres se les inhibe el deseo. Beber provoca grandes desarreglos hormonales y

menstruales. Así el alcohólico es generalmente impotente, además de padecer de otros trastornos como la eyaculación precoz y eyaculación tardía. El organismo femenino contiene de un 5 al 10 por ciento menos de agua que el masculino. Así se explica que la misma dosis de alcohol, al estar más concentrada en los tejidos, surta un efecto tóxico mayor. Con la misma cantidad ingerida la sangre de la mujer contiene un nivel de alcohol mayor que la del hombre, y de ahí que la intoxicación sea más rápida. En ella es asimismo más corto el lapso de tiempo que media entre los primeros problemas con la bebida y una dependencia física. El alcohol disminuye la fertilidad, es decir, la capacidad de quedar embarazada y aumenta el riesgo de ocasionar malformaciones en el bebé.

12. Defectos congénitos en los bebés. El alcohol consumido durante el embarazo puede causar una serie de defectos congénitos en los bebés, el más serio de los cuales es el síndrome de alcoholismo fetal. Los niños que nacen con defectos congénitos relacionados con el consumo de alcohol tienen problemas de aprendizaje y conducta por el resto de sus vidas. En tales niños, el síndrome se caracteriza por la presencia de una serie de lesiones en los recién nacidos muy típicas: son niños de bajo peso al nacer, prematuros, con la cabeza y los ojos más pequeños, la apertura palpebral pequeña también, con distintos tipos de lesiones cerebrales que provocan retraso mental, desarrollo inadecuado, con un llanto diferente al del niño normal, con alta mortalidad y con otras malformaciones asociadas. Es común que presenten manifestaciones propias de la privación alcohólica, como temblores, convulsiones, irritabilidad, y con frecuencia el embarazo termina en aborto.

Como habíamos visto el alcohol afecta todos los sistemas del cuerpo. Provoca irritación del tracto gastrointestinal y erosión del revestimiento del estómago, causando náuseas y vómito. Las vitaminas no se absorben de manera apropiada, lo cual conlleva a deficiencias nutricionales debido a un consumo prolongado de alcohol. Asimismo, se puede desarrollar enfermedad hepática, denominada cirrosis hepática; el sistema cardiovascular se puede afectar por una cardiomiopatía; la disfunción sexual se presenta como una disfunción eréctil en los hombres y con cese de la menstruación en las mujeres y, por último, el consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar problemas en el desarrollo del feto, lo cual se conoce como síndrome de alcoholismo fetal.

## **FORMAS COMUNES DE LESIÓN. Síndromes.**

### **1. SÍNDROME DE ABSTINENCIA.**

La abstinencia alcohólica es un estado que solo puede ser explicado a través de su interacción con el concepto de dependencia alcohólica que habíamos expuesto anteriormente. Pues este solo aparece cuando la dependencia está instaurada. De este modo en esta interacción indisoluble existen tres grupos de síntomas fundamentales:

El primero se relaciona con la tolerancia, que es una resistencia adquirida a los efectos que produce el alcohol en el organismo. En la medida que el consumo sea crónico, el efecto de la sustancia disminuye, llevando al sujeto a que consuma mayor cantidad de sustancia para conseguir el efecto deseado o la intoxicación.

El segundo conjunto de síntomas se relaciona con la abstinencia, que se define como un cambio de comportamiento, que se caracteriza por ser desadaptativo. Tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en una persona que ha mantenido un consumo prolongado en grandes cantidades. La abstinencia se desarrolla debido a que el cerebro se ha adaptado físicamente a la presencia del alcohol y no puede funcionar adecuadamente en ausencia de la droga. Una serie de síntomas y signos acompañan a la retirada del alcohol, comenzando generalmente 12 a 48 h. tras el cese de la ingesta. El síndrome de abstinencia leve incluye temblor, astenia, sudoración, hiperreflexia y síntomas GI (gastro intestinal). Algunos pacientes pueden sufrir convulsiones generalizadas de tipo gran mal, habitualmente no más de 2 en una corta sucesión (epilepsia alcohólica o convulsiones del alcohol).

Los síntomas de la abstinencia pueden incluir aumento de la temperatura, aumento de la tensión arterial, tasa cardiaca rápida, desasosiego, ansiedad, psicosis y, en raras ocasiones, inclusive la muerte. Una vez que aparecen los síntomas desagradables de la abstinencia ante la interrupción del uso de la sustancia, el sujeto vuelve a consumir alcohol para eliminarlos o aliviarlos. En el caso de la abstinencia del alcohol los síntomas que se presentan son, por ejemplo, temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones táctiles, visuales o auditivas, ansiedad, y crisis epilépticas.

El tercer conjunto de síntomas se relaciona con el uso compulsivo de la sustancia, que es característico de la dependencia. Esto implica que consume la sustancia en cantidades mayores y por un período de tiempo mayor de lo que originariamente pretendió. También expresa el deseo persistente de abandonar el consumo.

Muchas veces las actividades de la persona giran en torno a la sustancia; es posible que dedique mucho tiempo en conseguir la sustancia, a tomarla y a recuperarse de los efectos. A pesar de que vea las consecuencias, tanto físicas como psicológicas que le provoca el consumo continúa consumiéndola.

Lo que cabe destacar del concepto de dependencia, es el hecho de no poder abstenerse del consumo de la sustancia, aun siendo consciente de las dificultades que le causa. Como vemos la interacción entre dependencia y abstinencia es la clave para el diagnóstico del alcoholismo. Por tanto, para definir el comportamiento adictivo, se evalúa el desarrollo de la tolerancia, dependencia y la aparición del síndrome de abstinencia.

## **2. SINDROMES CEREBRALES O PSICÓTICOS**

La intoxicación patológica es un síndrome poco frecuente caracterizado por movimientos repetitivos y automáticos y por la aparición de excitación extrema con comportamiento irracional no controlado tras ingerir una cantidad relativamente pequeña de alcohol.

La retirada del alcohol en el paciente consumidor suele desencadenar un aparatoso síndrome de abstinencia que requiere atención médica de urgencia. Los síntomas son: entre las doce y dieciséis horas consecutivas a la privación de la bebida aparece inquietud, nerviosismo y gran ansiedad. Varias horas después, pueden presentarse calambres musculares, temblores, náuseas, vómitos y una gran irritabilidad. A partir del segundo día de abstinencia surge el denominado "delirium tremens" caracterizado por una clara confusión mental, aparición de delirios y alucinaciones, fuertes temblores, etc.

**2 a.** Alucinosis. La alucinosis alcohólica sigue al consumo excesivo y prolongado de alcohol. Los síntomas son ilusiones y alucinaciones auditivas, frecuentemente acusadoras y amenazadoras; el paciente suele ser aprensivo y puede estar aterrorizado. El estado se asemeja a la esquizofrenia.

**2 b.** Delirium Tremens, que consiste en un ataque muy agudo, una especie de locura donde el paciente ve imágenes espantosas y alucinantes, es un estado de delirio de un síndrome cerebral orgánico agudo, que puede estar asociado a la abstinencia. Pueden producirse pesadillas, alucinaciones.

El delirium tremens (síndrome de abstinencia grave) se inicia con episodios de ansiedad, confusión creciente, sueño escaso acompañado de pesadillas, sudación profusa y depresión profunda. Las alteraciones pueden hacerle creer que el suelo se mueve, que las paredes se caen o que la habitación gira; el delirium tremens puede ocasionar la muerte.

El delirium tremens debe comenzar a desaparecer a las 12-24 h. En caso contrario debe atenderse de inmediato. Los pacientes con cirrosis y coma hepático, están ausentes a la aprensión, el pánico y la inquietud del delirium tremens. Estos pacientes están gravemente enfermos y requieren intervención médica inmediata.

### **3. PSICOSIS**

#### **3 a.** Síndrome De Korsakoff

Se caracteriza por una grave alteración de la memoria reciente, a menudo compensada por la confabulación. El síndrome está generalmente asociado a la ingesta excesiva de alcohol, o mal nutrición crónica o déficit dietéticos del grupo vitamínico B, pero puede producirse con otras enfermedades cerebrales orgánicas. El síndrome de Korsakoff puede realizarse de forma insidiosa o súbita, siguiendo un episodio de delirium tremens.

#### **3 b.** Encefalopatía de Wernicke

El pronóstico es peor si también se desarrolla la enfermedad o la encefalopatía de Wernicke generalmente muestra la tríada sintomática de parálisis ocular, alteración del pensamiento, entre otras. Estos pacientes deben recibir grandes dosis de vitaminas del complejo B por vía oral, y tiamina por vía parental.

## **Consecuencias Psicológicas.**

G. Natera, 1989. (tomado de Ponce, A. 2002), plantea que cada vez se encuentran más evidencias de que los hijos de alcohólicos sufren una gran variedad de incapacidades psicológicas reflejadas en el terreno del aprendizaje de habilidades cognoscitivas, anormalidades neuropsicológicas. Niños que nacen con síndrome del feto alcohólico, niños o jóvenes que presentan conductas delictivas, mayor número de problemas sociales, mayor número de síntomas somáticos y médicos, pobre autoestima, altas tasas de diagnóstico psiquiátrico y suicidio.

Planteamiento que sintetiza la afectación del alcoholismo en el entramado bio-psico-social del individuo. Si bien es cierto y evidente la destrucción irreparable que causa esta adicción sobre el organismo humano, no son mínimas las alteraciones psicológicas que produce.

Habíamos visto que el alcohol afecta a los centros superiores del cerebro o, lo que es lo mismo, a los sentimientos, la reflexión, la memoria, la atención y el control social. Es un depresor del Sistema Nervioso Central que actúa bloqueando el funcionamiento del sistema cerebral responsable de controlar las inhibiciones. Al verse éstas disminuidas el sujeto se siente eufórico, alegre, con una falsa seguridad de sí mismo que le puede conducir en ocasiones a la adopción de conductas temerarias; lo que hace que se convierta en un violador de las normas sociales.

La ingesta excesiva produce falta de coordinación, lentitud en los reflejos, vértigo e incluso visión doble y pérdida de equilibrio. El individuo en este estado tiende a mentir y sufre una verbosidad incesante, sumergiéndose en un estado estuporoso pero conciente, donde no se comprende el mundo circundante y se evidencian severos trastornos motores y una marcada disminución de la alerta psicológica. Bajo tales circunstancias son comunes los accidentes de tránsito, así como los traumatismos producidos por caídas o por violencia física.

La irritabilidad, el insomnio, los delirios de celos o de persecución, la confusión, las alucinaciones de todo tipo y el delirium tremens son algunas de las alteraciones que con frecuencia sufren los consumidores crónicos de esta droga. Que en los casos más graves, entendiéndose en los últimos estadios de la enfermedad, produce encefalopatía con deterioro psico-orgánico o sea, lesiones fuertes hasta llegar a producir demencia alcohólica y la muerte.

En el área intelectual se reduce la inteligencia, las habilidades obtenidas durante los años y se pierde la capacidad creativa; por ende, se reducen las áreas de contacto del sujeto con la realidad, limitándose todas al ingente esfuerzo de gestionar, obtener y consumir el alcohol.

En estas personas disminuye el poder de autocrítica y la autoestima. El alcohólico nunca reconoce sus errores y no cuida de sí mismo. Se pone más celoso, envidioso, irritable, malhumorado, apático, explosivo y violento. Su carácter se transforma y por tanto sus mecanismos de interacción social.

Se produce pérdida significativa de la memoria reciente y se conservan recuerdos remotos. Esta pérdida de memoria es la causa del porqué los alcohólicos viven sorprendidos por sus actos y casi nunca se responsabilizan con las consecuencias de los mismos.

Por lo general presentan alteraciones del sueño reflejadas en pesadillas y cambios en los patrones de sueño-vigilia, además de la presencia ensoñaciones donde pueden aparecer alucinaciones visuales. Estas características pueden recrudecerse y llegar a constituir el cuadro de delirium tremens, en el cual aparecen complejas alucinaciones a través de una fuerte excitación psíquica. Esta se manifiesta a través de ideas incoherentes, intranquilidad y alucinaciones especialmente visuales; todo ello acompañado de temblores musculares. Estos síntomas también aparecen cuando la persona alcohólica suprime repentina y totalmente el consumo de alcohol.

Por lo general la actividad adictiva congela el tiempo, acorta la vida y suministra una vía de evasión de manera que el adicto no se ve obligado a afrontar los problemas. Ofrece una tierra de nadie en la que las necesidades del adicto son satisfechas sin ningún esfuerzo de su parte, su conducta no tiene consecuencias y él no se ve obligado a asumir ningún riesgo.

La personalidad sufre serias alteraciones en todos sus constituyentes. El sujeto alcohólico olvida sus ideales, intenciones, intereses, se anula su voluntad y con ello las posibilidades de autorregular su comportamiento. Su estilo de vida se afecta en el intento perenne de controlar una y otra vez su hábito sin logro alguno lo que provoca fuertes sentimientos de rechazo, hacia sí

mismo y hacia los demás, culpa y desesperanza. Esto lo sumerge en una carrera de aislamiento donde el apoyo, el reconocimiento y la aceptación social no aparecen ni siquiera como obstáculos en el terreno.

Es necesario aclarar que si bien es cierto que estos cambios o alteraciones psicológicas se producen solo cuando el individuo se encuentra bajo los efectos del alcohol, debemos considerar que en estados avanzados de la enfermedad estas personas se encuentran bajo esos efectos la mayoría del tiempo, por lo que las alteraciones cerebrales se hacen evidente estructurando y perpetuando estos estados psicológicos en características estables que definen trastornos de personalidad por consumo de sustancias psicotrópicas

### **Consecuencias sociales.**

Vivimos constantemente en un mundo social, un mundo de interacciones perennes que estructuran nuestra subjetividad y nuestro comportamiento. Este mundo, que en una dirección nos afecta directamente en esta problemática, también se ve afectado en esa indiscutible relación bidireccional donde lo social construye y transforma lo individual y viceversa. Los daños físicos y psicológicos del alcohólico producen cambios, no tan positivos en sus interacciones sociales.

La disminución creciente de los intereses y motivaciones del individuo alcohólico genera múltiples episodios de ausentismo laboral, así como su disminución de la atención y la memoria provoca accidentes que sus menores consecuencias son la pérdida de la calificación laboral y el empleo en sí mismo, con la consecuente repercusión que esto puede tener en la economía individual del sujeto alcohólico y la de su familia; sino la muerte.

Los referidos estados psicológicos de obnubilación de la conciencia donde se liberan los centros cerebrales responsables del control de las inhibiciones remiten en la mayoría de los episodios de conductas antisociales, reyertas, suicidios, homicidios, violaciones, asaltos, accidentes del tránsito y muchas otras conductas y contratiempos que vive el sujeto alcohólico y que se graban en su memoria con la misma profundidad y duración que un témpano de hielo que flota efímeramente en las cálidas aguas del Caribe.

Sin embargo, este no es precisamente el efecto de estos actos en la familia del alcohólico. Los anteriores y otros que ocurren al interior de la familia (violencia física, y psicológica, robos, etc.) provocan serias crisis que desestructuran la dinámica familiar. La familia comienza a disociarse perdiendo su integración y por ende, su función fundamental de brindar seguridad, apoyo y bienestar, se anula.

Hemos considerado al alcoholismo como un problema de salud por su repercusión en las diversas áreas de la vida del individuo. Sin embargo, en realidad el verdadero problema radica en la dificultad, por parte de los pacientes, para reconocer que son alcohólicos. La carrera de los "bebedores" se caracteriza por diversas etapas en las que el sujeto se empeña en demostrar y demostrarse a sí mismo, que es capaz de dejar de beber. Esta ilusión persiste de forma sorprendente y muchos la persiguen hasta la locura o la muerte. La espiral de la carrera del bebedor se alimenta a sí misma: Por ejemplo el sujeto piensa que de algún modo, algún día será capaz de controlarse, pero nunca es el momento oportuno, bien por problemas que pueda tener, bien por autoconvencimiento. En algún momento, al hacerse a sí mismos la "prueba", se marcan un límite tipo "a la cuarta copa, paro", pero para esa cuarta copa ya el licor ha hecho sus estragos y sucede entonces que el sujeto se pregunta "¿De qué me sirve parar ahora?".

En este punto la autoestima baja tanto, la "solución" se pospone para tan largo plazo, que la espiral no hace más que alimentarse y crecer a través de la dependencia. Todas estas consecuencias se hacen evidentes y los bebedores desean dejar de hacerlo, de manera que comienza el autoengaño y las promesas de cambio. Las familias, por su parte, se muestran dispuestas a creer en esas promesas expresadas con sinceridad, en tanto la enfermedad no hace más que avanzar.

## **Causas fundamentales del alcoholismo.**

Múltiples han sido los intentos por descifrar las causas que provocan las adicciones en los seres humanos. El hombre, en su empeño por descubrir y dominar todo aquello que le pueda privar de su libertad y el ejercicio de su voluntad, ha enfocado su mirada sobre muchos factores que pueden dar inicio y perpetuidad al comportamiento alcohólico hasta convertirlo en una enfermedad.

Para Grinspoon (en Colli, M. 2005), las investigaciones recientes han puesto en tela de juicio las ideas sobre las causas del alcoholismo que se han hecho populares tanto entre los profesionales como en el público común. Las consecuencias del abuso del alcohol sobre las emociones y la personalidad son fácilmente confundidas por causas, especialmente porque los alcohólicos tienen una memoria selectiva la cual revisan en un intento desesperado por encontrar a alguien o algo que culpar de su enfermedad. Los desórdenes ansiosos y depresivos, el comportamiento antisocial y los aparentes trastornos de la personalidad pueden llevar al alcohólico a ser profesionalmente atendido, pero generalmente tienden a ser más consecuencias que causas del alcoholismo. Por lo que estos autores abogan por los llamados estudios prospectivos en vez de confiar en los elementos recuperados de una memoria afectada por el alcohol.

A partir de este razonamiento expondremos algunas de las causas que, a nuestro juicio, constituyen elementos claves para comprender la dinámica del comportamiento alcohólico.

### **1. Orígenes Familiares:**

¿Cómo es una familia alcohólica?

Autores como Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss (1989), hablan de la "familia alcohólica". Todas las familias, fuese cual fuese su composición o edad de sus miembros pueden dividirse por motivos de conveniencia, en tres fases diferentes (primera, intermedia, tardía), basadas en el surgimiento secuencial de una serie de "temas de desarrollo".

La Primera Fase del desarrollo se caracteriza por una intensa actividad y rápidos cambios, llena de optimismo por el futuro y proyectos en juego. Es un momento donde todos trabajan para definir las reglas y las creencias que comparte el sistema familiar.

Cada miembro de la familia trae de su familia de origen sus propias ideas de cómo debe armarse la familia nueva. La lealtad hacia la anterior familia varía mucho de una persona a otra. En esta fase se distribuyen espacios, tareas, habitaciones, reglas de conducta sexual, reglas con las amistades de afuera, reglas para las visitas, etc.

Las familias alcohólicas, también atraviesan esta fase, pero el alcoholismo trae problemas en la formación de la identidad familiar. En caso de surgir el alcoholismo, la familia puede tomar dos caminos opuestos: oponerse a tal conducta o no hacerlo.

Si se elige el camino de la transacción, el alcoholismo puede convertirse en el "organizador familiar central", y el alcohol será incorporado en la identidad familiar. Como el alcoholismo es un estado de una familia con cierta predisposición genética, las bases de una futura identidad alcohólica son sembradas a menudo en la familia de origen, alcohólica.

La Fase Intermedia, se presenta en todas las familias, con tres características fundamentales:

Compromiso con una cantidad finita de "temas de organización centrales" para la vida de la familia.

Compromiso con un grupo de reglas estables y coherentes, respecto de las conductas y las relaciones en el seno de la familia. La familia puede decidir la ejecución flexible de las funciones, lo cual es preferible a la asignación de funciones estereotipadas e inflexibles.

Surgimiento de una serie de programas de conducta repetitivos para la organización de las rutinas familiares, para los acontecimientos especiales (feriados, vacaciones) y estrategias para la solución de problemas de la vida diaria.

Estos programas proporcionan coherencia y estructura a la vida de la familia, y su vez refuerzan y conservan (por medio de la ejecución repetitiva) los compromisos subyacentes y las reglas que la familia estableció.

Esta fase intermedia es la más prolongada en el tiempo y está dominada por "fuerzas reguladoras" más que por "fuerzas de crecimiento" (como en la primera fase).

En las familias alcohólicas, el alcoholismo invade las conductas reguladoras. Esto sucede cuando por ejemplo, el hecho de emborracharse se incorpora a las estrategias de solución de problemas. También, muchas veces las conductas rituales se modifican para adaptarse a un miembro alcohólico de la familia (como por ejemplo, cuando la familia no se reúne más en Navidad porque el padre se emborracha). Las rutinas cotidianas también pueden ser invadidas por el alcoholismo.

La invasión del alcohol produce una alteración en las "conductas reguladoras", en el sentido de que éstas se eligen en función de su compatibilidad con la conducta alcohólica y se desechan si son incompatibles con ella. Este proceso de invasión ocurre con lentitud, y la familia va realizando poco a poco sus adaptaciones al alcoholismo.

Las "conductas reguladoras" de la familia pasan ahora a cumplir la función de mantener la conducta alcohólica crónica.

En ese momento el funcionamiento familiar se vuelve más rígido, en el sentido de que aumenta la dificultad para desarrollarse y crecer. Los aspectos del crecimiento personal de los miembros de la familia son mal atendidos hasta el punto que cada integrante se las arregla como puede. Es probable que las declaraciones de los integrantes del grupo familiar se relacionen con el sentimiento de aburrimiento y distancia emocional.

En la última fase del desarrollo en las familias normativas, el enfoque se desplaza en forma gradual desde el presente hacia el futuro. En el final de la fase intermedia, es común que surja en la familia gran cantidad de pérdidas. Entre estas pérdidas figuran, no sólo situaciones críticas como por ejemplo, padres que se vuelven frágiles, hijos que se van de familia para formar otra, sino que también surgen cambios como el retiro o la disminución laboral. El segundo desafío que se plantea proviene de toda una serie de nuevas adquisiciones, nuevos miembros, nuevas ideas. Por ejemplo, los nuevos amigos de los hijos y las relaciones románticas traen consigo perspectivas y valores diferentes.

A medida que estas presiones crecen, el ambiente interior de la familia empieza a mostrar grietas, y es probable que se refuercen las conductas. Pero está establecido que cuanto más éxito obtiene

la familia en lo relativo a neutralizar las presiones de desarrollo engendradas por las pérdidas y los agregados, es más probable que se instaure cierta rigidez en el desarrollo.

En la última fase del desarrollo, la meta principal es entresacar todas las reglas, valores, y demás que componen la percepción compartida por la familia respecto a su identidad, así como también los aspectos más centrales, más claramente representativos de la esencia de la familia como grupo. En otras palabras, el tema central del desarrollo es la preservación de su identidad. Una buena metáfora con relación a este proceso es la noción de un "legado de familia", una especie de cápsula del tiempo donde la familia coloca los elementos que desea comunicar y dejar a las generaciones futuras.

Este proceso abarca dos pasos sucesivos. En el primer paso, la familia tiene que definir o identificar lo que quiere transmitir. Esto exige que se vuelva explícito lo que en la vida de la familia estaba implícito; lo que antes no se decía, ahora se proclama visiblemente. En el segundo paso, debe arreglárselas para transmitir este paquete condensado de temas, valores, y reglas a la generación siguiente.

En la última fase las familias alcohólicas, deben decidir si transmitirán o no a la generación siguiente el legado de familia alcohólica. La familia debe aclarar su posición en lo relativo al alcoholismo. El uso de conductas relativas al alcohol como parte de las estrategias de soluciones a corto plazo vuelve a ser discutido por algunos miembros de la familia.

Frente a la presión de tener que definirse respecto a su identidad alcohólica la familia se ve obligada a hacer una declaración explícita en relación con el alcoholismo. Por ejemplo puede responder pasando de un estado de consumo a uno abstemio, y tratar de dejar atrás al alcoholismo. En tal caso decimos que la familia abandonó su identidad alcohólica. Por otro lado la familia puede responder reiterando su negativa a dejar de beber y sin embargo continuar adaptando las conductas reguladoras al miembro alcohólico.

Señalan estos autores que en varios estudios efectuados se ha encontrado que los muchachos que tenían un padre alcohólico eran cinco veces más propensos a convertirse en alcohólicos que muchachos de familias con muchos problemas pero sin la presencia de estos. Todos conocemos

la importancia del papel que juega la familia en la formación y educación de sus descendientes, por lo que una familia donde exista al menos un miembro que consuma bebidas alcohólicas se convertirá en un transmisor de mensajes de legitimación y permisividad hacia el consumo de dichas sustancias.

El aprendizaje ocurre entonces, simplemente por imitación y las bebidas alcohólicas se erigen como elementos culturales aceptados en el proceso de formación de la subjetividad individual. Si además, el miembro de la familia que consume dicha sustancia es un elemento importante desde el punto de vista afectivo-emocional para la vida del niño o el adolescente entonces la imitación se hace consciente y voluntaria y el comportamiento alcohólico se convierte en un rasgo de identificación personal.

Cierto es también que el hecho de que el alcoholismo tienda a ser común en algunas familias no significa que el hijo o la hija de un padre o una madre alcohólica automáticamente desarrollará alcoholismo. Por lo que la presencia familiar de un miembro adicto no constituye una invariable saeta del destino sino un factor de riesgo más a tener en cuenta

Desde esta interacción familiar hemos hablado de las experiencias de aprendizaje más sutiles y menos conscientes; esas que ocurren aunque no se estructure conscientemente un patrón de enseñanza y los miembros, aunque beben en presencia de los más jóvenes, no les permiten a estos tales comportamientos. Que decir de aquellas familias que estimulan conscientemente tales actos, incluso en los primeros años de vida de su descendencia. Aquí el acto de ingerir bebidas alcohólicas es reforzado abiertamente y en no pocas ocasiones los afectos son condicionados por la presencia o ausencia del consumo debido a patrones culturales e ideas irracionales que asocian los conceptos de hombría y respeto al consumo del alcohol.

Ejemplo de ello lo constituyen frases tales como: “date un trago que tú eres un hombre.”, “Empínate ahí para que seas como tu padre”, “demuéstrale ahí a ellos que tú si eres un hombre (ofreciéndole la botella)”. Estas y muchas otras frases no son escasas, por desgracia, en nuestro medio y se erigen como los primeros empujoncitos hacia el padecimiento de una enfermedad crónica. Resulta curioso que ningún padre recibe con agrado la idea de un hijo diabético, o portador de un trastorno nefrítico o coronario, o un terrible cáncer. Y ante todas ellas buscan

desesperadamente ayuda especializada para evitar los daños y devolverle la salud a su hijo. ¿Por qué no ocurre lo mismo con el alcoholismo?. ¿Acaso todas ellas no nos conducen al mismo final?

## 2. Hipótesis Genética:

La discusión de esta causa parece estar hoy en día en la palestra internacional. La concreción del mapa del genoma humano ha ubicado un gen que afecta la función de una estructura de nervio-célula conocida co-receptor de dopamina D2 (DRD2), el cual influye en la actividad de la dopamina. Este gen también se encuentra en las personas con déficit de la atención, síndrome de Tourette y el autismo por lo que la asociación con todos estos trastornos neurológicos hacen creer a los expertos que no es una causa primaria del alcoholismo.

No obstante, autores como Goodwin defienden esta propuesta. Aunque la literatura señala a Vaillant en 1983 (en Colli, M. 2005) como un abanderado de la hipótesis genética, él mismo ha señalado que el soporte de sus resultados es débil. En sus reportes existen resultados de trabajos que han recogido correlaciones entre un 28 % a un 34 % de pacientes con familiares alcohólicos, pero él ha señalado lo dudoso de estos resultados cuando dice que muchos de estos hombres con familiares alcohólicos probablemente crecieron en ambientes donde la influencia del alcohol era significativa. Obviamente se confunden esta vez los determinantes genéticos con los ambientales. Su tesis también fue refutada pues los datos de su investigación fueron recogidos en Dinamarca (Copenhague) e interpretados en los Estados Unidos.

Desde nuestras concepciones dialéctico materialistas e histórico culturales partimos de reconocer la importancia de la interacción entre lo biológico y lo social como fuerzas que interactúan transformándose mutua y constantemente provocando la construcción de la subjetividad tanto individual como social y sus disímiles formas de expresión.

Tipos susceptibles de personalidad.

Según Greenspoon y Bakalar (1996) (Tomado de “Supuestos básicos para el tratamiento del Alcoholismo”. En Colli. M. 2005.), en alguna oportunidad se pensó que el alcoholismo era un

desorden de la personalidad, lo cual no es totalmente cierto. No existe una estructura definida de personalidad que conduzca irremediablemente a la adicción y su psicodinámica solo puede ser explicada teniendo en cuenta la constelación psíquica de cada caso. Sin embargo, es cierto que existen algunos tipos de personalidad que son particularmente susceptibles al abuso del alcohol. La personalidad histérica, la personalidad psicópata o antisocial y la personalidad limítrofe.

La relación interaccional entre la sociopatía y el alcoholismo es que la primera muy a menudo conduce al consumo del alcohol de forma abusiva a fin de violar las normas sociales y por ende, aparecen comportamientos antisociales completándose el ciclo. Además, las personas con personalidad antisocial comienzan a beber más temprano, beben más y tienen una tasa más alta de vida con problemas de alcohol que los alcohólicos no sociópatas. Así mismo la personalidad limítrofe con rasgos severos de impulsividad y breves episodios de psicosis también tienen una alta incidencia de alcoholismo.

Muy relacionado con los factores personológicos se encuentran los factores psicológicos. Existen características psicológicas que por su presencia y actuación en la dinámica subjetiva hacen más susceptible y vulnerable al individuo al consumo. Las personas con características dependientes, tímidas, que tienden al aislamiento y la soledad, con inadecuación de la autoestima, estilos de vida estresantes y actitudes positivas hacia el consumo, con pocos intereses, conflictos intra e interpsíquicos, baja tolerancia a la frustración, necesidades de reducir la ansiedad y pocas habilidades de adaptación al cambio y a las exigencias del medio circundante; son propensos a refugiarse en los efectos del alcohol para evadir el contacto con una realidad exigente. El accionar de este mecanismo de evasión, altamente patológico, lejos de ayudar y fomentar el desarrollo personal conlleva a la autodestrucción.

### 3. Factores causales relacionados con la realidad social y cultural del individuo.

Hasta ahora hemos centrado la atención en los factores internos del individuo y en la dinámica de sus interacciones más estrechas, entendidas como la red de relaciones filiales. Ampliemos un poco la mirada hacia el mundo circundante para observar cómo este espacio físico e interaccional macrosocial también participa de forma activa en la iniciación y mantenimiento del comportamiento alcohólico.

Si además de poseer cierta susceptibilidad genética, ciertas características psicológicas y una familia que potencia el consumo de alcohol. Nos encontramos con una sociedad cuyo sistema propagandístico estimula su consumo, facilita la adquisición del alcohol a través de su producción mayoritaria y diversificada y su ubicación en la mayoría de los establecimientos comerciales. Una sociedad que estimula una cultura de aprobación y actitudes socialmente positivas, a través de un sistema de creencias y mitos asociados a los metabeneficios que el alcohol tiene sobre la salud y su conjunción, para nada desdeñables, con la sexualidad y la hombría en una cultura eminentemente machista. Obviamente estamos cerrando un cuadro patológico donde la salud de la sociedad radica precisamente en la enfermedad de la misma.

Recordemos que lo particular se deriva de lo general, lo individual de lo social y viceversa. Estamos por tanto, perpetuando una sociedad peligrosamente enferma

#### 4. Otros factores:

Muchas otras causas se estructuran como posibles pudiendo, también, ser elementos causales importantes en la iniciación y mantenimiento de la conducta hasta degenerar en el alcoholismo como enfermedad.

- ? Evitación del síndrome de abstinencia: El consumo prolongado de alcohol lleva a que se produzca tolerancia a sus efectos, por lo cual el sujeto tiene que aumentar la cantidad de alcohol para conseguir la intoxicación. Es así como el organismo responde en forma adaptativa, provocando que las células nerviosas compensen gradualmente la presencia de alcohol con el fin de tener un funcionamiento relativamente normal.  
Si la sustancia se retira rápidamente del sistema, habrá un período de desajuste entre la retirada y la vuelta a la normalidad de las células nerviosas. Este es el síndrome de abstinencia que depende de muchos factores, individuales, sociales, ambientales y sociales. Los síntomas que surgen ante el cese del consumo pueden ser tan intensos que llevan a la persona a que siga consumiendo alcohol para evitarlos.
- ? Mecanismos de recompensa: Se postula que los individuos se hacen dependientes al alcohol por los efectos positivos de éste. El valor de recompensa del alcohol se define empíricamente por su efectividad de mantener la conducta de ingesta. Los beneficios

percibidos explicarían la dificultad de la abstinencia en ausencia de los síntomas de abstinencia.

Esta hipótesis no logra responder todas las preguntas con relación a la dependencia del alcohol. Por ejemplo no explica por qué los sujetos tardan en ser dependientes al alcohol, ya que los beneficios positivos de éste son percibidos por el bebedor muy tempranamente.

- ? Hipótesis adaptativa: Se considera la dependencia al alcohol como un intento por parte del sujeto de reducir el malestar que poseía antes de comenzar la ingesta de alcohol. La persona no encuentra otro medio mejor de adaptación al malestar, y la intoxicación de alcohol lleva a la larga a un incremento del malestar general mayor.

Muchos son los factores que inciden en esta problemática, desde las más sutiles razones personales hasta la influencia y determinación macrosocial. Inevitablemente la realidad es mucho más rica y variada que nuestra posibilidad de síntesis por lo que existen muchos otros elementos que se pierden en el entramado intrasubjetivo individual por lo que no pueden ser captados y reducidos a estas líneas.

Por tanto, no pretendemos brindar un conocimiento acabado de todas las causas existentes sin embargo, es necesario aclarar que todas estas causas descritas no pueden ser enfocadas como realidades independientes y mutuamente excluyentes sino que se configuran y se evidencian sin límites precisos en el decursar de la vida de los bebedores y de los que, aunque no lo son, conviven bajo las mismas banderas enarboladas en el entramado social constituyente de la realidad objetiva y son, por tanto, enfermos potenciales.

## **Clasificación Práctica del alcoholismo.**

Uno de los objetivos de este trabajo consiste en ofrecer una información lo más precisa y asequible posible sobre el alcoholismo de modo que pueda ser utilizada no solo por los profesionales y demás personas cuyas labores inciden directamente en el reestablecimiento de los pacientes alcohólicos, sino también como guía informativa y para la acción de los propios pacientes y su familia; así como todo aquel que desee profundizar sobre el tema.

Es por ello que consideramos prudente ofrecer una clasificación práctica del alcoholismo que sirva de referencia para conocer el proceso de evolución de la enfermedad y el punto de ubicación individual. A pesar de que conocemos las clasificaciones de Jellinek, Marconi y otras existentes en el mundo, solo expondremos aquí la propuesta por Ricardo González Menéndez y Ochoa (1992). Por esta la de más fácil comprensión y asimilación. Esta clasificación tiene el orden siguiente:

1. Abstinentes totales: Es el sujeto que nunca bebe. Representado aproximadamente por la mitad de la población mundial.
2. Bebedor excepcional: Es el sujeto que bebe ocasionalmente en cantidad limitada, 1 ó 2 tragos, y en situaciones muy especiales que no pasan de 5 en un año.
3. Bebedor Social: Se denominan así los sujetos que beben sin transgredir las normas sociales y no cumplen los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no les produce efectos biopsicosociales nocivos y mantienen su libertad ante este. Marconi, con criterios de cantidad y frecuencia de consumo, se refiere a una categoría equivalente a esta, que se ajusta a medios con grandes tasas de alcoholismo pero que en Cuba consideramos muy flexible en su límite superior. Esta categoría que él denomina consumo moderado de alcohol o bebedor moderado acepta la ingestión de bebida más de tres veces a la semana, de menos del equivalente a un cuarto de botella de ron, una botella, una botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación, e incluye también hasta no menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.

4. Bebedor Abusivo sin dependencia: Supera en cantidad y frecuencia los límites señalados socialmente. Esto es importante sobre todo porque al sobrepasar la cantidad referida, ingiere más del 20 % de las calorías de la dieta en alcohol, lo que en breve conlleva al establecimiento de dependencia física y al paso a la categoría siguiente.
5. Dependiente alcohólico sin complicaciones: Se establece la dependencia física, lo que se expresa clínicamente por la aparición durante la abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea, sudoración, diarreas, o cuadros de Delirium subagudo. Sin embargo, todavía no existen complicaciones cuya aparición señale el establecimiento de la próxima categoría.
6. Dependiente alcohólico complicado: Se instalan las complicaciones psíquicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica, los delirios celopáticos alcohólicos y la psicosis de Korsakov o aparecen complicaciones somáticas como polineuritis, cirrosis, cardiomiopatías y gastritis.
7. Dependiente alcohólico complicado en fase final: En esta etapa el deterioro físico, psíquico y social es notable y el paciente sigue el prototipo del skye row o el clochard, denominaciones inglesa y francesa de los alcohólicos vagabundos. Existe aquí reducción de la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. También se incluyen aquí los pacientes con severos cuadros de desnutrición y los que presentan cáncer de localización digestiva como consecuencia del efecto irritante local y disolvente de cancerígenos que tiene el alcohol.

También debemos agregar que según la evolución del alcoholismo este puede ser:

1. Continuo: Se mantiene la conducta abusiva sin etapas de atenuación.
2. Intermitente: Se logran periodos de atenuación o abstinencia durante meses.
3. Remitente: Se logran etapas prolongadas de abstinencia al alcohol donde el enfermo recupera su libertad ante el alcohol.

Ahora bien, obviamente no se nace alcohólico ni se vuelve alcohólico el ser humano en breve. El desarrollo de la dependencia al alcohol puede surgir en un período de 5 a 25 años, seguido de un

patrón progresivo relativamente consistente. Al inicio, el individuo experimenta una fase de tolerancia al alcohol, b cual resulta en la capacidad de consumir una gran cantidad antes que sus efectos adversos se noten.

La fase siguiente a la tolerancia se caracteriza por un deterioro de la memoria relacionada con los episodios del consumo y posteriormente se presenta una falta de control durante el consumo, en la cual el individuo afectado ya no puede suspender el alcohol en el momento en que lo desee. El comportamiento más grave se presenta durante fiestas prolongadas con consumo de alcohol, en las cuales hay complicaciones mentales o físicas asociadas.

Según Mann. 1958 (Tomado de “Supuestos básicos para el tratamiento del Alcoholismo”. En Colli. M. 2005.), este proceso de instalación se divide en tres etapas principales descritas del siguiente modo;

1. Síntomas iniciales: alcoholismo incipiente (periodo que consume unos 10 años). El sujeto, ya consumidor regular de bebidas alcohólicas, se hace promesas a sí mismo y a los demás: “La próxima vez me controlaré mejor “, “conozco bien los límites y nunca me propaso”. Miente deliberadamente respecto del número de tragos tomados o niega haber ingerido bebidas alcohólicas, aún ante la evidencia de lo contrario. Toma con rapidez y se queja de que otros “le hablan demasiado”. Suele tomar uno o más tragos antes de asistir a una reunión o espectáculo en los que se servirán bebidas. Tiene ciertos momentos escogidos para beber: antes de la comida, al término del trabajo, antes de cenar o de eventos especiales (citas importantes, teatro, reuniones, etc.), e igualmente con motivo de ciertos estados de ánimo: cansancio, nerviosismo, depresión. Sus hábitos de alimentación no están muy afectados, pero puede verse ya una tendencia a dejar sitio a la bebida durante las comidas y tratar de mejorar el apetito con licores especiales prolongando mucho el tiempo de ingestión de alimentos, etc.
2. Síntomas intermedios (ocupan de dos a cinco años a partir de la terminación del periodo anterior). Las promesas y mentiras son ahora más frecuentes y más graves pues el bebedor excesivo tiene que ocultar el hecho de que él bebe en forma diferente. Generalmente trata de crear el mito de que se detiene cuando quiere y sus engaños tienen por objeto apoyarlo, a pesar de que en su interior se da cuenta de su incapacidad. Al mentir y prometer persigue también otros fines: evitarse problemas en el trabajo, no exponerse a críticas,

prevenir escenas en el hogar. Se distingue por beber mayores cantidades y más rápidamente que sus amigos y por estar siempre preparado para la oportunidad de hacerlo.

Inicia la comida ya con cierto grado de intoxicación y su alimentación suele ser muy irregular e insuficiente, a horas inadecuadas y basándose en alimentos distintos a los del consumo hogareño cotidiano. Con frecuencia está irritable, cansado o deprimido y necesita “un trago” para sentirse mejor. Durante las últimas etapas de este periodo intermedio aparecen o se acentúan algunas manifestaciones importantes: el sujeto empieza a beber a horas que antes eran respetadas (durante el trabajo por ejemplo), bebe en forma solitaria, se excede durante el fin de semana pasándolo a veces en estado continuado de ebriedad manifiesta, bebe al despertarse e inicia la semana de trabajo en mal estado físico. Un dato importante y fácilmente reconocible es que su irritabilidad se intensifica durante los cortos periodos de abstinencia.

3. Síntomas tardíos: Alcoholismo avanzado que puede llegar hasta la pérdida de la salud mental, la muerte o la recuperación.

Ahora el alcohólico “bebe para vivir y vive para beber”, come muy poco y sin orden y permanece en estado de ebriedad en momentos muy inadecuados como en el trabajo, en una entrevista para lograr un nuevo empleo, en los oficios religiosos o en una cita importante. Sin embargo, muchos sujetos en esta etapa son capaces de causar una buena impresión en una primera entrevista y hasta llegan a convencer sobre su autocontrol.

Los olvidos de lo ocurrido durante el estado de embriaguez aumentan (lagunas mentales de la borrachera), los periodos de intensa y continua ingestión de alcohol son más prolongados dependiendo del estado financiero y de las condiciones físicas de la persona.

Esta es la etapa en la que se pierde el trabajo y se cae en la repetición de los fracasos laborales, descendiendo en la escala social y en la calidad del empleo. Como la adicción es ya grave, ha de conseguir dinero recurriendo a cualquier medida, aún corriendo el riesgo de enfrentar problemas con la justicia. La relación familiar es imposible o se ha perdido por lo que se evidencia el sufrimiento. Las complicaciones físicas y psicológicas

ya son una regla. Ahora bien es importante distinguir las etapas de consumo alcohólico por las que pasa el bebedor problema para llegar a ser alcohólico, que son según Ricardo González Menéndez (1995) las siguientes:

1. Etapa de consumo peligroso de alcohol.
2. Etapa de consumo dañino de alcohol.
3. Etapa de dependencia alcohólica.

#### 1 Consumo peligroso de alcohol:

Es cuando la cantidad y frecuencia de la ingestión supera la norma establecida por la sociedad. Aunque la misma no está bien precisada, es lo que valoramos como lo que consume alguien que bebe normalmente y que en el ámbito internacional se describe como la ingestión de bebidas en no más de dos ocasiones a la semana y una cantidad de alcohol que no supere el equivalente de un cuarto de botella de ron, o una botella de vino, o cinco medias botellas de cerveza por día de consumo.

También se le llama consumo peligroso a la embriaguez ligera (algún grado de euforia, disminución de la crítica fina y cierto grado de incoordinación motora suficiente para hacer peligrosa la conducción de un vehículo) que aparece más de una vez al mes, es decir más de doce veces al año. Según este autor la embriaguez ligera es el estado en que termina quien ha jugado una partida de dominó en la que cuatro jugadores se tomaron una botella de ron.

#### 2 Consumo dañino de alcohol:

Es el estado al que se llega por la vía del consumo peligroso, se establece cuando aparece algún dañino inicial físico (como gastritis, diarreas), o psíquico (cuadros de depresión o ansiedad); y también cuando se evidencia un daño social reiterado (pérdidas repetidas de trabajo o parejas amorosas producto de la bebida).

#### 3 Dependencia alcohólica:

Es cuando a los pasos anteriores (consumo peligroso y consumo dañino) se agrega la esclavitud progresiva ante las bebidas alcohólicas de manera que éstas poco a poco se van convirtiendo en el interés principal de la persona hasta el punto de necesitar cada vez más el consumo, ya que al interrumpirlo manifiesta diferentes tipos de malestares.

Agrega este autor que al consumo peligroso es el llamado alerta de que se evoluciona hacia un alcoholismo y que de mantener dicho patrón de consumo el sujeto caerá en garras de la toxicomanía (Mullen, K., 1987. Tomado de “Supuestos básicos para el tratamiento del Alcoholismo”. En Colli. M. 2005.)

El consumo dañino es la forma inicial y benigna del alcoholismo, siendo la dependencia alcohólica el alcoholismo avanzado que después presentará graves complicaciones hasta llegar a su estado final de deterioro en el que el sujeto prácticamente se convierte en vagabundo.

Resulta paradójico, después de haber hecho un recorrido por las graves consecuencias del alcohol sobre la salud física, psicológica y social de los seres humanos, ver cómo la enfermedad crece paulatinamente a pesar de que es la única que se gestiona. Claro que existen varias razones que hacen verdaderamente difícil contrarrestar la aparición del consumo del alcohol y su degradación hasta convertirse en enfermedad.

Uno de estos puntos lo constituye la estimulación social en todas sus manifestaciones, las cuales ya abordamos anteriormente. Lo segundo es la cantidad de concepciones erróneas que han permitido la legalización y estimulan el consumo de la sustancia:

- ? Favorece el desempeño sexual.
- ? Aumenta la temperatura corporal. “Para entrar en calor.”
- ? Mejora la digestión.
- ? Favorece el sueño.
- ? Favorece el desempeño personal.
- ? Te ayuda a olvidar las penas.

Si bien estas concepciones, que provienen de la sabiduría popular, tienen elementos verdaderos no constituyen toda la verdad acerca del consumo de alcohol. El exceso en el consumo de esta sustancia tiene serias repercusiones en el ser humano.

Otra trampa del alcohol lo constituye su incidencia sobre la corteza cerebral y el hipotálamo. El cerebro se divide en varias partes, una de las cuales es de sumo interés para nosotros. El sistema nervioso autónomo e hipotálamo, justamente donde se crea la necesidad de ingerir alcohol.

El hipotálamo es una parte del encéfalo del tamaño aproximado de una cereza, que se localiza detrás de los globos oculares. Es un importante regulador de diversas funciones automáticas, como muchas vinculadas con el sistema hormonal. También regula la función cardíaca y la presión arterial, así como la temperatura corporal, el hambre y la sed, el equilibrio del agua, parte de la conducta emocional y del sueño.

El alcohol sale de los vasos sanguíneos y toca de manera directa al hipotálamo. Este insulto del alcohol sobre el hipotálamo es la causa del alcoholismo. La acción directa del alcohol en el hipotálamo no se puede reparar, es la causa por la cual el alcohólico nunca podrá tomar alcohol de una manera ocasional.

Estas consecuencias neurológicas son las que hacen que el alcoholismo sea crónico e irreversible pues los daños causados en estos sistemas, apreciados en trazos de muerte neuronal, no pueden ser recuperados por lo que la enfermedad se convierte en incurable. Esta palabra puede resultar altamente fatalista sino se comprende cual es su dinámica real. El hecho de que la enfermedad sea incurable no habla, ni mucho menos, de su curso indetenible e irremediable hacia la muerte.

Todos los síntomas y consecuencias pueden detenerse y eliminarse, excepto las grandes alteraciones neurológicas de los estadios finales de la enfermedad, si el sujeto acude a recibir la ayuda especializada. El cuadro alcohólico puede detenerse y el sujeto puede rehabilitarse. Puede mejorar su salud física y psicológica así como recuperar la confianza de sus familiares a través de un comportamiento responsable. Pero lo cierto es que la predisposición al consumo se mantiene, la huella grabada en nuestro cerebro queda ahí para toda la vida por lo que el individuo no puede probar nunca más la bebida si desea recuperar lo salvable y no llegar a la muerte.

Desgraciadamente tienen que pasar muchos años y muchas cosas negativas para que una persona decida buscar ayuda e iniciar la rehabilitación. Estoy plenamente de acuerdo con Girón. (Girón, 1995. Tomado de “Supuestos básicos para el tratamiento del Alcoholismo”. En Colli. M. 2005.),

en que existen seis etapas previas por las que un alcohólico debe pasar antes de comenzar un tratamiento:

1. Reconocer que tiene problemas con el alcohol. (No niego).
2. Reconocer su impotencia frente a la dependencia del alcohol (Yo solo no puedo).
3. Aceptar que puede recibir ayuda (Necesito ayuda).
4. Aceptar que debe demandar la ayuda (Pido ayuda).
5. Aceptar la ayuda que se le ofrece.
6. Aceptar la abstinencia del alcohol y cambio de estilo de vida como metas.

1. La Negación de la enfermedad evita el sentimiento de culpa que puede sentir el paciente cuando acepta que es el culpable del desastre probable de su vida. Esta aceptación tiene una arista social, ya que significa que deberá aceptar los roles que hasta el presente ha negado: el pesado, el marginado, el agresivo, el gracioso pasado, el de problemas sociales, judiciales y económicos, etc.

2. No reconoce su impotencia ante la dependencia.

- a) El sentimiento de impotencia es casi intolerable al alcohólico, ya que significa ser incapaz.
- b) Lleva un mensaje que se esconde tras la posición anterior “Yo puedo resolver mis problemas”.

3. No reconoce la necesidad de ser ayudado.

Generalmente el alcohólico no reconoce esta necesidad, ya que es a menudo protegido por compañeros de trabajo, frente al jefe, o en la familia por la esposa. Quienes pagan el daño ocasionado por el alcohólico son realmente esas personas. Por ello quien realmente necesita la ayuda es el familiar o persona que esté junto al alcohólico. Esta persona es casi siempre la esposa o la madre quien presenta la petición de tratamiento después de haber agotado sus amenazas de separación, de haber tratado infructuosamente de adaptarse a toda una serie de disfunciones maritales y familiares para que el paciente reconozca la necesidad de ayuda. Es por ello que resulta necesario, destaca Girón, que el individuo sufra por las consecuencias de sus actos hacia las personas que le rodean. O sea que parece casi necesario que sea abandonado por la esposa, sancionado en su trabajo, repudiado por sus hijos y/o familiares.

4. Aceptar que debe demandar la ayuda (pido ayuda).

Es este el paso necesario para iniciar un tratamiento con un alcohólico. Esto no ocurre usualmente, ya que el alcohólico casi nunca tiene la información suficiente para por sí solo caer en este paso y necesita por tanto, de la explicación de su terapeuta para ello. Pero muy de acuerdo con este autor en que es a partir de aquí que comienza la terapéutica realmente aunque, como bien él señala, es aconsejable que siempre que el paciente nos haga una petición de ayuda sienta la necesidad de ser ayudado. Porque pueden estarle moviendo necesidades de tipo legal, laboral o familiar

5. Aceptar la ayuda que se le ofrece.

Aquí lo esencial es que el paciente sienta que él puede con el problema, que lo importante no es la dependencia, sino la solución que se pretende dar al problema, aunque sabemos que la demanda de ayuda se produce en momentos de crisis, entendida aquella como una situación inhabitual que cuestiona la dependencia como autosolución (problemas médicos, delirium, quiebra económica, insostenible situación social, etc). Por lo que este resulta un momento sumamente difícil.

6. Aceptar la abstinencia del alcohol y cambio en el estilo de vida.

El síntoma de dependencia alcohólica inactiva el proceso de cambio en las personas y la demanda presenta una paradójica situación: el paciente viene a cambiar algo que lo deje como mismo estaba antes. Sistémicamente hablando se produce una demanda para mantener la homeostasis o equilibrio. Pero no obstante, estas situaciones, dice este autor, presentan una gran resistencia a ser cambiadas. El terapeuta debe precaver el aceptar una delegación, es decir, aclararle al paciente y a su familia que él guía, pero no puede cambiar por ellos, lo cual activa o tiende a activar el sistema hacia el cambio.

Como vemos el alcoholismo es un fenómeno muy complejo que involucra toda la dinámica de la vida física, psicológica y social de las personas y que no se hace evidente hasta muchos años después de iniciarse el consumo, por lo que se convierte en una enfermedad peligrosa, por su enmascaramiento y la resistencia a ser aceptada. No obstante existen una serie de síntomas y complicaciones que, aunque no tienen que estar todos presentes, delatan el tránsito de un individuo por el alcoholismo como enfermedad y que expondremos como cierre del presente capítulo.

## SÍNTOMAS FUNDAMENTALES

Tolerancia de los efectos del alcohol.

Necesidad diaria o frecuente de alcohol para su función diaria.

Pérdida de control con incapacidad de interrumpir o reducir el consumo de alcohol.

Dar excusas para beber.

Episodios de pérdida de memoria asociados al consumo de alcohol (ausencias negras).

Episodios de violencia asociados al consumo de alcohol.

Deterioro en las relaciones sociales y familiares y en la responsabilidad laboral.

Ausentismo laboral.

Inexplicable mal genio.

Conducta que tiende a esconder el alcoholismo.

Hostilidad al hablar de la bebida.

Negarse a la ingesta de alimento.

Negar la apariencia física.

Nauseas y Desvanecimiento.

Vómitos.

Vacilación por las mañanas.

Dolor abdominal.

Calambres.

Entorpecimiento y temblores.

Enrojecimiento y capilares de la cara dilatados (especialmente en la nariz).

Confusión.

Temblores e incontroladas sacudidas del cuerpo.

Cansancio y agitación.

Insomnio.

Pérdida de apetito e intolerancia a toda la comida.

Alucinaciones.

Taquicardia.

Sudoraciones.

Convulsiones.

Problemas en la lengua.

Lagrimeo.

## COMPLICACIONES

- ? Pancreatitis aguda y crónica.
- ? Cardiomiopatía alcohólica.
- ? Neuropatía alcohólica.
- ? Varices esofágicas sangrantes.
- ? Degeneración cerebral.
- ? Cirrosis hepática.
- ? Complicaciones de la abstinencia alcohólica.
- ? Depresión.
- ? Disfunción en las erecciones.
- ? Síndrome fetal alcohólico en los hijos de mujeres alcohólicas.
- ? Aumento de la presión arterial.
- ? Incremento en la incidencia del Cáncer.
- ? Insomnio.
- ? Deficiencias nutricionales.
- ? Suicidio.
- ? Síndrome de Wernicke-korsakoff.

## **Capítulo Metodológico.**

La necesidad de un referente metodológico, que guíe los pasos de los investigadores hacia el logro de sus objetivos, hace que este capítulo no solo aparezca explícito en este trabajo sino que también se convierta en el alma de la investigación misma. Nuestros pasos, científicamente apoyados, recorrerán, o al menos intentarán hacerlo, los escollos y misterios de una problemática especialmente acuciante en nuestra sociedad a la luz de los saberes de la metodología cualitativa. Una metodología que surge por las dolencias del positivismo lógico y las ciencias duras para dar respuestas a preguntas cruciales como la diferencia intersubjetiva entre las personas.

En este escalón de la sabiduría aparecía un hoyo de ignorancia que la metodología cualitativa no lograba descifrar. Ya no bastaba con entender a la persona en su individualidad; había que entenderla también en su entramado intersubjetivo, en su red de relaciones sociales, en su intercambio con el medio. No bastaba con contar o aplicar lo sabido. Había que comenzar a observar más detenidamente al ser humano a fin de encontrar las respuestas.

A partir de las debilidades de los viejos métodos para explicar los disímiles fenómenos humanos comenzaron a aparecer explicaciones y modos de abordaje de dicha problemática de la mano de diferentes enfoques: la antropología, la sociología y la psicología constituyeron los pilares fundamentales en la construcción de un nuevo método: la Investigación Cualitativa. Método que constituirá el arsenal fundamental y el único camino de esta investigación.

Una larga historia de grandes personajes y excelentes trabajos han construido esta metodología a todo lo largo de lo que constituyen sus 6 períodos esenciales de desarrollo:

1. Inicios de la investigación cualitativa.
2. Etapa de consolidación.
3. Etapa de sistematización.
4. El pluralismo.
5. La doble crisis.
6. El momento actual.

La exposición de cada una de estas etapas resulta innecesaria a los objetivos de este trabajo. Por lo que solo citaremos algunas grandes personalidades que construyeron con su quehacer investigativo esta metodología.

Frederic Leplay (en Rodríguez, G.; Gil, J. Y García, E. 1999), sociólogo e ingeniero, escribió en 1855. “Les ouvriers européens” (Los obreros europeos). Utilizando la observación participante que sistematizaría en su obra posterior. El método de la observación. (La méthode de observation. 1879).

Jacob Riis (1890), fotógrafo norteamericano titula en 1890 uno de sus trabajos “How the other half lives” (Cómo vive la otra mitad). Donde ilustra los abatares de la pobreza humana.

En Gran Bretaña entre 1851 y 1862 aparece el periodista británico Henry Mayhew (en Rodríguez, G.; Gil, J. Y García, E. 1999.) con su obra “London labour and the London poor” (El Londres trabajador y el Londres pobre). Esta obra constituye el primer intento de publicar la historia de un pueblo de boca de la propia gente.

Charles Booth (en Ponce, A. 2002). Sociólogo británico también y contemporáneo con los dos anteriores, presenta en 1892 su más famosa obra “Life and labour of the people in London.”

“Comunidad y Sociedad”, de Ferdinand Tönnies.

“Falways”, de W. Summer.

“La teoría de la clase ociosa”, de Th. Veblen.

“La ética protestante y el espíritu del capitalismo”, de M. Weber.

“El Cohetto”, de L. Wirth.

“El hombre marginal”, de R. Park.

“Los partidos políticos”, de R. Michels.

“El inmigrante polaco”, de W. Thomas y F. Znaniecki.

“La muchedumbre solitaria”, de L. Riesman.

Y tantas otras constituyen los primeros pasos que se consolidan más tarde en un período que va desde le 1900 hasta el inicio de la Segunda Guerra Mundial y cuya figura principal fue Malinowski. Sus trabajos en Nueva Guinea (1914-1915) y en las Islas Trobiand (1917-1918) resumidas en su obra Argonauts of the western pacific: an account of the native interprise and adventure in the archipiélagos of Milanesian New Guinea, publicado en 1923 (en Malinowski, B.

1986.), nos lega los principios de una nueva etnografía caracterizada por la participación, la observación y la interrogación.

El otro gran nombre para la antropología es el de Margaret Mead. Quien publica en 1928 “Coming of age in Samoa: a psychological study of primitive youth for western civilisation.” (en Rodríguez, G.; Gil, J. Y García, E. 1999.) La obra de Mead nos transmite la importancia de tener en cuenta, para toda investigación cualitativa, los conceptos de diversidad y límites en la plasticidad y adaptabilidad humana.

En la escuela de Chicago se realizaron grandes aportes destacándose figuras como Anderson, Cressy, Trasher, entre otros. Pero sobresaliendo los trabajos sobre la vida de delincuentes juveniles de Sutherland. 1937 (en Sarabia y Zarco. 1997) y el clásico estudio de Thomas y Znaniecki en 1927 ( en Sarabia y Zarco. 1997), sobre la vida de los emigrantes y sus familias en Polonia y los Estados Unidos. Los cuales convirtieron a esta escuela en un gran laboratorio social entre los años 1910-1940.

Por su parte William I. Thomas, sociólogo norteamericano, va a ser junto con Znaniecki uno de los autores que, desde la sociología, más va a aportar a la evolución de la investigación cualitativa en esta época. En su obra cumbre: “The polish peasant in Europe and America. 1927.”, utiliza métodos de investigación novedosos para aquel entonces dentro del marco académico, entre los que se destacan la compilación de biografías y documentos personales.

El mérito más importante radica en que nunca perdieron de vista que la causa de todo fenómeno social no es el fenómeno social o individual por sí solo sino la combinación de ambos. De ahí el postulado que lo inmortaliza en el mundo de las ciencias psicológicas:

“Si los hombres definen situaciones como reales, estas serán reales, al menos en sus consecuencias”. Definiendo cómo las personas no solo responden a los rasgos objetivos de una situación dada, sino también, y con mayor frecuencia, al significado que para ellas tiene dicha situación.

Otro gran texto que se enmarca en este período, surge con el nombre de “Streets corner society”, publicado en 1943 por W. F. Whyte (Ponce, A., 2002). Este texto consiste en el estudio de la

vida cotidiana de un barrio de pobres, residentes italoamericanos de Boston bajo el seudónimo de Corneville. Este texto es el resultado de una larga experiencia de observación participante donde se presta especial interés al proceso de introducción y pertenencia a la comunidad y el trabajo con los informantes claves.

En la etapa de sistematización, que oscila entre el final de la Segunda Guerra Mundial y el inicio de la década de los setenta, los investigadores intentan realizar estudios rigurosos sobre importantes procesos sociales. Por esta razón aparecen toda una serie de textos a través de los cuales se intentan formalizar los métodos cualitativos (Bogdan y Taylor, 1975; Cicourel, 1964; Filstead, 1970; Glaser y Strauss, 1967; y muchos otros). Aquí aparecen nuevas teorías interpretativas en virtud de escuchar, estudiar y conocer los sectores más populares de la realidad, de este modo surge la etnometodología, la fenomenología, la teoría crítica, el feminismo, etc. En esta etapa va a surgir también un conjunto de prácticas educativas que bajo el nombre de Educación Popular beneficiarían a los sectores populares, como su nombre lo indica, a raíz de una nueva perspectiva de cambio social liderada por el brasileño Paulo Freire.

En el pluralismo los enfoques positivistas y conductuales le ceden espacio a una perspectiva creciente, pluralista, interpretativa y más abierta que parte de las representaciones sociales y sus significados. Se continúa la batalla, ahora con un mayor número de seguidores, por entender los fenómenos objetivos desde los espacios subjetivos e interaccionales.

Como indicadores del principio y el final de esta etapa Denzin y Lincoln (1994), señalan dos obras de Geertz: "The interpretation of cultures" (1973) y "Local Knowledge" (1983). A través de las cuales se argumenta que los anteriores enfoques, caracterizados por su carácter positivista y totalizador, iban cediendo espacio a una perspectiva más pluralista, interpretativa y abierta que toma como punto de partida las representaciones culturales y sus significados.

En la actualidad la investigación cualitativa puede resumirse a través de una excelente definición realizada por Lincoln y Denzin en 1994 y que resume de manera magistral toda la historia anterior.

"La investigación cualitativa es un campo interdisciplinario, transdisciplinar y en muchas ocasiones contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. La

investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo. Es multiparadigmática en su enfoque. Los que la practican son sensibles al valor del enfoque multimetódico. Están sometidos a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana. Al mismo tiempo el campo es inherentemente político y construido por múltiples posiciones éticas y políticas.” (Denzin y Lincoln. 1994. pág. 576.)

Esta es su historia. Pero, ¿Qué es la metodología cualitativa? Y ¿Por qué su elección como guía metodológica para este trabajo?

La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos a través de una serie de técnicas e instrumentos, cuya reglamentación técnica y operativa tienen un rigor muy fuerte, y que son potencialmente enriquecedores por su implicación directa en la realidad social.

Es, al igual que la metodología cuantitativa, un conjunto de técnicas para recoger datos sin embargo, la metodología cualitativa es mucho más que eso. Es un modo de encarar el mundo empírico que se caracteriza porque:

- ✍ Los investigadores siguen un diseño flexible, comienzan sus estudios con interrogantes solo vagamente formuladas. Desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas.
- ✍ El investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística: las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables sino considerados como un todo. A través de este enfoque se estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en que se hallan.
- ✍ Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio, son naturalistas e interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo. Intentan reducir el efecto que ellos causan sobre las personas estudiadas logrando confianza y buen rapport.

- ✍ Los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para comprenderlas cómo ven ellas las cosas, tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- ✍ El investigador cualitativo aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Trata de ver las cosas como si ellas ocurrieran por primera vez, nada se da por sobreentendido
- ✍ Para el investigador cualitativo todas las verdades son valiosas. No busca la verdad única, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todas se las ve como iguales, es tan importante la perspectiva del delincuente como la del Juez o el consejero. En los estudios cualitativos, aquellas personas que la sociedad tiende a ignorar (los pobres y los desviados) a menudo encuentran un foro abierto para exponer sus puntos de vista.
- ✍ La validez de la investigación cualitativa radica en observar a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente, viendo los documentos que producen, obteniendo conceptos directamente de la vida social y no filtrado por conceptos teóricos y definiciones operacionales. Mientras que los investigadores cualitativos subrayan la validez, los cuantitativos hacen énfasis en la confiabilidad de los instrumentos y la capacidad de reproducir la investigación
- ✍ La investigación cualitativa es humanista porque no reduce las palabras y actos de la gente a ecuaciones estadísticas, perdiendo de vista el aspecto humano de la vida social. Es además un arte porque el investigador es una especie de artífice, está alentado a crear su propio método. Sigue algunos lineamientos orientadores, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador, pero el investigador no es esclavo de un procedimiento o técnica.

Para Erickson (1989), la metodología cualitativa es en esencia un instrumento para captar el significado auténtico de los fenómenos sociales a través de una serie de técnicas interpretativas que pretenden descubrir, descodificar, traducir y sintetizar el significado de dichos fenómenos.

Por todo lo anterior es que la metodología cualitativa se constituye, quizás, como la mejor y única manera de abordar una realidad eminentemente social; cargada de significados históricos e individuales que nunca serían totalmente esclarecidos desde un conteo de casos o una sumatoria

abrumadora de causas generales sino desde la mirada individualmente sentida del alcoholismo como enfermedad y como flagelo social.

Transitando por el estudio de las principales características de la metodología cualitativa y sus métodos fundamentales, descubrimos que nuestra investigación no puede ni debe ceñirse a un método específico de la misma sino que comparte características de algunos de ellos.

Los objetivos de nuestra investigación la relacionan con diversos métodos de investigación según el propósito de cada uno de ellos. El primer gran objetivo consiste en identificar las posibles causas del alcoholismo en la comunidad. Comprender cómo los alcohólicos estructuran su enfermedad. Qué sentidos y significados tiene la misma para ellos. Lo cual nos sumerge en las raíces del método fenomenológico por excelencia a partir del cual se develan los significados vividos y existenciales de la experiencia vital, de la cotidianidad de las personas en su entorno socio-cultural. Y es justo esto lo que buscamos: develar los significados que los individuos dan a su experiencia ya sea como individuos alcohólicos o familiares de los mismos.

La fenomenología, con sus técnicas e instrumentos, nos ayudará a conocer los secretos subjetivos e individuales de un fenómeno socialmente compartido, permitido y estimulado aunque, paradójicamente, también funesto y devastador.

Hasta aquí parecería que nuestro trabajo se contentará con entender un fenómeno tan antiguo y trillado. Sin embargo, nuestras pretensiones son menos pasivas. Este entendimiento no es más que el punto de apoyo y de partida hacia un hacer activo y transformador que al menos intente, sino lo logra, un cambio social en la mirada y el abordaje del alcoholismo en la comunidad.

Un segundo objetivo más dinámico y esperanzador no puede ser materializado sino desde una perspectiva de investigación-acción donde lo obtenido se convierta en catapulta hacia el cambio y desarrollo; otro momento de nuestra investigación que no se separa del primero en el tiempo sino por razones epistemológicas: El trabajo terapéutico con los alcohólicos, sus familiares y los programas de acción comunitaria son las herramientas fundamentales que enlazan nuestra práctica con los referentes teóricos de una investigación participativa.

Sin embargo, nada de esto sería posible si no estuviéramos dentro del campo de acción concreto. La permanencia de los investigadores en el campo, y no solo la permanencia sino la pertenencia al mismo es un elemento decisivo en este estudio y transformación social. Entender la subjetividad de los alcohólicos, los familiares y como la sociedad en general y los referentes culturales potencian y estimulan o frenan o inhiben el desarrollo de la conducta alcohólica es solo posible desde la pertenencia y la permanencia en dicha cultura. Y más aún, la implementación de programas sociales se verá favorecida por el lugar que ocupe el investigador dentro de la comunidad en estudio. Obviamente estamos hablando del método etnográfico y su importancia en esta investigación.

Como han visto este trabajo comparte varios métodos que se interrelacionan y se complementan. Al final no sé si nos encontramos ante la presencia de un método etno-fenomenológico de acción participativa o una fenomenología etnográfica transformadora u otro nombre cualquiera. Lo cierto es que nuestra intención dista mucho de implementar un eclecticismo ortodoxo a fin de complimentar algoritmos teóricos. Mejor, buscamos un pragmatismo flexible que ayude en la consecución de nuestro trabajo y redunde en la mejora de la calidad de vida de nuestra comunidad.

Por tal motivo nuestro trabajo tiene como tema el estudio de los factores que inciden en la iniciación y/o mantenimiento de la conducta alcohólica en la comunidad de Bahía Honda.

Nuestro problema radica justamente en comprender, desde la perspectiva cualitativa, la dinámica del alcoholismo en la comunidad de Bahía Honda. Teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno, supone un enfoque multidimensional que abarque los principales factores que inciden en la iniciación y/o mantenimiento de la conducta alcohólica. Para lo cual se hace imprescindible el abordaje de dicha problemática desde tres realidades, a mi juicio, cruciales en la composición del rompecabezas, literalmente hablando, que intentamos estructurar. La primera de las piezas componentes que debemos abordar es la estructura comunitaria, la participación de la comunidad como el espacio sociohistórico donde se soporta la conducta alcohólica en sí misma.

La segunda pieza la compone el grupo en sí mismo. El grupo de alcohólicos con el cual se va a realizar parte de la investigación y la acción terapéutica.

La tercera y última pieza está ubicada ya en los márgenes psicológicos intrapsíquicos de los seres humanos donde se materializa el comportamiento alcohólico.

A partir de la idea del abordaje multidimensional del fenómeno del alcoholismo me doy a la tarea de elaborar el andamiaje necesario para la estructuración de este trabajo siguiendo los siguientes objetivos.

Objetivo General:

- 1.- Comprender cómo los diversos factores sociales e individuales en su formación interactiva generan y alientan el comportamiento alcohólico en la comunidad de Bahía Honda. Entender cómo los alcohólicos estructuran su enfermedad, sus redes psicológicas de sentidos y significados y el espacio de participación de la comunidad en estas estructuraciones individuales.

Objetivos Específicos:

- 1.- Identificar cómo la comunidad, en su engranaje de interacciones sociales participa en la iniciación, mantenimiento y legitimación de la conducta alcohólica.
- 2.- Crear un espacio de interacción grupal que facilite la apertura de los integrantes conformándose como espacio de acción terapéutica en sí mismo y a la vez nos brinde el material necesario para el análisis desde la perspectiva grupal.
- 3.- Profundizar en el estudio de la dinámica intrapsicológica que estructura a nivel individual el comportamiento alcohólico.
- 4.- Fomentar el desarrollo de una cultura antialcohólica mediante la expansión del conocimiento de causas y estructurar líneas de acción comunitaria que, basadas en el trabajo con las causas esenciales, posibilite la comprensión del fenómeno del alcoholismo y su disminución en la comunidad.

Técnicas a utilizar:

- 1.- Observación Participante. La creación de un grupo de alcohólicos me permitirá el estudio de las interacciones sociales de los individuos, aclarar sus razones, justificaciones, motivos y todas las demás interrogantes que encuentran espacio de reflexión y comprensión solo en los marcos grupales. Así como la posibilidad de simultanear la investigación con el accionar terapéutico, objetivo cúspide de toda investigación social.
- 2.- Entrevistas enfocadas en profundidad. Esta técnica se orienta hacia la obtención de información de otros observadores que conforman el entorno social de los alcohólicos pero que no lo son. Esta sería la mirada del problema desde otro ángulo. El abordaje de la red familiar, amistades, médicos y todas las personas que nos puedan brindar información sobre el tema.
- 3.- Estudio de caso. Teniendo en cuenta que en materias humanas donde intervengan los factores subjetivos, tan compartidos y a la vez tan exclusivamente individuales, no se puede pretender hallar verdades absolutas y definitivas que den al traste con las interrogantes planteadas; considero oportuno aplicar el estudio de caso para ejemplificar con profundidad como actúan las diferentes causas a partir de las construcciones subjetivas que de ellas han hecho los individuos. Las causas y los significados en interacción y relación modificándose en un proceso individual y eterno de cambio serían ejemplificados en algunas historias personales con el objetivo de ayudar a entender desde lo individual un fenómeno universalmente compartido.

## **Trabajo de campo y resultados.**

La problemática del alcoholismo en mi comunidad siempre constituyó un punto de interés en mis proyecciones investigativas. Tres años de observación del comportamiento alcohólico y de las reacciones, de apoyo o rechazo de la comunidad ante el mismo me condujeron a que, por fin, este punto se convirtiera en el *leit motiv* de una investigación que comenzó aproximadamente hace un año y medio con la búsqueda de aquellas personas que pudieran brindar una información verídica de la comunidad. Comenzó entonces la selección de los informantes claves para construir el pasado y el presente de la comunidad y entender su progreso hacia el establecimiento del alcoholismo como un problema de salud social y nunca individual como muchos, erróneamente suelen pensar.

Varias fuentes de información fueron libadas para obtener la información necesaria, primeramente realicé una serie de entrevistas enfocadas en profundidad a las principales personalidades del municipio que pudiesen tener elementos valiosos para la investigación. De esta manera fueron entrevistados:

- ✍ Máximo Vieyto. Historiador del municipio.
- ✍ Ana Bertha Ferrer. Directora del Museo Municipal.
- ✍ Maurilio Concepción. Historiador y figura cimera en el conocimiento de las raíces africanas de la comunidad.
- ✍ Moisés Alfonso. Estadístico de la Empresa de Comercio y Gastronomía.
- ✍ Pedro Lazo Rodríguez. Presidente del Tribunal Municipal.
- ✍ Israel Hernández. Secretario del Consejo de Administración del Poder Popular.
- ✍ Jorge Hernández. Director del Policlínico Municipal “Manuel Gonzáles”.
- ✍ Milay Mondeja. Responsable del programa de prevención de Drogas y Suicidio.
- ✍ Mercedes Amador. Estadística Principal del Centro de Higiene y Epidemiología.

El contacto directo a través de la observación participante con las personas alcohólicas y acompañantes constituyó sin dudas una de las fuentes de mayor riqueza en la construcción del conocimiento del problema en cuestión. El día a día con muchos amigos y conocidos reunidos en cualquier lugar y por cualquier motivo donde, muchas veces, la más pomposa celebración se erigía alrededor de la caída de una botella y otra y muchas más. Fue el mayor testimonio de

causas, efectos, conflictos, sueños, frustraciones, anhelos, alegrías y destrucciones en la vida de todas esas personas que, sin saberlo, constituyen el alma de esta investigación.

Gracias a todas estas personas y nutrido de sus criterios pensados y muchas veces sentidos, hoy puedo sentarme a redactar lo que constituirá el informe final de esta investigación.

Las entrevistas enfocadas en profundidad realizadas a dichas personas nos aportaron un cúmulo de información indispensablemente valiosa sobre la comunidad el cual será expuesto de forma sintetizada según las pretensiones de nuestro estudio. Todo lo que a continuación se expone es, por tanto, el resultado de los análisis de las entrevistas realizadas a dichos informantes y el análisis de documentos históricos ubicados en el Museo Municipal de Bahía Honda.

### **El primer paso para entender el problema: La angustia histórica.**

La memoria es el taller de la existencia.

***José Martí.***

Indiscutiblemente no se puede lograr una comprensión, lo más cercana posible a la realidad del presente si no se vuelca la mirada sobre ese fantasma intangible y desmesurado, que alguien llamó alguna vez tiempo; en busca de las huellas de pasos pasados que dejan de serlo ante los ojos constructivos de quien mira, para convertirse en la imagen hacedora de esa huella. Este proceso subjetivo de construcción de una realidad recreada, llamada historia, constituirá una de las herramientas que desmontará la maleza del camino hacia la comprensión del estado actual de la comunidad de Bahía Honda en uno de sus problemas sociales más acuciantes.

A pesar de que ninguno de los objetivos de este trabajo habla sobre el recuento histórico y que, por tanto, sus pretensiones distan mucho de convertirse en un trabajo de tal magnitud, considero necesario compartir con ustedes un pequeño resumen histórico que, como umbral, sirva de entrada a una contextualización participativa desde la construcción imaginativa del territorio donde se realiza este estudio y además, por ser el presente un pasado continuamente modificado.

Bahía Honda es un espacio territorial ubicado en la vertiente norte de Pinar del Río y al oeste de La Habana. Limitando al norte con las aguas del Golfo de Méjico. Al sur con los municipios de San Cristóbal y Candelaria. Al este con la provincia La Habana, escindida de esta por el río La Plata. Y al oeste con el municipio La Palma, dividiéndolos también un cauce cristalino denominado San Marcos. Cuenta con una extensión territorial de 794,9 km<sup>2</sup>, que representan el 7,3 % del área total de la provincia que lo sitúa en el sexto lugar por extensión entre los 14 municipios, y es habitada por una población que oscila entre los 46 500 y 47 000 habitantes.

El origen de este territorio, según cuenta la historia, se remonta al bojeo que le realizara a la isla el colonizador Sebastián de Ocampo en 1509, donde fue descubierta una bahía de bolsa que, por la profundidad de sus aguas, fue bautizada con el nombre de Bahía Honda.

Pero lo cierto es que mucho antes de este histórico y reconceptualizador bojeo ya existía una cultura aborígen que habitaba estas tierras desde el 505 de nuestra era, según los restos más antiguos encontrados en la cueva del Perico I, lugar de enterramiento situado en la altura, región costera de la localidad.

Aunque es cierto que los aborígenes fermentaban las frutas y el maíz para producir bebidas, que exacerbaban el espíritu en los rituales mágicos, en la historia recogida sobre este municipio no aparece nada definitivamente comprobado que avale la producción de bebidas aunque sí con las prácticas de dichos rituales y ceremonias a través de las cuales podemos inferir aunque solo sea hipotéticamente.

Una de las estrategias de colonización fue la denominada mercedación, proveniente del vocablo merced, que hace alusión a las parcelas de tierra entregadas por el rey de España o el gobernador de la isla de Cuba a los conquistadores para su cultivo y así asegurar su permanencia en la isla. Derivaciones que hacen posible que el 21 de Junio de 1559 se entregue la primera parcela que tuvo como nombre Candelaria del Aguacate al señor Juan Suárez, en áreas pertenecientes al territorio actual. A partir de esta primera mercedación se fueron construyendo diferentes haciendas y hatos; y fue así como el 11 de Septiembre de 1648 surgió la primera hacienda denominada Bahía Honda que contaba con 421 caballerías de tierra dedicadas fundamentalmente a la ganadería, gracias a las inmensas extensiones de bosque que se utilizaban para el pastoreo y la construcción de un puerto que facilitaba la salida de las carnes saladas y las pieles.

A pesar de lo expuesto todavía no amanecía el sol sobre lo que es hoy la comunidad objeto de nuestro estudio. Pasarían muchos años, 131 exactamente, después de la mercedación de la hacienda Bahía Honda para la construcción de la primera casa, núcleo de la primera población en 1779 y 15 años después se construye la primera capilla haciendo función de parroquia. A partir de ese momento comienza un desarrollo económico vertiginoso favorecido por las características de una bahía excelente para la navegación y la mercadería y la cercanía con el puerto de La Habana. Todo esto condujo a que en 1859 fuéramos una de las 31 jurisdicciones en las que se encontraba dividida la isla. Créanme que ni yo mismo sabía que habíamos sido alguna vez tan importantes.

“en este momento el nuevo poblado ofrecía una vista alegre y variada, la jurisdicción abarcaba 4 leguas cuadradas, en las montañas los cafetales, en la costa norte los ingenios; considerados los mayores y más potentes de vueltabajo”. (Colectivo de autores. 1997. Pág. 34.)

Nótese que ya la industria azucarera comenzaba a erigirse en lo que sería más adelante el renglón más importante del territorio.

En la segunda mitad del siglo XVIII, a raíz de la revolución de Haití y el éxodo de los colonos en busca de nuevos lugares para las plantaciones de caña y café, aparece Cuba como territorio ideal y ocurre el gran salto hacia la producción azucarera. El estímulo visualizado en los altos precios del azúcar en el mercado mundial y la posibilidad de introducir mano de obra esclava, hace volver la mirada hacia los campos. La expansión azucarera requería de tierras fértiles, grandes extensiones de bosques y puertos de embarque próximos para facilitar la costosa tarea del transporte. Bahía Honda se dibujaba para este empeño como Grecia para el arte.

Y así fue como en 1795 se introduce en el territorio el sistema de economía de plantación. Las grandes extensiones de tierra dedicadas a la ganadería se transformaron en grandes cañaverales que, como mar, se inundaban de verde. Hacia 1830 Bahía Honda contaba con 15 ingenios, número que ascendió a 25 en los siguientes 30 años. Las producciones de azúcar iban en ascenso fomentando la más dulce de las fiebres. En la zafra de 1860 el territorio produjo 5 millones, 746 mil, 230 Kg de azúcar. Obviamente todos conocemos hoy la relación de dependencia que existe entre el azúcar y la producción de alcohol. Y ellos también la conocían pues dicha producción estaba incluida en las líneas de comercialización de muchos de estos ingenios. A partir de la

década del 30, aproximadamente, el ingenio La Luisa, hoy Pablo de la Torriente Brau (actualmente discontinuado), construyó su primera fábrica de alcohol. La cual hizo posible que en la zafra de 1845 produjera 19 mil, 800 arrobas de azúcar y 110 pipas de aguardiente. Según el Archivo Nacional de Cuba. Legajo 424. Orden 20223. Gobierno General.

La industria azucarera llegó a nuestro territorio para constituirlo y desarrollarlo fomentando un crecimiento acelerado y beneficioso aunque unidireccional con los sabidos y sufridos perjuicios de una economía monoprodutora. Yo no tengo datos científicamente demostrables sobre la relación del hombre con el alcohol desde el surgimiento mismo de la especie; pero estoy convencido que desde el surgimiento mismo de este territorio el alcohol ha acompañado a sus moradores. Y no solo desde la producción en los ingenios y destilerías sino mucho antes, desde el arribo mismo de sus primeros pobladores.

Toda la vida satelitaba en función de la industria azucarera. El fenómeno de la plantación provocó un éxodo involuntario e ignominioso de miles de negros africanos reducidos a simples recursos energéticos necesarios para el mantenimiento de la producción, luego del exterminio de los aborígenes. Provenientes de diversas áreas del África llegaron representantes de varias etnias que una vez instalados y establecidos comenzaron a manifestar sus costumbres y tradiciones. Los congos, lucumíes, gongó, carabalí, macuá, mandinga, miena y arará fueron los más importantes. Y comenzó la mezcla. La población se confundía, interactuaba, se diversificaba y crecía en un arcoiris de etnias y tradiciones diversas. Este fenómeno conocido como transculturación resultó en la cultura cubana actual. Pero este fenómeno, tan simplemente explicado, fue en extremo doloroso y sufrido.

La nostalgia sentida por el desarraigo, la lejanía de sus tierras y el odio acrecentado por las vejaciones, humillaciones y maltratos, constituyeron fuertes e intolerables sentimientos canalizados en los toques y fiestas autóctonos, único espacio de conexión identitaria y conductor de un lenguaje guerrerista y subversivo gracias a la ignorancia que, con respecto a estas culturas, tenían los esclavistas. Siendo así, comenzaron las expresiones o manifestaciones culturales clandestinas en los bateyes de los ingenios y más tarde en los barracones hasta que en 1839 el Capitán Joaquín Ezpeleta, autorizó estas manifestaciones en los días festivos y no laborables, entendiéndose un pequeño espacio de las tardes de domingo, los negros hacían fiestas a usanza de su país donde se cantaba, se bailaba y se bebía aguardiente producido en los ingenios y bebidas de

frutas fermentadas por los propios negros. El alcohol acompañaba todas las ceremonias culturales y religiosas, la cimarronería, e incluso muchas noches de barracón por sus poderes estimulantes y enajenantes.

Pero existe un motivo aún más fuerte, que el neuroestimulante, para que el alcohol acompañara el tránsito por la infelicidad de estas aves de estación: el elemento cultural que hemos venido abordando. En su vuelo más largo trajeron consigo sus dioses, sus creencias, sus mitos y sus costumbres; establecidas y expresadas para salvar la distancia y el tiempo. Todo un altar de deidades en barcos de sueños cruzó el atlántico para aliviar, mediante rezos y esperanzas, la añoranza por lo perdido y el dolor de lo ultrajado. Y al tocar las costas se diseminó y se confundió con las deidades católicas a fin de evitar también el destierro de lo etéreo, única libertad condicionante del ser y no pocas veces también del estar.

Así desembarcó en nuestras tierras todo el panteón Yoruba organizado, estructurado e increíblemente establecido en la mente de aquellos hombres y mujeres durante miles de años. Muchos dioses representaban y dirigían la vida de esas personas: Changó, Yemayá, Ochum, Babalú Ayé, Oyá, Oggum, Elegguá, Caneó, Obbatalá, entre otros muchos. Todo estaba cuidadosamente fijado y construido: sus funciones, sus ropas, sus colores favoritos, sus comidas, **sus bebidas**, incluso sus ritmos, toques y cantos. Todo venía diseñado por una cultura centenariamente desterrada. El alcohol no solo constituía un instrumento para evadir la realidad, también se edificaba como una necesidad para mantenerse en contacto con su propia realidad psicológica, sus construcciones subjetivas (entiéndase mitos, creencias, religiones, costumbres, tradiciones, hábitos, etc.).

Nuestra cultura criolla comenzaba a erigirse desde dos pilares esenciales que arrastraban un elevado consumo de alcohol (etanol). **1)** Los españoles, tierra agraciada por sus vinos, que llegaron con sus bodegas cargadas y en sus mentes ancladas la costumbre de beber; y **2)** los africanos, cargados de dioses, dolores y angustias para los cuales el alcohol constituía elemento medular para la existencia como individuos y como cultura.

A pesar de que la aurora constituía dicha para unos y dolor para muchos, Bahía Honda seguía creciendo. Su economía montaba sobre pegasos hasta las insurrecciones mambisas en pos de la independencia. La primera de las contiendas no tuvo grandes seguidores como no los tuvo la

región occidental. Sin embargo la realidad se transformó en la contienda del 95-98, fundamentalmente con la invasión a Occidente protagonizada por Antonio Maceo. Casi un año de serios y duros combates, bajo la estrategia fundamental de destruir todo cuanto fuera una fuente de riqueza para la metrópolis, trajo consigo la destrucción de la economía territorial.

La pérdida de muchos soldados que habían ingresado en el ejército<sup>(1)</sup> y la reconcentración de Valeriano Weyler en el territorio condujeron a que Bahía Honda perdiera el 75 % de su población<sup>(2)</sup>, de 8506 habitantes que existían en 1887 quedaron solo 2117, según el censo de Cuba de 1899<sup>(3)</sup>. La sanidad pública también presenta un estado crítico debido al azote de graves enfermedades: el paludismo, la tuberculosis, la viruela, la fiebre amarilla y otras plagas son vívidas representaciones del abandono y el estado de insalubridad del territorio. Su situación al finalizar el siglo era de franca miseria. Había comenzado el descenso.

Así arriba Bahía Honda a la nueva centuria. Comienza la etapa neocolonial. La fruta se había madurado, pero sin nutrientes. La intervención norteamericana y la constitución de la república se encargarían de extraer el escaso jugo residual, fomentando y desarrollando aquellos elementos que proporcionarían las mayores ganancias. Obviamente la industria azucarera tuvo una recuperación favorable a partir de la firma del Tratado de Reciprocidad Comercial; lo que permitió la utilización del capital extranjero en el restablecimiento de la industria. Continúa así nuestra historia en la producción de azúcar y sus derivados, incluyendo el alcohol.

La industria azucarera, razón de ser del territorio, se recuperaba pero con dinero ajeno. Lo que hace evidente que las ganancias, esta vez, tampoco culminaban su viaje en el mejoramiento existencial de los hijos de estas tierras. Teníamos una gran industria que no era nuestra y la fuga de capitales, de lo que era nuestra única fuente de ingresos, determinó que la etapa neocolonial comprendida entre 1898 y 1959 constituyera otra página de dolor para el territorio en estudio.

El desempleo constituía una grave situación para sus pobladores. Las alzas y bajas del azúcar en el mercado determinaban la necesidad de mano de obra y la duración de los períodos de molienda, dependiendo estos de las necesidades de producción, los cuales llegaron a reducirse a solo 60 días aproximadamente; hacían que los obreros tuvieran la condición de desempleados el resto del año, pues el territorio carecía de otras fuentes generadoras de empleo. El azúcar constituía la vida del territorio.

Todas estas razones hacían posible que el 60 % de la población se encontrara en un nivel submarginal. El poblado carecía de alcantarillado y la mayoría de las casas no tenían letrina sanitaria. La población urbana vivía en casas de madera, teja y en muchos casos el guano servía de cobija. Comienzan entonces a aparecer los barrios marginales de aquellas personas que se acercaban al pequeño poblado en busca de mejores posibilidades de empleo, y los recortes de madera, cartón, lata, yagua y otros materiales mágicamente se constituían en perfectas mansiones.

Solo dos doctores, que laboraban en clínicas particulares con insuficiente atención y carencia de medicamentos, dos farmacias, dos comadronas y una casa de socorro; representaban la atención a la salud de un territorio de 5074 habitantes.

La educación por esos tiempos tampoco era muy elocuente, según datos obtenidos del censo de población de 1931<sup>(4)</sup>. De la población constituida por los menores de 10 años, aproximadamente 3 014 habitantes, solo 848 asistía a la enseñanza primaria para un 27,1 %. Y los mayores de 10 años, 15 151 habitantes, solo 6 786 sabían leer y escribir. Al término de este periodo se contaba con 17 escuelas a las cuales asistían 4 425 niños de 15 034 que se encontraban en edad escolar. Estas escuelas carecían de mobiliario y materiales docentes que unido a la mala preparación de los maestros y la mala remuneración de los mismos, constituían los elementos exactos y suficientes para una educación cualitativamente insuficiente.

El gobierno tampoco prestaba atención a las esferas de ocio y esparcimiento, y miren que tiempo les sobraba a las personas de este pueblo para eso. Las manifestaciones deportivas y la cultura no constituían las principales fuentes de desvelo de los gobernantes. Las actividades culturales y recreativas que se efectuaban se hacían en las distintas sociedades de blancos, mulatos y negros demostrando el carácter clasista de la sociedad, la marginación y la pobreza.

La historia de una economía monoprodutora y dependiente de solo dos centrales (Pablo de la Torriente Brau y Harlem ), la discriminación racial y sexual, la prostitución, el juego, el analfabetismo y el consumo de drogas (y ya no solo el alcohol corre en las venas de este pueblo); completan el pintoresco cuadro de un territorio que en un tiempo anterior floreció y sucumbió ahogado en mar, en el verde de la caña y el llanto de los esclavos y los obreros.

De este viaje por el tiempo que reduce los siglos a palabras y convierte la gente en historia olvidada y destruida, luego de una mirada intencionalmente parcializada, conciente de la magnitud de la historia y lo ínfimo abarcado de una realidad tan vasta como el tiempo mismo; resultan dos (2) elementos que pueden ser esenciales a la hora de comprender un punto realmente neurálgico de la realidad social bahiahondense: el consumo de alcohol. Blanco crítico y razón de ser de este trabajo.

Un primer momento está constituido por las culturas sincréticas y originarias de la población de este territorio. El legado de la cultura africana fue transmitido generación tras generación y en la actualidad se mantienen las manifestaciones religiosas, los cultos, los mitos y las costumbres como continuidad y permanencia idiosincrática de la cultura. Nuestros ancestros tenían sus dioses, la añoranza por sus tierras y el dolor. Hoy aquella tierra se convirtió en esta y la cultura enraizó en las ceibas. El dolor se fue aliviando en las fiestas a través de los cantos y las ofrendas. Todo se convirtió en propio y no en ajeno y parió la subjetividad un alma nueva.

Nuestros son hoy los orishas, los tambores, la iglesia y los diez mandamientos; como nuestros también son el vino de España y el aguardiente de caña, compañeros inseparables en las buenas para reír y en las malas para evadir. Un amasijo de historias nos vuelca sobre una realidad ancestralmente construida y popularmente aceptada. El alcohol es parte inseparable de nuestra cultura. El ocio, la recreación, el esparcimiento, y muchas veces el trabajo también, son accesos directos al alcohol. “Siempre ha sido así”, comenta un amigo. Y la razón, desgraciadamente, comienza a desdibujarse y confundirse con la permanencia y la estabilidad de las cosas en el tiempo.

De otro lado, histórico también, se encuentra el abandono social sufrido por el territorio a través de los años. La población surgida como respuesta a una necesidad puramente económica, nunca encontró los beneficios de sus riquezas a pesar de arduas jornadas. Plantación y esclavismo, en un primer momento de desarrollo económico, y obreros asalariados de propiedades privadas con la república; hicieron posible que los grandes dividendos de la economía territorial crecieran en las fértiles tierras de los bolsillos de los propietarios. Ya no éramos esclavos. Ahora la añoranza se convertía en frustración.

La economía monoprodutora comienza a perder follaje luego de un florecimiento exuberante, el territorio no se diversifica y por lo tanto decrece. Escasean los empleos, y el territorio comienza a morir. Luego de habernos alistado entre las once legislaciones de la nación, el territorio se convierte en nada y el fatalismo irrumpe en la subjetividad popular. La frustración y el desamparo comienzan a regir la dinámica psicológica de los hijos de este pueblo.

### **El segundo paso: la situación social actual de la comunidad.**

Bahía Honda es un pueblo quizás como otro cualquiera del interior del país. Sin embargo, existen algunos elementos que, si bien no lo hacen exclusivo, lo tipifican en grado sumo. En un espacio urbano de aproximadamente 1,5 km<sup>2</sup> está enclavado el casco histórico del municipio. Ciertamente es que este no constituye toda la extensión territorial ni contiene toda la población pero es aquí donde se desarrolla la mayor actividad humana. No importa la hora ni el día de la semana que usted escoja para echarle un vistazo siempre encontrará las calles que conforman este perímetro desbordadas de personas. Un constante ir y venir desenfrenado, cual hormiguero en vísperas de una tormenta de verano, caracteriza la dinámica social de este territorio. Un movimiento que crece sorprendentemente en horario laboral y aunque las estadísticas municipales hablen de una tasa de desempleo de 3.5, aproximadamente 750 personas en una población activa de 20 846, lo cierto es que el movimiento humano gigantesco en estas calles a dichas horas pone en duda estas cifras o, la menos, el contenido de trabajo de muchas personas.

El desempleo y la obtención del motivo de satisfacción de muchas necesidades individuales altamente jerárquicas, constituye uno de los ingredientes constitutivos de la dinámica social de este territorio.

A pesar de la energía y vitalidad que desborda este pueblo diariamente en las calles, el municipio no posee un desarrollo cultural fortalecido que posibilite y estimule los espacios de realización personal y profesional para muchos aficionados y el entretenimiento de la población en general. Tampoco existen, realmente, los espacios y programas para el desarrollo cultural de la infancia que posibilite la ampliación de los intereses y actúe como factor de socialización fundamental en

la construcción de la subjetividad social a partir de la trasmisión de valores, concepciones e ideas que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Una discoteca de fin de semana, y quiero salvar de su imaginación toda posible imagen alegórica de discoteca mínimamente confortable, ubicada en el patio de una entidad estatal y cuya única acepción aproximativa al concepto lo constituye el horario de funcionamiento; abre sus puertas a todas las personas sin requerimiento alguno. Jóvenes, adultos y niños se reúnen en una actividad que puede ser más rica y variada que una película del sábado con el consecuente impacto en las formaciones psicológicas y la dinámica subjetiva general de todos los participantes. Obviamente, y considero esto una redundancia, el alcohol es el elemento fundamental de cohesión grupal en esta y la mayoría de las actividades sociales.

No obstante, y siguiendo el recorrido descriptivo de la dinámica general del municipio, este subdesarrollo cultural solo puede verse como un elemento más de los muchos factores que inciden en la problemática del consumo de alcohol en la comunidad. La empresa de comercio y gastronomía municipal cuenta con 101 unidades, algunas de ellas con horarios de servicio permanente y todas incluyen en sus líneas de ventas diversos tipos de bebidas alcohólicas de diversos precios, quizás para cubrir las necesidades de todos según sus posibilidades y cumplir los planes de ventas de la unidad.

Analicemos los planes de venta y su cumplimiento que, en materia de bebidas alcohólicas, tiene dicha empresa. En el año 2000 el municipio obtuvo 5 millones 657 mil 600 pesos por bebidas alcohólicas, entiéndase distintos tipos de ron y vinos; y 1 millón 871 mil 300 pesos por ventas de cervezas para un total de 7 millones 528 mil 900 pesos. Estos planes se implementan por separados por razones comerciales improductivas para este estudio. Al año siguiente el plan trazado aspiraba obtener 5 millones 887 mil 100 pesos en bebidas alcohólicas, o sea 229 mil 500 pesos más que el año anterior y 2 millones 206 mil pesos por ventas de cervezas o sea, 334 mil 700 pesos por encima. Por razones de distribución, y nada que ver con la demanda de consumo, estos planes no fueron alcanzados. Solamente se obtuvo 5 millones 287 mil 200 pesos por bebidas alcohólicas y 2 millones 118 mil 600 pesos en ventas de cerveza para un total de 7 millones 405 mil 800 pesos. Obsérvese que la diferencia con el año anterior no es significativa a pesar de las dificultades en la distribución.

El 2002 partió de planes establecidos por las ventas del 2001 y al finalizar el año se habían recaudado 6 millones 588 mil pesos, 817 mil 800 pesos menos que el año anterior. Recordemos que ese año hubo un período de tiempo en el cual no se podían vender bebidas alcohólicas pues se estaba implementando el aumento de los precios de las mismas. Una medida implementada por el gobierno para reducir el consumo de alcohol.

No obstante, el 2003 partió de un plan de 3 millones 868 mil 700 pesos a recaudar por la venta de bebidas alcohólicas y 3 millones 117 mil pesos por ventas de cervezas. Consiguió superar el plan llegando a 4 millones 637 mil 300 pesos en bebidas alcohólicas aunque solo obtuvo 2 millones 948 mil 800 pesos por cervezas. Recaudando 7 millones 586 mil 100 pesos en total.

Tabla demostrativa.

<b>Año</b>	<b>Bebidas Alcohólicas</b>		<b>Cerveza.</b>		<b>Total Real</b>
	<b>Plan</b>	<b>Real</b>	<b>Plan</b>	<b>Real</b>	
<b>2000</b>	-	5657.6	-	1871.3	7528.9
<b>2001</b>	5887.1	5287.2	2206.0	2118.6	7405.8
<b>2002</b>	5287.3	3692.8	2118.6	2895.2	6588.0
<b>2003</b>	3868.7	4637.3	3117.0	2948.8	7586.1

Este pequeño análisis económico superficial, pues mi formación no es ni mucho menos de economista, refleja evidentemente el gran consumo de bebidas de la comunidad pero no se aproxima ni siquiera al consumo real. La empresa de comercio y gastronomía no es la única empresa que oferta bebidas alcohólicas, otras como el Minaz e Industria y Servicio también ingresan considerables sumas de dinero por estas razones para elevar el cumplimiento de los planes de ventas anuales. Estos son generales y se obtienen fácilmente a través de la venta de bebidas alcohólicas, ya que estas tienen bajo costo de producción y transportación y altos precios con sus respectivas ganancias.

Cierto es también que no solo las entidades estatales constituyen agravantes de esta problemática. Bahía Honda tiene quizás tantos productores privados como estatales. Muchas personas se han convertido en verdaderos químicos empíricos en la obtención del alcohol a partir de la miel de purga, un derivado de la molienda de la caña en los centrales azucareros, que se comercializa

clandestinamente bajo el nombre de Gualfarina, con una elevada concentración de alcohol y otras muchas impurezas, a un costo irrisorio. Lo que lo convierte en una opción muy ventajosa pues no afecta en mucho las economías individuales y se obtiene profundos y prolongados estados de embriaguez.

Como vemos determinar el consumo de alcohol de esta comunidad es una tarea harto difícil. Nos encontramos ante la ancestral pregunta popularmente filosófica: ¿Quién surgió primero la gallina o el huevo?. Adaptemos la situación a este algoritmo interrogativo.

La comunidad bebe por la fácil accesibilidad al alcohol, hecha posible por las empresas y los productores privados. O dicha accesibilidad no es más que la respuesta a una demanda creciente de la comunidad.

No se sabe a ciencia cierta cual es causa y cual efecto, lo cierto es que el consumir y el proveer son solo dos puntos, aunque dos puntos importantes, del entramado de causas sociales que culminan o estructuran el círculo vicioso que se cierra infelizmente en la adicción y el resquebrajamiento social.

Un elemento bastante ilustrativo lo constituye la cantidad de juicios por lesiones celebrados en el municipio. Todas estas lesiones tienen un vínculo estrecho con el consumo de alcohol. De esta forma se celebraron en el tribunal municipal en el año 2001, 41 juicios con un total de 51 acusados por lesiones. En el 2002 se celebraron 49 juicios con 55 acusados y en el 2003 se celebraron 47 juicios con 55 acusados por lesiones. Todo lo anterior promedia aproximadamente 45,6 juicios anuales con una frecuencia de celebración de un juicio cada 8 días aproximadamente y con un total de 161 acusados en los últimos 3 años. Estos datos incluyen solo las lesiones por violencia física explícita. Rara vez se realiza algún juicio por maltrato psicológico sostenido o violencia doméstica explícita que no desemboca en los tribunales por creencias sociales altamente destructivas. Ej.: “los problemas de la casa no deben ser exhibidos públicamente.” “Él es excelente cuando está sobrio.” “Me prometió que iba a cambiar.” “Es el padre de mis hijos.” Y tantos otros que minimizan las estadísticas en los tribunales.

Estas cifras tampoco reflejan los homicidios vinculados de alguna manera con la ingestión de bebidas alcohólicas pues estos juicios se realizan en el tribunal provincial al cual no tuve acceso.

De cualquier forma, aún sin tener en cuenta estos episodios que incrementaría en mucho las cifras judiciales, un juicio por lesiones cada 8 días nos ilustra una comunidad altamente consumista e igualmente agresiva. Lo que convierte al alcohol en un factor de riesgo importante no solo para la vida de las personas que lo ingieren sino también para la comunidad en general.

Otra curiosidad, o mejor mirémoslo como un elemento que acelera la dinámica psicológica y social de la comunidad, está constituido por la disminución de la industria azucarera en un territorio eminentemente agrícola y azucarero. Toda una historia de molindas está precipitándose contra el suelo. Uno de los colosos más importantes del territorio quedó dormido para la eternidad. Se silenció un estrepitante sonido de vida que conformaba la dinámica subjetiva de miles de personas y aunque es cierto que ellas no quedaron desamparadas, si se esfuman las expectativas de empleo de las nuevas generaciones y se hace necesario un reajuste de los elementos identitarios de una comunidad completa y la conquista de nuevos horizontes. Todos sabemos que este proceso tarda mucho tiempo y genera fuertes cargas de estrés, inseguridad y desarraigo propias de cualquier cambio aunque este sea quizás más doloroso pues el cambio transita hacia la pérdida de lo establecido, de lo conquistado y no justamente hacia el desarrollo.

Se va muriendo la única industria que alimentaba y producía recursos para el intercambio y el desarrollo por tanto el territorio decrece cada día y el abatimiento, la desesperanza, el estrés y la insatisfacción dinamizan la subjetividad individual y social del municipio.

Datos no menos interesantes lo constituyen los índices de intentos de suicidio y suicidios en el municipio.

<b>Año</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004*</b>
<b>Intentos Suicidas</b>	41	53	44	46	42
<b>Suicidios</b>	10	4	11	10	2
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>57</b>	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>44</b>

\* Hasta el mes de octubre

Todos los elementos anteriores son solo unos pocos de los otros tantos responsables de los problemas sociales del municipio. Es por ello, quizás, que la emigración nacional o internacional constituya un proyecto de vida casi generalizado en los miembros de la comunidad y la realidad de muchos otros que ya materializaron su empeño. Esto es una realidad comunitaria aunque no

tenga datos estadísticos concretos, pues no tuve acceso a las estadísticas de emigración de la comunidad hacia los Estados Unidos y otros países y la emigración de la comunidad, principalmente los intelectuales hacia la capital.

El alcoholismo es por tanto, una consecuencia que disipa y enajena la propia realidad que lo constituye. Pseudosolución de muchos y estilos de vidas aprendidos y aprehendidos de otros. Un verdadero problema de salud comunitaria.

Esto ha sido solo un intento de aproximación a la realidad comunitaria, conscientes de las múltiples aristas que se nos escapan por la riqueza individual de la subjetividad humana. Intentamos descubrir no solo los estragos que el alcohol produce en la comunidad sino también descubrir como la propia comunidad participa en el desarrollo del alcoholismo o al menos no hace lo indispensable para minimizarlo.

### **El tercer paso: el criterio de los otros.**

Los otros son todas aquellas personas incógnitas que conforman la comunidad. Es el pueblo, la gente común que potencialmente vive al borde del alcoholismo y muchos que forman parte de la campana aún no diagnosticados. Son todos aquellos que envuelven su vida cotidiana en la mera existencia rutinaria y terminan los días en grupos informales cuyo elemento de cohesión no es otro que el alcohol. Muchas son las historias de causas y sentidos que podrían narrarse en este apartado pero tantas personas no caben en tan poco espacio por lo que se hace imprescindible la búsqueda de informantes clave. Durante todo el proceso de investigación a través de la observación participante de la comunidad interactué con muchas personas que consumen grandes cantidades de alcohol en disímiles espacios. Sin embargo existe una persona que durante mucho tiempo ha interactuado y lo continúa haciendo con todas las personas que se reúnen en lo que constituye el centro fundamental de actividad municipal: el parque. Su título universitario y sus habilidades comunicativas hacen de este sujeto el movilizador y mediador de casi todos los grupos. Su actividad fundamental: la venta de dólares en esta área de actividad fundamental le ha posibilitado la interacción con la mayoría de esos a quienes he llamado los otros.

Todo lo anterior sumado a su desarrollo intelectual constituyen las causas de su elección como informante clave. Su sentido de observación y análisis de la realidad constituye otra mirada de la problemática del alcoholismo en la comunidad por lo que ofrezco una síntesis de sus criterios, apoyados en el conocimiento por la interacción con los otros.

“Voy a comenzar diciéndote que en Bahía se toma bastante. Hay muchos puntos de ventas y siempre en todos hay muchas personas bebiendo, no importa la hora que sea. Las personas, y más la juventud, se reúnen, o mejor nos reunimos en grupos en el parque para pasar el tiempo hablando de muchas cosas pero siempre con la eterna compañera: la botella no puede faltar en esas reuniones. Ahí se habla de todo y los temas varían de grupo a grupo en dependencia de la edad de la gente, los intereses de cada cual y el nivel escolar. Al final siempre se termina discutiendo de lo mismo: la situación económica y que si a fulano le llegó el bombo. Que si se fue una cigarreta la otra noche y se llevó a fulanito y esperancejita. Todo termina en lo mal que estamos y cómo perdernos.

A mi entender, Bahía tiene un serio problema y es la cercanía a la capital. Esto nos favorece por una parte porque estamos a un paso y es sencillo llegar hasta ella. Pero nos perjudica porque la mayoría de la producción del municipio ya sea agrícola o de carnes la llevan para allá porque se paga mejor y la oferta de alimentos a la población es muy escasa. Los campesinos no quieren vender nada aquí, todo se lo quieren llevar para La Habana y lo que venden aquí es casi al mismo precio. La economía que pudiese levantar un poco la vida de este municipio se escapa. Todo se va para La Habana y seguimos hundiéndonos en la pobreza. Por eso la gente se va y los que no están locos por irse y no hacen nada aquí porque de todas maneras se van a ir, y muchos se pasan la vida en ese no hacer nada. Es increíble la cantidad de personas de este municipio que se han ido para los Estados Unidos y ahora regresan y son los reyes que con 10 dólares se van a tomar cerveza y a especular con las muchachitas que se regalan por sentarse un ratito en el rumbo a tomar cerveza. Y los profesionales que surgen en el municipio nunca regresan o emigran para La Habana. ¿Entonces quién va a sacar a este pueblo del subdesarrollo? ¿Cuándo va a ser eso?

Nos van quedando poco a poco las personas de menos nivel escolar en las que funcionan los mitos de que el que más tome sin emborracharse es el mejor. De que es necesario, e incluso hasta imprescindible, tomar para sentirse un hombre o para que la gente te lo crea y todas esas

estupideces que se van transmitiendo de generación en generación y hacen que el problema no se acabe.

Además este es un pueblo muy chiquito, donde todo el mundo se conoce. Hay muy poca diversidad en la población y poco desarrollo económico. Aquí lo que la gente aspira es ser como aquellas 2 ó 3 personas que tienen carro y dinero y empiezan a soñar con eso. Pero no todo el mundo puede llegar a donde mismo y ahí viene la frustración. En este municipio nadie sueña con los teatros, con los cines porque no los hay y las personas a las que pudiese gustarles tienen que adaptarse a la realidad de la no-existencia. Aquí lo mejor que puedes hacer, si tienes dinero es ir para el “Rumbos” o el “Cupet” a tomar cerveza. Y el que no tiene dinero, como yo, tiene que sentarse en el parque con una botella de 23 pesos cubanos a soñar.

Por eso es que la gente aquí toma tanto porque la realización de la gente está justo en llegar a tener dinero para hacer lo mismo que hacen los que tienen: Tomar a otro nivel. Y mientras llegan a ese nivel siguen tomando. Al final el motivo fundamental de la gente aquí es la bebida, la gente no piensa en otra cosa.

Y yo en lo particular entiendo estas cosas. Hay muchos que ni las ven. No obstante yo también tomo y formo parte de esos grupos incluso sabiendo todo esto. Pero lo que me pasa a mí es diferente. Yo soy un profesional que no tiene casa donde vivir. Convivo con mi mamá, mi padrastro, mi hermana, el esposo y el niño y a veces eso se torna en un verdadero infierno. Quiero irme de ahí y no tengo hacia donde ir. Aunque algunas veces me quedo en la casa de algún amigo siempre tengo que retornar adonde mismo. Me fui para La Habana 4 años viviendo ilegal y tuve que regresar porque no encontré para donde cambiar la dirección. La única solución posible es irme para los Estados Unidos y llevo 3 años en eso y lo he intentado 5 veces y sigo aquí con los mismos problemas y sin solución.

Me quedan mis amigos con los que me reúno en el parque a conversar estas cosas y tomar ron para aliviar un poco la angustia y así formar parte de esos grupos de los que te hablé al principio y caer, a pesar de todo lo que sé y veo, en la misma trampa de todos. Por estar aquí, justo en el lugar equivocado. No obstante yo espero que la vida me sonría alguna vez”.

Un nuevo problema surge ante nuestros ojos. Ya no es solamente la accesibilidad al producto o la carencia de alternativas de desarrollo. El problema radica justamente en la estructuración de un imaginario colectivo referencial a la emigración que se engrana con lo anterior y genera sentimientos de frustración. Este imaginario colectivo actúa con doble vínculo hacia el consumo de bebidas alcohólicas:

- 1.- Por una parte el ideal de desarrollo radica justamente en acceder a los lugares donde se oferta mayormente bebidas alcohólicas.
- 2.- De otro lado los sentimientos de frustración que genera la imposibilidad de acceder realmente a esos ideales impulsan hacia el enajenamiento salvador que provoca el consumo de bebidas alcohólicas.

Nada, que el imaginario colectivo de nuestra comunidad no radica justamente en la construcción y desarrollo de la misma sino en el abandono. Este imaginario colectivo, asociado a las causas antes vistas, es el responsable de la inexistencia de alternativas individuales hacia el crecimiento personal o intelectual. Nos enfrentamos a una comunidad cuyos miembros tienen por sueño su abandono y el alcohol constituye el elemento distintivo de los que se van y el cáliz de la vida de aquellos que se quedan.

### **El cuarto paso: Grupo de Psicoterapia con pacientes alcohólicos.**

Toda nuestra vida transcurre en el eterno ciclo de inserción o creación, permanencia y disolución o salida de un grupo determinado. La familia, la escuela, los amigos, los compañeros de trabajo entre otros muchos son ejemplos de grupos a los cuales permanecemos unidos a lo largo de nuestras vidas con el consecuente cambio de personajes e importancia dependiendo de la situación y el momento presente del ciclo de vida del sujeto. Los grupos se erigen, por tanto, como la principal fuente de nutrición en la formación y transformación de la personalidad de los individuos.

El alcoholismo, como una adicción que compromete y transforma dicha personalidad en sus componentes afectivos, cognitivos y conductuales también es el resultado de estas interacciones

grupales. Pero no es la influencia de los grupos en la iniciación o mantenimiento de la conducta alcohólica lo que nos interesa en este acápite, pues ya lo abordamos con anterioridad. El punto central que nos ocupa es, por el contrario, la importancia de la utilización de los recursos grupales, para engranar el entramado psicológico de sentidos y significados del alcoholismo, y su irreductible influencia en la rehabilitación de los sujetos alcohólicos y sus familiares.

A lo largo de cuatro años he venido realizando labores como terapeuta grupal con un grupo de alcohólicos que me han permitido adentrarme en la dinámica subjetiva de los pacientes alcohólicos y comprender y actuar en virtud de su rehabilitación.

La abrumadora cantidad de personas alcohólicas y la escasez de personal capacitado para realizar las labores de terapeuta grupal crearon la necesidad objetiva de hacer un grupo de trabajo abierto, donde las personas sean las máximas responsables de su permanencia en el mismo. Lo anterior está determinado además por la importancia que tiene, para una eficaz rehabilitación, que el sujeto alcohólico se sienta responsable con su enfermedad y asuma las labores esenciales para su recuperación.

Un grupo abierto permite la inserción continua de nuevos miembros y la pérdida de otros según el nivel de concientización de la enfermedad y la responsabilidad con la misma. Obviamente todos conocemos que los grupos abiertos atentan contra el clima de complicidad que garantiza la confianza y seguridad de sus miembros. Pero desgraciadamente esto constituye un elemento de riesgo con el cual tenemos que trabajar ya que el trabajo con alcohólicos no debe realizarse en grupos cerrados que comiencen y terminen en tiempos pautados sino se cuenta con los recursos necesarios para que los pacientes de los grupos concluidos encuentren los elementos de sostén cuando avizoren las posibles, y muchas veces necesarias, recaídas. Tengamos en cuenta que el alcoholismo es una enfermedad incurable y que los sujetos enfermos necesitan constantemente algo que funcione como elemento refrescante de esa realidad. Por lo que el grupo debe permanecer abierto para recibir a todos los que lo necesiten.

Si bien es cierto que estos grupos están en constante movimiento y no puede realizarse una estructuración rígida de sesiones preestablecidas dogmáticamente; sí resulta necesario tener un modelo de abordaje que permita su propia estructuración y la conducción del mismo.

Partimos de que el proceso psicoterapéutico tiene como meta principal la rehabilitación de las funciones cognitivas, afectivas, y psicosociales del paciente, el cual no termina con el logro de la abstinencia total de la bebida, sino con la transformación profunda de la personalidad alterada. Hagamos un poco el recuento de lo que ocurre en nuestro grupo de alcohólicos.

La esencia del modelo que guía nuestros pasos en el abordaje de la realidad individual de los miembros a fin de fomentar la cohesión grupal a partir de las historias individuales, parte de la idea de grupo interaccional (Yalom, 1986; Vinogradov y Yalom, 1990) y más exactamente de Vannicelli (1982; 1987; 1995) y de Flores (1997), quienes han hecho un desarrollo personal del modelo dinámico-interaccional partiendo de la obra de Yalom, pero aplicado exactamente a alcohólicos. Nuestra base teórica también integra el Análisis Transaccional aplicado al grupo, particularmente siguiendo la obra de Steiner quien desarrolló la teoría de Berne aplicándola a los alcohólicos (1971). También utilizada en la estructuración de las sesiones de grupos de M.Colli, del Hospital Psiquiátrico de La Habana (Colli, Zaldívar, 2002.). Nuestro grupo de alcohólicos se inicia con técnicas participativas de grupo, partiendo siempre de las necesidades del auditorio alcohólico, una de las cuales, que es casi obligatoria, es que el terapeuta ayude al paciente que se inicia en el grupo a diagnosticarse como alcohólico, para lo cual la ayuda del grupo es fundamental, porque es este quien realmente lo va a hacer.

En los primeros tres meses en el grupo se promueven los llamados objetivos a corto plazo, donde va a intervenir grandemente la terapia cognitiva, la cual es de gran valor en esta primera etapa, porque crea las bases de una futura abstinencia. El paciente conoce lo irreversible de su enfermedad y cómo cuidarse de las situaciones de peligro que se le van a presentar. En esta etapa el Análisis transaccional aplicado al grupo le explica al paciente sus "juegos patológicos" dentro de la familia, a través del triángulo de Karpman, y como recuperar la función del adulto responsable, y dejar atrás la del niño irresponsable. Intervienen en esta etapa otras técnicas: elementos como la aceptación incondicional del paciente por el grupo, el análisis de sus resistencias para el cambio, etc., teniendo un valor fundamental las técnicas para romper resistencias en el paciente de la terapia analítica breve de Davanloo (1992.)

En una segunda etapa se proponen, posterior a los primeros tres meses, los objetivos de mantenimiento de abstinencia, jugando aquí un papel fundamental los factores curativos de grupo, los cuales ya habían comenzado a operar. Es importante en esta etapa la explicación y

comprensión del Modelo de Prevención y tratamiento de Recaídas de Marlatt-Gordon (1985), el cual provee al paciente de un arsenal técnico para la abstinencia total. Estamos trabajando también con la enseñanza del Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente en grupo, para que los pacientes conozcan las etapas de cambio por las que pasan. (Velicer, W., Prochaska, J.O., Norman, G. J. & Redding, C. A. , 1998. Prochaska, J. O., Diclemente, C., Norcross, J., 1992. Diclemente, C., Prochaska, J. O., 1998).

Descripción general de las dinámicas del grupo terapéutico:

Las dinámicas comienzan con la presentación de los integrantes a fin de conocer los nuevos miembros y que estos conozcan a los que serán sus compañeros. Esta presentación incluye nombres, apellidos, edad, ocupación, porqué están en este lugar y quién los trajo. A fin de conocerlos y sondear su conciencia acerca de la enfermedad y la decisión personal o familiar de recuperación. A partir de este momento comienzan a ocurrir confesiones catárticas de aquellos pacientes que se ven impelidos a contar su historia personal para sentirse mejor, esto es lo que señala Bogani (1984) como "grupos catárticos". Estas historias están cargadas de culpas a sí mismo y a los demás, ideas irracionales, prejuicios y falsas creencias, sobre el alcohol. La labor del terapeuta primeramente radica en desculpabilizar a los pacientes a partir de que ellos son enfermos y no antisociales. Esto permite elevar la autoestima y aumentar las posibilidades reales del esfuerzo para la rehabilitación. A partir de este momento comienza un debate sobre los diferentes temas a tratar en el grupo. Temas especiales de estos grupos que se van discutiendo según las necesidades de los miembros y la aplicación de las técnicas grupales parte del contenido de los temas de discusión en grupo. Los temas fundamentales debatidos a lo largo de las sesiones son:

- 1) Concepto de alcohólico y de alcoholismo.
- 2) Concepto de vicio.
- 3) Crítica de las normas de consumo habituales.
- 4) Trastornos de la personalidad.
- 5) Mecanismos de actuación del alcohol.
- 6) Repercusiones en el medio familiar.
- 7) Deterioro social y laboral.
- 8) Pérdida del prestigio personal y su rol.

- 9) Desmontaje de los prejuicios.
- 10) Desmitificación de los supuestos valores del alcohol.
- 11) Aprender a convivir con el alcohol.
- 12) Pautas de reinserción laboral.
- 13) Análisis de recaídas.
- 14) Abstinencia total y de por vida.
- 15) Factores pronósticos.
- 16) Sexo y alcohol.
- 17) Afrontamiento social de la enfermedad. ¿Debo declarar públicamente mi Alcoholismo?
- 18) Búsqueda de la pareja nueva.
- 19) Prevención y tratamiento de Recaídas.
- 20) Tiempo de estadía en el grupo de terapia.

Baste aclarar que todos los temas no pueden ser recorridos en todas las sesiones y su tránsito depende de los miembros del grupo, aunque existen pilares fundamentales que son necesarios recorrer en todas las sesiones a fin de potenciar el aprendizaje, aumentar la conciencia de enfermedad y potenciar la rehabilitación.

Con el transcurso del tiempo comienzan los fenómenos de grupo y se produce el fenómeno del líder grupal, el cual tiende a hacer catarsis entre los primeros actuando como facilitador. Esta persona se convierte en el portavoz del terapeuta, entrenado por este, que facilita la cohesión ya que la guía fundamental de las sesiones corre a cargo de una persona con el mismo problema de los demás, salvando la distancia que la imagen del terapeuta pueda provocar. Este líder comenta eficazmente las películas proyectadas y hace críticas agudas en caso de recaídas. Brinda por tanto, un modelo de recuperación para él y por él, y no para no perder la esposa o hijos. La información y el aprendizaje grupal ocurren ya que los nuevos miembros se verán reflejados en su conducta y en su patobiografía, en la medida que este líder va contando su historia. Los factores curativos de grupo, piedra angular del modelo dinámico-interaccional, que ya mencionamos, se producen desde el inicio del grupo. Operando inicialmente la universalidad, el aprendizaje interpersonal, la identificación, la catarsis, la conducta imitativa, la cohesión grupal, entre los más importantes.

La información cognitiva sobre la enfermedad es imprescindible en el grupo, ya que esta propicia al paciente la desculpabilización y traza las metas del futuro alcohólico abstinerente: la abstinencia total, lo cual es difícil de aceptar inicialmente, porque es recibido como pérdida. El grupo de Alcoholismo tiene como meta fundamental potenciar el cambio a partir del dolor, y sólo a partir de este. Si el paciente alcohólico no sufre una o varias pérdidas, a partir de su estado, no se producirá cambio alguno sin este sufrimiento.

Esto sucede con los sujetos alcohólicos. Sin embargo ellos no están solos en el grupo. Nuestro grupo también está compuesto por los familiares de los pacientes, aquellas personas que vienen acompañando al paciente y que, en la mayoría de los casos, son los más interesados en la recuperación del mismo y el restablecimiento del equilibrio dinámico de la familia. Muchas esposas que acuden a consulta con el paciente gustan de intervenir en estas dinámicas y se convierten en un factor potencial de la ayuda terapéutica. Esta interacción con los familiares de los pacientes permite brindar la información cognitiva necesaria sobre la enfermedad, lo cual disminuye el estrés familiar en la familia en crisis, modifica las interacciones ante la queja familiar, lo cual es entendido en el sentido estratégico de la terapia sistémica.

Hoffman (1981) refiere que no es posible afectar a un solo miembro del sistema familiar sin que sea afectado todo y tampoco es posible cambiar mucho en una familia o un miembro de ella sin que sea afectado un campo mayor, lo cual confirma que las relaciones familiares son recíprocas y que lo que haga el miembro alcohólico en su familia la afecta indudablemente así como lo que la familia haga como sistema afecta al alcohólico. Así el alcoholismo es una enfermedad que arrasa con la tranquilidad emocional de sus miembros y conociendo a la familia alcohólica comprenderemos los sentimientos y comportamientos que adoptan cada uno de sus miembros. Es por ello que la presencia de la familia en nuestro grupo resulta de vital importancia.

Una característica muy singular de la familia alcohólica es el hecho de ocultar y aparentar que no pasa nada en la familia, por lo que se niegan a hablar al respecto aún dentro de la misma familia y este ambiente favorece que se generen mensajes encubridores además de ayudar a que el alcohólico continúe bebiendo.

La negación también se hace evidente cuando sus miembros creen sinceramente en las promesas que la persona alcohólica les hace de no volver a tomar por lo que creen que el problema ha

desaparecido cada vez que hay un periodo de abstinencia y como nadie de la familia se atreve a hablar acerca de lo que todos ven en casa no hablan acerca de sus sentimientos y pensamientos. Así, a causa del comportamiento del alcohólico la familia constantemente experimenta angustias, tensiones y miedos y sus miembros desarrollan resentimientos contra el alcohólico. Además estas personas desarrollan un sentimiento de culpa por lo que sucede en su familia y asumen como su responsabilidad todo comportamiento del alcohólico.

Todos estos sentimientos y modos de operar de la familia obviamente no solucionan el problema por lo que el grupo terapéutico se encarga de canalizar esos sentimientos y potenciar el aprendizaje de nuevos y más saludables mecanismos de interacción familiar.

Este formato de Terapia Familiar Múltiple ha sido tomado por nosotros de un terapeuta sistémico que ha aplicado el sistema de Minuchin (1975) a las familias afectadas por enfermedad física y/o deficiencia. Ríos, 1994; nos propone un esquema útil de intervención centrado en el control y superación de los patrones de interacción que Minuchin identificó en la familia psicósomática y que nos sirve de guía en nuestro grupo:

- a) Controlar la cohesión o forma extrema de proximidad e intensidad de las interacciones y emociones de la familia a partir del hecho enfermedad-deficiencia.
- b) Controlar la presencia de la sobreprotección o excesiva preocupación por el bienestar del enfermo.
- c) Eliminar y disminuir la rigidez que mantiene el status quo y que les hace sentirse más vulnerables de lo esperado.
- d) Ayudarles a eliminar la falta de resolución de conflictos que les conduce a conductas cargadas de mecanismos de evitación, negación de la realidad y desviación del conflicto.

A lo cual nosotros, siguiendo a Minuchin, agregaríamos:

- e) El terapeuta está obligado en este grupo a hacer un llamado de confianza de los familiares hacia el paciente, el cual ha perdido esta casi totalmente o totalmente, ya

que muchos pacientes sufren mucho esta pérdida de confianza y se puede volver un elemento vulnerable en la rehabilitación del paciente.

f) El terapeuta debe hacer un llamado al cambio de interacción agresiva hacia el paciente por parte del sistema, ya que este estilo agresivo tiende a mantenerse producto del resentimiento que existe por parte del sistema al paciente.

g) La esposa del paciente debe definir su posición en cuanto al paciente y no continuar con él so pretexto condicional de que este se va a rehabilitar, lo cual tiende a ser vivenciado como una obligación (la abstinencia) y no como una concientización.

Esto indudablemente es una tarea bastante difícil porque al principio la familia busca ayuda sólo para el alcohólico ya que su vida gira en torno al alcoholismo de su familiar y no logra ver más que al enfermo mismo pasando ella a segundo término. Bajo esta actitud los miembros de esta familia están muy lejos de hacer conciencia de que lo único que pueden hacer es por ellos mismos y para sí mismos. Por tanto, el primer paso de recuperación para la familia de un alcohólico comienza con la aceptación e identificación como familiares de un alcohólico, es decir, rompiendo con la negación. Esto genera una gran crisis por lo que el grupo va a potenciar un proceso continuo de crecimiento personal tanto del alcohólico como de los miembros de la familia.

De esta manera transcurren muchas sesiones de arduo trabajo. Un grupo abierto a la comunidad ha permitido la obtención de muchas historias individuales. Muchos alcanzan la rehabilitación. Otros aún no están preparados para enfrentarla, aún no han perdido lo suficiente para concientizar la enfermedad. Estamos construyendo nuestra propia historia de aciertos y desaciertos en virtud de potenciar un desarrollo creciente de la calidad de vida y el desarrollo general de la comunidad.

De tal cúmulo de historias personales hemos seleccionado tres que sirven de ejemplo representativo a nuestro estudio. Muchas de las otras coinciden en causas y consecuencias, salvando la diferenciación individual de sentidos y significados no tan distantes si se tiene en cuenta la composición psicológica social de la comunidad y sus engranajes de transmisión y reproducción de valores, creencias y mitos.

## INFORME DE CASOS.

Ángel Díaz.

54 años de edad.

Licenciado en cultura física.

Comenzó a trabajar en el INDER a los 19 años de edad como profesor. Desde los 16 años comenzó a ingerir bebidas alcohólicas de manera ocasional en fiestas acompañado por sus amigos y compañeros de trabajo. “Eran buenos años, plantea. La cerveza era muy barata y estaba en todas partes. Además, éramos muy jóvenes y nos gustaba divertirnos.” Continuó el paso del tiempo y las ingestiones fueron cada vez mayores y los estragos más fuertes. Ya no solo eran las festividades. Los encuentros deportivos y las competencias finalizaban con unos tragos, muchas veces hasta la intoxicación aguda, para festejar la victoria o consolarse y olvidarse de la derrota.

Los dolores de cabeza se hacían cada vez más frecuentes, la pérdida del apetito con la consecuente disminución del peso corporal, las alteraciones estomacales frecuentes y las pérdidas de pertenencias personales valiosas constituyeron las primeras llamadas de alerta. Luego aparecieron los altercados matrimoniales por las llegadas tarde, en estado de embriaguez, y la disminución de la responsabilidad en el hogar. En la entrevista con la esposa refiere: “las peleas se fueron haciendo cada vez más frecuentes. Tomaba casi a diario y se ponía muy agresivo. Nunca me golpeó pero sí tiraba las cosas. No se le podía decir nada porque se ponía como una fiera. Rompía los platos, los vasos y hasta los bombillos. Todas las noches pasaba algo y el escándalo se oía en todo el barrio hasta que me cansé y nos separamos.” Estos altercados concluyeron en el divorcio luego de 12 años de matrimonio.

Esta disminución de la responsabilidad también alcanzó la esfera laboral. “En el trabajo comencé a llegar tarde; figúrese después de esas cargas quien se levanta temprano. Incluso a veces me pasaba el día sin poder hacer nada por la debilidad y hasta tuve veces de tener que darme unos traguitos para sentirme mejor y poder trabajar. Mi rendimiento en el trabajo iba disminuyendo y ya el director estaba puesto para mí. Me había llamado la atención en varias ocasiones así que decidí irme antes de que me botaran. De ahí me fui a trabajar para el central de Orozco a cargar bagazo. Eso me produjo un malestar tremendo porque a mí me gusta la educación, entrenar a los alumnos y de ahí a cargar bagazo va mucho. En Orozco fue donde de verdad me embarqué. Imagínese trabajando en un central donde está el melao, la miel de purga, el azúcar. Todo eso se

utiliza para producir alcohol. Ahí todo el mundo era especialista en eso. Todo el mundo tomaba y a mí me gusta también.”

En la entrevista con el hijo se refiere:

“Cuando se fue para Orozco la cosa se puso peor porque trabajaba hasta el mediodía y toda la tarde y parte de la noche se la pasaba tomando hasta que se emborrachaba. Se volvió a casar por allá y de nuevo lo botaron. Así estuvo como 6 meses hasta que le diagnosticaron hepatitis crónica y estuvo un año y nueve meses sin tomar. Nosotros pensábamos que ya estaba curado, que después de tanto tiempo y tantos problemas no iba a tomar más. Pero fue por gusto. Comenzó a trabajar nuevamente en el CAI, esta vez como jefe de brigada, y fue a la revancha. Fue como si quisiera recuperar todo el tiempo que había estado sin beber. Por eso lo botaron de este trabajo y a veces robaba para vender y tener 20 pesos para comprar gualfarina. Imagínese una botella de gualfarina de 10 pesos le duraba a él 2 o 3 días borracho.

Se quedó solo prácticamente porque cada vez que alguno de la familia se le acercaba para ayudarlo terminaba agrediéndolo y no le hablaba más. La casa se le fue cayendo y el dinero no le alcanzaba. Muchas veces fui a sacarlo de ese lugar y siempre se me escondía. Hasta que un buen día se le partió un pie y lo traje para la casa porque en Orozco no había ortopédico ni materiales para ponerle el yeso. Hablé con el médico y lo tuve tres meses con el yeso, haciendo reposo absoluto dentro de la casa. Al día siguiente de quitarle el yeso se fue para Orozco y de nuevo comenzó a tomar pero más inteligentemente. Ahora se escondía y no venía a la casa cuando estaba borracho y así hasta que un día fui a buscarlo y accedió ver a un médico y vino para mi casa y hasta ahora. No sé que lo hizo decidirse a dejar la bebida pero hasta hoy no ha vuelto a tomar.”

Ángel se incorpora a nuestro grupo terapéutico y ha logrado combatir 9 meses de abstinencia. Dedicó la mayor parte de su tiempo a la agricultura con su hijo y vive con su primera esposa, la madre de su hijo. Aunque no están casados ni comparten la vida sexual, se ayudan mutuamente en el laborioso tránsito por la vida.

Ante la pregunta: ¿Qué significa para ti el alcohol? Responde:

“El alcohol era mi vida. Fue mi compañero inseparable. A mí me gusta el alcohol. Yo aprendí desde joven a tomar y lo estuve haciendo hasta hace muy poco. Me cuesta mucho aún pensar que

no puedo beber más, pero lo cierto es que esa compañía me ha costado mucho más y estoy haciendo un esfuerzo tremendo para separarme de ella. Tengo que enseñarle a mi hijo la otra parte de mí: la del hombre sobrio, la del profesional porque a él también le gusta beber y no quiero que le suceda lo mismo. Por lo tanto tengo que darle otro ejemplo. No te voy a negar que es muy difícil y no solo por el gusto sino también por mis amistades. Cuando visito los lugares que frecuentaba mis amigos me invitan y me presionan para que tome. Me dicen que estoy dejando de ser hombre, que ya no soy su amigo, que me estoy dejando dominar y muchas otras cosas que a veces me duelen pero que tengo que enfrentar si quiero salir adelante y recuperar lo que perdí. Además no los culpo porque yo anteriormente pensaba igual que ellos. Yo no concebía una actividad sin ron. Lo mismo para la playa, la fiesta, el trabajo, los juegos y los ratos con los amigos. Toda mi vida giraba alrededor del ron y mis amigos tenían que tomar igual que yo si no los eliminaba. Yo siempre pensaba que quién había visto un hombre que no se diera un trago. Pero aprendí que a veces ser demasiado hombre mata y que para ser buen hombre es necesario tener buen juicio. Así que he tenido que cambiar mis ideas por mi salud y mi familia.”

Pedro Gómez.

29 años de edad.

Noveno grado de escolaridad.

Comenzó a beber a los 12 años de edad en las actividades de trabajo del padre y se extendió luego con los compañeros de aula de la secundaria básica. “A veces me fugaba de la escuela y nos íbamos para el río a tomar. Después me chupaba unos cuantos caramelos y hablaba lo menos posible en la casa. Le decía a mi mamá que me dolía la cabeza y me acostaba a dormir. Era una manera de hacer lo que los demás hacían y en el grupo de la secundaria nos daba un toque de gente grande ante las niñas.”

Estas fugas le causaron muchos tropiezos que, en el intento por culpar siempre a los demás, le produjeron un rechazo escolar por lo que no continuó los estudios. Comenzó a trabajar al año siguiente en una nave de crianza de puercos. “...Aquí el trabajo me dejaba tiempo libre aunque tenía que permanecer en el lugar. Me ponía con mis compañeros a jugar cartas y tomar ron. Eso era diario. Todos los días nos tomábamos una botella entre los tres, pero eso no es nada del otro mundo. No es para volverse alcohólico ni mucho menos. Desde entonces siempre me doy mis tragos de vez en cuando en las fiestas, en la playa, a veces nos reunimos en el parque y compramos una botella y otra y otra hasta que nos cansamos. De todas maneras no hay nada más que hacer: trabajar y lucharte una estilla y sentarte en el parque a tomar y compartir con los socios.”

Pedro acude a consulta médica por presentar dolores y malestares frecuentes. Ha tenido 2 juicios por desorden público en estado de intoxicación aguda por ingestión de alcohol y es remitido a nuestro centro para la atención de su alcoholismo. En la actualidad vive solo, no tiene pareja ni centro de trabajo. Su padre falleció en un accidente automovilístico y su madre emigró a los Estados Unidos con el sueño de reunirse algún día con su hijo. Sueño estimulado que se erige como la meta fundamental de este sujeto. No se reconoce como alcohólico aunque quiere recuperarse de las dolencias físicas por lo cual permanece en el grupo.

“...yo no soy igual que ellos. Yo tomo cuando yo quiero. A veces me echo hasta una semana sin tomar y no me pasa nada. Lo que pasa es que uno se encuentra con los socios y enseguida compramos media para hacer algo. Yo sé que yo no voy a llegar a ser alcohólico porque yo me

voy pa´ fuera y allá no puedo tomar tanto porque ahí si hay que pinchar. Mi mamá me dice que no tome tanto pero hay que refrescar de vez en cuando.

Ella me dice que allá no se puede tomar pero hace 5 años que estoy intentando llegar allá y no lo logro y aquí lo único que me queda es sentarme con los socios a darme unos buches de vez en cuando.”

A pesar de la negativa ante la enfermedad los elementos de cambio grupal están surtiendo efecto. El sujeto está reduciendo los niveles de consumo y aunque sabemos que esto no es la solución a su problemática también es cierto que esta persona aún no ha profundizado en los abismos del alcoholismo ni ha tenido las pérdidas devastadoras necesarias para la identificación y concientización de la enfermedad. No obstante, por la edad consideramos que constituye un ejemplo ilustrativo del pensamiento actual de gran parte de la juventud de la comunidad.

Julio Nodarse.

52 años.

Soltero. Sin hijos. Convive con la madre de 71 años y una hermana de 43 años.

Actualmente se desempeña como carpintero en cuyas labores ha perdido 3 dedos, 2 de ellos como consecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas en horario de trabajo. Su historia de consumo comienza desde su niñez. Una historia enraizada, creada y promovida por la interacción familiar. Julio proviene de una familia altamente consumidora de bebidas alcohólicas cuya solvencia económica emana justamente de la tenencia de bares y cafeterías que les proporcionaba una vida holgada. Esta actividad constituía el eje central de una dinámica que no solo promovía el consumo sino también que las bebidas alcohólicas constituían su principal razón de existencia.

“...desde pequeño yo tomaba, no como ahora. Mi papá me daba mis traguitos y mi abuelo tenía que comer con vino siempre. Él decía que una comida sin vino no alimentaba bien. Además nosotros siempre tuvimos cafeterías y en mi casa se guardaba toda la mercancía. Nosotros vivíamos de eso y aprendimos a tomar desde pequeños. Tomar en mi casa siempre fue una tradición. Todos mis tíos, mi abuelo, mi papá y los hijos de todos ellos aprendimos y tomábamos todo tipo de bebidas.”

“...a los 22 años comencé a trabajar en el bar del Hotel Habana Libre. Ahí había de todo tipo de bebidas finas, la que quisieras tomar. Bebidas buenas que te invitaban a darte un trago. Había que probarlas todas si en definitivas no teníamos que pagarlas. Toda la que te tomaras era gratis. A partir de ese entonces comencé a tomar cada día más y más.”

La tradición, el sentido y el medio de vida y la accesibilidad a las bebidas alcohólicas provocaron un aumento acelerado del consumo de bebidas alcohólicas hasta su enfermedad. Serias enfermedades hepáticas y gastrointestinales, disminución del interés por cualquier otra actividad no relacionada con el alcohol, la irresponsabilidad en todas las esferas de la vida que le ha costado serios accidentes, la pérdida de la confianza de sus clientes y las afectaciones en la esfera familiar han provocado su recurrencia a nuestro centro.

Ante la pregunta: ¿Se considera usted una persona alcohólica? Respondió:

“...a mí me gusta tomar. Yo he tomado toda mi vida y me gusta. Mi abuelo tomó siempre y se murió con 76 años y mi papá con 72 y nunca tuvieron problemas por beber. Es cierto que a veces me emborracho pero eso es cuando termino de trabajar (elemento que la hermana desmiente inmediatamente). A veces voy a casa de Joseito (productor de gualfarina y vendedor clandestino) a jugar dominó y darnos unos paletazos pero eso no es malo. El hombre necesita darse unos tragos de vez en cuando para entrar en calor. Además yo tengo muchos amigos que me invitan y no les puedo decir que no y te vas embullando.”

Consumir alcohol en esta familia, como en muchas de esta comunidad, es un sello distintivo, una tradición que permite el vínculo y la pertenencia. A pesar del daño individual y familiar aún no existe relación entre consumir alcohol y el concepto de enfermedad. La subjetividad familiar gira en torno al consumo. Cargada de estereotipos y creencias sus miembros continúan aceptando el alcohol como un constituyente más de sus vidas, aunque ya va creando serios estragos.

La permanencia en el grupo terapéutico ha posibilitado que este sujeto haya tenido períodos de abstinencia con las consecutivas recaídas. Un fenómeno inevitable más aún para alguien cuyo sentido de vida es el alcohol y su vínculo con la enfermedad dista mucho de su horizonte racional.

Como vemos se cumple una vez más el refrán “Todos los caminos conducen a Roma”. Hilos diversos coinciden en su último punto. Es el alcoholismo la última forma de presentación de múltiples causas, sentidas y construidas como historias de vida. ***Las tradiciones familiares transmitidas en el proceso de enseñanza-aprendizaje, los estilos de interacción grupal y sus elementos de cohesión (el alcohol en muchos grupos funciona como elemento de cohesión por excelencia), los elevados niveles de frustración individual y social que encuentran pseudosolución en el enajenamiento producido por el alcohol, las creencias y estereotipos que sobre el alcohol tiene la sociedad machista y la carencia de espacios de desarrollo personal y social son,*** junto a los ya vistos, ***algunos de los elementos detonantes de un proceso irreversible hacia el envenenamiento humano de nuestra comunidad.***

Esta diferencia de causas y caminos individuales marca la inevitable diferencia en la concientización de la problemática y la búsqueda de ayuda profesional. Así como la estructuración de planes individuales para la ayuda y la rehabilitación de los enfermos.

*El alcoholismo es una problemática social que resulta de las condiciones y características sociales ancestrales y actuales de nuestra comunidad y que a la vez contribuye al mantenimiento de dichas condiciones y el empeoramiento de la misma. Se establece así una suerte de círculo vicioso en donde las causas generan un efecto que a la vez se convierte en causa sumada a las anteriores para redundar en el mismo efecto: el empeoramiento y la involución comunitaria.*

Hasta este momento del análisis Bahía Honda se nos presenta como una comunidad que, sin dudas, decrece vertiginosamente. Sin embargo, no sería justo presentar una problemática tan acuciante como lo es el desarrollo de una comunidad de modo absolutista y obviar los esfuerzos que, aunque insuficientes aún, se han venido estructurando como programas de la revolución para comenzar a detener el proceso de deterioro social.

La apertura de una sede universitaria municipal, los cursos de superación integral de jóvenes, la tarea “Álvaro Reinoso” han contribuido a la reinserción de muchos jóvenes y adultos en el camino del desarrollo intelectual y profesional. A fin de crear, con su modificación cognitiva, nuevos intereses y necesidades superiores que generen nuevos y más saludables estilos de vida.

La formación de nuevos profesionales constituye un paso de avance en el proceso de transformación de la subjetividad social. No solo por la necesidad de una conciencia de cambio y transformación que debe lograrse en ellos y su propia formación como personal capacitado para lograr el cambio en el resto de la comunidad; sino también por la posibilidad que se le ha brindado a estos jóvenes de descubrir, dentro de su propia comunidad, nuevas aristas de desarrollo que combatan un poco el imaginario colectivo actual en su propio crecimiento personal.

La estructuración y realización de una serie de conferencias sobre el tema del alcoholismo a los trabajadores sociales es en la actualidad una realidad que supone un elemento más en este intento de cambio comunitario

Todo lo anterior pudiese contribuir, en los próximos años, a la formación de una nueva subjetividad social cuyo producto final sería la transformación de la propia comunidad hacia el desarrollo. Este es un elemento importante que debe engranarse con los demás expuestos en este trabajo en el intento de disminuir el auge del alcoholismo y otros males sociales de nuestra comunidad.

## **Conclusiones.**

Como hemos visto en el transcurso de este trabajo la problemática del alcoholismo en nuestra comunidad se estructura en un entramado de sentidos y significados psicológicos no solo para las personas alcohólicas y sus familiares sino también para la sociedad como entidad metapsicológica de las diferentes subjetividades individuales que la conforman.

Una sociedad que desde su primer amanecer produce, comercializa y consume alcohol a partir de su principal industria: la caña de azúcar. Una industria constituida principalmente por negros esclavos cargados de religiones, todas con vínculos perennes con el alcohol. Comenzaba así la mezcla entre colonizadores y esclavos, la construcción de una subjetividad social que burla las leyes del tiempo para mantenerse vigente luego de cientos de años de existencia reflejada en los constituyentes psicológicos de las diferentes subjetividades individuales. Creencias religiosas, tabúes, prejuicios, mitos, valores, principios y hábitos son los principales elementos constitutivos de un comportamiento social que realiza y estimula el consumo del alcohol como elemento idiosincrásico de nuestra existencia comunitaria.

Este comportamiento se transmite y es adquirido por las nuevas generaciones no solo a través del aprendizaje imitativo familiar sino también a través del lenguaje verbal. Transmitimos ideas, mitos y valores asociados al alcohol que presentan el consumo de dicha sustancia como un comportamiento necesario para la pertenencia y la aceptación de las diferentes expresiones individuales en el contexto social, además de los metabeneficios sobre la salud y su conjunción, para nada desdeñables, con la sexualidad y la hombría en una cultura eminentemente machista. Obviamente estamos cerrando un cuadro patológico donde la salud de la sociedad radica precisamente en la enfermedad de la misma.

Salta a la vista el papel controvertido que juega la familia como célula esencial de construcción social. Estamos generando y construyendo una sociedad alcohólica.

Unas veces conscientes, otras no del todo, de la razón por la cual aprendemos y consumimos alcohol; la mayoría de las personas de esta comunidad se inician y mantienen, con todos los matices y niveles asociados, en el consumo del mismo. Confundidos, y convencidos a la vez,

entre causas y justificaciones; lo cierto es que el consumo de esta sustancia forma parte indisoluble de la existencia de la comunidad misma. Es parte constitutiva de nuestra identidad comunitaria y por tanto se erige como un elemento constitutivo también de nuestra subjetividad. No importa cuanto daño cause dicho comportamiento, seguimos transmitiendo la necesidad de realizarlo a fin de evitar el rechazo social.

Siguiendo la exposición de lo que pudiese ser los elementos causales de la problemática del alcoholismo en la comunidad de Bahía Honda, y a fin de establecer un orden meramente epistemológico ya que está muy lejos de ser dicha problemática la resultante de una sumatoria de causas aparece la comunidad como un ente físico y psicológico congelado en el tiempo. Una dinámica social que se cierra en la mera rutina existencial. La ausencia casi total de un desarrollo económico floreciente que genere nuevas fuentes de empleo y la inexistencia de un movimiento social y cultural diverso y desarrollador que eleve paulatinamente la calidad de vida de sus pobladores; contribuye a la formación y permanencia de un sentimiento de frustración abrumadora, idiosincrásico también, que día a día se establece con mayor fuerza en esa metasubjetividad social y que es el inconsciente colectivo para muchos y el consciente volitivo para quienes constituye el motivo esencial de su acción. Este sentimiento finalmente redundante en deseos, sueños y aspiraciones de emigrar. Soltar amarras y emprender la búsqueda de nuevos horizontes.

La emigración intranacional y extranjera constituye para esta comunidad aquello que muchos llaman el sueño por un futuro mejor y que muchos solo alcanzan en el estado de intoxicación alcohólica.

Muchas personas han emigrado hacia los Estados Unidos y los países europeos, hijos de la misma comunidad con los mismos mitos y valores, que regresan cargados de historias y dólares que hacen historia alrededor de los muchos que se unen a escucharlas. Esto ha fomentado que los ideales de crecimiento y desarrollo se dibujen en torno a la posibilidad de una solvencia económica que se hace visible solo en las visitas a los únicos lugares de distracción municipal: un local habilitado por la cadena Rumbos y el Cupet, lugares cuyo servicio fundamental es la venta de bebidas alcohólicas. Es por ello también que el consumo de bebidas alcohólicas se convierte en un elemento medular en la formación de la subjetividad social. Es el punto de referencia, la escala a través de la cual se mide la posición que tiene cada cual en la comunidad. El patrón de

crecimiento individual se juzga exactamente por la posibilidad que tiene cada persona de acceder a los lugares de consumo en divisa.

Alertamos que no es solamente la carencia de lugares de recreación y ocio sino que esta carencia de diversidad de opción está provocando el surgimiento de un estilo de vida que gira en torno a la posibilidad de acceso a dichos lugares cuya actividad fundamental es la venta de bebidas alcohólicas. O sea, el consumo está dejando de ser un problema de salud para convertirse en un elemento demostrativo de crecimiento económico y desarrollo personal.

Si a todo lo anteriormente dicho le sumamos la superaccesibilidad al producto por la cantidad de establecimientos estatales y privados que ofertan bebidas alcohólicas no será difícil predecir que en un futuro no lejano el aumento de los índices de alcoholismo devendrá en una comunidad alcohólica con las dolorosas consecuencias de destrucción paulatina e indetenible.

Como dije al principio de este trabajo, resulta difícil entender completamente la subjetividad humana y ofrecer verdades acabadas en absolutismos de cualquier problemática que le concierne. Es por ello que nuestro trabajo finaliza conscientes de las múltiples aristas que se nos escapan y las razones de muchos de aquellos que viven en el anonimato de su autodestrucción. Entender el entramado intra e interpsicológico de sentidos y significados del alcoholismo no es menor tarea, no obstante no resultaría ni sano ni sabio pensar en la enfermedad como un problema de causas y consecuencias individuales sino como la expresión individual de una sociedad en decadencia.

El alcohol nos ha tendido una trampa. La lujuria y la ignorancia son sus hilos que, como el de Ariadna, nos guían hacia un abismo de muerte y destrucción socialmente aceptado y aplaudido. Su mayor peligro radica en su construcción de arquetipos fantasmagóricos de mitos, creencias y prejuicios que justamente nos reducen la visión de peligro y nos muestra una realidad destructiva como la imagen del progreso.

La suerte está echada. Y a menos que cambiemos, no es de las más alentadoras.

## **Recomendaciones.**

### **Líneas de acción preventiva.**

El intento de prevenir el alcoholismo en la comunidad constituye una tarea de titanes. Muchos años de construcción cultural, de creencias irracionales, la poca diversificación de la cultura, el decrecimiento económico y la inexistencia de alternativas de ocio sin la presencia del alcohol son elementos constituyentes de una realidad que convoca al consumo como única vía de enfrentamiento a su propia realidad.

Esto se convierte en una batalla campal que toda la comunidad debe librar en función de su salud y su crecimiento. Muchas son las tareas a realizar:

1. Un paso alentador lo constituiría el hecho de que las entidades comerciales redujeran la venta de bebidas alcohólicas, reducir los horarios y las unidades destinadas a estos fines. Estructurar planes de ventas que incluyan otros productos comestibles, artesanales, etc. que favorezca el cumplimiento de los planes de recaudación monetaria sin la necesidad de sobreventas de alcohol. Estamos convencidos de que las empresas tienen que ser rentables y productivas pero en este caso el fin no justifica los medios. Estamos produciendo una sociedad adicta y dependiente.

¿Solamente al alcohol?

2. Prohibir realmente la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad constituye una manera de reducir la población con acceso al alcohol y disminuye el riesgo de iniciación precoz y el establecimiento de la enfermedad en la juventud.
3. Sería conveniente que las autoridades del consejo de gobierno municipal y provincial destinaran más fondos para el desarrollo cultural y social de la comunidad. Se necesita crear espacios y actividades para el disfrute y el ocio que no se vinculen con la venta de bebidas alcohólicas, ampliando las esferas de interés de la población y estimulando la adopción de estilos de vida más saludables. Cultivar la cultura, el deporte y modos de recreación saludables a través de la construcción de nuevos sitios o reparación de los olvidados que

favorezca el crecimiento social y los sentimientos de pertenencia a la comunidad. A nuestra comunidad le urge tener un sentido de existencia.

4. Poner en práctica un programa para la salud eficaz. Que se lleve a cabo en todas y por todas las fuentes que participan en la construcción de la subjetividad individual y social. Un movimiento masivo y constante por parte de educación, cultura, salud y todas las organizaciones que se quieran sumar a la promoción de un estilo de vida saludable que transmita información real de los efectos del alcohol y las ventajas de no consumirlo. Creando actitudes negativas hacia el consumo del mismo. Es muy importante que los niños aprendan desde pequeños que las supuestas ventajas del alcohol (combatir el frío, eliminar la ansiedad, tratar el insomnio, aliviar las penas, ser más hombre, etc.) son creencias sin sentido y sin ningún basamento científico.
5. Debemos aumentar la preparación y capacitación profesional que posibilite la creación de nuevos grupos de ayuda mutua para la rehabilitación de los enfermos y sus familiares.
6. Desarrollar un programa de estudio para aumentar el nivel de conocimientos acerca del alcoholismo fundamentalmente en el personal de la educación y la salud a fin de realizar un diagnóstico certero de la incidencia estadística real de la enfermedad en la comunidad.
7. Aumentar la lucha contra la producción y comercialización ilegal de bebidas alcohólicas.

Todas estas acciones solo serán posibles si la comunidad toma conciencia de lo grave de la situación actual y la decadencia creciente de la comunidad.

## **Notas Aclaratorias.**

- <sup>(1)</sup> Véase: Defunciones del Ejército Libertador. Archivo Provincial de Historia. Cajuela 146, Pág. 15, 23, 82, 143, 203, 211, 234.
- <sup>(2)</sup> Véase: Anuario de Estudios Cubanos. La República Neocolonial. Tomo I, Pág. 29. editorial de Ciencias Sociales.
- <sup>(3)</sup> Véase: Censo de Cuba 1899. tabla III, Pág. 190. archivo Provincial.
- <sup>(4)</sup> Véase: Censo de Cuba de 1931, Pág. 134. Archivo Provincial de Historia.
- <sup>(5)</sup> Véase: Historial de Salud Pública de Bahía Honda.

## **Referencias Bibliográficas.**

1. Alonso, E. e Hilario Carmenate. Censo Arqueológico de Pinar del Río. Academia de Ciencias. Delegación Territorial de Pinar del Río. 1986.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. Washington DC. APA. 1994.
3. Bogdan, R. C. y Biklen, S. K.: Qualitative research for education: an introduction to theory and methods. Londres: Allyn and Bacon. 1982.
4. Bogdan, R. C. y Taylor, S.: Introduction to Qualitative Research Methods. Ed. John Wiley. Nueva York. 1975.
5. Bogani, E.: "Psicoterapia de Grupo en el Alcoholismo". En Drogalcohol, Vol. IX, año núm. 2. pp. 65-77. 1984.
6. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Ed. Meditor. 1992.
7. Cicourel, A.: Method and measurement in sociology. Ed. Free Press. Nueva York. 1964.
8. Colectivo de Autores. Síntesis Histórica del Municipio Bahía Honda. Museo Municipal. 1997.
9. Colli, M.: Psicología de las conductas adictivas. En prensa. 2005.
10. Colli, M. y Zaldívar, D.: Factores Curativos en Psicoterapia de Grupo : su evaluación y análisis en un grupo de alcohólicos rehabilitados. En Adicciones, Sección Latinoamericana, Vol 14, no 3, pp.291-391. 2002
11. Davanloo. H.: Psicoterapia Breve. DOR. Sl. Ediciones. 1992.
12. Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S.: Introduction: entering the Field of Qualitative Research. En N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research. Londres. 1994.

13. Diclemente, C.; Prochaska, J. O.: Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change. Stages of Change and Addictive Behaviors. En *Treating Addictive Behaviors*, 2ed, editado por Miller y Heather. Plenum Press, New York. 1998.
14. Erickson, F.: Métodos Cualitativos de Investigación sobre la Enseñanza. En M.C. Wittrock (Ed.), *La Investigación de la Enseñanza*. Madrid. Piados-MEC. 1989.
15. Ferrer Rodríguez, Ana Bertha. Bahía Honda, raíces y tradiciones. Rescate de una tradición folclórica. Trabajo investigativo. Biblioteca Municipal de Bahía Honda. 1999.
16. Filstead, W.: *Qualitative methodology*. Ed. Markham. Chicago. 1970.
17. Flores, P.: *Group Psychotherapy with Addicted Populations*. The Haworth Press, New York. 1997.
18. Glaser, B. G. Y Strauss, A. L.: *The discovery of groundedtheory: Strategies for qualitative research*. Ed. Aldine. Chicago. 1967.
19. Glesne, C. y Peshkin, A.: *Becoming Qualitative Researchers. An Introduction*. White Plains, NY: Longman. 1992.
20. Goetz, J. P. y LeCompte, M. D.: *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Ed. Morata. Madrid. 1988.
21. González Menéndez, R.: *El Alcoholismo. Su atención específica*. Ed. ECIMED.La Habana. 1992.
22. González Menéndez, R.; Goicolea, S.: El dependiente alcohólico primario cinco años después de su primer ingreso . *Rev. Esp.de Drogodependencia* 20. 1995.
23. Hoffman L.: *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica. 1981.

24. <http://medusa.unimet.edu.ve/didactica/fpdd49/Lecturas/Archivo%20Word/HISTORIA%20METODOS%20CUALITATIVOS.doc>
25. Ibáñez, T.: Psicología Social Construccionalista. Universidad de Guadalajara. México. 1994.
26. La Hoz Concepción, Leydis. Donde las raíces hablan. Trabajo de curso. Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas. Universidad Agraria de la Habana. “Fructuoso Rodríguez”. 2003.
27. LeCompte, J.; Millroy, W. L. y Preissle, J.: The Handbook of Qualitative Research. Londres: Academic Press. 1992.
28. LeCompte, M.: Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programa. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa. 1995.
29. Malinowski, B. Los argonautas del Pacífico Occidental. Un estudio sobre comercio y aventuras entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea Melanesia. Barcelona. Planeta-Agostini. 1986.
30. Marlatt, G. y Gordon, J.: Relapse Prevention. Ed. Guilford Press, Washington. 1985.
31. Maxwell, J. A.: Qualitative Research Design. An interactive approach. Thousands Oaks. Ca: Sage. 1996.
32. Minuchin, S.; Baker, L.; Liebman, R.; Milman, R.: Un modelo conceptual de la enfermedad psicosomática en niños. Organización de la familia y terapia familiar. Trad. de Archives of General Psychiatry. Vol. 32. 1975.
33. Morse, J. M.: Critical Issues in Qualitative Research Methods. Londres. Sage Publications. 1994.
34. Ponce, A.: Tesis 1486. “Los enigmas de las drogas. Una aproximación desde su representación social” Facultad de Psicología. Universidad de la Habana. 2002.

35. Prochaska, J. O.; Diclemente, C.; Norcross, J. C.: In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors American Psychologist, Vol. 47, No 9, pp.1102-1114. 1992.
36. Riis, J. How the other half lives. Nueva York: Scribner's Son.
37. Ríos, J. A.: El Sistema Familiar afectado por la enfermedad y la deficiencia física." En Orientación y Terapia Familiar en familias afectadas por enfermedades o deficiencias. Fundación MAPFRE MEDICINA. 1994.
38. Rodríguez, G.; Gil, J. Y García, E.: Metodología de la Investigación Cualitativa. Editorial Aljibe. España. 1999.
39. Sarabia, Bernabé y Zarco, Juan. Metodología cualitativa en España. Cuadernos metodológicos No 22. edita CIS, España. 1997.
40. Steiner, C.: Games Alcoholics Play. Ed. Ballantine Books, New York. 1971.
41. Steinglass, P.; Bennett, Linda A.; Wolin, Steven J. y Reiss, D.: La familia alcohólica. Editorial Gedisa. 1989.
42. Stocking, G. W.: La magia del etnógrafo. El trabajo de campo en la antropología británica desde Taylor a Malinowski. En H. M. Velasco, F. J. García y A. Díaz (Eds.), Lecturas de antropología para educadores. Trotta. Madrid. 1993.
43. Sutherland, E.: The professional thief. Chicago. University of Chicago. 1937.
44. Taylor, S. J. y Bogdan, R.: Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1986.
45. Thomas, W. y Znaniecki, F.: The polish peasant in Europe and America. Nueva York. Knopf. 1927.

46. Vannicelli, M.: Group Psychotherapy with Substance Abusers and Family members .En Psychotherapy and Substance Abuse, A practitioner's Handbook .Ed A. Washton, pp. 337-335. 1995.
47. Vannicelli, M.: Group Psychotherapy with alcoholics: special techniques. Journal of Studies on Alcohol, 40, 457-471. 1992.
48. Vannicelli, M.: Treatment of Alcoholic Couples in Outpatient Group Therapy Group, Vol. 11, Num 4, Winter. 1987.
49. Velicer, W. F.; Prochaska, J. O.; Fava, J. L.: Detailed Overview of the Trans theoretical Model. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of Behavior change. Homeostasis, 38, pp. 216-233. 1998.
50. Vidich, A. J. y Lyman, S. M.: Qualitative Methods. Their History in Sociology and Anthropology. En N.K. Denzin Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research. Sage Publications. Londres. 1994.
51. Vigotsky, L. S.: “El significado histórico de la crisis de la psicología. Una investigación metodológica.” En tomo I. Obras Escogidas. Edita Aprendizaje Visor. 1996.
52. Villaverde, Cirilo. Excursión a Vueltabajo. Editorial Letras Cubanas. La Habana. 1981.
53. Vinogradov, S. y Yalom, I.: Concise Guide of Group Psychotherapy. Ed Am. Psychiatric Press Inc., New York. 1990.
54. Wirth, L. The ghetto. Chicago. University of Chicago Press. 1928.
55. Yalom, I. D.: Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo. Ed. Fondo de Cultura Económica, México. 1986.
56. Zabala, Ma. del Carmen. “La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. José Ignacio Ruiz Olabuénaga y María Antonia Ispizua.” Ubicado en: Selección de lecturas de la Investigación Social. Compilación. Pág., 21. FLACSO. 2001.