

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**“Ni viciosos ni malandrines”: un estudio del estigma en torno
al alcoholismo en el Perú y en un grupo de Alcohólicos
Anónimos**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
SOCIOLOGÍA**

AUTOR

Sebastián Higuera García

ASESOR

Martín Christian Santos Anaya

Julio, 2020

AGRADECIMIENTOS

Investigar y escribir esta tesis fue un reto en muchos sentidos, y estoy muy agradecido por el apoyo que recibí a lo largo del proceso, sin el cual no lo podría haber logrado.

Quiero darle las gracias a mi asesor, el profesor Martín Santos, que, además de introducirme a la teoría sobre redes sociales, empujarme a ser ambicioso con mi marco teórico y darle un seguimiento atento a un trabajo de campo por momentos complicado, me motivó a seguir adelante cuando lo necesité. Quiero agradecer también a los otros dos miembros del jurado de pre-sustentación, los profesores José Luis Rosales y David Sulmont, por sus comentarios, que, junto con los del profesor Santos, contribuyeron a hacer de esta tesis una investigación más completa y más clara. Quiero aprovechar también para agradecer a los profesores que me enseñaron a aplicar los métodos que utilicé en mi investigación, en particular al profesor Robin Cavagnoud y a la profesora Maritza Paredes, por el lado de la aplicación de entrevistas y la observación participante; y nuevamente al profesor David Sulmont y también al profesor Edwin Cohaila, por el lado del trabajo estadístico.

No puedo dejar de agradecer también a los miembros de Alcohólicos Anónimos del grupo con el que trabajé, que me otorgaron su confianza a la hora de dejarme participar semanalmente en sus reuniones, y luego nuevamente a la hora de regalarme su tiempo para la realización de entrevistas. Más allá de lo que aprendí de ellos en el marco de esta tesis y sus objetivos de investigación, aprendí muchísimo sobre la capacidad de las personas de salir adelante.

Finalmente, quiero darle las gracias a mi familia. En particular, a Ena e Ignacio, mis padres, un gran equipo, que nunca han dejado de apoyarme y motivarme, y que para esta última etapa de la carrera de la tesis realmente se esmeraron. Los quiero mucho a los dos. También quiero darle las gracias a Gabriel y Andrea, amigos Sociópatas, con los que discutimos muchísimo sobre nuestras tesis; a Fernando, por su apoyo constante; y a Patricia, mi abuela, que siempre me

escuchaba cuando le comentaba en qué estaba trabajando y que siempre me hacía preguntas muy útiles. Te extraño mucho.

¡Muchísimas gracias a todos!



RESUMEN

La presente tesis busca aplicar en el Perú los avances de años recientes en los estudios sociológicos sobre el estigma, para abrir la caja negra tanto del estigma público respecto al alcoholismo como del estigma experimentado o recibido por quienes se reconocen a sí mismos como alcohólicos en recuperación. Con el fin de lograr una comprensión integral de estos tipos de estigma, se despliega una estrategia metodológica mixta, que incluye análisis de bases de datos como la Encuesta mundial de valores, observación participante en las reuniones de un grupo de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Lima, entrevistas a profundidad con alcohólicos en recuperación y trabajo de archivo. Factores tan diversos como el género, la región geográfica y los contextos de vida particulares jugarán un rol importante en el análisis, a medida que se va descubriendo que el estigma en torno al alcoholismo en el Perú es un fenómeno sumamente complejo, a la vez de alta relevancia sociológica y de alta urgencia social.

PALABRAS CLAVE

estigma; estigma público; estigma recibido; alcoholismo; Alcohólicos Anónimos; género

ÍNDICE

<u>Introducción</u>	1
---------------------------	---

Capítulo 1: Diseño de tesis

1. Objeto de estudio.....	4
2. Justificación.....	5
3. Estado del arte	7
4. Pregunta de investigación.....	14
5. Preguntas secundarias.....	14
6. Marco teórico.....	15
6.1. Desviación.....	15
6.1.1. Teoría estructural y teoría relativista.....	17
6.1.2. Asociación diferencial.....	18
6.2. Teoría del etiquetaje.....	19
6.3. Estigma.....	20
6.3.1. Definiciones de estigma.....	20
6.3.2. Estrategias de manejo del estigma.....	23
6.3.3. Fases del estigma.....	25
6.3.4. Tipos de estigma.....	26
6.3.5. Relación entre estigma público y estigma experimentado...28	
6.3.6. Estigma y alcoholismo.....	29
6.3.7. Estigma, alcoholismo y género.....	31
6.4. Conceptualización sociológica de alcoholismo.....	32
6.5. Redes sociales y salud mental.....	35
7. Hipótesis.....	39
8. Diseño metodológico.....	40
8.1. Tipo de diseño y enfoques metodológicos	40
8.2. Selección de casos y ámbito geográfico y temporal	44

Capítulo 2: ¿Estigma público? Cifras y percepciones sobre el alcoholismo en el Perú

1. Objetivo.....	46
2. Niveles de consumo de alcohol y alcoholismo en el Perú.....	49

2.1. Consumo de alcohol.....	49
2.2. Alcoholismo.....	54
3. Percepciones sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo en el Perú.....	61
3.1. Percepciones sobre el consumo de alcohol.....	61
3.2. Percepciones sobre el alcoholismo.....	62
3.2.1. Variaciones de las percepciones en el tiempo.....	63
3.2.2. Variaciones sociodemográficas.....	65
4. Estigma público respecto al alcoholismo en el Perú.....	70

Capítulo 3: ¿Estigma recibido? Experiencias de un grupo de Alcohólicos

Anónimos

1. Objetivo.....	73
2. Grupo “Paz y vida” y entrevistados.....	75
3. Estigmatización.....	78
3.1. Primeras experiencias con el consumo de alcohol.....	80
3.2. Etiquetaje.....	83
3.3. Percepción de estereotipos negativos asociados.....	86
3.4. Distancia entre el yo y los otros.....	89
3.5. Pérdida de estatus.....	91
3.6. Definiciones de alcoholismo.....	93
4. Estrategias de manejo del estigma.....	97
5. <i>Records</i> , des-etiquetaje y re-etiquetaje.....	98
6. La cuestión del género.....	100
7. Alcohólicos Anónimos como red de apoyo.....	102
7.1. Eficacia de la red.....	104
7.2. Disponibilidad de la red.....	107
7.3. Recuperación	108
8. Estigma recibido respecto al alcoholismo en la vida cotidiana.....	109

<u>Conclusiones</u>	112
---------------------------	-----

<u>Bibliografía</u>	117
---------------------------	-----

Anexos

1. Anexo 1: ENDES.....	125
2. Anexo 2: CEDRO.....	127
3. Anexo 3: EMV.....	128

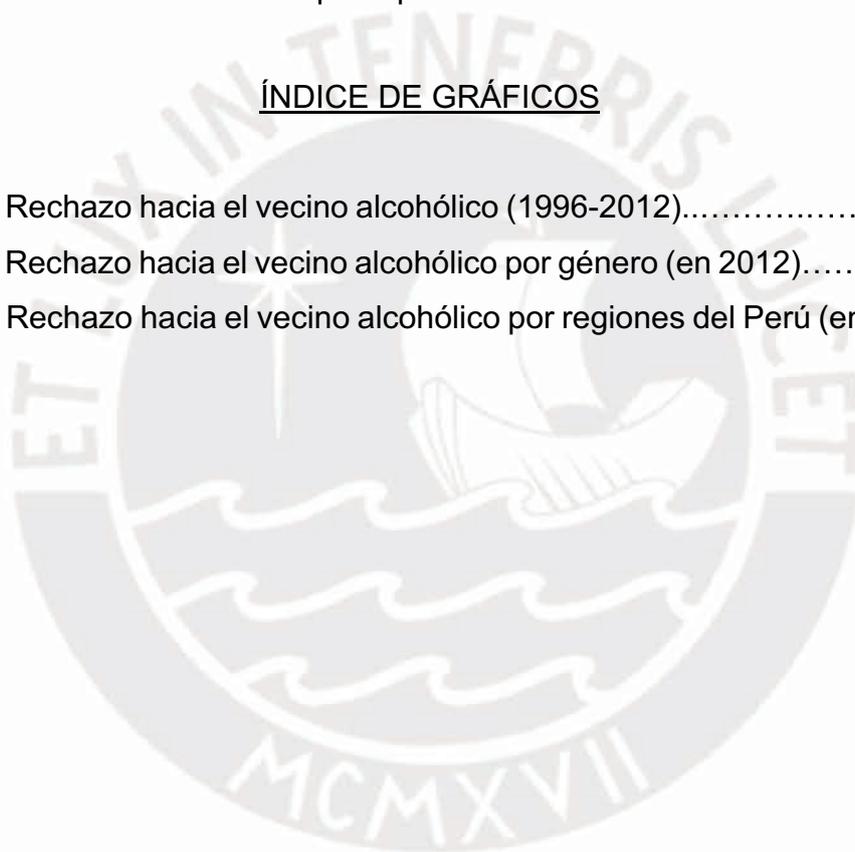


ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen de datos sobre consumo de alcohol (i).....	50
Tabla 2: Resumen de datos sobre consumo de alcohol (ii).....	52
Tabla 3: Resumen de datos sobre consumo de alcohol (iii).....	53
Tabla 4: Resumen de datos sobre consumo de alcohol (iv).....	54
Tabla 5: Resumen de datos sobre alcoholismo (i).....	55
Tabla 6: Resumen de datos sobre alcoholismo (ii).....	57
Tabla 7: Resumen de datos de percepciones sobre consumo de alcohol.....	62
Tabla 8: Resumen de datos de percepciones sobre alcoholismo.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Rechazo hacia el vecino alcohólico (1996-2012).....	64
Gráfico 2: Rechazo hacia el vecino alcohólico por género (en 2012).....	68
Gráfico 3: Rechazo hacia el vecino alcohólico por regiones del Perú (en 2012).....	69



INTRODUCCIÓN

La presente investigación nace de un interés en la epidemia de los opioides en los Estados Unidos, que hace ya unos cuantos años ha ido cobrando cada vez más importancia en la discusión pública norteamericana, a medida que la cantidad de personas adictas ha ido aumentando de manera drástica y que más personas han vivido la epidemia de cerca. Un artículo en particular resultó bastante llamativo: *There's a Highly Successful Treatment for Opioid Addiction. But Stigma is Holding it Back*¹, del periodista German Lopez del portal de noticias virtual estadounidense Vox (2017).

En la medida en que algo similar podría estar sucediendo en el Perú, por ejemplo en el caso del alcoholismo, cuyas tasas en el Perú son más altas que el promedio regional (OMS, 2018), la idea de que un fenómeno social como el estigma podría estar impidiendo que se implementen posibles tratamientos exitosos para el manejo de las adicciones resultó fascinante y urgente, y empezó a interesar como tema de investigación potencial. Fue así que finalmente se aterrizó en el estigma respecto al alcoholismo en el Perú como objeto de estudio. Antes de investigar sobre el impacto del estigma en el tratamiento del alcoholismo en el Perú, primero sería necesario entender ese estigma.

De esa manera, la pregunta que servirá de hilo conductor en esta investigación busca entender cómo el estigma es entendido y experimentado por personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas en recuperación. La decisión de enfocarse en personas que ya no están en lo que ellas llaman la carrera alcohólica sino que ya llevan un tiempo rehabilitadas se debe, por un lado, a una necesidad de simplificar el trabajo de campo, pero, sobre todo, a la posibilidad de poder ver cómo el estigma se va desarrollando sobre un periodo considerable de tiempo, y, cómo, en la actualidad, cuando para ellos la etapa más oscura del alcoholismo ya ha quedado en el pasado, el estigma aún puede persistir y dificultar las vidas cotidianas de estas personas. En particular,

¹ *Hay un tratamiento altamente exitoso para el tratamiento de adicciones a opioides – pero el estigma lo obstaculiza* (traducción propia).

nuevamente por razones tanto metodológicas como empíricas, habrá un enfoque en los miembros de un grupo de Alcohólicos Anónimos de Lima Centro.

Afortunadamente, existe en la sociología todo un corpus teórico sobre el estigma que servirá de guía a lo largo de la investigación. Se recurrirá a autores clásicos como Erving Goffman y su famoso estudio *Estigma: la identidad deteriorada* (1963), pero también a autores contemporáneos como Pescosolido y Martin, quienes en 2015 reseñan toda la investigación sociológica que se hizo en la década previa sobre el estigma, destilando conceptos claves y pistas para investigaciones futuras (2015). Estos tres autores contribuirán al esqueleto del marco teórico, pero serán complementados por una serie de otros autores, desde Giddens y Becker, para colocar al estudio del estigma dentro de la sociología de la desviación, hasta Small y nuevamente Pescosolido (junto con Perry) para entender cómo las redes sociales pueden influir sobre la recuperación de quien se reconoce como alcohólico y su manejo del estigma, pasando por algunos otros temas adicionales.

Respecto a la metodología, a medida que se desarrolle el estado del arte y luego el marco teórico, quedará claro que la única forma de entender el estigma de manera integral es elaborando una estrategia de métodos mixtos. Así, se trabajará, en un primer momento, con informes estadísticos de la Organización mundial de la salud (OMS) y del Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO), junto con las bases de datos de la Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) del Perú, de la Encuesta mundial de valores (EMV) y, nuevamente, de CEDRO, que cuenta con una base elaborada para un estudio epidemiológico y de opinión realizado en 2017. En un segundo momento, se realizará observación participante en el grupo de Alcohólicos Anónimos de Lima Centro ya mencionado, a partir de la cual se buscará establecer contactos con algunos miembros para poder realizar entrevistas a profundidad. Todo esto se complementará con la lectura y revisión de algunas obras fundamentales de la literatura de Alcohólicos Anónimos, que se incorporarán en el análisis cualitativo.

Esta tesis está dividida en cuatro partes: un primer capítulo que recoge todo el diseño de la investigación; un segundo capítulo que expone los resultados cuantitativos; un tercer capítulo que expone los resultados cualitativos; y, en cuarto lugar, las conclusiones, seguidas por la bibliografía y por una serie de anexos que recoge los datos extraídos de las bases de datos de la ENDES, de CEDRO y de la EMV.

El primer capítulo, de diseño de la investigación, está estructurado para armar una línea lógica que va desde el objeto de estudio hasta el diseño metodológico. Así, se empezará por explicar el objeto de estudio, y, luego, se desarrollará la justificación, el estado del arte, la pregunta de investigación resultante, las preguntas secundarias, el marco teórico, las hipótesis resultantes, y, finalmente, los métodos que aplicaremos para testear esas hipótesis, en ese orden. Como ya se mencionó, tanto el segundo como el tercer capítulo serán de resultados, y sus estructuras se basarán, a grandes rasgos, en las de las hipótesis de trabajo; y, finalmente, en las conclusiones se buscará afirmar los vínculos entre la teoría y los hallazgos de los tres capítulos dentro del marco de la propuesta teórica, para terminar con un llamado a que se investigue más y en mayor profundidad temas de desviación y estigma en el Perú.

CAPÍTULO 1: DISEÑO DE TESIS

1. Objeto de estudio

Esta investigación busca estudiar el estigma respecto al alcoholismo en el Perú. En la investigación sociológica, el estigma ha sido abordado desde diferentes ángulos, según una serie de variables, ya sea la naturaleza de la conducta o marca estigmatizante, o quién está generando el estigma, o bien quién lo está experimentando. En este estudio, con el fin de elaborar una comprensión lo más completa posible del objeto de estudio, se intentará, en primer lugar, de identificar y describir el estigma público en torno al alcoholismo, es decir, las concepciones, los estereotipos y los prejuicios sobre el alcoholismo de la población peruana en general. Luego, se dará enfoque al estigma recibido, y eventualmente interiorizado, por personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas en recuperación – específicamente, para el caso de este estudio, los miembros de un grupo de Alcohólicos Anónimos de un distrito de Lima Centro. En un tercer y último momento, también se estudiará en qué medida y de qué maneras las reuniones del grupo de Alcohólicos Anónimos estudiado logran ayudar a sus miembros a manejar el estigma y las consecuencias del alcoholismo en sus vidas.

Puesto de otra manera, la unidad de análisis de esta investigación, el estigma respecto al alcoholismo en el Perú, es un prisma – únicamente se puede estudiar descomponiéndola en unidades menores, es decir, en diferentes tipos de estigma. Para esta investigación, estas unidades son: el estigma público, a nivel nacional; el estigma recibido, a nivel individual; y el rol de Alcohólicos Anónimos en el manejo por la parte de sus miembros del estigma, es decir, un nivel comunitario. Al considerar estas tres aristas de escalas diferentes, se pretende armar una investigación lo más comprensiva posible del objeto de estudio principal.

Eso dicho, resulta relevante recordar, ya desde este punto, que las formas de abordar el estudio del estigma son realmente diversas, como quedará claro

en el marco teórico de esta investigación. Se espera que las tres que han sido escogidas para esta investigación sirvan para elaborar conclusiones contundentes sobre el estigma en torno al alcoholismo en el Perú. Sin embargo, es esencial que otras formas de estudiar el estigma también sean abordadas para el caso del alcoholismo, ya que éste también juega un papel importante en otros ámbitos distintos a los que serán estudiados en esta tesis. Solo es con mayor investigación que la caja negra del objeto de estudio de esta tesis podrá realmente ser dilucidada.

2. Justificación

Cumplir con los objetivos propuestos en esta investigación cobra mucho sentido en un país como el Perú, en el que la Organización mundial de la salud (OMS) estima que en 2014 un 4.9% de los peruanos (7.9% de hombres y 1.9% de mujeres) tenía una dependencia al alcohol, 0.8 puntos porcentuales por encima de la media regional (OMS, 2018, p. 215). Según un estudio realizado en 2017 por el Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO), el 15% de la población nacional padece de alcoholismo (CEDRO, 2017a, p. 13), lo cual equivale a 1,736,138 de peruanos. Estudiar el estigma en torno al alcoholismo en el Perú llevaría entonces a generar un mayor conocimiento sobre un aspecto poco considerado de un problema que afecta a un número considerable de peruanos, contribuyendo así a cuestionar las maneras en las que como sociedad son entendidos, acogidos y ayudados en sus procesos de rehabilitación y reinserción.

La investigación en otras disciplinas no sociológicas, principalmente la psicología, indica que el estigma, particularmente entre quienes durante un largo periodo de tiempo se han estado enfrentando al alcoholismo, puede no solo reducir el autoestima e impactar negativamente de manera global sobre la calidad de vida de las personas que se reconocen como alcohólicas, sino que hasta puede llegar a disuadirlas contra la búsqueda de tratamiento (Smith et al., 2010, p. 234; Schomerus et al., 2011, p. 4; Glass et al., 2013, p. 689), o, en todo

caso, postergar esa búsqueda (Song, Shin y Kim, 2015, p. 156). Sumar a estos hallazgos de la psicología, de la psiquiatría y en general de las ciencias de la salud y describir y analizar el estigma desde un punto de vista sociológico puede ser de gran utilidad para combatir el estigma y evitar sus consecuencias negativas. Entender, por ejemplo, qué segmentos de la población son los que denotan un mayor estigma público hacia el alcoholismo o cómo los diferentes entornos sociales de quien se reconoce como alcohólico han contribuido a generar estigma hacia él o ella podrá contribuir a generar pautas sobre dónde y cómo focalizar eventuales iniciativas de lucha contra el estigma en torno al alcoholismo (Lyu, Lee y Bejerano, 2017, p. 140; Pescosolido y Martin, 2015, p. 1), como también podrá aportar en la consejería que se la da a familias que cuentan con algún miembro que se reconoce como alcohólico.

Respecto a la relevancia para la sociología, existe en la disciplina tanto una corriente de estudios sobre el estigma y la desviación, desde Goffman y Lemert hasta Giddens y Lamont, como un cuerpo de investigación dedicado a estudiar temas vinculados al consumo de alcohol. La presente investigación pretende incorporarse a ambas tradiciones, pero aterrizándolas en el caso del Perú, en el que escasean estudios sobre el estigma y en el que el alcohol ha sido abordado principalmente desde la antropología, como elemento esencial de rituales andinos, y también desde la psicología, pero muy poco desde la sociología. Esto, a pesar de que, como lo señalan Link y Phelan, el estigma y “la estigmatización dependen de preocupaciones nucleares del quehacer sociológico – el poder y la capacidad de estratificar recursos tangibles e intangibles” (Link y Phelan, citados por Pescosolido y Martin, 2015, p. 5, traducción propia). De esta manera, abordar el tema del estigma respecto al alcoholismo en el Perú es de particular valor para la sociología, ya que busca entender un aspecto de la realidad peruana poco abordado, desde categorías y líneas de investigación sociológicas poco aplicadas para el caso peruano.

3. Estado del arte

En el marco de estudios de salud pública específicamente sobre adicciones y abuso de sustancias se han dado varios esfuerzos por construir y aplicar escalas sobre las creencias personales de diversos actores respecto a las adicciones (Luke et al., 2002; Schaler, 1995, 1997, 1996). En particular, en el estudio de Luke et al. se desarrolla un inventario minucioso de creencias sobre las adicciones (*Addiction Belief Inventory* - ABI) a partir de cuya aplicación se pueden elaborar distintos perfiles de creencias, en base al análisis de los resultados obtenidos. Los investigadores luego proponen que estos perfiles sean agrupados en algunos modelos globales de creencias respecto a las adicciones, entre los cuales resaltan el modelo moral, que agrupa a quienes entienden las adicciones como fallas de carácter de quienes las padecen, y el modelo de enfermedad, que engloba a los que ven las adicciones principalmente como condiciones clínicas que deben ser sometidas a tratamiento. Luke et al. aplican el ABI a personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas y que estén siguiendo algún tipo de tratamiento, para determinar si la existencia de tal o cual creencia o combinación de creencias en estas personas ejerce alguna influencia sobre la efectividad de los tratamientos seguidos por ellas y, en general, sobre la tasa de éxito de los esfuerzos de las personas con las que se trabajó por lograr la recuperación.

Las ciencias sociales también han reconocido la existencia de estos dos modelos globales (Pessanha Neves, 2004; Orcutt, 1976). Pessanha Neves, por ejemplo, en un artículo llamado *Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?*, plantea que el consumo de alcohol y el alcoholismo en particular pueden ser concebidos como objetos sociológicos, y que esto implica un análisis de las condiciones sociales vinculadas a las definiciones divergentes de alcoholismo o bien como enfermedad o bien como un rechazo a normas morales (Pessanha Neves, 2004, p. 11). En otras palabras, el estudio de las creencias sobre las adicciones, en este caso sobre el alcoholismo, empieza a entenderse como un problema de conformidad y desviación.

En un estudio realizado por James Orcutt, *Ideological Variations in the Structure of Deviant Types*, el autor ancla aún más el estudio de las creencias sobre las adicciones en el campo sociológico de la desviación. A través de encuestas aplicadas a estudiantes universitarios, Orcutt se propone desagregar las imágenes ideológicas de desviación en torno a alcohólicos y a adictos a la heroína, que son, nuevamente, principalmente dos: el modelo moral y el modelo de enfermedad (1976, p. 420). Para realizar esta desagregación, se emplea la tipología tridimensional de desviación de Freidson (Orcutt, 1976, pp. 419–422), que pretende clasificar analíticamente a los tipos de desviación según tres dimensiones que Freidson plantea que son normalmente atribuidas a los desviados: (i) la responsabilidad (¿es o no el individuo responsable de su desviación?); (ii) el pronóstico (¿es la desviación curable, susceptible de mejora o incurable?); y (iii) el estigma (¿la desviación del individuo de alguna manera daña su identidad?).

Orcutt descubre que, en realidad, las concepciones públicas en torno al alcoholismo y a la adicción a la heroína son bastante complejas. El autor encuentra que existen, además del modelo moral y del modelo de enfermedad, un tercer modelo mixto moral-enfermedad (Orcutt, 1976, p. 425), y también un cuarto modelo conductual, que rechaza tanto el modelo moral como el de enfermedad (Orcutt, 1976, p. 426). En cuanto al cruce con las categorías de Freidson, casi ocho de cada diez personas que comparten el modelo moral puro y el modelo mixto le adjudican la responsabilidad de su condición al alcohólico, comparado con aproximadamente seis de cada diez personas del modelo de enfermedad y siete de cada diez para el modelo conductual. Respecto a la categoría de la curabilidad del alcoholismo, casi siete de cada diez personas de todos los modelos creen que el alcoholismo se puede curar o mejorar, mientras que, respecto al estigma, únicamente el 50% de los que adscriben al modelo conceptual revelan algún tipo de estigma en torno a los alcohólicos, en contraste con un rango entre 77% y 87% de estigma entre los que adscriben a los otros tres modelos (Orcutt, 1976, p. 428).

El estudio de Orcutt sirve para establecer que, en efecto, existen creencias a nivel global en torno al alcoholismo y a las personas consideradas alcohólicas (como lo planteó también Pessanha Neves), que éstas creencias son diversas y que se pueden dar a conocer desde la sociología a través de la operacionalización en variables que están más o menos presentes según el tipo de creencia. Una de estas variables puede ser, por ejemplo, el estigma, que, como concluye Orcutt, suele ser alto, sea cual sea la creencia que uno maneje respecto al alcoholismo. Es importante resaltar también el intento de Luke et al. por determinar si algunos tipos de creencia respecto al alcoholismo poseídos justamente por las personas que se consideran a sí mismas como alcohólicas impactan sobre la eficacia de los tratamientos que ellas reciben.

Gracias a un estudio anterior de Orcutt, que compara creencias ya no específicamente sobre el alcoholismo, sino sobre el consumo de alcohol en general, con creencias sobre el consumo de marihuana, sabemos además que la desviación es en gran medida (aunque no exclusivamente) un fenómeno situacional (1975, p. 346). Esto significa que el consumo de alcohol es entendido o no como una conducta desviada y que genera diferentes tipos de creencias según los contextos en los que se desarrolla. Estas conclusiones de Orcutt, elaboradas a partir de estudios de metodología exclusivamente cuantitativa, invitan a que, en conjunto con el trabajo estadístico, se realicen investigaciones que indaguen con mayor profundidad en la naturaleza de las creencias estudiadas (o en algunas de sus variables constitutivas), por ejemplo a través de encuestas más detalladas o empleando métodos cualitativos, como la observación participante o la realización de entrevistas. Esto implicaría enfocar la unidad de análisis de las creencias ya no desde una unidad de observación poblacional, sino más bien desde una unidad de observación muchísimo más acotada, optando tal vez por un grupo de personas más directamente afectadas por la conducta desviada de interés (como los personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas, o miembros de sus entornos inmediatos principales), ya que presumiblemente en estos individuos se podrá captar mejor las creencias (o estigmas) relevantes.

En ese sentido, existen, por ejemplo, algunos estudios centrados ya específicamente en el estigma percibido por individuos que padecen de una dependencia al alcohol y por sus familiares. Apoyándose aún en metodología cuantitativa, Song, Shin y Kim intentan dilucidar cómo pacientes alcohólicos y sus familiares en Corea del Sur difieren en términos del estigma que cada uno percibe por causa del alcoholismo del paciente. También intentan entender cómo estas percepciones de estigma diferenciadas generan a su vez diferencias entre las probabilidades de recuperación que el paciente percibe para sí mismo y las probabilidades de recuperación que sus familiares perciben para él. Nuevamente, identificamos cómo existe una preocupación en la literatura no solo por describir las creencias y el estigma, sino también por entender cómo éstos pueden tener un impacto sobre los procesos de tratamiento y recuperación. Buscando un poco más de profundidad, a través de un minucioso trabajo de encuesta los autores también intentan determinar qué características sociodemográficas y qué variables relacionadas al alcoholismo pueden predecir los niveles de estigma asociado al alcoholismo, tanto en los pacientes como en sus familiares (Song, Shin y Kim, 2015).

Jackson, por otro lado, en base a observación participante en grupos de apoyo de esposas de alcohólicos en Estados Unidos (Al-Anon) y de entrevistas a profundidad de éstas mujeres que llevó a cabo a lo largo de tres años, elabora una secuencia típica de adaptación de la familia de clase media al alcoholismo del esposo (1956). En esa cronología tipificada, el estigma juega un gran rol: la esposa se retira de la vida en público al percibir que el alcoholismo de su esposo está impactando el estatus familiar, y la autora hasta menciona que “[...] los miembros de la familia son fuertemente influidos por las definiciones culturales del alcoholismo como evidencia de debilidad, inconformidad o pecado” (Jackson, 1956, p. 363, traducción propia). Podemos observar cómo ir entrando cada vez con mayor profundidad, según el método que se decida emplear, en el mundo social de quien posee la creencia respecto al alcoholismo o de quien genera o experimenta el estigma sobre el alcoholismo permite elaborar una descripción densa de las situaciones y de los procesos, para así no solo entender mejor la

naturaleza de la creencia o el estigma, sino también intentar explicar cómo se forman.

Más específicamente desde la unidad de observación del individuo alcohólico, Lyu, Lee y Bejerano, también en Corea del Sur, analizan desde un estudio en base a encuestas cómo el hombre alcohólico coreano internaliza el estigma, y concluyen que esta internalización depende principalmente de la edad, del empleo y frecuencia de admisiones al hospital por razones relacionadas al alcohol (2017, p. 127). Otros estudios analizan cómo el alcohólico en recuperación se vuelve a insertar en la sociedad, concentrándose en cómo el ser de clase baja intersecciona con el estigma que se asocia al alcohólico en recuperación y termina así dificultando aún más el acceso del individuo en recuperación a empleo, alojamiento y redes sociales (Wiseman, 1970) o en cómo el haber estado en Alcohólicos Anónimos puede ser tanto una ventaja como una desventaja para la reinserción (Roman y Trice, 1970).

Un estudio que resalta entre los que tratan sobre la construcción del estigma en los mismos alcohólicos es *Reconstructing "the Alcoholic": Recovering from Alcohol Addiction and the Stigma this Entails* de Hill y Leeming. En este estudio las autoras resaltan la tensión que surge entre una percepción pública negativa sobre la adicción al alcohol, por un lado, y la necesidad de construir un sentido de sí positivo para una buena recuperación, por el otro (Hill y Leeming, 2014). Ellas se proponen analizar a través de entrevistas semi-estructuradas y el análisis interpretativo fenomenológico cómo se llega a conciliar esta tensión en seis individuos que se definen a sí mismos como alcohólicos en recuperación, investigando cómo se ven a sí mismos, cómo enfrentan sus dificultades con el alcohol y qué sentido le dan a las respuestas de otros a su adicción. En sus conclusiones las autoras logran elaborar un perfil de tres ejes temáticos que aparecen en mayor o menor medida en los casos estudiados. Como lo hemos venido remarcando, los objetivos, la metodología y la unidad de observación de un estudio como el de Hill y Leeming son extremadamente pertinentes para informar los estudios cuantitativos que se reseñaron anteriormente, de tal manera que se podría aterrizar sus resultados generales sobre creencias en

casos concretos, generándose un conocimiento más rico sobre el estigma y de los individuos afectados por él.

Una última consideración importante de esta revisión bibliográfica es que, no obstante la necesidad que se ha argumentado de entender cualquier estigma que se construya en torno al consumo de alcohol o al alcoholismo dentro del contexto y entorno social particular del individuo o de los individuos en cuestión, no se debe tampoco dejar de lado la importancia del contexto sociocultural mayor en el que surge ese estigma, a saber, las creencias globales que fueron el objeto de estudio de los primeros trabajos reseñados (los de Luke et al., Pessanha Neves y Orcutt). Este contexto sociocultural mayor impregna de ciertos significados o valores idiosincrásicos más o menos rígidos a las creencias individuales sobre el consumo de alcohol y del alcoholismo que guían el comportamiento cotidiano. Ciertos estudios comparan, por ejemplo, los sustratos ideológicos de las políticas públicas americanas y soviéticas orientadas a la rehabilitación de alcohólicos (Rouse y Unnithan, 1993), o bien cómo las concepciones sobre las adicciones al juego y al Internet de especialistas en el tratamiento de adicciones franceses y finlandeses están moldeadas por componentes culturales característicos a cada país (Koski-Jännes y Simmat-Durand, 2017). En las limitaciones de su estudio que compara el estigma entre hombres alcohólicos coreanos y sus familiares, Song, Shin y Kim mencionan que ciertos factores culturales pueden haber jugado un rol en la población específica estudiada, y que los hallazgos de su estudio pueden ser más pertinentes a culturas asiáticas (2015, p. 161), mientras que en su estudio sobre los impactos del alcoholismo en una familia de clase media americana, Jackson habla del “carácter sagrado del alcohol en hombres americanos” (1956, p. 365, traducción propia). Básicamente, todos estos estudios plantean explícitamente, o al menos indican, la importancia de también tomar en consideración factores culturales en torno al consumo de alcohol. Estos factores culturales podrían también interseccionar con variables de otro orden, por ejemplo la racial, que se ha señalado como determinante en la calidad del tratamiento que puede recibir un

alcohólico que se reconoce como tal y busca algún tipo de tratamiento (Lowe y Hodges, 1972).

De la revisión anterior, se pueden extraer varias conclusiones pertinentes para el diseño de la investigación. En primer lugar, se ve que mientras algunos autores han estudiado las creencias y el estigma en torno al consumo de alcohol y el alcoholismo desde una escala global, estudiándolos a nivel de poblaciones, otros han buscando entender la naturaleza y la construcción de las creencias y el estigma en individuos específicos, ya sea las mismas personas que se reconocen como alcohólicos, sus familiares o los especialistas en tratamiento de adicciones. En algunas instancias, ambos grupos de autores reconocen el valor del enfoque del otro grupo: los que estudian creencias globales muestran una preocupación por lo individual, mientras que los que estudian las creencias y el estigma a esa escala reconocen la impronta del contexto sociocultural. Así, se buscará en esta investigación llenar este vacío empírico – se intentará entender el estigma tanto desde un nivel global como desde un nivel individual. En segundo lugar, si bien varios de los autores se preocupan por cómo las creencias negativas o el estigma pueden afectar el desarrollo de los tratamientos de las personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas, no parecen ir más allá, al no preguntarse qué mecanismos podrían ayudar en el manejo de ese estigma y de sus consecuencias. Ese es un aspecto que también se intentará abordar en esta investigación, incluyendo un nivel intermedio entre el nivel global y el individual: el nivel comunitario. Estas dos primeras conclusiones extraídas del estado del arte se pueden ver reflejadas en las preguntas secundarias que guiarán este estudio, recogidas en el siguiente apartado.

Finalmente, se nota también la escasez de estudios que traten de casos latinoamericanos o peruanos, donde una cultura específica respecto al consumo de alcohol podría agregar nuevos matices al estudio del estigma en torno al alcoholismo, por lo que este estudio se realizará en el Perú. Adicionalmente, un poco en esa misma línea, también se nota una escasez de estudios sociológicos recientes sobre el tema – el de Hill y Leeming, por ejemplo, data del 2014. Así,

con esta investigación buscamos llenar no solo el vacío geográfico, sino también el temporal².

4. Pregunta de investigación

¿Cómo entienden y experimentan el estigma respecto al alcoholismo las personas que se identifiquen a sí mismas como alcohólicas en recuperación y que asistan o hayan asistido regularmente a reuniones de Alcohólicos Anónimos?

5. Preguntas secundarias

1. ¿En qué medida existe un estigma público respecto al alcoholismo en el Perú?
 - a. ¿Qué actitudes existen respecto al consumo de alcohol en el Perú?
 - b. ¿Qué actitudes existen respecto al alcoholismo en el Perú?
 - c. ¿Cómo han variado estas actitudes respecto al alcoholismo a través del tiempo?
 - d. ¿Existen diferencias entre segmentos poblacionales (edad, género, ámbito geográfico) respecto a las actitudes en torno al alcoholismo?

2. ¿En qué medida las personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas son estigmatizadas?
 - a. ¿Cómo se da el eventual proceso de estigmatización que generaría el estigma en la persona que se reconoce a sí misma como alcohólica?

² Respecto a la cronología de los estudios expuestos en el estado del arte, si bien puede resultar confuso el salto entre estudios de distintas épocas (se pasa, por ejemplo, del estudio de Rouse y Unnithan de 1993 a los de Koski-Jännes y Simmat-Durand y de Song, Shin y Kim de 2017 y 2015, respectivamente, y luego al de Jackson de 1956), esto se debe, por un lado, a la decisión de presentar primero los estudios de orden cuantitativo y luego los de orden cualitativo, con algunas acotaciones respecto a los llamados de ambos tipos de estudio de emplear los métodos del otro; y, por otro lado, a la general escasez de estudios sobre el tema del estigma y el alcoholismo, que, al aparecer únicamente de manera esporádica, resulta imposible agrupar en etapas específicas.

- b. ¿Qué consecuencias tiene el eventual proceso de estigmatización y estigma en los diferentes ámbitos de su vida (trabajo, familia, amistades, otros espacios)?
- c. ¿Cómo responden al estigma las personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas? ¿Qué estrategias ponen en juego?
- d. ¿Hay diferencias en el proceso de estigmatización y en el estigma experimentado según género?

3. ¿Cómo ayuda el grupo de Alcohólicos Anónimos a sus miembros a manejar el estigma experimentado?

- a. ¿Qué elementos de las reuniones diarias de Alcohólicos Anónimos contribuyen al manejo del estigma? ¿En qué medida contribuyen?
- b. ¿Qué elementos de las dinámicas sociales de Alcohólicos Anónimos contribuyen al manejo del estigma? ¿En qué medida contribuyen?
- c. ¿Qué rol cumple la literatura institucional de Alcohólicos Anónimos en el manejo del estigma?

6. Marco teórico

6.1. Desviación

En *Sociología*, Anthony Giddens define a la desviación como “la no conformidad a una norma o una serie de normas dadas que son aceptadas por un número significativo de personas de una comunidad o sociedad” (1989, pp. 151–152). Estas normas sociales van de la mano con sanciones que protegen contra la no conformidad (Giddens, 1989, pp. 153–154), básicamente reacciones de individuos o grupos que buscan asegurar el cumplimiento de la norma, ya sean respuestas positivas (recompensas) o negativas (castigos), formales (ejecutadas por cuerpos específicos designados) o informales (reacciones cotidianas o espontáneas, como la desaprobación, el rechazo o la vergüenza).

Aunque Giddens aterriza su definición de desviación principalmente en los casos del delito y de la salud mental, su manera de entender la desviación también puede aplicarse al alcoholismo. De hecho, el alcoholismo es un ejemplo que cubre gran parte de la definición que plantea Giddens, ya que suele originarse como un consumo de alcohol sancionado positivamente, para luego transformarse en un consumo que pasa a perjudicar normas sociales y a ser sancionado negativamente, sobre todo por las sanciones informales que Giddens evoca, como la desaprobación, el rechazo o el estigma. Sobre todo respecto a esta última sanción informal, si se amplía el concepto de normas que maneja Giddens en su definición de desviación para incluir lo que Goffman llama los “atributos que se perciben como corrientes y naturales” (1963, p. 11), entonces se puede muy bien entender al estigma (en este caso el que vendría asociado con el ser considerado o el reconocerse como alcohólico) como producto de la desviación de Giddens. Se desarrollará en profundidad el concepto de estigma más adelante en el marco teórico – por ahora se puede mantener como una de las consecuencias negativas de la conducta desviada.

Cabe resaltar que Becker, por su lado, matiza la definición de desviación y llama la atención sobre el hecho de que los grupos sociales crean la desviación, al crear las reglas cuya infracción genera la desviación (1971, p. 28). Así, la desviación no sería la característica de la conducta desviada que comete una persona, sino la consecuencia de la aplicación de reglas y sanciones por terceros que se sienten ofendidos por la conducta en cuestión. Anticipando lo que se verá luego de la teoría del etiquetaje, el desviado viene a ser no tanto la persona que infringe una norma, a la manera de Giddens, sino la persona a quien una etiqueta ha sido aplicada con éxito, dentro de una dinámica de poder (Pessanha Neves, 2004, p. 11). La diferencia entre ambas propuestas es que Becker, interaccionista, va un poco más lejos en resaltar el carácter intersubjetivo de la desviación, mientras que Giddens, más bien funcionalista, que también habla de reglas y sanciones, parece tratar a la desviación que resulta de la no conformidad con estas reglas como un fenómeno objetivo.

6.1.1. Teoría estructural y teoría relativista

Esta sutil diferencia en cómo Giddens y Becker definen a la desviación auspicia una profundización mayor en la literatura respecto al concepto de desviación, que revela que existen dos tipos de teoría principales que compiten para explicar la desviación: (i) las teorías estructurales y (ii) las teorías relativistas. Las teorías estructurales plantean que la desviación es una característica inherente y objetivamente dada en ciertos actos o actores, mientras que las teorías relativistas entienden la desviación únicamente como surgiendo dentro de procesos interaccionistas e interpretativos, dentro de los cuales esos actos y actores son socialmente definidos como desviados (Orcutt, 1975, p. 346). Según la corriente relativista, los significados atribuidos dependen tanto de la naturaleza del acto o actor como de otras características suyas, del entorno externo que juzga y de las situaciones: la desviación es un fenómeno situado.

Es así que se desarrollan ciertos modelos que se proponen tanto describir como explicar la desviación desde este enfoque interaccionista. Orcutt recoge hallazgos de un estudio anterior suyo que determinan, por ejemplo, que la hostilidad de un grupo hacia un acto o actor dado dependen de cómo este grupo percibe al comportamiento del acto o actor (i) como interfiriendo con la realización de metas situacionales importantes; (ii) como estable, es decir, como insensible a la influencia social y al cambio situacional; y (iii) como motivado por disposiciones personales del acto o actor y no por eventos sociales inmediatos (Orcutt, 1975, p. 348). A su vez, Freidson arma una tipología tridimensional de la desviación, que clasifica a distintos tipos de desviación según el grado de percepción externa de (i) responsabilidad, (ii) curabilidad y (iii) estigma (Orcutt, 1976, pp. 419–422).

También existe, sin embargo, una posición intermedia entre la corriente estructuralista y la relativista que afirma que la investigación sobre la desviación debe estudiar tanto factores objetivos como subjetivos, ya que de la interacción de ambos tipos de factores se construye el concepto de desviación (Lemert citado por Orcutt, 1975, p. 349) En *Deviance as a Situated Phenomenon*:

Variations in the Social Interpretation of Marijuana and Alcohol Use, Orcutt pone a prueba y confirma la utilidad de esta posición teórica (Orcutt, 1975). En el presente estudio, que busca entender cómo se construye el estigma en torno al alcoholismo en personas que se identifican como alcohólicas en recuperación, la importancia de la interacción entre factores subjetivos y objetivos vendría a requerir no solo un análisis tanto de las experiencias personales y de los entornos sociales de las personas o grupos estudiados, sino también del contexto cultural mayor en el que podrían existir significados culturales objetivos sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo. Contar con esta herramienta teórica va a ser de gran utilidad en el análisis de resultados de los capítulos siguientes, ya que sostiene la propuesta de esta investigación de entender las creencias en torno al consumo de alcohol y al alcoholismo, específicamente en cuanto es considerada conducta desviada generadora de estigma, tanto desde un nivel global (objetivo) como desde un nivel individual (subjetivo).

6.1.2. Asociación diferencial

Otra aproximación a la desviación que se articula bien con las teorías de la desviación de corte interaccionista es la asociación diferencial de Sutherland, que plantea que los grupos de personas con que el individuo actúa y se asocia influyen, en su caso, a favor o en contra del delito, o, en el de este estudio, a favor o en contra de la emergencia del alcoholismo (Sutherland citado por Giddens, 1989, p. 160). Este enfoque teórico permitirá prestarle aún más atención al rol de los entornos y, especialmente, siguiendo la línea de lo que se ha venido desarrollando, a las creencias que estos entornos tienen respecto al consumo de alcohol y del alcoholismo, y cómo éstas se activan en los procesos de estigmatización de las personas que eventualmente llegan a considerarse como alcohólicas.

6.2. Teoría del etiquetaje

Dentro de la vertiente interaccionista de las teorías sobre la desviación, la teoría del etiquetaje surge para reforzar la idea de que la desviación no responde a características intrínsecas específicas, sino a un proceso interactivo en el que algunos ocupan, en la situación dada, el rol de desviados, mientras que otros ocupan el rol de no desviados (Giddens, 1989, p. 162). Para comprender la verdadera naturaleza de la desviación, hace falta entender cuál es la principal fuente del etiquetaje, es decir, quiénes son los que imponen definiciones de moralidad convencional a otros. Las etiquetas crean así categorías de desviación, y se sostienen, entonces, sobre estructuras de poder sociales (Rouse y Unnithan, 1993).

Otra pista que abre la teoría del etiquetaje es que distingue entre la desviación primaria, es decir, el acto inicial de transgresión, y, luego, la desviación secundaria, cuando el individuo etiquetado llega a asimilar la etiqueta que se la ha asignado y se pasa a considerar a sí mismo como un desviado (Lemert citado por Roman y Trice, 1970, p. 538), junto con un cambio simultáneo en cómo las personas de su entorno lo definen. En otras palabras, el individuo que ha sido etiquetado y estigmatizado, al pasar a ser considerado como un desviado, supuestamente encuentra algo así como una justificación en la etiqueta asumida por él mismo a reincidir en su conducta desviada, lo cual lo separa aún más de la moralidad convencional – la etiqueta y la definición de otros ahora están al centro de su conducta.

La teoría del etiquetaje sirve entonces para entender el estigma en torno al alcoholismo, en cuanto conducirá a prestar atención a cómo el alcohólico se llega a finalmente aceptar a sí mismo como tal y si, en efecto, la etiqueta de alcohólico hunde más al individuo en su adicción (podría ser que asimilar la etiqueta en realidad motiva al alcohólico a resistir el estigma que se le está imponiendo). La teoría del etiquetaje también otorga mayor peso al valor cultural del alcohol y del alcoholismo que hemos visto hace falta, ya que llama la atención sobre estructuras de poder que definen qué tipos de actos son o no desviados.

Antes de pasar al siguiente punto, es necesario mencionar el estudio que hacen Roman y Trice de Alcohólicos Anónimos usando la teoría del etiquetaje. Los autores remarcan que, bajo la asunción de que la desviación es permanente, la teoría del etiquetaje nunca ha ido más allá del etiquetaje inicial: “Ningún esfuerzo sistemático ha sido realizado que podría especificar los mecanismos sociales que podrían operar para “hacer regresar” al desviado secundario estigmatizado a un rol “normal” y aceptable dentro de la comunidad” (Roman y Trice, 1970, p. 539, traducción propia). Es así que los autores identifican tres formas en las que un des-etiquetaje podría ocurrir, entre las que está la formación de organizaciones de ayuda mutua que buscan para sus miembros un retorno a la conformidad estricta con las normas de la comunidad, además de crear un nuevo estereotipo (re-etiquetaje) considerado socialmente aceptable (Roman y Trice, 1970, pp. 539-540). Para ellos, el mejor ejemplo de este tercer proceso es Alcohólicos Anónimos.

Como último comentario, se puede observar cómo en la cita textual de Roman y Trice del párrafo anterior, los autores estipulan que el individuo desviado secundario es también un individuo estigmatizado, sin mayor explicación. Si bien no existen discusiones teóricas que vinculen el etiquetaje con el estigma, es posible afirmar, en base a lo que se desarrollará en la siguiente sección, que con la etiqueta suele venir asociado un estigma. Esto se sostiene sobre todo si consideramos que la teoría sobre el estigma sí teoriza sobre estrategias de manejo del estigma y eventuales formas de superarlo, lo cual corre en paralelo con la propuesta de des-etiquetaje y re-etiquetaje que proponen Roman y Trice.

6.3. Estigma

6.3.1. Definiciones de estigma

El teórico clásico del estigma, Erving Goffman, define al estigma como “un atributo profundamente desacreditador” (1963, p. 13), que lleva a que la persona

que lo posee no sea considerada por otros como “totalmente humana” (1963, p. 15). En otras palabras, el estigma viene a ser a la vez la característica que ha llevado a la persona a ser estigmatizada como la situación del individuo en cuestión, inhabilitado para lograr una plena aceptación social. Por su lado, Pescosolido y Martin, en una revisión extensa de la literatura sociológica sobre el estigma, lo definen como “la marca, la condición o el estatus que está sujeto a devaluación” (2015, p. 5, traducción propia). Ambas definiciones encajan perfectamente en la teoría del etiquetaje, con el valor agregado de llamar la atención sobre el efecto deshumanizador de la etiqueta-estigma.

Goffman, en *Estigma: la identidad deteriorada*, profundiza esta primera definición con el concepto de identidad social. Todo individuo posee una identidad social, y esta tiene dos vertientes: (i) la real, que se refiere a los atributos y características que realmente posee el individuo; y (ii) la virtual, que se refiere a las expectativas normativas o demandas que otros le asignan al individuo que aún no se conoce. Uno puede tener una identidad social real (que únicamente le es conocida al individuo y a las personas de su entorno cercano) que incluye, por ejemplo, el atributo de que ese individuo se considera a sí mismo como alcohólico en recuperación, ya en abstinencia por un periodo considerable. La identidad social virtual de ese individuo, sin embargo, no les revelaría a otros, no conocidos, que él es alcohólico en recuperación – nada de su apariencia ni en su manera de comportarse indicarían que lo es. Únicamente lo podrían saber si el individuo se los comunicara, en cuyo caso la brecha entre la identidad social real y la identidad social virtual se reduce (aunque esta nunca llega a cerrarse del todo). Todo esto significa que la identidad social virtual puede, en algunos casos, eventualmente encubrir atributos o características del individuo que de otra manera le acarrearían un estigma. Pero ciertas otras características son difíciles de ocultar detrás de la identidad social virtual que, para los desconocidos que formulan juicios y opiniones sobre el individuo, coloca como rasgo central del individuo la característica en cuestión y lo reduce a un “ser inficionado y menospreciado” (Goffman, 1963, p. 12) o desacreditado – aquí es donde se consolida el estigma.

En línea con el interaccionismo, el estigma es principalmente un fenómeno relacional, no un fenómeno estático: el estigma no es un atributo innato de tal o cual característica individual, sino que se construye en el marco de interacciones sociales. Como escribe Goffman, “[...] un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no es ni honroso ni ignominioso en sí mismo” (1963, p. 12). Esto es afín a lo que plantean la desviación interaccionista y la teoría del etiquetaje, es decir, un proceso social en que cada individuo participa, al menos en ciertas fases de su vida, tanto en el rol de estigmatizado como de “normal”, proceso en el que suelen entrar en juego relaciones de poder. Así, hacia el final de *Estigma*, Goffman actualiza su definición de estigma:

“A modo de conclusión, deseo repetir que el estigma implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos, los estigmatizados y los normales, como un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de la vida. El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas” (1963, p. 19)

Sin embargo, Goffman señala que, aun así, parecen existir atributos desacreditadores en casi todas las sociedades: (i) las deformaciones físicas, (ii) las fallas de carácter (que son las que más van a interesar para el estudio del estigma en personas que se consideran a sí mismas alcohólicas³) y (iii) condiciones raciales o religiosas (categoría que Pescosolido y Martin amplían con la de status). Sin profundizar mucho en el tema, Goffman señala que estos atributos emblemáticos cumplirían cada uno una función, a saber limitar las opciones de pareja, el control social formal y la eliminación de esos grupos de la “competencia” (1963, p. 19). Por otro lado, Goffman también indica que el

³ Esto no es para sugerir que las personas que se consideran a sí mismas como alcohólicas tienen fallas de carácter, sino que se les puede percibir como teniéndolas, y que esto, a su vez, puede ser un punto de partida para la emergencia de un estigma.

estigma puede abrirle paso a la discriminación, que se traduce en una reducción de las posibilidades en la vida del individuo estigmatizado:

“Podemos ya señalar el rasgo central que caracteriza la situación vital del individuo estigmatizado. Está referido a lo que a menudo, aunque vagamente, se denomina “aceptación”. Las personas que tienen trato con él no logran brindarle el respeto y la consideración que los aspectos no contaminados de su identidad social habían hecho prever y que él había previsto recibir [...]” (1963, p. 19)

Adicionalmente, Goffman establece una distinción entre (i) el desacreditado, es decir, el individuo estigmatizado cuyo atributo estigmatizador no se puede encubrir, y que por lo tanto está obligado a aprender a manejar la tensión que dicho atributo genera en interacciones sociales; y (ii) el desacreditable, a saber, el individuo cuyo atributo estigmatizador no es directamente visible y sí se puede encubrir, lo cual lo lleva a tener un mejor manejo de la información que se tiene respecto a su atributo (es decir, este individuo maneja un mayor margen para manipular su identidad social virtual ante otros). En el caso de personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas que actualmente están en recuperación, más será útil el tipo ideal de desacreditable, aunque, y sobre todo si aspiramos a una reconstrucción del estigma en los alcohólicos, también servirá el concepto de desacreditado en los casos en los que el alcohólico en recuperación recuerda situaciones sociales en las que estaba bajo el efecto del alcohol ante terceros (es decir, en las que su identidad social virtual inevitablemente delataba su identidad social real).

6.3.2. Estrategias de manejo del estigma

Según Goffman, la persona estigmatizada (ya sea desacreditada o desacreditable) puede responder de varias maneras al estigma. Puede, por ejemplo, (i) buscar corregir su defecto (Goffman señala que, en caso de lograrlo, el individuo no regresa simplemente a ser una persona “normal”, sino que se percibe como habiendo vencido un *record* moral); (ii) puede emplear el estigma

para obtener beneficios; (iii) puede pasar a ver el estigma como una bendición en lugar de una desgracia; (iv) puede caer víctima, motivado por la vergüenza y el dolor del estigma, de organizaciones que supuestamente le corregirán el defecto.

En varios momentos a lo largo de *Estigma*, Goffman desarrolla algunas otras estrategias que emplean las personas estigmatizadas. Una de ellas es la de ser altamente selectivo con las personas en las que confía, separando al mundo en dos: “[...] un grupo grande, al que no le cuenta nada, y otro pequeño, al que le cuenta todo, y en cuya ayuda confía” (Goffman, 1963, p. 115). Según Goffman, los mismos médicos suelen recomendar esta manera de manejar la información, de la misma manera que se le recomienda a un recién llegado a Alcohólicos Anónimos ser cuidadoso con quienes decide confiar. Según Goffman, mientras más personas sepan de su situación de estigmatizado, más precaria será su situación:

“Si hay algo que resulta desacreditable en el pasado o en el presente del individuo, la precariedad de su posición parece variar directamente con la cantidad de personas que están en el secreto; cuanto más numerosos sean los que conocen ese lado oscuro, tanto más traicionera resultará su situación” (1963, p. 19)

Goffman nota que el estigmatizado siempre lleva a cabo una operación de escrutinio de la persona en quien eventualmente se podrá confiar para determinar de antemano el impacto que tendrá la confesión. También nota que, a menudo, el estigmatizado debe acostumbrarse a que nuevas relaciones nunca lleguen a consolidarse, ya que “la honestidad inmediata es algo necesariamente costoso” (Goffman, 1963, p. 116). Como consecuencia de esta separación del mundo en dos, surge para el estigmatizado una especie de doble vida, “que abarca a quienes piensan que conocen íntegramente al hombre y a quienes realmente lo conocen” (Goffman, 1963, p. 92). Hill y Leeming, por su lado, proponen una idea complementaria, a saber que las personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas en recuperación logran resistir el estigma al concebir un yo alcohólico consciente que estaba divorciado de su yo alcohólico

previo, no consciente, y que forma la base de una identidad más valorada (2014, p. 759).

Goffman también señala, entre muchos otros escenarios posibles, que el estigmatizado siente inseguridad por su estatus, al igual que inseguridad laboral, y que encontrará apoyo, principalmente, en (i) los iguales, es decir, personas estigmatizadas al igual que él, por la misma característica; y (ii) los sabios, personas que por algún motivo llegan a ponerse en los zapatos del estigmatizado, aunque ellos mismos no lo sean, o al menos no por el mismo motivo. Estos elementos servirán para describir, como sección final del tercer capítulo, las maneras en las que el estigma en torno al alcoholismo es manejado por las personas que se reconocen como alcohólicas a través de Alcohólicos Anónimos. Como vimos en el estado del arte, el objetivo de esta última sección del tercer capítulo será suplir un vacío identificado respecto a qué sucede después de que se establece que el estigma tiene, en efecto, un impacto sobre los procesos de recuperación y tratamiento de las personas alcohólicas.

6.3.3. Fases del estigma

A lo largo de *Estigma*, queda claro que para Goffman, y será importante que se tome en cuenta en este estudio, que el estigma pasa por fases (1963, p. 105): una primera etapa en la que el estigmatizado conoce el punto de vista de los “normales” y aprende que, desde ese punto de vista, él pasa a ser desacreditado/desacreditable; una segunda que consiste en aprender a enfrentar la manera en que los otros lo tratan; y una tercera en la que el estigmatizado aprende de alguna manera a encubrirse o a generar excusas que justifiquen su comportamiento. Sin mencionarla, también podemos inferir a partir de varios elementos sueltos de la propuesta de Goffman una eventual etapa posterior, en la que el estigmatizado ha logrado corregir o aceptar su característica estigmatizadora y siente que se ha superado a sí mismo, en caso se trate, por ejemplo, de una condición clínica, como, en el caso de esta investigación, el alcoholismo.

Algo parecido a estas fases plantean Pescosolido y Martin (2015, p. 5), quienes describen ya no el estigma, sino la estigmatización como el proceso social a través del cual una condición particular afecta la vida de todo aquel que es afectado por ella. En realidad, lo que Pescosolido y Martin logran con esta tipología de fases es declinar en fases menores la primera fase de la que habla Goffman, en la que el estigmatizado aprende a entender la diferencia entre lo “normal” y eso que de ahora en adelante lo posiciona como un individuo desacreditado o, en todo caso, desacreditable. Tomando esto en cuenta, tanto estigma como estigmatización surgen de los siguientes cuatro procesos menores: (i) la distinción y el etiquetaje de diferencias; (ii) la asociación de estas diferencias humanas con marcas, atributos y estereotipos negativos; (iii) la separación del yo y del nosotros del ellos y (iv) la progresiva pérdida de estatus y, como consecuencia, la discriminación. A cada uno de estos cuatro procesos menores le subyacen un conjunto de cuatro premisas: (i) que la estigmatización depende del poder de estratificar recursos tangibles e intangibles; (ii) que la estigmatización solo se puede dar a través de relaciones sociales; (iii) que los estigmas se moldean dentro de configuraciones culturales particulares que surgen dentro de esas relaciones y contextos sociales; y (iv) que el estigma se produce y se manifiesta sobre un espectro o continuo de intensidad (es decir, que las respuestas a él pueden ser más o menos tenues o duras).

6.3.4. Tipos de estigma

Finalmente, un aporte adicional importante de Pescosolido y Martin es que ellos se plantean como objetivo ordenar los estudios sobre estigma que han revisado y buscan despejar la gran confusión respecto a las unidades de análisis que ellos detectan dentro del estudio académico del estigma. Para ello, los autores dividen el cuerpo académico existente en investigaciones que tratan de (i) estigmas experimentados y en investigaciones que tratan de (ii) estigmas orientados a la acción (ambos se basan en distintos *target variants* – en otras palabras, diferentes unidades de análisis menores en las que se descompone la unidad de

análisis mayor del estigma). Los estigmas experimentados se declinan en cinco tipos: (i) el estigma percibido, la creencia de que una gran parte de las personas devaluarán el estigmatizado; (ii) el estigma apoyado, que es el estar de acuerdo con estereotipos, prejuicios y discriminación; (iii) el estigma anticipado, que son las expectativas de experimentar prejuicio y discriminación entre los estigmatizados; (iv) el estigma recibido, experiencias de rechazo y de devaluación; y (v) el estigma ejercido, que son comportamientos explícitos de trato diferenciado entre estigmatizadores. Por el lado de los estigmas orientados a la acción, también tenemos cinco tipos: (i) el auto-estigma, que viene a ser la aceptación internalizada de estereotipos y prejuicios; (ii) el estigma público, es decir, los estereotipos, prejuicios y discriminación apoyados por la población en general; (iii) el estigma por contagio, es decir, el estigma que recae también sobre los familiares o las personas cercanas al estigmatizado; (iv) el estigma estructural, que viene a ser el estigma codificado en leyes, políticas, instituciones, etc.; y (v) el estigma de los proveedores de salud.

Si bien Pescosolido y Martin reconocen que esta tipología es algo rebuscada, al mismo tiempo afirman que un nivel de detalle semejante es crucial para lograr que la investigación sobre el estigma avance (2015, p. 8). Para esta investigación, una primera aproximación al estigma público, a veces también llamado “estigma comunitario o cultural” (Quinn y Chaudoir citados por Pescosolido y Martin, 2015, p. 8, traducción propia) permitirá elaborar una idea del contexto global dentro del cual los alcohólicos viven el estigma. En general, Pescosolido y Martin afirman que en Occidente el estigma público en torno a asuntos de salud mental se sigue manteniendo alto y constante, a pesar de esfuerzos en décadas recientes por disminuirlo, y que variables sociodemográficas como la edad o el género no parecen generar variaciones consistentes en este tipo de estigma (Pescosolido y Martin, 2015, p. 9).

Enseguida, para ya entrar en el estigma tal y como es experimentado por los alcohólicos en recuperación, será útil considerar principalmente el estigma recibido, y, en menor medida, los otros cuatro tipos de estigma experimentados (el percibido, el anticipado, el ejercido y el apoyado).

6.3.5. Relación entre estigma público y estigma experimentado

Conjugar dos formas de ambos tipos de estigma, a saber, por un lado, los estigmas experimentados (con una especial atención sobre el estigma recibido), con, por el otro lado, los estigmas orientados a la acción (con especial atención sobre el estigma público), permitirá esbozar dos extremos del proceso de estigmatización: tanto el ambiente estigmatizante como el estigmatizado, que en última instancia sufre las consecuencias de este estigma cultural.

Si bien simplemente agarrar dos de las categorías de Pescosolido y Martín y vincularlas sin más con el fin de armar una imagen más contundente de lo que sucede con el estigma y el alcoholismo en el Perú puede parecer arbitrario, sí tiene fundamentos tanto teóricos como empíricos. Respecto a lo teórico, intentar vincular el estigma público con el estigma experimentado es un reflejo de la distinción que plantea Lemert entre factores tanto objetivos como subjetivos en la configuración de la desviación (Lemert citado por Orcutt, 1975, p. 349). Como se explicó en la sección sobre desviación, por factores objetivos Lemert entiende las creencias y actitudes globales más o menos estáticas que existen en una sociedad respecto a determinada conducta – en este caso, eso encaja perfectamente con el estigma público que describen Pescosolido y Martín. Por el lado de los factores subjetivos, se tiene a la desviación tal como es experimentada en todos sus aspectos en el día a día del que exhibe la conducta desviada – en este caso, el estigma experimentado, en particular el recibido, tal como lo entienden Pescosolido y Martín.

Junto con el respaldo teórico para esta estructura, también existe sustento empírico para esta propuesta. En ese sentido, Hill y Leeming resaltan la tensión que la constante percepción pública negativa sobre la adicción al alcohol genera en los esfuerzos de recuperación del alcohólico, en particular en la necesidad de construir un sentido de sí positivo para una buena recuperación (2014). Por otro lado, Schomerus et al. hablan explícitamente del vínculo entre estigma público y recibido:

“[...] nuestros resultados son consistentes con la hipótesis de que el auto-estigma es un resultado del estigma público [...] está bien establecido que estereotipos públicos negativos sobre personas dependientes del alcohol son muy comunes, más del 70% del público general, por ejemplo, los considera peligrosos o impredecibles [...] la causa más probable para el primer paso del auto-estigma, a saber la conciencia del estigma, sería entonces simplemente la alta prevalencia de estos estereotipos” (2011, p. 4, traducción propia)

Si bien Schomerus et al. mencionan el auto-estigma en lugar del estigma experimentado o recibido, es posible postular a este tipo de estigma como un posible paso anterior al auto-estigma (que no será el enfoque de esta investigación). Sin embargo, los hallazgos de Schomerus sí permiten ser concluyentes a la hora de afirmar que entre un estigma que se mueve a nivel público y uno que opera a nivel individual, necesariamente hay vínculos. En esos vínculos se basan tanto la formulación de las hipótesis como la estructura de la presentación de resultados de los dos capítulos siguientes.

6.3.6. Estigma y alcoholismo

Como se ha venido indicando, en el caso específico del alcohol, existen estudios que vinculan el estigma en torno al alcohol con niveles más bajos de apoyo social para quien se reconoce o ha sido etiquetado como alcohólico (Glass et al., 2013, p. 10; Schomerus et al., 2011, p. 4). Room señala que existen tres elementos sociales moralizadores que contribuyen al estigma respecto al consumo de alcohol (y, por extensión, del alcoholismo): (i) que la intoxicación pública sea considerada inaceptable en la gran mayoría de contextos; (ii) que la adicción o la dependencia sea vista como una pérdida de control, y que se considere una enfermedad de la voluntad; y (iii) algunos elementos religiosos o relacionados a la salud, por ejemplo, el estar embarazada (Room citada por Song, Shin y Kim, 2015, p. 155). Pescosolido y Martín indican también que atribuir ciertas

condiciones a la genética, como en el caso de las adicciones y del alcoholismo, contribuía a generar mayores niveles de estigma, no menores, porque la interpretación es de permanencia de la condición, es decir que ésta tendrá efectos que pervivirán en las familias más allá de la vida de un solo individuo (2015, p. 9). Para otros, si es que se llega a considerar al alcoholismo como una enfermedad, ésta no tiene en todo caso el mismo grado de gravedad que otras enfermedades mentales, como la esquizofrenia o la depresión (Loureiro, 2013). También se ha asociado al alcoholismo con pobreza (Pessanha Neves, 2004, p. 11).

Aterrizar finalmente en el estigma, y, en específico, en elementos que podrían construir esa etiqueta desacreditadora respecto al alcoholismo, dentro de un marco global de desviación, es el punto al que se quiere llegar con este marco teórico: ¿qué está detrás del estigma? No solo se busca concluir que en efecto existe un estigma público y otro recibido en el Perú, sino también intentar una explicación de por qué se formaría, elementos que Room, Pescosolido y Martín y Loureiro, por ejemplo, proporcionan como pistas para el análisis de entrevistas que se hará en el tercer capítulo, en el que se enfocará la atención en el estigma recibido. Al fin y al cabo, el objetivo central de este estudio es entender el proceso de estigmatización que las mismas personas que se reconocen como alcohólicas en recuperación han experimentado a lo largo de sus vivencias con el consumo de alcohol y el alcoholismo.

En ese sentido, el concepto de estigma y su naturaleza desacreditadora, que devalúa socialmente a la persona que lo experimenta, se inserta dentro de una línea interaccionista del estudio del etiquetaje y de la desviación, y permitirá enfocar en la subjetividad de la construcción, de la incorporación y, en general, de la relación con el estigma en torno al alcohol de quien se identifique a sí mismo como alcohólico. Sin embargo, como se vio en el apartado anterior, esto no significa que se desatenderán elementos culturales cruciales de orden objetivo respecto al acto desviado, con una primera mirada global hacia el estigma público planteado por Pescosolido y Martín – como ya se adelantó, ese será el enfoque del segundo capítulo.

6.3.7. Estigma, alcoholismo y género

Respecto al estigma en torno al alcoholismo, es necesaria una última profundización teórica, respecto a cómo la variable del género puede influir en él. Se puede ver este punto desde dos ángulos, ambos pertinentes para el marco teórico: por un lado, si es que existen diferencias respecto a cómo el estigma en torno al alcoholismo es experimentado según el género; y, por otro lado, si es que el estigma público (es decir, las actitudes de la población en general) varía según el género.

Para el primer punto, Kulesza et al. señalan estudios cualitativos que “sugieren que las mujeres se sienten menospreciadas por otros, más que lo que lo serían sus pares masculinos, en caso de que su identidad como adicta fuera conocida por otros” (2016, p. 4, traducción propia). Los autores señalan que este menosprecio se suele manifestar en etiquetas denigrantes hacia las mujeres, tildándolas de promiscuas o malas madres por tener un desorden de abuso de sustancias (Kulesza et al., 2016, p. 4). Lo que se ve aquí es un tipo de estigma particular, que vincula la adicción en la mujer con la sexualidad y la maternidad. Kulesza et al. no mencionan evidencia de que algo similar suceda en el caso de los hombres.

Sin embargo, Kulesza et al. señalan que estos planteamientos entran en contradicción con otros elementos de la literatura sobre estigma y género. Los autores citan un estudio que encontró que las personas sienten mayor preocupación, simpatía e interés hacia mujeres con desórdenes de abuso de sustancias que hacia hombres con el mismo problema. Esto podría llevar a pensar que, en realidad, el estigma dirigido hacia las mujeres no será tan intenso como el que se dirige hacia los hombres – aunque también se podría usar para argumentar lo contrario: si las personas sienten mayor preocupación, esta podría deberse a que justamente consideran que es más grave que una mujer se encuentre en una situación de dependencia a sustancias, aunque sea en recuperación (sobre todo si están por ejemplo, embarazadas, como lo señala la

idea de Room expuesta en el apartado anterior), y sentirán o llegarán a sentir precisamente un estigma más tenaz.

Para enriquecer más este punto sobre estigma y género en torno al alcoholismo, es interesante remarcar que los estigmas vinculados a mujeres que se consideran a sí mismas como alcohólicas son muy similares a los vinculados a mujeres que consumen alcohol, ya sea moderadamente o frecuentemente y en altas cantidades (Rolfe, Orford y Dalton, 2009, p. 333; Lisansky Gomberg, 1988). Así, de Visser y McDonnell también identifican en el estigma hacia la mujer consumidora una imagen de la mujer como sexualmente desinhibida y como no habilitada para un comportamiento materno (de Visser y McDonnell, 2012, p. 619). Más aun, los autores señalan que las mujeres que consumen alcohol suelen ser presentadas como no femeninas, como queriendo ser hombres o como emasculando a los hombres a través de su apropiación de un comportamiento masculino (de Visser y McDonnell, 2012, p. 619). Blume también estudia la idea de una sexualidad femenina desinhibida vinculada al estigma en torno al consumo de alcohol y alcoholismo en mujeres (1991).

Respecto al segundo punto, a saber, si es que el estigma público varía según el género, no se ha podido hallar literatura que teorice sobre este tema y oriente hacia una dirección particular. Sin embargo, recordando a Pescosolido y Martín, quienes plantean que las variables sociodemográficas no suelen generar variación en el estigma público, se puede asumir que entre hombres y mujeres no se encontrarán diferencias significativas en este sentido.

6.4. Conceptualización sociológica de alcoholismo

A continuación, en conjunto con lo que se ha venido desarrollando en este marco teórico, es necesario armar una mejor comprensión de lo que la sociología entiende por alcoholismo y alcohólico, dado que estos términos son, de cierto modo, el hilo conductor que lleva de la desviación hasta el estigma específico en torno al alcoholismo. Es a la vez la conducta desviada de la que hablan Giddens y Becker, las etiquetas de Orcutt y Lemert y el punto focal del estigma sobre el

que teorizan Goffman, Pescosolido y Martín, y, de manera especializada en el alcohol, Room.

En *Teaching Alcohol Studies to Undergraduate Sociology Students*, Garrett, Cordilia y Forcier afirman que las raras veces en las que se discute el tema del alcoholismo en planes de estudio de pregrado de sociología suele ser en el marco de campos de estudio más amplios como la desviación, los problemas sociales o la sociología médica (1985, p. 209). De hecho, es lo que se ha hecho en este marco teórico – colocar el alcoholismo dentro de la sociología de la desviación. Según los autores, esto se debe en parte a que el alcoholismo es un problema que requiere una aproximación multidisciplinaria; a que la evolución de la opinión pública desde una concepción moral del alcoholismo hacia una concepción del alcoholismo como enfermedad ha llevado a su excesiva medicalización; y, finalmente, también a que, históricamente, la sociología no ha contado con un enfoque adecuado al estudio del alcoholismo en tanto problema social.

Sin embargo, Garrett, Cordilia y Forcier logran aún así esbozar un compendio de las maneras que la sociología ha tratado de entender al alcoholismo, tanto teórica como metodológicamente (1985, p. 210). En 1946, por ejemplo, Bale estudió las diferencias culturales en tasas de alcoholismo; en 1972, Suchman definió a los desordenes adictivos como problemas de salud que dependen de factores tanto sociales como ambientales; y en 1976, Pearlin y Radabaugh plantearon la tesis de que el alcoholismo era esencialmente un mecanismo para enfrentar y lidiar con las dificultades socioeconómicas. También ha sido estudiado desde la anomia por Phillips en 1976, y desde la teoría del etiquetaje por Robins en 1975.

Desde una literatura más contemporánea, Alexander Baldacchino delimita tres marcos teóricos desde los que la sociología ha intentado conceptualizar el alcoholismo. En primer lugar, está el enfoque funcionalista (2002, p. 74), según el cual los problemas sociales, como el alcoholismo, ocurren como respuesta a la inestabilidad generada por el cambio social. Dentro del rígido status quo que describe el funcionalismo, el desviado, en este caso el alcohólico, es un

ciudadano de segunda clase que no ha logrado conformarse y al que le resulta difícil sobrevivir en un orden social rígido e incapaz de incorporar a las personas marginadas.

En segundo lugar, Baldacchino evoca el enfoque marxista. Según esta aproximación, la alienación que resulta de un acceso desigual a la riqueza y al poder político genera una serie de problemas sociales. Así, el abuso de sustancias es entendido como una forma de escaparse o de resistir por parte de miembros de grupos sociales subordinados. Como este comportamiento es visto como una amenaza a su control sobre la mano de obra, las fuerzas sociales responden etiquetando al consumo excesivo de alcohol como una enfermedad o hasta como un crimen, que exigen el uso de intervenciones médicas o legales para manejar esa percibida existencia de individuos no productivos para el capitalismo.

Finalmente, está el enfoque interaccionista, que con su mirada a las interacciones entre individuo e individuo en escenas de la vida cotidiana, ha estudiado a los alcohólicos como personas que básicamente han sido etiquetadas por los agentes del control social (médicos, terapeutas, abogados, etc.) – es en gran parte lo que se ha venido trabajando hasta ahora. Según Baldacchino, lo ideal sería combinar las fortalezas analíticas del enfoque marxista (respecto a las estructuras de poder) y del enfoque interaccionista (respecto a la interacción sociocultural) con la mirada sobre las instituciones sociales del enfoque funcionalista.

Con todo, parece que el enfoque interaccionista que detalla Baldacchino es el que mejor se adecua a las teorías que se han revisado de desviación, etiquetaje y estigma, que se basan en gran medida en la propuesta nuclear del interaccionismo, según la cual los significados surgen en contextos relacionales, del día a día, y que por lo tanto siempre son circunstanciales. En ese sentido, es así que la definición sociológica de alcoholismo más adecuada de todas las revisadas en la literatura pareciera ser la propuesta por David Robinson en su artículo que apropiadamente lleva como título *Alcoholism as a Social Fact*:

“[...] no se puede esperar de la socióloga que defina al alcoholismo o al alcohólico de tal manera que tales definiciones puedan ser aplicadas para indicar enfermedades a ser curadas, estudiadas o consultadas, ni personas a ser tratadas o ayudadas, o perseguidas, o simpatizadas o admiradas. Lo que sí se puede esperar de ella, sin embargo, es que describa, intente explicar e indique implicancias para el comportamiento social del hecho que diferentes categorías de persona, en diferentes situaciones sociales, difieren sistemáticamente en su evaluación de lo que cuenta como alcoholismo, ser un alcohólico, beber normalmente, problemas con la bebida, tratamiento, etc., etc.” (1973, pp. 91–92, traducción propia)

Este rechazo a definir significa que la sociología no debe preguntarse qué es el alcoholismo, sino qué significa el alcoholismo para personas particulares en situaciones sociales particulares. Lo mismo se hará en esta tesis para el caso del estigma, sobre todo el experimentado, anclado en la experiencia subjetiva.

6.5. Redes sociales y salud mental

El último aspecto de este marco teórico busca identificar directrices teóricas para responder a la tercera pregunta secundaria, sobre cómo Alcohólicos Anónimos ayuda a las personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas con el manejo del estigma. En ese sentido, se recurrirá a la literatura sobre redes sociales para intentar entender por qué estas personas deciden en un primer momento acudir a Alcohólicos Anónimos, y, luego, por qué suelen permanecer ahí a lo largo de sus recuperaciones, es decir, para entender las formas aparentemente exitosas en las que Alcohólicos Anónimos contribuye al manejo del estigma.

Según Perry y Pescosolido, cuando individuos que padecen de una enfermedad mental (como una adicción o, específicamente, en este caso, el alcoholismo) buscan ayuda, un elemento crucial de lo que ellos buscan son

personas con quienes discutir abiertamente sobre su enfermedad: “En respuesta a sus problemas de salud, las personas pueden activar estratégicamente sus redes sociales para ayudar a manejar la crisis y la incertidumbre” (2015, p. 1). Los autores encuentran que los individuos, ya sea bajo una lógica de elección racional o de hábitos, identifican a las mejores personas para discutir sus enfermedades dentro de un grupo mayor de posibles opciones. Las personas que en última instancia suelen ser elegidas provienen o bien de la red de discusión nuclear (*core discussion network*) del individuo, o bien resultan ser personas terceras que previamente han tenido también experiencias de salud mental (como es el caso de los miembros de Alcohólicos Anónimos), o que recomendaron temprano en la trayectoria de la enfermedad del individuo que busquen tratamiento médico o de salud mental para sus problemas (Perry y Pescosolido, 2015, p. 15).

Sobre las redes de discusión nuclear, Mario Small plantea que, contrariamente a lo que se suele afirmar en los estudios sobre redes sociales, estas no necesariamente reflejan los vínculos más importantes o cercanos de la vida del ego (2013, p. 470). Básicamente, lo que hace Small es poner en tela de juicio la definición clásica de red de discusión nuclear, según la cual es definida como “[...] el conjunto de otros con quien el ego discute temas importantes, que se cree representa los pares cercanos, importantes, de confianza y socialmente de apoyo para las personas” (2013, p. 470, traducción propia). Busca problematizar la relación entre apego personal y apoyo social (Small, 2013, p. 471). Es así que Small descubre que, efectivamente, las redes de discusión nuclear no están compuestas principalmente por personas importantes para el individuo, sino también por personas con las que mantiene vínculos más endebles (2013, p. 475). Esto refleja lo que puede suceder en un grupo de Alcohólicos Anónimos, en los que, al menos inicialmente, se confían temas de suma intimidad, vinculados a la salud mental, a personas con las que el individuo no tiene ni siquiera vínculos débiles, sino ningún tipo de relación. Con el tiempo, por supuesto, estos vínculos pueden consolidarse y formar parte no solo de la red de discusión nuclear, sino también del entorno cercano de la persona –

aunque no necesariamente, ya que uno puede seguir acudiendo a Alcohólicos Anónimos sin por lo tanto involucrarse de manera más íntima (como se verá en el caso de algunas de las personas entrevistadas).

Una vez hecha esta constatación, Small pasa a identificar dos razones principales por las que el individuo acude a estos otros. En primer lugar, la idoneidad: “El ego tenderá a discutir temas importantes con los otros más relevantes para el tema en cuestión, aún cuando esos otros no sean cercanos [al ego]” (Small, 2013, p. 472, traducción propia). El autor menciona, en este sentido, un estudio que encontró que señoras ancianas en los salones de belleza discutían regularmente temas relacionados a la pérdida de cabello debido al cáncer con otras señoras ancianas del salón de belleza, a pesar de no haber entre ellas vínculos particularmente fuertes, de la misma manera que podría suceder entre compañeros de Alcohólicos Anónimos. Small hasta habla de una dependencia entre el tema y el otro, según la cual diferentes problemas son discutidos exclusivamente con las personas que ocupan los roles pertinentes a esos temas (2013, p. 472). Esto resuena con lo que Kadushin llama la fundación motivacional de las redes sociales, que asegura que no solo se busca seguridad y cohesión en las redes propias, sino también beneficios y eficacia (2002). De esta primera razón para acudir a terceros no cercanos a uno también se puede derivar que los individuos buscarán discutir temas de importancia que involucran algún grado de conocimiento especializado con expertos que están profesionalmente obligados a servir como pares de discusión (*discussion partners*), como lo pueden ser médicos o terapeutas.

La segunda razón que identifica Small es la disponibilidad: “[...] los encuestados que buscaban discutir temas importantes a menudo eran motivados a hablar con otro principalmente por su disponibilidad [...] ser motivados por la disponibilidad aumentaba la probabilidad estadística de que estos temas importantes sean discutidos con otro no cercano” (2013, p. 480, traducción propia). Lo que Small llama la “movilización oportuna” (2013, p. 480, traducción propia) se refiere tanto a la proximidad física como a la disposición y buena

voluntad de los otros en cuestión a ofrecerse como alguien de confianza (Small y Sukhu, 2016, p. 5).

Finalmente, es necesario no solo hablar de cómo y por qué el ego acude a tal o cual persona o grupo para ser escuchado, sino el impacto que este apoyo, una vez asegurado, significa para el que confía en el otro su problema – en este caso, personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas. En el caso de Alcohólicos Anónimos, por ejemplo, Brandes habla sobre cómo “la empatía y la identificación con las experiencias y los sufrimientos de los demás permiten a los compañeros superar los inevitables sentimientos de aislamiento que acompañan al problema del alcoholismo” (2004, p. 113), y Bernardes Guimarães y Mahfoud básicamente argumentan lo mismo (2016, p. 231) . En ese sentido, tenemos el respaldo teórico de Perry y Pescosolido, quienes concluyen en su estudio ya citado que las relaciones sociales pueden tener un impacto positivo considerable sobre la salud (2015, p. 14). En efecto:

“Los individuos con redes de discusión sobre temas de salud más amplias, caracterizadas por vínculos cercanos y una cultura de apoyo al tratamiento médico [...] gozan de mejores resultados diez meses después. Tener una red de apoyo social fuerte que incluye la participación en discusiones sobre la salud de uno con ciertos tipos particulares de persona se traduce en una calidad de vida, una satisfacción social, una capacidad de realizar funciones sociales y un funcionamiento de la salud mental mejorados” (Perry y Pescosolido, 2015, p. 15, traducción propia)

Cabe resaltar también, sin embargo, que decidir discutir sus problemas de salud con otros puede eventualmente tener un impacto negativo, al generar costos sociales bastante altos. Es el caso, por ejemplo, del grupo de Alcohólicos Anónimos que estudia Módena en México, en el que “da cuenta de las diferencias, desigualdades y conflictos que tienen lugar [...] y de cómo, en ciertas condiciones, interfieren en la realización de algunos principios fundamentales de la institución así como en las prácticas de la ayuda misma” (2009, p. 31). Así, si bien las redes sociales tienen el potencial de canalizar apoyo emocional y

oportunidades de información, no son los procesos de apoyo en general en sí que generan buenos resultados en términos de la recuperación del individuo, sino la activación de tipos específicos de personas (Perry y Pescosolido, 2015, p. 15). Esto resuena con la idea de Small de dependencia entre el tema y el otro, y también con la idea de la búsqueda de idoneidad y eficacia a la hora de activar sus redes. Lograr la recuperación sería facilitado, según Perry y Pescosolido, cultivando una red de apoyo social que provea consejos orientados a la salud, reafirmación del ego y ayuda instrumental que hagan más llevaderos los procesos de tratamiento y permita la adquisición de autosuficiencia y productividad de quien padece la enfermedad (2015, p. 15).

7. Hipótesis

Hipótesis 1: Estigma público en el Perú

En el Perú existe un fuerte estigma público respecto al alcoholismo, que no ha variado significativamente a lo largo del tiempo ni tampoco presenta variaciones según las variables sociodemográficas de edad, género y ámbito geográfico.

Hipótesis 2: Estigma hacia personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas

Existe un estigma recibido por personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas que se va consolidando y haciendo más perceptible a medida que avanza su paso de un consumo considerado normal a una dependencia, siguiendo fases distintas: etiquetaje, percepción de estereotipos negativos asociados, definición de un grupo de otros y la pérdida de estatus. El estigma en torno al alcoholismo se genera por una serie de razones, dependientes del contexto particular pero normalmente asociadas a la percibida falta de control y permanencia de la condición.

Esto genera una serie de respuestas y estrategias de parte de la persona estigmatizada, también muy específicas a cada trayectoria personal. Eventualmente cabe la posibilidad de que el estigma se invierta y la superación del alcoholismo sea visto como un logro personal tanto por el estigmatizado como por otros. Respecto a la variable de género, las mujeres que se reconocen a sí mismas como alcohólicas experimentan un estigma diferente al que experimentan los hombres que se reconocen como alcohólicos, enfocados en la sexualidad y la maternidad.

Hipótesis 3: Impacto positivo de Alcohólicos Anónimos en combatir el estigma

Alcohólicos Anónimos y sus diversos elementos constituyentes (reuniones, padrinazgo, literatura) son una red social única para quienes acuden a ellos, ya que ahí encuentran individuos eficaces y disponibles (y en algunos casos expertos) para tratar el tema de la recuperación del alcoholismo. La red social que ofrece Alcohólicos Anónimos es eficaz en ayudar a sus miembros a mantenerse en recuperación y enfrentarse al estigma.

8. Diseño metodológico

8.1. Tipo de diseño y enfoques metodológicos

El primer objetivo de esta investigación es esbozar una descripción de un eventual estigma público respecto al alcoholismo en el Perú. Enseguida, el segundo objetivo busca describir, si es que se llegan a identificar como tal, el estigma y los procesos de estigmatización tal como son experimentados por personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas en recuperación (en este caso, miembros activos de Alcohólicos Anónimos), para luego tratar de entender sus matices y diferencias según los informantes. El tercer y último objetivo es entender cómo Alcohólicos Anónimos ayuda a sus miembros en el manejo del estigma y sus consecuencias. Así, la presente investigación es

principalmente de corte descriptivo, con algunos esfuerzos, sobre todo en lo que corresponde al segundo y al tercer objetivo, por querer explicar por qué ciertas personas experimentan el estigma de cierta manera y por querer explicar cómo opera Alcohólicos Anónimos en el manejo del estigma, respectivamente.

Para el primer objetivo, se hará un análisis de bases de datos para determinar si se puede hablar de un estigma público en el Perú respecto al alcoholismo. En particular, se trabajará con cuatro oleadas de la Encuesta mundial de valores (EMV), para determinar el cambio a través del tiempo del eventual estigma público. En el Perú, estas cuatro oleadas se hicieron en 1996, 2001, 2006 y 2012 (Castaman, 2016, p. 24). También se prestará particular atención a las diferencias en actitudes entre distintos segmentos poblacionales, tanto en las oleadas de la EMV como en otras bases de datos eventuales. Gracias al programa estadístico SPSS, se podrá armar no solo tabulaciones simples de las preguntas pertinentes, sino que se podrán aplicar pruebas de chi-cuadrado con el fin de establecer diferencias estadísticamente significativas entre diferentes grupos. El programa SPSS también permitirá aplicar el factor de expansión⁴ incluido en la misma EMV a los datos que se emplearán de la base para el análisis. Esta es la parte cuantitativa del diseño.

Para el segundo objetivo, la mejor alternativa metodológica es una estrategia doble que combine (i) observación participante con (ii) entrevistas a profundidad. Según Guber, la observación participante, desde un enfoque interpretativista, permite conocer los significados que atribuyen los actores a sus acciones, a través de la experiencia y la participación activa del investigador (2001, p. 59). Emerson, por su lado, habla de una etnografía sociológica que le pone mayor énfasis a la participación (en contraste a la observación participante

⁴ La EMV incluye tres factores de expansión: (i) el factor de expansión por país original (las variables S017-S017A); (ii) el factor de expansión para un N=1000 (las variables S018-S018A); y (iii) el factor de expansión para un N=1500 (S019-S019A). Para el caso del Perú, los tres factores de expansión generan los mismos resultados en las variables utilizadas en este estudio. El propósito de aplicar un factor de expansión es "compensar por pequeñas desviaciones en las muestras respecto a una o varias dimensiones consideradas importantes para obtener resultados confiables" (Encuesta Mundial de Valores, n.d.). En el caso de esta investigación, por ejemplo, la aplicación del factor de expansión generó una corrección importante en la distribución de la variable de rechazo al vecino alcohólico según regiones del Perú.

más neutra de los años 50), que promueve la familiaridad íntima y la inmersión para experimentar el día a día y los sentidos cotidianos de otro mundo social (2001, p. 5). Este enfoque interpretativista de la observación participante, con un énfasis en la subjetividad de los actores, es idóneo para la tarea planteada en este estudio de dar a conocer y entender el estigma experimentado por alcohólicos en recuperación – recordemos que para Goffman, la rutina diaria en el estudio del estigma es un concepto clave (1963, p. 111). Al participar de manera regular en tanto observador participante en las reuniones a las que se tenga acceso de Alcohólicos Anónimos, se logrará, justamente, una familiarización cada vez más fuerte con los asistentes a las reuniones. Se podrá compartir de la situación social particular que surge en cada reunión, y, en línea con la estrategia que propone Rojas Rivas (2014, p. 13), con paciencia y después de una asistencia regular, se llegará a entender lo mejor posible los significados que ellos están interpelados a compartir en esas reuniones.

Sin embargo, en este caso la observación participante también cumplirá el propósito de generar vínculos de confianza con informantes clave, de manera que, con entrevistas a profundidad, se pueda tratar el tema del estigma en relación al alcoholismo del entrevistado. Guber plantea que los ejes significativos de la entrevista etnográfica son determinados en el campo, al ir identificando la idiosincrasia y los temas relevantes para el grupo estudiado (2001, p. 82). Por lo tanto, si bien se contará con una guía de entrevista, esta podrá no solo ser actualizada según lo que se recoja en el trabajo de campo, sino que hasta podría ser adaptada específicamente a lo que ya habría aprendido sobre el informante en cuestión en las reuniones de AA.AA. Según Guber, existen tres procedimientos para el desarrollo de una entrevista (2001, p. 81). Estos son: (i) la atención flotante del investigador, que consiste en permitirle al informante discurrir libremente con una serie de preguntas que puedan parecer irrelevantes (en este caso, algunas preguntas de la guía son más generales y otras más específicas, aunque todas apuntan a lo mismo), y en el investigador permaneciendo alerta en caso de que en el deambular narrativo aparezca algo significativo; (ii) la asociación libre del informante, el proceso gracias al cual

surgen del lado del informante nuevas pistas a seguir; y (iii) la categorización del investigador, que vendría a ser el orden que el investigador le da a esas nuevas pistas. Siguiendo estos tres procedimientos, se buscará no solo recoger la información necesaria para cumplir con los objetivos de la investigación, sino también estar atento a nuevas pistas no consideradas en el diseño que podrían llevar a una actualización constante de la guía de entrevistas. Las entrevistas han sido analizadas con el programa Microsoft Excel.

Finalmente, para el tercer objetivo, se hará uso tanto de las entrevistas como de las notas de observación participante y de un breve análisis de cuatro libros básicos de la literatura de Alcohólicos Anónimos, que todo miembro es invitado a constantemente estudiar y aplicar tanto dentro de las reuniones de Alcohólicos Anónimos como en sus vidas diarias. Estos son *El libro grande de Alcohólicos Anónimos* (Alcohólicos Anónimos, 2008), *Viviendo sobrio* (Alcohólicos Anónimos, 2001), *Doce pasos y doce tradiciones* (Alcohólicos Anónimos, 1995) y *El manual de servicio de A.A. y doce conceptos para el servicio mundial* (Alcohólicos Anónimos, 2011).

Como se desarrolló en el marco teórico, la propuesta general de esta investigación es estudiar dos categorías teóricas estrechamente vinculadas, el estigma público y el estigma experimentado. El primer tipo de estigma se refiere a actitudes a nivel de la población, para las cual una metodología cuantitativa se adecua mejor; el segundo tipo de estigma surge en lo cotidiano, en el día a día, por lo que es necesaria una metodología cualitativa. Small señala que una de las dos principales razones por las que en los estudios en ciencias sociales se suele emplear más que un tipo de data es la complementariedad (2011, p. 63). Según Small, esto no solo significa que un tipo de data compensa por las debilidades del otro, sino también que se abre la posibilidad para los investigadores de superar los límites del conocimiento que puede generar un determinado tipo de data (2011, p. 64). Eso es exactamente lo que se quiere lograr con este doble uso de metodologías: un conocimiento del estigma que sea

lo más completo posible, no limitado ni a lo público ni a lo individual, sino que pueda abarcar ambos extremos⁵.

8.2. Selección de casos y ámbito geográfico y temporal

Como se vio, la base de datos principal a emplearse en esta investigación es la Encuesta mundial de valores, que se buscará complementar con otras bases. La EMV fue elegida por cubrir toda la población peruana longitudinalmente, y por contar con una pregunta clave para poner a prueba la primera hipótesis. Se puede encontrar más información sobre la información utilizada de la EMV en el anexo 3.

Para las otras dos preguntas secundarias e hipótesis, se tomó la decisión de estudiar el estigma en torno al alcoholismo dentro de un grupo de Alcohólicos Anónimos para facilitar el acceso a un conjunto de personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas. Sin embargo, la decisión de poner el enfoque en Alcohólicos Anónimos no solo fue facilitar la búsqueda de la población objetivo, sino también presentó dos importantes oportunidades para esta investigación: en primer lugar, la de no solo realizar entrevistas sino también observación participante en las reuniones del grupo, enriqueciendo así la calidad de la información recopilada; y, en segundo lugar, la oportunidad de investigar en profundidad una forma de manejar en el día a día el alcoholismo reconocido y el estigma que puede generar. Finalmente, la principal razón de escoger un solo grupo fue la dificultad de acceso a los grupos, que normalmente son cerrados, es decir, en el lenguaje de Alcohólicos Anónimos, accesible únicamente a personas que se identifican como alcohólicas. Así, acceder al grupo en el que finalmente fue posible participar fue el resultado de reuniones a lo largo de dos

⁵ Si bien no se trata estrictamente de una metodología que emplea métodos mixtos, ya que no se aborda un mismo tema desde varios métodos sino tres temas específicos cada uno con un método particular, en la medida que estos temas son facetas de un mismo problema, sí es posible discutir si el término "métodos mixtos" es o no la mejor manera de describir la estrategia metodológica de esta tesis. En todo caso, en la práctica se ejecutaron todos los elementos de la metodología propuesta, y todas contribuyeron a lograr el objetivo de armar un panorama comprensivo del estigma en torno al alcoholismo en el Perú.

meses con un representante de Alcohólicos Anónimos, al final de las cual el grupo “Paz y vida”⁶ fue consultado sobre la participación del investigador con el fin de realizar este estudio, y aceptó. Una ventaja de estudiar este grupo fue la afluencia de miembros al grupo, y la asistencia regular de algunos miembros específicos. El grupo “Paz y vida” se encuentra en un distrito de Lima Centro, y el investigador asistió a reuniones regularmente todos los lunes entre los meses de setiembre y diciembre del 2018, y luego esporádicamente los lunes entre enero y junio del 2019.

Respecto a la selección de los entrevistados, dada la dificultad en concretar entrevistas que traten de un tema tan íntimo para los entrevistados, se recurrió a una estrategia de bola de nieve, en la que la asistencia regular a las reuniones de Alcohólicos Anónimos y los mismos entrevistados pudieron ayudar a consolidar el contacto con otros miembros, generando entrevistas posteriores. Se buscó cumplir con cuotas de género, de manera que se pueda responder a las preguntas respecto a diferencias en estigma experimentado y procesos de estigmatización según género. También se buscó asegurar heterogeneidad en términos de edad y de clase social, pero los asistentes al grupo “Paz y vida” eran bastante homogéneos en ese sentido, tal como sucedió en el caso de la tesis de Rojas Rivas, en la cual los asistentes al grupo que ella estudia son, por ejemplo, todos mayores de 48 años (2014, p. 107). Las entrevistas a profundidad se realizaron entre noviembre del 2018 y junio del 2019 – 7 entrevistas (4 hombres y 3 mujeres), las más cortas siendo de 51 minutos, y la más larga de una hora y 32 minutos.

⁶ Nombre ficticio.

CAPÍTULO 2: ¿ESTIGMA PÚBLICO? CIFRAS Y PERCEPCIONES SOBRE EL ALCOHOLISMO EN EL PERÚ

1. Objetivo

La primera preocupación de esta tesis es describir la situación del consumo de alcohol y del alcoholismo en el Perú, para luego hacer una aproximación a las percepciones que se tiene de ambas en el país. Según Lemert, cualquier concepto de desviación surge de la interacción de factores tanto objetivos como subjetivos del eventual comportamiento desviado (Lemert citado por Orcutt, 1975, p. 349). Esto significa que a la hora de entender una conducta como desviada, se le debe de otorgar igual de importancia a las externalidades verificables que genera, en conjunto con los significados culturales de mayor envergadura que se asocian a dicha conducta, rígidos y poco susceptibles de ser modificados en el corto plazo (los factores objetivos), como a las experiencias personales, los entornos sociales y los significados que acompañan dicha conducta en el día a día (los factores subjetivos).

Sin pretender tildar en esta etapa al alcoholismo como una conducta considerada desviada sin mayor evidencia ni análisis, se emprenderá en este segundo capítulo, el primero de resultados, un ejercicio inspirado en la primera vertiente de lo que plantea Lemert: una descripción objetiva de la prevalencia de la potencial conducta desviada, el alcoholismo, y de los significados culturales globales que se le asocian. La descripción del alcoholismo requerirá, a su vez, una descripción previa del consumo de alcohol, ya que ésta conlleva a aquella. En efecto, según Pessanha Neves, no se puede entender el alcoholismo en tanto problema social sin entender el hábito de beber socialmente aceptado (2004, p. 22) – ni tampoco, agrega la autora, sin entender toda la cultura en torno al consumo de etílicos, aunque eso ya supera el ámbito de esta investigación y deberá ser objeto de otros estudios.

Una descripción del consumo permitirá además una familiarización tanto con los hábitos que podrían eventualmente llevar al alcoholismo, como con el

grado de exposición de la población al alcohol, respecto a las cual la sociedad llega eventualmente a formar opiniones y percepciones. Estas opiniones y percepciones de mayor alcance, elemento central de los factores objetivos de la desviación de la propuesta de Lemert, serán el punto de llegada de este capítulo, y permitirá poner a prueba la idea central de la primera hipótesis, de que existe un fuerte estigma público respecto al alcoholismo en el Perú. También servirá de puente con el siguiente capítulo, en el que se verá cómo este eventual estigma público pasa a manifestarse en las vidas cotidianas de personas que se consideran alcohólicas en recuperación (estigma recibido); qué efectos tiene sobre estas personas, en sus vidas, en sus entornos y en sus recuperaciones; y, finalmente, cómo Alcohólicos Anónimos ayuda en el manejo de este eventual estigma.

Mientras que ese capítulo tercero se basará en entrevistas, observación de campo y trabajo de archivo, la descripción y análisis en este primer capítulo de resultados se basarán netamente en fuentes estadísticas, de diversa naturaleza (informes y bases de datos) y procedencia. Para la primera sección sobre consumo de alcohol y alcoholismo en el Perú, se consultará un informe de la Organización mundial de la salud (OMS), dos estudios del Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO) y datos recogidos por la Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Para la segunda sección sobre percepciones, opiniones y actitudes en torno al consumo de alcohol y alcoholismo en el Perú, se usará un informe adicional de CEDRO y algunos de los datos usados en ese informe, pero la fuente principal será una pregunta clave⁷ de la Encuesta mundial de valores (EMV), realizada en las oleadas hechas en el Perú desde 1996.

⁷ En el diccionario integrado de la EMV, aparecen otras preguntas respecto al alcoholismo que no han sido hechas en el Perú en ninguna oleada pero sí en otros países. Entre ellas, se pregunta qué tan justificable es el consumo de alcohol, y también sobre qué tan serio considera el encuestado que es el alcoholismo, lo cual, de haberse aplicado en el Perú, hubiera generado datos ideales para este estudio. Esto habla de la necesidad no solo de ampliar más el espectro y la profundidad de los temas que trabaja la EMV en el Perú, sino también de cuánta información más se podría recoger respecto a este tema en particular. Sin embargo, felizmente sí se cuenta con la pregunta A124_03, que le pregunta al encuestado sobre si le importaría o no contar con

Finalmente, en base a lo que hayan demostrado los números en las dos secciones anteriores, se discutirá si el retrato esbozado sobre consumo de alcohol, alcoholismo y percepciones en torno a ambas en el Perú corresponden o no a desviación (Giddens, 1989, pp. 151–152; Becker, 1971, p. 28) y estigma público (Pescosolido y Martin, 2015, pp. 8–9), según lo revisado en el marco teórico, y, de existir, qué formas toman en el Perú contemporáneo (todos los datos revisados son del 2010 en adelante, con excepción de algunos de los datos de la EMV que remontan al 1994, para poder comparar en el tiempo). Una vez desarrollados los argumentos de este primer capítulo de resultados, nuevamente, se pasará en el capítulo siguiente a estudiar los factores subjetivos de la eventual conducta desviada de la teoría de Lemert, con el fin de conjugar ambas vertientes de la desviación y del estigma, en línea con propuestas de investigación previas (Hill y Leeming, 2014; Schomerus et al., 2011, p. 4). Tal como se ha venido mencionando, el siguiente capítulo se enfocará en estos factores subjetivos tal como son recibidos y vividos por la persona que se reconoce a sí misma como alcohólica, con la intención de profundizar en los hallazgos estadísticos de este capítulo con estrategias de recojo de información de corte cualitativo. En realidad, lo que se busca no es exactamente que las secciones que se basan en datos cualitativos informen esta sección cuantitativa, ni viceversa – más bien lo que buscamos es que, juntas, ambas metodologías se complementen y permitan entender y analizar de la forma más completa posible una realidad que por su naturaleza compleja y poco estudiada debe ser abordada desde varios ángulos (Small, 2011, p. 64). En ese sentido, las cifras y los argumentos que se expondrán en este capítulo, si bien se sostienen por sí mismas, deben ser entendidas como parte de un todo mayor.

un vecino que consume mucho alcohol, a partir de la cual podemos armar los argumentos de esta tesis.

2. Niveles de consumo de alcohol y alcoholismo en el Perú

2.1. Consumo de alcohol

Según CEDRO, en 2017 la prevalencia de vida⁸ del alcohol fue, para la población peruana mayor de 12 años, del 79.2%, lo cual correspondió al 81.8% de la población masculina y al 77.2% de la población femenina. También correspondió a una disminución respecto a años anteriores del estudio de CEDRO, que encontró un punto alto de prevalencia de vida del alcohol (92%) en 1992, que desde ese entonces ha ido disminuyendo progresivamente, aunque no de forma lineal (CEDRO, 2017a, p. 34). Estos datos discrepan algo con los de la ENDES, según la cual el 90.4% de los peruanos había consumido bebidas alcohólicas alguna vez en sus vidas en 2018⁹ (95.3% de los hombres y 86.7% de las mujeres), sin mucha variación respecto a los años inmediatamente anteriores.

No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de vida del alcohol entre estratos socioeconómicos ni tampoco entre regiones geográficas ni grupos etarios, pero sí se detectó una diferencia significativa entre niveles educativos. Básicamente, mientras mayor el nivel educativo, mayor fue la prevalencia de vida del alcohol. Según la ENDES, entre la población que había completado un nivel educativo inicial o primario, el 68.8% había probado el alcohol alguna vez en su vida, en contraste con el 73.2% de los que habían completado la secundaria y el 85.1% que había alcanzado un nivel de educación superior. Por otro lado, según CEDRO la edad promedio del primer consumo en el Perú fue de 18.3 años, 17.2 para los hombres y 19.1 para las mujeres (CEDRO, 2017a, p. 15), mientras que en la ENDES de 2018 fue de 18 años para los hombres y 20 años para las mujeres. Cabe resaltar que, en otro informe de CEDRO, se habla de un consenso entre CEDRO y la Comisión nacional para el desarrollo y vida sin drogas (DEVIDA) acerca de la edad promedio de iniciación

⁸ “La prevalencia de vida es un indicador general que refleja la tasa de personas que han usado una sustancia el menos una vez en la vida” (CEDRO, 2017a, p. 4)

⁹ Todos los datos extraídos de la ENDES pueden ser consultados en el anexo 1.

del consumo de alcohol en población escolar, que estaría más bien alrededor de los 13 años, con una diferencia poco significativa entre hombres y mujeres adolescentes escolares (CEDRO, 2018, p. 29).

Tabla 1: Resumen de datos sobre consumo de alcohol (i)

Dato	Cifra	Fuente
Prevalencia de vida del alcohol en Perú (2017)	79.2%	CEDRO
Hombres	81.8%	
Mujeres	77.2%	
Prevalencia de vida del alcohol en Perú (2018)	90.4%	ENDES
Hombres	95.3%	
Mujeres	86.7%	
Inicial/primaria	68.6%	
Secundaria	73.2%	
Superior	85.1%	
Edad promedio del primer consumo en Perú (2017)	18.3 años	CEDRO
Hombres	17.2 años	
Mujeres	19.1 años	
Edad promedio del primer consumo en Perú (2018)	19 años	ENDES
Hombres	18 años	
Mujeres	20 años	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEDRO, ENDES

Estos datos de CEDRO pueden complementarse con los de un estudio internacional de la OMS sobre consumo de alcohol en 2016¹⁰ (OMS, 2018). Según la OMS, en el Perú en 2016, el 53.2% de los peruanos mayores de 15 años había consumido alcohol en los últimos 12 meses. Desagregando por género, esto correspondió al 67.1% de los peruanos y al 39.6% de las peruanas – ya hablando de un consumo reciente, diferente a la prevalencia de vida que se plantea en el informe de CEDRO, se puede ver que los hombres superaron de lejos a las mujeres en tanto consumidores de alcohol en el Perú, en 27.5 puntos

¹⁰ Nótese que los datos no son del mismo año, ni presumiblemente habrán empleado las mismas medidas ni metodologías, por lo tanto, no pueden estrictamente ser comparados – se trata aquí más bien de emplear ambos conjuntos de datos para armar un argumento.

porcentuales. Del 46.8% restante de la población que no había consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 8.8% se había abstenido de consumir alcohol toda su vida¹¹ (el 4.2% de los hombres peruanos y el 13.3% de las mujeres peruanas) y el 38% habían sido consumidores de alcohol en el pasado, pero se habían mantenido abstemios en los últimos 12 meses (el 28.7% de los hombres y el 47.1% de las mujeres). Se puede observar que, si bien aparentemente no existe una diferencia significativa entre los porcentajes de hombres y mujeres que, habiendo sido consumidores de alcohol, optaron en algún momento de sus vidas por dejarlo, sí existe una diferencia importante entre las mujeres (13.3%) y los hombres (4.2%) que habían sido abstemios toda su vida. Así, los datos de la OMS, tanto sobre consumo en los últimos doce meses como de abstinencia de consumir alcohol en la vida, claramente describen al consumo de alcohol en el Perú como una actividad mayoritariamente realizada por los hombres.

La ENDES de 2018 corrobora este hallazgo: 63.3% de los encuestados a quienes se les hizo la pregunta había consumido alcohol en los últimos 12 meses, en contraste con un 24.7% que no.¹² De las personas que respondieron a la pregunta, el 79.6% era hombre, mientras que el 65.7% era mujer – son cifras diferentes a las que brinda la OMS, pero la tasa más alta de hombres que consumieron respecto a la tasa de mujeres se sigue manteniendo.

¹¹ Si, según lo que plantea la OMS, el 8.8% de la población nunca había probado alcohol en su vida en 2016, entonces, empleando la definición de prevalencia de vida de CEDRO, la prevalencia de vida del alcohol en 2016 habría sido 91.2%. CEDRO, por su lado, plantea que la prevalencia de vida del alcohol en 2017 (no se realizó la encuesta en 2016) fue 79.2% (CEDRO, 2017a, p. 34), casi 12 puntos porcentuales menos, y, además, plantea que la prevalencia de vida del alcohol ha ido disminuyendo desde 1992, cuando ésta llegó a un punto alto de 92%, hasta llegar al 79.2% en 2017. Si bien los datos de CEDRO se sostienen mejor dado que han sido recogidos ya 12 veces desde 1986 y los datos de OMS corresponden a un solo año, esta discrepancia ilustra la discreción que se debe ejercer a la hora de comparar conjuntos de datos o informes muy diferentes.

¹² Se trata del total de encuestados y no de la población ya que, en esta pregunta, se observa un 12% de valores perdidos del sistema.

Tabla 2: Resumen de datos sobre consumo de alcohol (ii)

Dato	Cifra	Fuente
Porcentaje que ha consumido alcohol en último año en Perú (2016)	53.2%	OMS
	Hombres 67.1%	
	Mujeres 39.6%	
Porcentaje que nunca ha consumido alcohol en Perú (2016)	8.8%	OMS
	Hombres 4.2%	
	Mujeres 13.3%	
Porcentaje de consumidores que han sido abstemios en último año en Perú (2016)	38%	OMS
	Hombres 28.7%	
	Mujeres 47.1%	
Porcentaje que ha consumido alcohol en último año en Perú (2018)	63.3%	ENDES
	Hombres 79.6%	
	Mujeres 65.7%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OMS, ENDES

Si, en efecto, el consumo de alcohol se trata de una actividad en general realizada por hombres, se podría suponer que las mujeres que incurren en ella tal vez estarían sujetas a unas opiniones sobre su consumo diferentes a las que atañen a los hombres, y probablemente vinculadas también a una serie de prejuicios que tampoco corresponderían a los hombres. Adelantando los datos sobre percepciones en torno a consumo y alcoholismo y a lo que se verá en el siguiente capítulo sobre estigma recibido, esta idea podría eventualmente estar al origen de lo que plantean algunos autores sobre cómo el estigma en torno del alcoholismo suele ser diferente, en motivo y en intensidad, para las mujeres que para los hombres (Kulesza et al., 2016, p. 4; Song, Shin y Kim, 2015, p. 155). Ya que consumir alcohol parece ser más una cuestión de hombres, las mujeres que también consumen y que encima llegan a reconocerse a sí mismas como alcohólicas experimentarían una reprobación mayor. Estos datos sirven para fundamentar la hipótesis dos presentada en el capítulo uno.

Esto lo refleja también la cantidad de alcohol consumida. Según la OMS, en 2016, entre las personas que consumen alcohol mayores de 15 años, el promedio de alcohol consumido en litros de alcohol puro fue de 15.6 litros para los hombres, en contraste con los 5.6 litros que en promedio tomaron las

mujeres. El promedio de consumo para el Perú en su totalidad fue de 11.8 litros, lo cual superó en 3.8 litros al promedio latinoamericano para 2016 para la región de las Américas de la OMS¹³, de 8 litros. En otras palabras, los consumidores de alcohol peruanos consumieron más alcohol que las consumidoras de alcohol peruanas. En general, además, en el Perú se consumió más alcohol que el promedio latinoamericano.

Tabla 3: Resumen de datos sobre consumo de alcohol (iii)

Dato	Cifra	Fuente
Cantidad de alcohol consumida promedio en Perú, en litros (2016)	11.8 litros	OMS
	Hombres	15.6 litros
	Mujeres	5.6 litros

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OMS

La brecha de género en cuanto al consumo de alcohol se intensifica aún más cuando se considera la prevalencia del consumo de alcohol alto y frecuente¹⁴. Dentro de la población total mayor de 15 años, se determinó que el 26.4% consumía alcohol siguiendo el patrón de consumo alto y frecuente. Desagregando por género, los datos de la OMS muestran que el mayor peso de esta cifra lo aportaron los hombres, con un 42.1% de ellos señalando un consumo alto y frecuente, mientras que tan solo el 10.9% de las mujeres peruanas señalaron lo mismo. Dicho de otro modo, se determinó que 3.9 veces más hombres que mujeres¹⁵ consumían alcohol de esta manera.

La brecha se acorta un poco cuando se considera ya no a la población mayor de 15 años en general, sino únicamente a la población considerada por el estudio como consumidora de alcohol. El porcentaje de consumidores cuyo consumo es alto y frecuente es de 49.5% – 62.8% de los hombres que consumen alcohol y 27.4% de las mujeres que consumen. Esto significa que la proporción

¹³ Según su página web, la región de las Américas de la OMS incluye todos los países de América del sur, América central, América del norte y los países caribeños.

¹⁴ Un consumo alto y frecuente significa que el consumidor consumió al menos 60 gramos o más de alcohol puro en al menos una ocasión en los últimos 30 días.

¹⁵ $42.1/10.9=3.9$

entre hombres y mujeres que siguen estos patrones de consumo disminuye a 2.3 hombres por mujer¹⁶, respecto a los 3.9 hombres por mujer de cuando se consideró la población en general. No obstante esta disminución, la diferencia de género entre hombres y mujeres respecto al consumo de alcohol y los modos de consumirlo igual es bastante marcada. Esto también se puede observar en los datos sobre las muertes en accidentes de tránsito relacionados al alcohol: según la OMS, por cada 100 000 hombres mayores de quince años, 38.6 mueren en accidentes de tránsito en los que el alcohol ha jugado un rol, contra 26.3 mujeres de cada 100 000. Eso equivale a 1.5 más hombres¹⁷ que mujeres. El alcohol no solo parece ser más una cuestión de hombres que de mujeres en lo que concierne al consumo – también parece ser más letal para los hombres que para las mujeres.

Tabla 4: Resumen de datos sobre consumo de alcohol (iv)

Dato	Cifra	Fuente
Prevalencia del consumo alto y frecuente, población total (2018)	26.4%	OMS
	Hombres 42.1%	
	Mujeres 10.9%	
Prevalencia del consumo alto y frecuente, consumidores (2018)	49.5%	OMS
	Hombres 62.8%	
	Mujeres 27.4%	
Muertes en accidentes de tránsito relacionados al alcohol, por 100 000 (2018)		OMS
	Hombres 38.6%	
	Mujeres 26.3%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OMS

2.2. Alcoholismo

Respecto al alcoholismo, según CEDRO, en el Perú un 15% de la población sería adicta al alcohol. En su informe, los investigadores de CEDRO destacan que, en realidad, esa cifra es una estimación, ya que “no es sencillo establecer el número de adictos en el país dado que no existe un registro de estas personas

¹⁶ $62.8/27.4=2.3$

¹⁷ $38.6/26.3=1.5$

en los registros hospitalarios o centros de tratamiento; además muchas de estas personas jamás se han aproximado en busca de atención” (CEDRO, 2017a, p. 13). A pesar del imperativo de utilizar estos datos con cautela, se puede ver que, según los investigadores de CEDRO, es posible estimar la prevalencia del alcoholismo a partir de estudios clínicos, lo cual brinda la cifra ya mencionada de un 15% de alcohólicos entre la población peruana (1,736,138 peruanos). Este hallazgo lo vendrían a complementar algunos resultados del estudio epidemiológico en hogares hecho por CEDRO, según el cual el 2.8% de personas encuestadas manifestaron que habían tenido deseos de usar bebidas alcohólicas al despertar por la mañana, y un 9.8% había indicado sentir que cuando comienza a tomar alcohol no puede detenerse (CEDRO, 2017a, p. 16).

Tabla 5: Resumen de datos sobre alcoholismo (i)

Dato	Cifra	Fuente
Porcentaje de la población peruana con alcoholismo (2017)	15%	CEDRO
Porcentaje de peruanos que manifiestan haber tenido deseos de beber al despertarse (2017)	2.8%	CEDRO
Porcentaje de peruanos que manifiestan no poder detenerse cuando comienzan a beber (2017)	9.8%	CEDRO

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEDRO

Por otro lado, en la ENDES 2018 se hacen 19 preguntas que tratan de elaborar una descripción del alcoholismo en la población peruana¹⁸. Sin embargo, en este caso el interés de los resultados se encuentra más bien por el lado de la población efectivamente encuestada que por los datos en sí. Por ejemplo, la pregunta sobre si el encuestado alguna vez intentó beber menos o intentó dejarlo por completo y no lo logró (QS726) solo fue respondida por 3.7% de los encuestados – el restante 96.3% fueron valores perdidos. Este ejemplo

¹⁸ Del cuestionario de salud, las preguntas que intentan abordar el tema del alcoholismo van de la QS713 a la QS731. Van subiendo paulatinamente en intensidad del impacto de la bebida, comenzando en la QS713 por preguntar si la resaca alguna vez le ha generado problemas al encuestado en la casa, el trabajo, etc., hasta la QS730 y QS731 donde se pregunta si el encuestado ha recibido tratamiento profesional por problemas relacionados al consumo de alcohol. Estas preguntas se han hecho desde la incorporación del cuestionario de salud a la ENDES, es decir desde 2013 en adelante.

refleja lo que advierte el informe epidemiológico de CEDRO sobre la dificultad de estimar el número de personas que se reconocen a sí mismas como adictas. Por un lado, las preguntas hechas nunca suelen ser indicadores incontrovertibles de que se pueda hablar de alcoholismo - en una encuesta, al igual que en una entrevista u otro instrumento de orden cualitativo, las categorías analizadas siempre son socialmente construidas. Por otro lado, y más importante aún para el caso específico de estudios sobre consumo de alcohol y alcoholismo, la gran mayoría de personas prefiere no responder esas preguntas.

En efecto, para llegar a esta batería de preguntas, el encuestado debe pasar el filtro de la pregunta QS712 (se pasa a la QS713 si es que el encuestado indicó en la QS209 que sí ha consumido alcohol 12 veces o más en los últimos 12 meses), y luego se debe pasar el filtro de la pregunta QS718 (se continúa con la pregunta QS719 en caso el encuestado haya respondido que sí en alguna de las preguntas entre la QS713 y la QS717). Además, si el encuestado responde que no dos veces entre la QS713 y QS717, se aplica un tercer filtro que lleva directamente a la pregunta QS730 sobre tratamiento¹⁹.

En el caso de la pregunta QS726 tomada anteriormente como ejemplo, sobre si se ha fracasado alguna vez en intentar dejar el consumo de alcohol, el 1.3% de los encuestados respondió que sí. Con un tan alto porcentaje de valores perdidos, debido a la dificultad de elaborar preguntas eficaces y al rechazo de los encuestados a responder este tipo de pregunta, la utilidad de este dato es dudosa. En todo caso, los resultados de la ENDES pueden ser tomados para armar un esbozo de la situación del alcoholismo en el Perú, pero deben ser considerados con mucha cautela, y ser comparados con otras fuentes, como las expuestas en esta tesis²⁰.

¹⁹ Se agradece a Diana Paico Diaz del Instituto Nacional de Estadística e Informática por haber aclarado el tema de los filtros en esta sección del cuestionario de salud.

²⁰ Por esta razón, no se desarrolla en profundidad en esta tesis cada una de las 19 preguntas incluidas en la ENDES sobre alcoholismo. De lograrse la elaboración de preguntas más finas sobre alcoholismo y estrategias para lograr que los encuestados sean más accesibles a la hora de responderlas, la ENDES podría algún día llegar a proporcionar los insumos para armar un sólido índice de alcoholismo en el Perú, que sirva para corroborar la estimación de CEDRO de un 15% de alcohólicos en el Perú o la de la OMS de un 4.9%.

Finalmente, el estudio de la OMS (un año anterior al de CEDRO y dos años anteriores al de la ENDES) presenta resultados distintos respecto al alcoholismo, que también deben considerarse con cautela, nuevamente por el tema de la dificultad del cálculo. Sin embargo, aparte de demostrar que el consumo de alcohol no solo es más frecuente, intenso y mortal entre los hombres respecto a las mujeres, como se vio en el apartado anterior, también señalan que el alcoholismo resulta más común en las vidas de los hombres peruanos que en las de las mujeres peruanas. En el 8.9% de la población total en el Perú prevalecería algún tipo de desorden vinculado al consumo de alcohol (entre ellos la dependencia y el uso dañino del alcohol)²¹, lo cual se encuentra 0.7 puntos porcentuales por encima del promedio de la región de las Américas de la OMS. Desagregado por género, esto corresponde al 14% de la población masculina y al 3.8% de la población femenina. Obviando los otros tipos de desordenes vinculados al alcohol que especifica la OMS y solo atendiendo al alcoholismo, el 4.9% de la población peruana habría sido alcohólica en el Perú en 2016: 7.9% de los hombres y 1.9% de las mujeres. Desde esta perspectiva la cifra global también supera al promedio latinoamericano, esta vez en 0.8 puntos porcentuales. En el Perú, entonces, según la OMS, hay 4.2 veces más hombres²² que se reconocen como alcohólicos que mujeres que se reconocen como alcohólicas.

Tabla 6: Resumen de datos sobre alcoholismo (ii)

Dato	Cifra	Fuente
Porcentaje de la población peruana con algún desorden de consumo de alcohol (2016)	8.9%	OMS
	Hombres 14%	
	Mujeres 3.8%	
Porcentaje de la población peruana con alcoholismo (2016)	4.9%	OMS
	Hombres 7.9%	
	Mujeres 1.9%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OMS

²¹ Los datos de la OMS especifican tasas de desordenes vinculados al abuso de alcohol, dentro de los cual incluyen el alcoholismo, el uso dañino del alcohol y otros tipos de desorden, y, aparte, se especifican tasas exclusivamente para el alcoholismo.

²² $7.9/1.9=4.2$

Si se compara el porcentaje de consumidores de alcohol que consumen alcohol en altas cantidades y frecuentemente del estudio de la OMS (26.4%) con el porcentaje de personas que tienen una dependencia al alcohol (4.9%), se ve que por cada persona que consume alcohol en altas cantidades y frecuentemente, hay 0.19 personas²³ que tienen una dependencia al alcohol²⁴. Visto de otro modo, de casi cada cinco personas que denotan este patrón de consumo de alcohol, una tendrá una dependencia²⁵. Viéndolo desde la perspectiva del género, se vio que 42.1% de los hombres señalan ser consumidores de alcohol en altas cantidades y con frecuencia, mientras que el 7.9% de hombres tienen una dependencia al alcohol – se puede determinar, entonces, que por cada consumidor hombre que mantiene ese patrón de consumo, 0.19 son dependientes²⁶ del alcohol. Es prácticamente el mismo resultado que en el caso de la población en general: de cada cinco hombres que denotan el patrón de consumo de alcohol en cuestión, uno tendrá una dependencia²⁷. En el caso de las mujeres, el 10.9% de ellas consumen alcohol en altas cantidades y frecuentemente, y el 1.9% es dependiente del alcohol. Así, por cada consumidora mujer, 0.17 son dependientes²⁸; en otras palabras, por cada seis mujeres que presentan el patrón, una tiene un desorden de dependencia²⁹.

Estas últimas operaciones indican dos hallazgos principales. En primer lugar, ya sea que se contraste la prevalencia de vida del alcohol de 79.2% de CEDRO con su estimación de un 15% de personas consideradas alcohólicas, o la prevalencia de vida de 91.2% de la OMS con su cifra de 7.9% de personas con dependencia al alcohol, se ve que, si bien la gran mayoría de la población peruana ha tenido en algún momento alguna experiencia con el consumo de

²³ $4.9/26.4=0.36$

²⁴ Estas operaciones se pueden hacer siempre y cuando postulamos que existe una dirección causal entre el consumo alto y frecuente de alcohol y el desarrollo de una dependencia al alcohol.

²⁵ $0.19*5=0.95$ (redondeo a 1 en el análisis)

²⁶ $7.9/42.1=0.19$

²⁷ $0.19*5=0.95$ (redondeo a 1 en el análisis)

²⁸ $1.9/10.9=0.17$

²⁹ $0.17*6=1.02$ (redondeo a 1 en el análisis)

alcohol, una proporción relativamente bastante menor llega a desarrollar una dependencia. Esto permite especular que, dado que únicamente un porcentaje ya sea de 7.9% o de 15% de la población es señalada por estos estudios como alcohólica, la gran parte de los peruanos no habrá tenido experiencias vinculadas al alcoholismo, ya sea en ellos mismos o en sus entornos. Así, la falta de experiencia directa junto con una falta de información a nivel público sobre cómo las ciencias de la salud indican que se debe entender y abordar al alcoholismo (Pessanha Neves, 2004; Orcutt, 1976) podrían ser una de las razones que explicarían un estigma público. Esta idea se podría sostener a pesar de que existe una gran cantidad de personas que en algún momento de sus vidas han probado alcohol, ya que, aparte de que el consumo de alcohol claramente no está vinculado necesariamente con mayor empatía e información sobre el alcoholismo, también pueden existir prejuicios desaprobatorios en torno al mismo consumo de alcohol que se mantendrían o hasta intensificarían a la hora de considerar el alcoholismo.

En segundo lugar, se puede ver que las mismas diferencias de género que se encontraron al estudiar el consumo de alcohol, a saber, que el consumo es más frecuente, intenso y letal en el caso de los hombres, se aplica también en el caso del alcoholismo – efectivamente, el alcoholismo prevalece más entre los hombres peruanos que entre las mujeres peruanas. Adicionalmente, a partir de las proporciones elaboradas, se encontró que, entre los hombres que consumen alcohol de manera frecuente y alta, una proporción mayor pero similar (uno de cada cinco) pasa a considerarse por la OMS como teniendo una dependencia, frente a la proporción en el caso de las mujeres (una de cada seis). Sin embargo, si se ve la versión anterior de 2014 del estudio de la OMS, estas proporciones cambian (OMS, 2015, p. 163), y se encuentra, sorprendentemente, que, en 2010, entre los hombres que consumen alcohol de manera frecuente y alta, una proporción *menor* (uno de cada tres) pasa a considerarse por la OMS como teniendo una dependencia, frente a la proporción en el caso de las mujeres

(una de cada dos)³⁰. Esto puede deberse simplemente al hecho de que existen muchísimo más hombres que consumen alcohol, pero el que las mujeres que consumen alcohol de manera frecuente y alta sean más propensas a considerarse como alcohólicas también puede deberse a otros factores, por ejemplo, el mismo estigma que se intentará dilucidar en el capítulo siguiente a un nivel subjetivo. Dado que el consumo de alcohol es más frecuente en hombres que en mujeres, y que se ha visto en el marco teórico que existen estereotipos en torno al mero consumo de alcohol por parte de las mujeres (de Visser y McDonnell, 2012, p. 619; Blume, 1991; Lisansky Gomberg, 1988; Rolfe, Orford y Dalton, 2009), quizás estos estereotipos tienen un impacto tal sobre el estima personal de la mujer que consume frecuentemente y en altas cantidades, que estas mujeres, aunque menos en términos absolutos que los hombres, son, o al menos lo fueron en 2010, más propensas a desarrollar una dependencia al alcohol, o a considerarse ellas mismas como alcohólicas, si es que son consumidoras frecuentes y de altas cantidades.

Con todo, entrando a la sección siguiente, sobre percepciones sobre consumo de alcohol y alcoholismo en el Perú, se pueden afirmar dos cosas. Por un lado, que en el Perú la alta prevalencia del consumo de alcohol comparada con la relativamente baja prevalencia del alcoholismo³¹ da pie a especular sobre un estigma público que es el resultado de la convergencia de prejuicios negativos en torno al consumo y de falta de experiencia e información sobre el modelo de enfermedad del alcoholismo que la medicina intenta promover cada vez más. Por otro lado, se puede afirmar también que en el Perú existe una socialización diferenciada, según la variable de género, en torno al consumo de alcohol y,

³⁰ En 2010, el 23.6% de los hombres señalan ser consumidores de alcohol en altas cantidades y con frecuencia, mientras que el 7.9% de hombres tienen una dependencia al alcohol. Se puede determinar, entonces, que por cada consumidor hombre que mantiene ese patrón de consumo, 0.33 son dependientes del alcohol ($7.9/23.6=0.33$). En otras palabras, de cada tres hombres que denotan el patrón de consumo de alcohol en cuestión, uno tendrá una dependencia ($0.33*3=1$). Para las mujeres, en 2010, el 3.6% de ellas consumen alcohol en altas cantidades y frecuentemente, y el 1.9% es dependiente del alcohol. Así, por cada consumidora mujer, 0.5 ($1.9/3.6=0.5$) son dependientes; en otras palabras, por cada dos mujeres que presentan el patrón, una tiene un desorden de dependencia ($0.5*2=1$).

³¹ Relativamente baja en comparación con la prevalencia de vida. Como se vio, el alcoholismo en realidad es más alto que la media regional.

como se verá, en torno a la valoración que del consumo se hace. Este panorama deberá informar los datos revisados en la sección siguiente, aunque esta noción de la socialización diferenciada según género será de mayor utilidad para el capítulo tres.

3. Percepciones sobre consumo de alcohol y alcoholismo en el Perú

3.1. Percepciones sobre el consumo de alcohol

En el *Estudio de opinión sobre drogas en población urbana peruana* realizada por CEDRO en 2017, el 32% de los encuestados consideró que el alcohol era una de las drogas más peligrosas, colocándola en cuarto lugar por debajo de la marihuana, la pasta básica de cocaína y el clorhidrato de cocaína (CEDRO, 2017b, p. 10). Al mismo tiempo, el 93.6% de todos los encuestados y el 75.1% de jóvenes entre 12 y 18 años señaló al alcohol como muy fácil o fácil de conseguir, posicionándolo como la droga más fácil de conseguir. Por otro lado, en base a los datos de la encuesta sobre los que se basa el estudio de opinión, se sabe también que el 94.1% de los peruanos consideran que, para un consumidor de drogas, incluidos los consumidores de alcohol, es fácil optar por no consumir³².

Estos datos podrían indicar que el consumo de alcohol es considerado una actividad común y corriente, algo peligrosa – no tanto como algunas drogas, como la cocaína, pero sí más que otras, como el éxtasis o la heroína (CEDRO 2017b, p. 10) –, pero sobre todo de relativamente fácil acceso, hasta para adolescentes que en el Perú por ley no deberían de tener acceso a bebidas alcohólicas. Más interesante aún es que la gran mayoría de peruanos considera que dejar de consumir se puede hacer con bastante facilidad, lo cual puede ser un indicio de por qué acaece un estigma sobre las personas que se consideran a sí mismas como alcohólicas – si se considera que dejar de consumir debe ser

³² Estos datos se pueden consultar en el anexo 2.

algo simple, que resulte que para algunas personas no sea así puede ser fuente de frustración y animosidad. A continuación, se analizarán las percepciones estrictamente en torno al alcoholismo.

Tabla 7: Resumen de datos de percepciones sobre consumo de alcohol

Dato	Cifra	Fuente
Porcentaje de la población peruana que considera que el alcohol es la droga más peligrosa (2017)	32%	CEDRO
Porcentaje de la población peruana que considera que el alcohol es fácil de conseguir (2017)	93.6%	CEDRO
Porcentaje de jóvenes entre 12 y 18 años que considera que el alcohol es fácil de conseguir (2017)	75.1%	CEDRO
Porcentaje de la población peruana que considera que es fácil optar por dejar de consumir drogas (2017)	94.1%	CEDRO

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEDRO

3.2. Percepciones sobre el alcoholismo

En las cuatro oleadas de la EMV empleadas en este estudio, se preguntó a los encuestados si les resultaría problemático que algún vecino suyo contara con una serie de características, entre ellas, que el vecino en cuestión sea alcohólico. En la cuarta oleada de la EMV, realizada en el Perú en 2012, el 68.3% de los peruanos encuestados señaló que no quisiera tener como vecino a una persona alcohólica. Únicamente para el 31.7% no sería un problema. Dicho de otro modo, según los datos de la EMV, para casi siete de cada diez peruanos contar con un vecino alcohólico resultaría inaceptable. Es una cifra bastante alta, un poco más de dos veces más alta que el número de peruanos para quienes contar con un vecino alcohólico no sería un problema.

Comparado con otras características potencialmente estigmatizadoras, la idea de un vecino alcohólico presenta un nivel de rechazo relativamente alto. No alcanza el nivel de rechazo a un vecino drogadicto reportado entre los peruanos en 2012 (86.8% de los encuestados), pero sí supera en 24 puntos porcentuales el nivel de rechazo a un vecino homosexual (44.3% de los encuestados) y en 36.6 puntos porcentuales un vecino con VIH (31.7% de los encuestados), un poco más del doble. Visto desde otro modo, el 31.7% de los encuestados

rechazaría a un vecino seropositivo, prácticamente el mismo porcentaje de los que no tendrían problema con un vecino alcohólico. Por lo general, los peruanos señalan sentirse bastante más cómodos con un vecino que tenga VIH o que sea homosexual que con un vecino que sea alcohólico. Esto destaca el particular rechazo que existe hacia el alcohólico – ni el tener VIH ni la homosexualidad, ambas características que se podrían suponer desacreditadas en un país tradicionalmente conservador como el Perú (o en todo caso más desacreditadas que el alcoholismo), llegan a generar un nivel de rechazo tan alto como el que es generado por el alcoholismo. Este nivel alto de rechazo resuena con los altos niveles de estigma público identificados en otros países occidentales (Hill y Leeming, 2014, p. 760; Schomerus et al., 2011, p. 4).

Tabla 8: Resumen de datos de percepciones sobre alcoholismo

Dato	Cifra	Fuente
Porcentaje de rechazo al vecino alcohólico (2012)	68%	EMV
Porcentaje de rechazo al vecino drogadicto (2012)	86.8%	EMV
Porcentaje de rechazo al vecino homosexual (2012)	44.3%	EMV
Porcentaje de rechazo al vecino seropositivo (2012)	31.7%	EMV

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EMV (2012)

3.2.1. Variaciones de las percepciones en el tiempo

Lo primero que llama la atención sobre los datos de las cuatro oleadas de la EMV es que, entre las primeras tres oleadas trabajadas, es decir, entre 1996 y 2006, el nivel de rechazo hacia el vecino alcohólico parece mantenerse constante, al nunca salir del rango entre 50.9% y 52.9% (ver gráfico 1). Esta constancia a lo largo del tiempo era lo que preveía la teoría (Pescosolido y Martin, 2015, p. 9). Sin embargo, de 2006 a 2012, el 50.9% de rechazo de 2006 aumenta de manera muy llamativa en 17.4 puntos porcentuales, para llegar al 6.38% de rechazo que se analizó en el apartado anterior. Esto se puede deber a una serie de cosas: un cambio repentino y radical en las actitudes de los peruanos entre 2006 y 2012, lo cual parece improbable; diferencias en las muestras en la cuarta oleada de

2012³³; o cambios en la formulación de preguntas o en la ejecución del recojo de información, lo cual parece la alternativa más probable, ya que la EMV es un emprendimiento de gran envergadura con una larga serie de preguntas. Sería necesario asegurar los datos de la oleada más reciente, de 2018, aún no disponibles a la hora de redactar esta tesis, para poder determinar si la norma de los tres primeros años se vuelve a restablecer, o si, en cambio, se ha empezado a generar una nueva tendencia.

Gráfico 1



Fuente: Encuesta mundial de valores (ver tabla 1 y tabla 2 en el anexo 3)

En todo caso, las comparaciones realizadas previamente con otros tipos de conductas potencialmente estigmatizadoras con el fin de demostrar lo relativamente alto del rechazo hacia el vecino alcohólico igual se mantienen en los años anteriores (de hecho, estos datos también denotan algunas variaciones bruscas entre año y año). Así, por ejemplo, para la oleada anterior a la de 2012, la de 2006, el rechazo al vecino alcohólico (50.9%) sigue siendo considerablemente menor que el rechazo hacia el vecino que es drogadicto (80.3%), y aún sigue siendo mayor que el rechazo hacia el vecino homosexual (41.9%) – aunque ya no en la misma magnitud – y también mayor al rechazo al

³³ Aunque el tamaño de las muestras de 1996 y de 2012 son iguales, de la misma manera que las muestras del 2001 y del 2006, así que está posibilidad también parece poco probable.

vecino seropositivo (25.1%) –, la diferencia en este caso asemejándose a la que se encontró para el 2012 –.

Lo que queda claro es que, hasta 2006, no existe una relación significativa entre las oleadas y los niveles de rechazo y de ausencia de rechazo, es decir, los niveles de rechazo no varían a lo largo del tiempo³⁴. Como se mencionó antes, esto es afín a lo que plantean Pescosolido y Martín sobre el estigma público (el estigma general a nivel de una población), a saber, que en países occidentales el estigma público no suele variar significativamente a lo largo del tiempo (Pescosolido y Martín, 2015, pp. 8–9), manteniéndose en general bastante estable. Para Pescosolido y Martín, esto se puede deber a una serie de factores, entre ellos que campañas de concientización sobre la naturaleza clínica del alcoholismo parecen no ser muy efectivas. En el Perú, la falta de información ciertamente podría ser una causa subyacente de la constancia del rechazo en el tiempo, como también lo podría ser una serie de actitudes y creencias respecto al consumo de alcohol, que se mantendrían firmes y que de alguna manera informarían las actitudes y creencias que se tenga a nivel nacional respecto al alcoholismo. Sea cual sea la explicación detrás, estos datos permiten afirmar de manera concluyente que el rechazo hacia los alcohólicos en el Perú es alto, además de más o menos rígido en el tiempo. No existe variación significativa.

3.2.2. Variaciones sociodemográficas

En los siguientes apartados, se emplearán los datos de la oleada más reciente, de 2012, para determinar si el rechazo alto y constante que se ha identificado hacia el alcohólico varía o no según algunas variables sociodemográficas, y para esbozar algunas explicaciones de qué podrían implicar estas eventuales variaciones. Se replicarán también, sin embargo, las pruebas en los años de las

³⁴ La prueba chi cuadrado sí resulta significativa si se toman en cuanto los datos del 2012, lo cual resulta evidente con tal solo observar el gráfico 1. Sin embargo, dado la incertidumbre en torno a esos datos, y con el fin de demostrar la constancia del rechazo en el tiempo, se considerarán estos valores como atípicos, únicamente para este caso. Estas pruebas de asociación se pueden consultar en el anexo 3 (tablas 2 y 3).

tres oleadas anteriores, para verificar que los hallazgos de 2012 tengan precedente en las oleadas anteriores. Con eso se sacará un máximo provecho a la información brindada por la EMV, al analizarla desde varios ángulos, no solo para intentar verificar la primera hipótesis de esta tesis, sino también para armar el escenario del análisis cualitativo del siguiente capítulo.

Recordando la teoría que se expuso en el capítulo anterior, se sabe que el estigma público hacia el alcoholismo no solo suele ser alto y constante en el tiempo, sino que, adicionalmente, factores sociodemográficos clásicos como el género o la edad no suelen generar variaciones consistentes en ese tipo de estigma (Pescosolido y Martin, 2015, p. 9). En este punto, se puede ya ir vislumbrando que el rechazo que se ha estudiado gracias a la EMV efectivamente indica la existencia de un estigma público, alto y poco flexible, en línea con lo que se planteó en la primera hipótesis. Con los datos que se revisarán a continuación, se intentará terminar de responder a la primera pregunta secundaria a través de una profundización de los datos de rechazo hacia el vecino alcohólico de la EMV según, justamente, algunas variables sociodemográficas clave.

3.2.2.1. Variación según género

En el apartado del capítulo anterior sobre estigma, alcoholismo y consumo³⁵, se vio que la literatura ha estudiado extensamente las diferencias de género experimentadas en torno al estigma dirigido a personas que se consideran a sí mismas como alcohólicas, pero que no parecen haber estudios que describan diferencias de género en el estigma público sostenido por la población de manera general. En todo caso, lo que sí indica la teoría, como se acaba de recordar, es que no deberían de existir diferencias en el estigma público, ni respecto al género ni respecto a ninguna otra variable sociodemográfica.

³⁵ Capítulo 1, apartado 6.3.7, página 31.

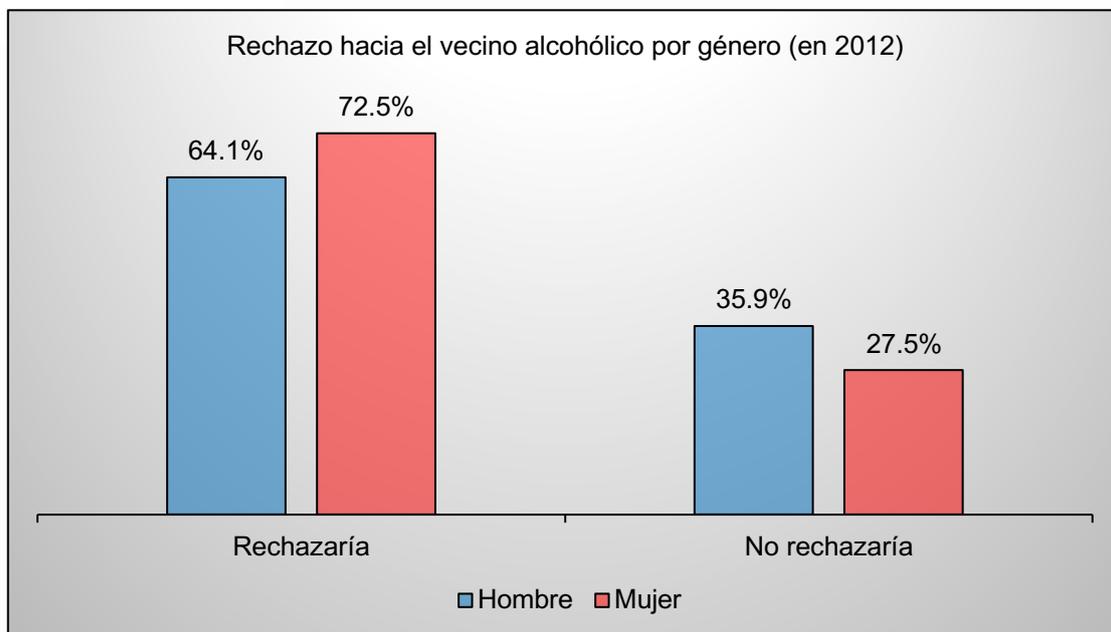
Los hallazgos derivados de la EMV indican que, respecto a la variable de género, este no parecería ser el caso en el Perú: si bien el coeficiente V de Cramer, de 0,089, indica una asociación de intensidad baja, la prueba de chi-cuadrado permite establecer que la variable independiente de género sí genera variaciones en la variable dependiente de rechazo hacia el vecino alcohólico. 72.5% (4.5% más que el total poblacional) de las peruanas rechazarían al vecino alcohólico, mientras que el 64.1% de los peruanos (4.3% menos que el total poblacional) lo haría (ver gráfico 2).

Esto implica dos cosas para el análisis. En primer lugar, que lo que plantean Pescosolido y Martín sobre un estigma público que no se declina según variables sociodemográficas no se sostiene en el Perú: el estigma público sí es afectado por una variable, la de género. Esto se podría deber a una serie de cosas, por ejemplo, el contexto particular del Perú, o el que se trate de un estigma específico para el alcoholismo y no solo para problemas de salud mental en general (como el que en realidad plantean Pescosolido y Martín), o una mezcla de ambos. También podría estar vinculado a los hallazgos que se indujeron de los datos sobre consumo de alcohol, donde se encontró que existía para el consumo de alcohol una socialización diferente según el género. Esta misma socialización diferenciada podría informar las actitudes que tengan las peruanas hacia el vecino alcohólico (aunque no se puede descartar que la causalidad quizás sea inversa, si es que existe) – dado que los datos señalan que el consumo de alcohol es una actividad en la que participan hombres y mujeres de manera diferenciada, las creencias que manejen unos y otras sobre el alcoholismo, que lógicamente solo puede darse posteriormente al consumo, también serán diferentes.

En segundo lugar, y vinculado a este último punto, lo que sí se puede afirmar es que las mujeres denotan un mayor estigma público hacia las personas que se consideran alcohólicas que los hombres. Esto se volverá a resaltar en cara al siguiente capítulo, en el que, gracias a este hallazgo, se podría suponer que, aunque los entrevistados señalen haberse sentido estigmatizados tanto por hombres como por mujeres, las mujeres de sus entornos estigmatizarían no

necesariamente más ni más intensamente (¿cómo se mediría esto?) pero quizás sí de manera diferente.

Gráfico 2



Fuente: Encuesta mundial de valores (ver tabla 4 en anexo 3)

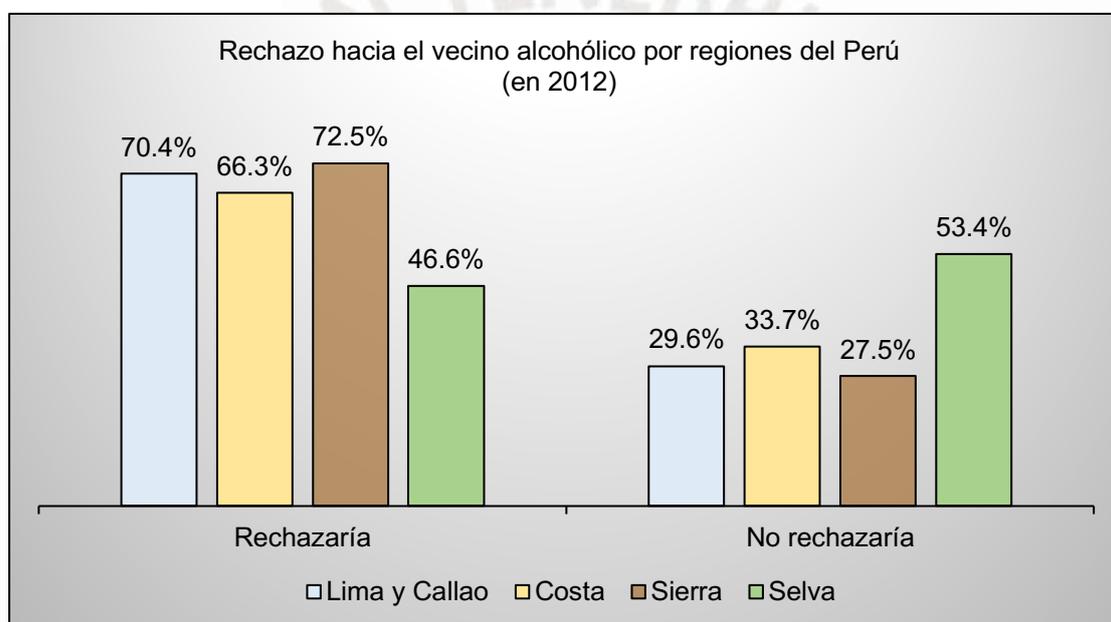
3.2.2.2. Variación según región

Aparte de la variable de género, también se identificó una segunda variable independiente que genera variaciones en la variable de rechazo hacia el vecino alcohólico: la región dónde le fue realizada la encuesta al encuestado. La prueba de chi-cuadrado también resultó ser significativa para este caso³⁶. Se puede observar que, mientras en Lima y Callao, la costa y la sierra peruanas, los niveles de rechazo hacia el vecino alcohólico se asemejan al valor para la población en general (68.3%), la selva se distingue por únicamente reportar un 46.6% de rechazo hacia el vecino alcohólico (ver gráfico 3).

³⁶ No es posible determinar la intensidad de la relación usando el coeficiente V de Cramer, ya que para emplearse la tabla cruzada debe ser de 2x2 o 2x3, y en este caso era de 2x4.

Si bien este hallazgo, junto con el anterior sobre la variable de género, sirve para rechazar la parte de la primera hipótesis que se refiere a la ausencia de variaciones sociodemográficas para el estigma público, se trata de un hallazgo no contemplado en la literatura revisada. Se podría explicar a partir de socializaciones diferentes respecto al consumo de alcohol entre costa, sierra y selva – quizás, por cuestiones culturales, en la selva el alcoholismo no es considerado una característica problemática, o quizás sí pero no con la misma gravedad que lo es en otras regiones. En todo caso, es un hallazgo interesante e inesperado que seguramente podrá ser el punto de inicio de investigaciones igual de interesantes en el futuro.

Gráfico 3



Fuente: Encuesta mundial de valores (ver tabla 5 en anexo 2)

3.2.2.3. Variación sociodemográfica

Aparte de las variables independientes de género y de región, también se realizaron pruebas de asociación con las variables de grupos de edad, nivel educativo, nivel socioeconómico subjetivo, estado civil y grado de

tradicionalismo³⁷. Ninguna de esas pruebas resultó ser significativa, en ninguna de las cuatro oleadas de la EMV.

En ese sentido, se ve que la parte de la primera hipótesis derivada a partir de las propuestas de Pescosolido y Martín, sobre ausencia de variaciones sociodemográficas en el estigma público, en gran medida se sostiene. En efecto, el rechazo hacia el alcohólico no parece variar según una gran cantidad de variables. Sin embargo, en el caso del Perú, y siempre y cuando la pregunta por el rechazo pueda servir de proxy para el estigma público en torno al alcoholismo, se ve que éste sí varía según género y según regiones del país. Así, el estigma público en torno al alcoholismo en el Perú, aunque parecido en varios sentidos, mostraría algunas diferencias con respecto al estigma público identificado en otros países (Hill y Leeming, 2014; Schomerus et al., 2011, p. 4; Pescosolido y Martín, 2015, p. 9).

4. Estigma público respecto al alcoholismo en el Perú

A lo largo de este capítulo, se ha trazado un camino desde el consumo de alcohol y el alcoholismo en el Perú hasta las percepciones y actitudes que se tienen de ambos, con el fin de determinar si se puede hablar de estigma público en el Perú. Así, se vio desde diversas fuentes que en el Perú el consumo de alcohol es alto comparado con la media regional, y que en varios sentidos es una actividad que denota una socialización diferenciada según el género – los hombres comienzan a consumir alcohol antes que las mujeres; los hombres consumen más alcohol que las mujeres; hay más mujeres abstemias que hombres abstemios; y más hombres mueren en accidentes vinculados al consumo de alcohol que mujeres. Esta misma socialización diferenciada se traduce en las tasas de alcoholismo: en el Perú hay más hombres alcohólicos que mujeres alcohólicas. Las tasas de alcoholismo en el Perú también son más altas que la media regional.

³⁷ Estas pruebas pueden revisarse en el anexo 3.

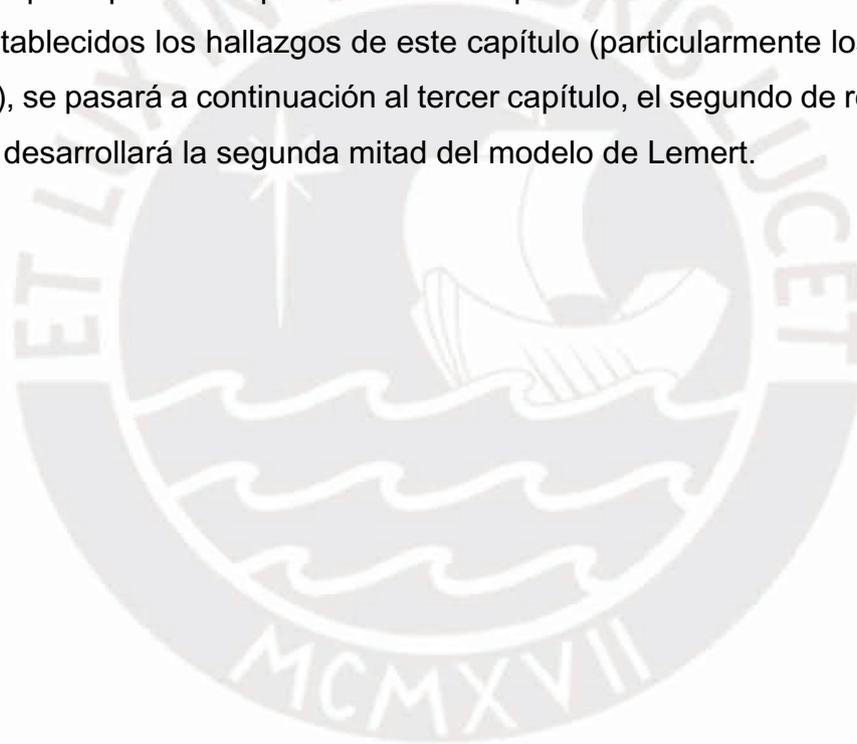
Respecto a las percepciones, se encontró que en el Perú el consumo de alcohol se considera relativamente menos peligroso en comparación con algunas drogas, pero más peligroso que otras. Aun así, el alcohol es considerado una droga de fácil acceso. Además, el dejar de consumirlo es considerado por la mayoría de peruanos como algo simple. Considerando estos tres hallazgos, se concluyó que el consumo de alcohol es visto por los peruanos como una actividad que conlleva riesgos, pero aun así común y corriente, y generalizada en su acceso.

Finalmente, las percepciones respecto al alcoholismo a nivel nacional, según fueron recogidas por la EMV, indican una alta tasa de rechazo hacia la persona que se considera a sí misma como alcohólica. En consonancia con la teoría, que el rechazo sea alto es un primer indicio de que, efectivamente, se está aquí ante un caso de estigma público (Pescosolido y Martín, 2015, pp. 8–9). Por otro lado, el rechazo que se ha estudiado también es constante en el tiempo, otra característica que Pescosolido y Martín identifican en los estigmas públicos. Son reacios al cambio en el corto plazo, como lo parece ser también el rechazo hacia la persona alcohólica en el Perú. El último criterio de estos autores para hablar de estigma público es que éste no muestre variaciones según variables sociodemográficas independientes. Se ha visto que éste parece ser el caso, con excepción de las variables de género y la regional. Como explicación a estos hallazgos, se planteó que la importancia de la variable de género en la percepción nacional del alcoholismo podría explicarse a partir de la socialización descrita en torno al consumo de alcohol a lo largo de este capítulo.

Con todo, se ha logrado responder a todos los puntos de la primera pregunta secundaria, y confirmar en gran parte la primera hipótesis: de que en el Perú existe un estigma público, alto y constante en el tiempo, en torno al alcoholismo, o, más específicamente, en torno a quienes se reconocen a sí mismos como alcohólicos. Respecto a la parte de la hipótesis que se refiere a la variación sociodemográfica, la primera hipótesis no se cumple del todo – en efecto, en el Perú sí hay variaciones en el estigma público según variables

sociodemográficas, entre ellas, el género. Las mujeres señalaron tener mayor rechazo hacia un eventual vecino alcohólico que los hombres.

Al finalizar este capítulo, finaliza también la primera etapa de la propuesta de esta tesis de entender el estigma desde dos de sus vertientes extremas. Por ahora, se ha confirmado la existencia de un estigma público en torno al alcoholismo en el Perú, se ha reseñado y, además, se ha tentado algunas posibles explicaciones que lo podrían esclarecer. En otras palabras, se ha cumplido con una de las mitades del modelo de desviación de Lemert (Lemert citado por Orcutt, 1975, p. 349), que atañe a la necesidad de estudiar los factores objetivos que componen la designación social de una conducta como desviada, entendiendo como factores objetivos a las percepciones culturales poco flexibles que un grupo o población pueden tener respecto a la conducta en cuestión. Ahora, establecidos los hallazgos de este capítulo (particularmente los relativos al género), se pasará a continuación al tercer capítulo, el segundo de resultados, donde se desarrollará la segunda mitad del modelo de Lemert.



CAPÍTULO 3: ¿ESTIGMA RECIBIDO? EXPERIENCIAS DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

1. Objetivo

En el capítulo anterior, gracias a un análisis de los datos de la Encuesta mundial de valores (EMV) se logró demostrar la existencia de un estigma público en torno al alcoholismo a nivel nacional en el Perú. Gracias a ese mismo análisis y en conjunto con otras fuentes de datos sobre consumo de alcohol y alcoholismo, se pudo también esbozar una descripción general de ese estigma público. Así, se descubrió que el estigma público en torno al alcoholismo en el Perú es, como efectivamente lo sugería la literatura (Pescosolido y Martin, 2015, pp. 8–9), alto, constante en el tiempo y reacio a variar según una serie de factores sociodemográficos, con excepción, en el caso del Perú, de dos factores: por un lado, de la región donde la persona fue encuestada, y, por el otro, del género de la persona encuestada.

De esta manera, se cumplió con la primera parte de la propuesta, basada en la primera vertiente del modelo bipartita de desviación de Lemert, que requiere del investigador que atienda a los factores objetivos que podrían contribuir a la concepción de una conducta como desviada (Lemert citado por Orcutt, 1975, p. 349). Por factores objetivos, se entiende el contexto cultural mayor en el que existen creencias de envergadura sobre, en este caso, la conducta en cuestión. Dadas las características de estigma público que se reseñaron en el capítulo anterior, se llegó a la conclusión de que, efectivamente, el estigma público sobre el que teorizan Pescosolido y Martín (2015, pp. 8–9) corresponde a los factores objetivos a los que se refiere la teoría de la desviación de Lemert.

Una vez determinado y descrito el estigma público, Schomerus et al. brindan las herramientas teóricas necesarias para trasladar la escala de análisis del estigma público en torno al alcoholismo a la escala del estigma experimentado directamente por quienes se reconocen a sí mismos como

alcohólicos. En efecto, ellos postulan que la alta prevalencia de estereotipos probablemente sea la causa principal del auto-estigma y de la conciencia de estigma – en otras palabras, que el estigma experimentado sería un resultado directo del estigma público (Schomerus et al., 2011, p. 4). Hill y Leeming también vinculan los altos niveles de estigma público con el estigma y las dificultades que conlleva el reconocerse como alcohólico en recuperación (2014). Estos vínculos entre tipos prácticamente opuestos de estigma sintonizan con el modelo de Lemert: hace falta no solo estudiar los factores objetivos globales, como se venía de hacer en el segundo capítulo, sino también los factores subjetivos de la vida cotidiana. De hecho, para el clásico teórico interaccionista del estigma, Erving Goffman, no podía haber estudio del estigma sin estudio de la rutina, del día a día cotidiano de la persona o del grupo de personas en cuestión (1963, p. 111).

Así, la segunda etapa de la propuesta de esta tesis es investigar sobre el estigma experimentado por personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas, para cumplir no solamente con el modelo de Lemert, sino también para dar cuenta de la complejidad inherente al estudio del estigma y de los vínculos que se entretajan entre diferentes tipos de estigma (Pescosolido y Martin, 2015). En ese sentido, se tendrá no solo que confirmar que el alto nivel de estigma público en torno al alcoholismo en el Perú identificado en el capítulo anterior se traduce en un estigma efectivamente experimentado por personas que se saben alcohólicas, sino que también será necesario, por ejemplo, determinar si en efecto los informantes señalan sentirse más estigmatizados por las mujeres de sus entornos que por los hombres (como lo sugieren los hallazgos del capítulo anterior), o, en todo caso, si, siendo mujeres o hombres, perciben el estigma que experimentan de forma distinta.

Se analizará entonces en este último capítulo el estigma experimentado por siete miembros activos del grupo “Paz y vida” de Alcohólicos Anónimos, ubicado en un distrito de Lima Centro. Cuatro de los entrevistados fueron hombres y las otras tres entrevistadas mujeres, con el fin de dilucidar mejor la cuestión de género. Todos los nombres propios, tanto de los informantes y los mencionados en el transcurso de la observación de campo y del trabajo de

entrevistas, como el mismo nombre del grupo “Paz y vida”, son ficticios, con el fin de preservar lo mejor posible no solo la confidencialidad de quienes accedieron a contribuir con esta investigación (importante en cualquier estudio), sino sobre todo su anonimato, pilar clave e incontrovertible del programa de Alcohólicos Anónimos.

2. Grupo “Paz y vida” y entrevistados

Antes de entrar al análisis del trabajo cualitativo, es necesario realizar una breve introducción al grupo “Paz y vida” y a los entrevistados, gracias a cuya disposición y tiempo se pudo recopilar los insumos para este capítulo.

Durante el periodo de trabajo de campo, el grupo “Paz y vida” se reunía a diario en un local alquilado específicamente para sus reuniones, que compartía con otros grupos de Doce Pasos. Era dentro del espacio de este local donde en general se desarrollaba la mayor parte de la socialización de Alcohólicos Anónimos, ya que no era únicamente el lugar donde se realizaban las reuniones presenciales, sino que también había, por ejemplo, una mesa con tasas, termos de agua caliente y café, infusiones y normalmente galletas traídas por algún miembro del grupo, alrededor de la cual los miembros se juntaban antes del inicio de la reunión y donde se quedaban también discutiendo al finalizar esta, a no ser que hubiera inmediatamente después otra reunión de otro de los grupos de Doce Pasos que también alquilaba el espacio. En este caso, a veces los miembros también se congregaban un rato en la vereda al frente del local después de terminada la reunión y antes de despedirse. Más adelante en este capítulo se entrará en mayor detalle a describir el funcionamiento del grupo, pero por ahora lo esencial es entender que el espacio físico de las reuniones de “Paz y Vida” permitía oportunidades para socializar que iban más allá de la reunión en sí.

Como se ha mencionado antes, establecer vínculos de confianza con el grupo y con los que finalmente accederían a participar de las entrevistas fue un proceso paulatino y por momentos delicado, pues uno de los principios nucleares de AA.AA. es la anonimidad, según la cual las identidades de quienes participan

de las reuniones nunca deben ser relevadas. Finalmente, se lograron realizar siete entrevistas, distribuidas entre cuatro hombres y tres mujeres.

La primera entrevista fue con Paloma, cercana a los 40 años, casada con un hijo y psicóloga de profesión. Paloma asistía a AA.AA. hace unos cinco años, y últimamente había asumido un rol de coordinación dentro de “Paz y Vida”, liderando las reuniones de los días lunes. Ella asocia el inicio de sus problemas con el alcohol con el hecho de que su padre fue alcohólico, y según ella lo cuenta, ella llega a AA.AA. después de esforzarse por sus propios medios a salir adelante sin la ayuda de su familia, pero aún así sintiendo que el alcohol comenzaba a ser un peligro real. Para Paloma AA.AA. ha sido un espacio donde ella puede compartir sobre su recuperación en un espacio en general seguro.

Por recomendación de Paloma, la siguiente entrevista fue con Marco, que ya había pasado los 60 años, era divorciado con un hijo, y era un profesional de ventas con título universitario. Marco era lo que dentro de AA.AA. se llama un “veterano”, por haber asistido a reuniones desde hace ya más de una década y por haber logrado periodos de recuperación bastante largos. En algún momento había ocupado cargos dentro del grupo, siendo su representante ante los otros grupos de Lima y del Perú. Al momento de conocerlo, Marco asistía todos los días a reuniones de AA.AA., aunque estaba por comenzar un nuevo trabajo que haría que solo pudiera asistir los días martes y jueves. En su caso, el alcohol empezó a generar consecuencias serias tanto en su vida familiar como en su vida laboral, lo cual lo llevó a buscar la ayuda de AA.AA. Para Marco, el valor de AA.AA. radica en el trabajo personal que le exige a cada miembro (a través, por ejemplo, del trabajo de los doce pasos), que según él es un aspecto esencial de cualquier recuperación.

Siguiendo la bola de nieve, Marco me recomendó entrevistar a Penélope, la única de las entrevistadas que no asistía regularmente al grupo “Paz y vida”, sino a otro. Penélope tenía entre 40 y 50 años, estaba casada con hijos y había trabajado en el mundo del espectáculo. Ella era conocida en AA.AA. por ser una “veterana”, al igual que Marco, lo cual significa que llevaba bastante tiempo dentro del mundo de AA.AA., y colaboró con la organización ayudando en

campañas de información pública, en las que se daba a conocer AA.AA. al público en general. Uno de los detalles de la entrevista con Penélope que resultó bastante llamativo fue que ella habló sobre cómo introdujo la meditación a sus reuniones de AA.AA., lo cual, según ella, marcó un antes y después en su proceso de recuperación.

La cuarta entrevista fue con Carlos, en sus cincuenta, con conviviente y dos hijos de un matrimonio previo, y con estudios universitarios en economía. Carlos ha tenido una variedad de trabajos, haciendo trabajo de oficina, trabajando en negocios propios y también en el sector turismo. Al igual que los anteriores tres entrevistados, Carlos está muy compenetrado con el grupo de AA.AA. En la primera reunión a la que se logró asistir en el marco de esta tesis, por ejemplo, en un momento Carlos tomó la palabra para hablar de una rifa que estaba organizando para recaudar fondos para el grupo. Carlos fue quien me refirió directamente a quienes serían los últimos tres entrevistados de esta investigación.

Así, por la referencia de Carlos, la quinta entrevista fue con David, casi llegando a sus 50, casado con dos hijas y con estudios universitarios. Después de haberse dedicado varios años a su negocio y viendo que ya prosperaba por sí mismo, David delegó parte de sus responsabilidades de dirección en la empresa y con el resto de su tiempo se dedicaba, al momento de realizar la entrevista, en viajar por todo el país coordinando con otros grupos de AA.AA. y realizando sesiones de información pública. Según lo cuenta David, él se sentía sumamente satisfecho de poder dedicarse a casi tiempo completo a hacer crecer AA.AA., pues así retribuía a una organización que le había permitido alcanzar más de diez años en abstinencia.

La penúltima entrevista fue con María, que acababa de pasar los 50 años, estaba casada con tres hijos y tenía un título de posgrado. Era médico. María fue probablemente la entrevistada que menos involucrada estaba con la organización de AA.AA., pero sin embargo fue quien contó algunas de las anécdotas más conmovedoras del proceso de entrevistas. En una, por ejemplo, comenta sobre cómo en sus primeras semanas en AA.AA. su madrina la fue a

buscar al lugar donde ella estaba teniendo una crisis, pues sentía que una recaída era probable e inminente; en otra, cuenta sobre el apoyo que sus hijos y esposo le han dado en su recuperación, y cómo ellos valoran el rol que ha jugado AA.AA. en ese proceso. Fue una entrevista interesante, pues entró más en detalle sobre cómo tanto su carrera alcohólica como luego AA.AA. tuvieron un impacto en la esfera familiar.

Finalmente, la última entrevista fue con Emilio, en sus setenta, casado con hijos y nietos, e ingeniero mecánico de profesión (ya estaba jubilado). Emilio, más que “veterano” era básicamente un ícono del grupo “Paz y vida”, habiendo ocupado a lo largo de los más de 30 años que estaba en AA.AA. varios cargos en la organización, pero, sobre todo, habiendo sido padrino de varios de los que actualmente eran miembros. En las reuniones, sus intervenciones eran escuchadas muy atentamente por los otros asistentes, pues tenía una experiencia en AA.AA. y en recuperación muy larga. Emilio, como se verá a continuación, llega a AA.AA. inmediatamente después de una crisis y luego de pequeños empujones que le había ido dando su esposa. Según Emilio, cualquier que haga el esfuerzo de acercarse a un grupo de AA.AA. es digno de un sumo respeto.

3. Estigmatización

Siguiendo la secuencia lógica de las partes de la segunda pregunta secundaria y de la segunda hipótesis de esta investigación, se comenzará por analizar los procesos de estigmatización de los informantes a la luz de las categorías teóricas proporcionadas por Goffman y por Pescosolido y Martín. En ambos de sus importantes trabajos sobre estigma, estos autores identifican fases del proceso de estigmatización (Goffman, 1963, p. 105; Pescosolido y Martín, 2015, p. 5). En la medida en que se logre identificar estas fases diferenciadas en las experiencias de los informantes se podrá empezar a hablar, efectivamente, de un estigma recibido, y, luego, entrar a describirlo con la profundidad característica de una investigación cualitativa.

Antes, resulta necesario revisar lo que en el marco teórico se planteó sobre las fases del estigma. Goffman plantea una primera fase de tres, en la que el individuo conoce el punto de vista de los otros, los normales, y cae así en la cuenta de que él es, de ahora en adelante, un ser desacreditado o desacreditable (1963, p. 105). Lo que propone Goffman en esta primera fase es una toma de conciencia y asimilación por parte del individuo de su etiqueta, o lo que Lemert llamaría la desviación secundaria (Lemert citado por Roman y Trice, 1970, p. 538), y una toma de distancia con respecto a quienes no poseen esa etiqueta, los otros.

Por otro lado, al considerar las fases del proceso de estigmatización propuestas por Pescosolido y Martín (2015, p. 5), se llegó a la conclusión de que, en lugar de una secuencia o bien afín o bien totalmente distinta a la propuesta por Goffman, las fases de esos autores eran más bien fases menores en las que se podía declinar la primera fase propuesta por Goffman. Así, para conjugar ambas propuestas, esta primera fase de Goffman fue descompuesta en las cuatro fases de Pescosolido y Martín: (i) el proceso de etiquetaje, en el que la etiqueta de alcohólico le es sobrepuesta al individuo; (ii) la asociación de esta etiqueta de alcohólico con marcas, atributos y estereotipos negativos; (iii) la toma de distancia entre el yo o el nosotros alcohólico y los demás, no etiquetados, no alcohólicos y normales; y (iv) la pérdida de estatus y, eventualmente, la discriminación.

Después de un primer apartado sobre los inicios de la carrera alcohólica de quienes se reconocen a sí mismos como alcohólicos, en la que se empleará, entre otros, elementos de la teoría de la asociación diferencial de Sutherland (Sutherland citado por Giddens, 1989, p. 160), estas cuatro fases serán los temas de los siguientes cuatro apartados de esta sección sobre estigmatización. Antes de pasar a la sección siguiente, en la que se recurrirá ahí sí a las fases segunda y tercera de Goffman sobre manejo del estigma, se concluirá esta sección sobre el proceso de estigmatización con un sexto y último apartado sobre la definición de alcoholismo, tal como ha sido construida por las mismas personas que se reconocen a sí mismas alcohólicas a lo largo de sus procesos

de estigmatización, en línea con la propuesta empírica de David Robinson sobre definiciones sociológicas de alcoholismo (1973, pp. 91–92).

3.1. Primeras experiencias con el consumo de alcohol

En las entrevistas donde los orígenes del alcoholismo del informante fueron discutidos en profundidad, resaltaron dos ambientes principales en los que, según lo identifican así los mismos informantes, empezó a surgir un consumo de alcohol problemático: el trabajo y los ambientes académicos (la universidad y el colegio). De esta manera, Marco, por ejemplo, vio su consumo de alcohol aumentar considerablemente cuando por motivos de trabajo empezó a viajar durante semanas enteras a provincias, y que contaba con fines de semana de tres días, de viernes a domingo; en compañía de grupos grandes, principalmente de hombres³⁸; y con las comisiones que habían ganado a lo largo de la semana. En el caso de Carlos, el consumo de alcohol se daba en un ambiente de oficina:

"Trabajando, nosotros tomábamos. Yo recién empezaba. No recién empezaba, pero, digamos, nunca había tomado en el día ron, por ejemplo, ¿no? Ellos tomaban ron a las 10, 11 de la mañana, y para mí el ron era en la noche, no era en la mañana. En el día era cerveza. Me llamó la atención que tomen a esa hora" (entrevista con Carlos)

En el caso de ambos hombres, este punto de inflexión en el consumo de alcohol coincidió con situaciones familiares complicadas, en línea con lo que plantean Pearlin y Radabaugh sobre el alcoholismo como una forma de lidiar con problemas sociales y económicos (Pearlin y Radabaugh citados por Garrett, Cordilia y Forcier, 1985, p. 210). Sin embargo, fue en sus lugares de trabajo donde ambos se encontraron con los ambientes propicios para el desarrollo de los primeros momentos de lo que todos los entrevistados llaman su carrera alcohólica. Según Sutherland, los grupos de personas con los que el individuo

³⁸ En el capítulo dos, se encontró que el consumo de alcohol era una actividad en la que participaban más los hombres que las mujeres.

interactúa y se asocia influyen a favor o en contra, en su teoría, de la comisión del delito, y, adaptado al caso de esta investigación, a favor o en contra del consumo de alcohol y, eventualmente, del desarrollo de una dependencia al alcohol (Sutherland citado por Giddens, 1989, p. 160). En estos dos casos, debido a sus culturas organizacionales específicas, los grupos laborales fueron el grupo determinante en influir a favor del consumo de alcohol, que con el tiempo se volvería para ellos problemático.

Lo mismo sucede en los casos de Paloma y de Emilio, con la diferencia de que el grupo influyente ya no es el laboral, sino el académico:

" [...] ahí es donde conocí, en el colegio en quinto año, chicas que consumían drogas, consumían alcohol y quería probar. Como que empecé a... (silencio) quería autodestruirme, conscientemente, o sea, no era de manera inconsciente, sabía lo que estaba haciendo. Y (silencio), probé... alcohol, la primera vez" (entrevista con Paloma)

Y en el caso de Emilio:

"Pero después, cuando yo llego a Alcohólicos Anónimos, me doy cuenta de que en esa época yo de 17, 18, 19, 20 años, efectivamente, yo salía los sábados y siempre había con quién tomar de mis amigos. Pero ahora me doy cuenta de que no eran los mismos siempre [...] Yo muy gradualmente comencé a tomar y aumentar mi consumo de alcohol, tanto en cantidad como en frecuencia, ¿ya? Como yo siempre tuve un trabajo independiente, yo era dueño de mi empresa, primero con mis hermanos y después prácticamente yo solo, entonces tenía margen para todo eso" (entrevista con Emilio)

Lo que narra Emilio llama la atención porque si bien su consumo de alcohol empieza en la universidad, el grupo influyente de Sutherland no es identificado por él como estando siempre compuesto por las mismas personas, no es estático. Esto lleva a especular que de cierta manera Emilio ya se había apropiado de la conducta desviada, al margen de los grupos en los que esta

surgió. No obstante, en este momento inicial aún utilizaba a los grupos de amigos para justificar o eventualmente encubrir su consumo. Emilio cuenta que en esas épocas universitarias ya empezaba a generar deudas considerables relacionadas al alcohol. Ya habiendo cerrado la etapa universitaria y estando en un ambiente profesional, el consumo de alcohol aumenta, pero no rodeado por un grupo influyente como en los casos de Marco y Carlos, sino justamente porque Emilio en su consumo ya ha superado a la necesidad de un grupo y el contexto laboral, en el que trabaja solo, le da la oportunidad de aislarse para consumir.

En los casos de los tres otros informantes, Penélope, María y David, el comienzo de la carrera alcohólica no fue mencionado sino de manera pasajera³⁹ – uno de ellos menciona haber recurrido al alcohol como respuesta a la depresión, y otros identifican el haber tenido un padre o madre que ellos consideraban alcohólicos como un elemento importante en el desarrollo de sus carreras. Esta falta de discusión respecto a las primeras experiencias con el alcoholismo sugiere en estos casos una reticencia por parte del informante a tocar el tema, que podría estar vinculada a sentimientos persistentes de vergüenza, mencionados esos sí de alguna o otra forma por los siete entrevistados, y también tal vez al estigma que se hubiera experimentado en esas primeras experiencias de alcoholismo – el estigma experimentado estaría informando, de alguna o otra manera, sus recuerdos de esas etapas iniciales, o en todo caso su apertura a discutirlos con un desconocido.

Establecidos estos puntos de partida, ahora se verá el proceso de estigmatización propiamente dicho, comenzando con la primera fase, del etiquetaje.

³⁹ Las entrevistas fueron realizadas con la ayuda de una guía de entrevistas, pero igual se buscó que las entrevistas fueran lo más abiertas posible, con el fin de aplicar la estrategia que plantea Guber de permitirle al entrevistado asociar libremente y lograr así un conocimiento más denso. De ahí a que algunos temas hayan sido más o menos tratados según el informante.

3.2. Etiquetaje

En tanto condición o conducta para la cual se ha identificado ya un estigma a nivel público, es de esperar que a medida que el proceso de desarrollo del alcoholismo avance más allá de su punto inicial y se vaya consolidando, más se irán percatando las personas del entorno del individuo que algo sucede. Esto a su vez lleva a estas personas del entorno del individuo a eventualmente ponerle un nombre a lo que ellos consideran el problema. Este nombre, o etiqueta, no es dada objetivamente de la conducta o la condición observada – surge de las interacciones entre el individuo cuya conducta ha llamado la atención y las personas que interactúan con él, sean de su entorno cercano o no.

Es lo que plantea la teoría del etiquetaje, a saber, que la desviación no responde a características intrínsecas específicas a la conducta en cuestión, sino a un proceso interactivo en el que algunos ocupan el rol de desviados, en este caso las personas que poco a poco han ido desarrollando una dependencia al alcohol, mientras que otros ocupan el rol de no desviados (Giddens, 1989, p. 162) y detentan de cierta forma el poder de etiquetar. Analizar las fuentes del etiquetaje, o en otras palabras qué instituciones o qué personas son las que imponen definiciones de moralidad convencional a los otros, es clave para entender cómo una conducta pasa a ser considerada como desviada, y, al mismo tiempo, cómo esa misma conducta llega a volverse objeto de estigma. En efecto, como se recordó unos párrafos atrás, según Pescosolido y Martín el etiquetaje es la primera fase en el proceso de estigmatización del individuo (2015, p. 5), que se intentará rastrear y explicar en las experiencias de los informantes.

En varios de los casos, a los entrevistados les fue colocada la etiqueta de alcohólico o alcohólica por primera vez por un profesional de la salud. Marco cuenta que la primera vez que escuchó la palabra asociada a él fue en el consultorio de su terapeuta:

"[...] la misma psicoanalista me dijo 'Sabes qué, Marco, ándate a Alcohólicos Anónimos' [...] ella me dijo 'Tú eres alcohólico porque

tú me has contado, cuando tomas, no paras" (entrevista con Marco)

Contrariamente a lo que se podría pensar, la etiqueta de alcohólico en este caso no venía cargada de una connotación negativa, sino que buscaba hacerle caer en la cuenta a Marco de que padecía de una condición que requería de él que buscara tratamientos alternativos. De hecho, según lo que le dice la psicoanalista a Marco, su etiqueta venía no de una observación directa de la conducta de Marco, sino que se había construido a partir de la información que él mismo le habría brindado a lo largo de sus sesiones. Algo parecido pasó en el caso de Paloma:

"No conocía el grupo, nada, y un psicólogo me dijo ... o sea me explicó cómo iba a ser mi vida si seguía en eso y que yo tenía que aceptar la forma que estaba viviendo" (entrevista con Paloma)

La etiqueta de alcohólico o alcohólico, sin embargo, también es identificada por primera vez en otros contextos, ya sea el familiar, con los amigos, o hasta cuando recién se llega por primera vez a Alcohólicos Anónimos. Emilio cuenta cómo durante mucho tiempo su esposa, que también estaba lidiando con problemas de salud mental, aunque no vinculados al alcohol, le insistía en que llamara al número de Alcohólicos Anónimos que había encontrado en la guía de teléfonos, dejándole pedazos con papel con el número entre sus cosas. En este caso, se puede ver cómo la esposa de Emilio nunca llega a verbalizar la etiqueta, pero se la insinúa, y, nuevamente, con la intención de que él procure la ayuda que ella considera que él necesita. Paloma, por su lado, recuerda haber sido etiquetada de alcohólica en una situación social, por un amigo:

"Era un doctor y a mí también me gustaba [...] y viene mi amigo de la época de juerga [...] viene y se contactan, porque son amigos, este doctor con mi amigo antiguo, y empiezan a hablar de mí. Y entonces este tarado, perdón la palabra [dice] 'Ah Pal, ah, a ella le gustaba juerguear ah, no, yo creo que ella es alcohólica porque ella antes...'" (entrevista con Paloma)

En este caso ya la connotación deja de ser positiva, al usarla el amigo junto con una referencia a los comportamientos de Paloma en sus épocas de consumo de alcohol alto y frecuente, para denigrarla ante los ojos de una persona que ella no conocía bien. Paloma cuenta que el médico inmediatamente dejó de mostrar interés en ella, lo cual se analizará en mayor profundidad en la quinta sección de este capítulo, que trata sobre estigma experimentado y género.

Finalmente, Penélope cuenta que ella fue la primera persona en aplicarse la etiqueta de alcohólica, y que se dio en el contexto de su primera reunión de Alcohólicos Anónimos:

"[...] el primer día que llegué a Alcohólicos Anónimos, la tarde que escuché a Leyla cuando me contaba sus síntomas y la noche que llegué y escuché estos testimonios de bienvenida, yo [me] dije 'Yo soy alcohólica'" (entrevista con Penélope)

Esto también se verá en una sección posterior específicamente sobre Alcohólicos Anónimos como red de apoyo para manejar el alcoholismo y el estigma, pero aún así, por ahora se puede ir resaltando como Penélope llega a apropiarse ella misma de la etiqueta al reconocer en ella una oportunidad de pertenecer a una comunidad que la ayude a salir adelante. Una vez más se trata de un caso de etiqueta si no exactamente de connotación positiva, al menos aplicada con intenciones positivas.

A pesar de esta especie de connotación positiva, Emilio resalta que el escucharse referir o el saber que se estaba refiriéndose a sí mismo como alcohólico era lejos de ser una experiencia agradable:

"Entonces, para muchos, ser alcohólico era una vergüenza, como para mí hasta el día anterior [de llegar a Alcohólicos Anónimos]. Si a mí me decían alcohólico, pucha madre, era el peor insulto" (entrevista con Emilio)

Es justamente ese matiz de insulto al que se refiere Emilio lo que constituye la segunda fase de la estigmatización, a saber, el identificar la etiqueta como algo indeseable, ahora sí incuestionablemente teñida de connotaciones negativas. Esta asociación de la etiqueta con connotaciones negativas

contribuye a estampar la etiqueta aún más bruscamente en la identidad del individuo, en lo que Lemert llama desviación secundaria (Lemert citado por Roman y Trice, 1970, p. 538), a saber, la asimilación por parte del individuo en proceso de estigmatización de la etiqueta que se le ha asignado (la desviación primaria es el acto inicial de transgresión). El estigma empieza a cobrar fuerza en la vida del individuo.

3.3. Percepción de estereotipos negativos asociados

A lo largo de las entrevistas, afloraron una serie de estereotipos negativos asociados a la etiqueta del alcohólico que o bien los entrevistados habían experimentado ellos mismos, o bien que habían identificado en otras situaciones respecto a otras personas en el desarrollo de sus llamadas carreras alcohólicas, o luego en sus procesos de recuperación. Como se acaba de explicar, la toma de conciencia sobre estos estereotipos negativos y su vinculación con la etiqueta que, a través de una serie de procesos interactivos con otros, les ha sido atribuida a los individuos en cuestión, constituye la segunda fase del proceso de estigmatización.

Una imagen recurrente en las entrevistas fue la del alcohólico tirado debajo de un puente, que básicamente asociaba al alcoholismo con la indigencia y con la pobreza. Paloma, por ejemplo, al empezar a darse cuenta del impacto que el alcoholismo está teniendo en su vida, se afirma a sí misma que de seguir así terminaría debajo de un puente, y que ella no quería terminar debajo de un puente. Marco también evoca esta misma imagen, casi idénticamente, con la acotación de que las nociones del dinero y del poder económico están muy ligadas a la del alcoholismo: el alcohólico es pobre, y no se concibe que el alcohólico en realidad también pueda ser una persona muy acaudalada. Sin embargo, es Carlos quien, sin hacer referencia directa a un puente ni al alcohólico que se encontraría debajo de él, parece capturar mejor la intensidad del contenido de este perfil, y lo lleva a sus máximas consecuencias:

" [...] gente que cree que es 'Mira ese borracho', 'Pero qué irresponsable, ¿cómo va a manejar borracho? Va a matar a su familia', 'Llega borracho a su trabajo, pierde el trabajo por borracho, qué falta de fuerza de voluntad para no dejar el trago'. O esos borrachitos que paran por la calle: 'Esa escoria debería morir. Ellos no deberían vivir, no debería existir esa gente borracha. Qué vergüenza'. Falta de conocimiento, ¿no? Muchas veces los borrachos hemos sido tildados, ¡y yo también lo he hecho cuántas veces! Gente borracha mata gente. O sea, no tiene, o sea, no tiene perdón, no tiene perdón de Dios. Una gente dice, ¿no? 'Que lo metan preso, que lo maten, pena de muerte', pero en el fondo, en el fondo esa gente está sufriendo de una enfermedad que no es vista por la sociedad" (entrevista con Carlos)

Así, la imagen del alcohólico se reduce a una persona extremadamente indeseable, desacreditada en el sentido goffmaniano de la palabra (1963, pp. 13–15), pobre y además una amenaza para su familia, para su trabajo y para la sociedad en general – hasta debe ser eliminado, y no merece la misericordia de Dios. Cabe resaltar algo que menciona Carlos, respecto a cómo el alcoholismo no es entendido como una enfermedad o como una condición clínica (como lo presenta Alcohólicos Anónimos y en general el consenso en la comunidad médica). Efectivamente, según Carlos y varios de los otros informantes, una falta de información estaría detrás de percepciones tan intensas y persistentes en torno al alcoholismo, un poco en el mismo sentido que la explicación que Pescosolido y Martín ofrecen para entender por qué el estigma público no parece variar mucho a lo largo del tiempo (Pescosolido y Martín, 2015, p. 9).

Otro factor que parece informar los estereotipos negativos asociados a la etiqueta de alcohólico es la falta de fuerza de voluntad, mencionada antes también en el extracto de la entrevista con Carlos:

" [...] la gente que no sabe, cuando se le ve una chica borracha, un chico borracho, lo primero que dicen 'Se perdió, es un alcohólico horrible, no tiene fuerza de voluntad' [...] ese borracho no sirve para

nada, ya se perdió; o esa mujer es alcohólica horrible" (entrevista con Paloma)

Como se vio en la sección del marco teórico sobre estigma y alcoholismo, Room señala que uno de los factores que parecen alimentar el estigma hacia quien se considera a sí mismo como alcohólico es justamente que la adicción o la dependencia sea vista por otros como una pérdida de control, y que se considere una enfermedad de la voluntad (Room citada por Song, Shin y Kim, 2015, p. 155). Orcutt también identifica este rasgo del estigma hacia el alcoholismo en uno de sus estudios con universitarios (Orcutt, 1976). Esto se ve reflejado en lo que reportan Carlos y Paloma, y efectivamente la fuerza de voluntad parece ser un elemento tan presente en las percepciones que se manejan del alcoholismo como la imagen de la derrota total del alcohólico debajo del puente. Suele aparecer también la discusión sobre la percibida falta de voluntad en las mismas reuniones de Alcohólicos Anónimos: en una ocasión Elvira, asistente ya de años a las reuniones de Alcohólicos Anónimos tanto en el Perú como en el extranjero, enfatiza de que los alcohólicos, contrariamente a lo que se piensa, "no somos ni viciosos ni malandrines" (Elvira, notas de observación de campo).

Finalmente, se identificaron en las entrevistas dos variables adicionales en la formulación del estigma en torno al alcoholismo: el racismo y la sexualidad. Respecto a la primera variable, dice Marco:

"[...] van a la sierra y ven a la gente que está tirada encima [y dicen] ah esos son los alcohólicos" (entrevista con Marco)

Los estereotipos en torno al alcoholismo en el Perú estarían entonces teñidos también de racismo – la idea parece ser que son quienes provienen de la sierra los que son los alcohólicos, no otros. Resulta interesante contrastar este dato con los hallazgos del capítulo anterior, donde se vio que el rechazo hacia el vecino alcohólico no varía mucho entre Lima y Callao, la costa y la sierra (aunque sí disminuye considerablemente para la selva). Si las percepciones en torno al alcoholismo no son diferentes entre costa y sierra, quizás tampoco lo serán los niveles de alcoholismo, y tal vez tampoco los niveles de consumo de alcohol.

Respecto a la segunda variable, Paloma expresa un temor que encuentra asidero en la teoría revisada sobre estigma, alcoholismo y género:

"Yo creo que, si no hubiera tenido esos límites, no sé dónde estaría ahorita. O loca en un psiquiatra, o en la calle, o como me dijo un amigo, prostituta, una cosa así" (entrevista con Paloma)

La imagen que Paloma tenía de su futuro si es que no se ponía límites estaba vinculada con la locura, por un lado, tema que sí ha aparecido en las entrevistas hechas con los informantes hombres; pero también con la posibilidad que evoca su amigo de que ella terminara prostituyéndose, es decir, con su sexualidad, por el otro. Nuevamente, este es un tema que se revisará más adelante, pero debe remarcar que en ningún momento los hombres entrevistados vinculan el estigma que han recibido a lo largo de sus carreras y recuperaciones como algo que también atañe a su sexualidad – en el caso de Paloma, sí sucede.

3.4. Distancia entre el yo y los otros

La tercera fase del proceso de estigmatización es la toma de distancia entre el yo, que de ahora en adelante carga con la etiqueta de alcohólico y las percepciones negativas que le son asociadas, y todos los demás, que no tienen o no son percibidos como teniendo esa etiqueta (el yo puede eventualmente llegar a formar parte de un nosotros, como Alcohólicos Anónimos, o se podría imaginar también una situación en la que desde el comienzo se trata de un nosotros al que se le está aplicando una etiqueta y estereotipos negativos). Al igual que la segunda fase de percepción de estereotipos negativos lo hacía respecto a la primera fase, esta tercera fase refuerza aún más el estigma que se ha venido sedimentando en torno al alcoholismo del individuo en cuestión.

Para los informantes, esta fase se manifiesta como un alejamiento de personas anteriormente del entorno cercano. Para Paloma y Penélope, hubo un alejamiento con la pareja; en el caso de Marco, el distanciamiento fue con su familia, hasta el punto de quedar totalmente aislado. En el caso de Marco, el

alejamiento se daba desde ambas partes: su familia, que él señala le empezó a tener miedo, se desatendía cada vez más de él, mientras él, al echarle la culpa de todo lo que le estaba sucediendo y de todos sus problemas a sus familiares, al pensar que ellos eran los que le estaban haciendo un daño a él, terminó por retirarse totalmente de su antigua vida familiar, no únicamente respecto a sus hermanos (que él llama los hermanos Karamazov) sino principalmente respecto a su esposa y a su hijo. David habla de un distanciamiento respecto a sus antiguos amigos de pichanga, con los que solía tomar cerveza después:

"Entonces yo creo que lo mismo les pasa a muchos. Y ellos comenzaron a aislarme, inconscientemente, me imagino. Y yo también ya comencé a alejarme. Fue doloroso, ¿no?" (entrevista con David)

Paloma menciona también que, en las épocas en las que su consumo se volvió más descontrolado, ella, que vivía ya hace un tiempo independientemente de su familia, percibía que sus vecinos o el guardián de su edificio le echaban miradas desaprobatorias, lo cual es una forma sutil de esta fase de demarcación de un yo y de un nosotros – ni los vecinos ni el guardián pueden irse como en el caso de la familia de Marco o alejarse como en los casos de las parejas de Paloma y Penélope, pero sí pueden indicar una toma de distancia con gestos y miradas.

A pesar de lo identificado en las entrevistas respecto a esta fase, es en el trabajo de observación de campo en una de las reuniones del grupo "Paz y vida" que se manifestó de forma más patente esta delimitación entre el yo/nosotros y los otros:

"[Mis familiares] me ven como estando con los anormales, como si ellos fueran normales, pero yo acá no me siento entre anormales"
(miembro no identificado, notas de observación de campo)

Aquí se ve recogida no solo la idea de una distancia entre grupos, sino también la idea de que esta distancia intergrupal viene acompañada de una fuerte carga valorativa, proveniente de las dos fases anteriores de la estigmatización, de etiquetaje y asociación con estereotipos negativos. La

etiqueta resultante es la de anormal – no hay término más ilustrativo del aislamiento del yo etiquetado como alcohólico respecto a su entorno. El miembro de Alcohólicos Anónimos citado cuestiona el que sus familiares sean tan normales como lo parecen pensar, un poco en la misma línea con lo que plantea Goffman sobre el estigma siendo un “penetrante proceso social de dos roles” (1963, p. 19) en el que todos los individuos, en algún momento y situación de sus vidas, terminan ocupando ambos roles, a saber tanto el de normal como el de estigmatizado, que en realidad “no son personas, sino, más bien, perspectivas” (1963, p. 19).

3.5. Pérdida de estatus

La última de las cuatro primeras etapas del proceso de estigmatización que se verán en esta sección es la pérdida de estatus del individuo, que, según Pescosolido y Martín, puede derivar en discriminación y en la eliminación del acceso a oportunidades (2015, p. 5). De cierta manera, esta pérdida de estatus ya se puede vislumbrar desde la etapa anterior, de toma de distancia con otros, en tanto esta toma de distancia puede implicar, y como se ha visto de hecho lo hace, una pérdida de estatus frente a las personas más cercanas del entorno. Efectivamente, los dos ámbitos en los que se observan las pérdidas de estatus más considerables son el familiar, por un lado, y el laboral, por el otro.

Respecto a la pérdida de estatus en el ámbito familiar, Marco contó que se alejó de su familia prácticamente hasta el punto de cortar completamente todos los vínculos con ella. En las reuniones de “Paz y vida” a las que Marco asistió durante el transcurso del trabajo de campo, el alejamiento con su familia y la manera en la que él consideraba que era desestimado por ella era siempre un tema central de sus intervenciones (cabe resaltar, sin embargo, que contaba que finalmente había tomado la decisión de hacer el intento de volverse a integrar a la vida familiar, después de muchos años, aunque este proceso estaba resultando bastante complicado). Emilio habla de dejar plantada en repetidas ocasiones a su esposa, y de luego sentirse avergonzado, y psicológica y

moralmente mal. Penélope cuenta algo parecido respecto a su esposo, quien, un tiempo antes de comunicarle a Penélope que estaba pensando en separarse de ella, se empezó a mostrar reticente a mostrarse en público a su lado:

"[...] dejé de frecuentar reuniones. Pero, además, con Patricio, ya él tenía ciertas dudas de ir conmigo a una reunión" (entrevista con Penélope)

Respecto a la pérdida de estatus en el trabajo, María, que es profesional de la salud, menciona que a menudo tenía que llamar para que sus compañeros de trabajo la cubrieran durante sus turnos. Marco cuenta que, en sus momentos de consumo de alcohol más problemáticos, las personas de su trabajo iban a buscarlo donde estuviera para sacarlo de ahí. Carlos habla de un caso de pérdida de estatus en el trabajo un poco más extremo, mezclado con la constatación de que su condición de alcohólico también había acarreado una pérdida de estatus con sus amigos:

"No sabían cómo botarme, querían despedirme, casi pierdo el trabajo. No perdí el trabajo porque el señor donde – el árabe, me acuerdo, era una bellísima persona, me mantuvo ahí. Y con mis amigos, perdí amigos. Ya no me invitaban" (entrevista con Carlos)

En otro momento, Carlos, que cuenta que él no llegó a terminar la universidad por causa del alcoholismo, menciona también que, en cuestiones de negocios, él sentía que a menudo él no era escogido y que casi siempre preferían buscar a otras personas.

Respecto al estatus en el trabajo, un tema interesante que apareció espontáneamente en dos entrevistas distintas era el de cómo en Estados Unidos, el participar en reuniones de Alcohólicos Anónimos era visto como una ventaja a la hora de buscar trabajo:

"No es como en Estados Unidos donde no, en Estados Unidos tú vas a un trabajo y tú dices 'Estoy en Alcohólicos Anónimos' y tengo por seguro que, si tú eres bueno, te dan el trabajo, porque hay esa conciencia ¿no? Esa conciencia de que tú estás en un programa de vida" (entrevista con Marco)

Penélope agrega:

"[...] si tú sabes que en Estados Unidos alguien pertenece a la comunidad, tú sabes que va a ser extraordinaria la persona, ¿no? Trabajando, en todo sentido [...] es como una condecoración" (entrevista con Penélope)

Lo que cabe resaltar aquí es que se tiene la conciencia de que, en otro lado, el ser alcohólico en recuperación y activo en Alcohólicos Anónimos es visto como una marca positiva, que volvería a un solicitante de empleo más atractivo a los ojos del empleador, o que en todo caso no resultaría en una tacha definitiva contra el candidato o la candidata en cuestión. Esto contrastaría, se puede suponer, con lo que les habrá sucedido a ellos o que ellos le habrán visto suceder a otros en el Perú, donde parece que el reconocerse a sí mismo como alcohólico en recuperación no es considerado de ninguna manera como una ventaja sino, efectivamente, como un riesgo de pérdida de estatus en el ámbito laboral.

3.6. Definiciones de alcoholismo

Como elemento final de esta primera sección sobre estigmatización, es necesario resaltar que, sin que lo mencionen explícitamente ni Pescosolido y Martín ni Goffman (pero en concordancia con el énfasis interaccionista de éste último, de constantes idas y venidas en los procesos y situaciones de la vida cotidiana), llega un momento en que las cuatro fases que se acaban de usar como categorías de análisis para las experiencias de los informantes ya no son una secuencia lógica excluyente, aunque lo hayan sido al inicio, sino que ciertas fases pasan a poder volverse a dar en nuevos momentos, ya no necesariamente en el orden planteado por la teoría. En otras palabras, el etiquetaje, por ejemplo, puede volver a suceder en un contexto distinto; nuevos estereotipos negativos pueden ser percibidos; las fronteras que delimitan un yo etiquetado de los otros se van modificando; y el estatus se pierde de formas distintas.

Con el tiempo, todas estas fases de la estigmatización convergen en generar en la persona que se reconoce a sí misma como alcohólica una

definición de que lo que es el alcoholismo, informada casi en su totalidad por su propia experiencia (no completamente, ya que las definiciones de alcoholismo que se plantean en Alcohólicos Anónimos, por ejemplo, influyen mucho en cómo los informantes entienden el alcoholismo – aunque no deja de ser cierto que la participación en Alcohólicos Anónimos es una parte fundamental de su experiencia). Es importante que, en esta etapa de la investigación, armados ya de la data necesaria, se esboce una definición (o definiciones) del alcoholismo desde la sociología, ya que a lo largo de este estudio se ha hecho referencia al alcoholismo sin dejar claro de qué se trata exactamente.

La falta de una aclaración inicial se debe a los planteamientos de David Robinson, en los que se afirma que, en realidad, la sociología no puede definir al alcoholismo de la misma manera que lo haría la medicina o la psicología. La sociología no debe preguntarse por la naturaleza objetiva del alcoholismo, sino por lo que el alcoholismo (o el ser alcohólico, o someterse a tratamiento, o lo que sea) significa para ciertas personas en ciertas situaciones sociales, y cómo estos significados difieren entre sí (Robinson, 1973, pp. 91–92). Eso es lo que la sociología puede ofrecer. Por eso la necesidad de esperar hasta este momento, en el que se analizan los resultados sobre estigma y estigmatización, para tentar una definición, o, mejor dicho, para sistematizar los significados en torno al alcoholismo de los entrevistados que contribuyeron con este estudio.

Así, lo que parece primar en las concepciones sobre el alcoholismo de los entrevistados es la idea de que lo que separa un consumidor de alcohol común y corriente de un alcohólico son los *efectos* que tiene el consumo de alcohol en el alcohólico, muy distintos de los efectos que tiene el consumo en un consumidor normal. David es quien mejor lo explica:

"Eh, lo que más me impresionó [...] fue que uno de los miembros de Alcohólicos Anónimos en ese reportaje decía que, para ser alcohólico, uno necesariamente no tenía que beber todos los días, que podría ser un alcohólico el que bebía una vez a la semana, una vez al mes o una vez al año, y eso me llamó mucho la atención, porque yo hasta ese momento consideraba que el alcohólico, pues,

era el que bebía todos los días, el que tomaba trago barato, ¿no? Porque también siguió diciendo que no importaba la calidad de lo que se bebía, porque se podía tomar ron, vino, whisky, cerveza o caña. Venga lo que venga, el alcohol tiene un efecto, ¿no? Y terminó diciendo que tampoco importaba la calidad, porque yo me podría emborrachar con una botella de ron o con una botella de caña y lo mismo podía pasar con dos cajas de cerveza. La pregunta a resolver, decía él, '¿Qué es lo que pasa cuando tú bebes?' Esa es la pregunta a resolver. O sea, no importaba la frecuencia, ni la calidad, ni la cantidad. Hay que resolver esa pregunta: '¿Qué pasa cuando tú bebes?'. Si tú cuando comienzas a beber, a mitad de camino, tus comportamientos cambian, o sea, todo en ti ya comienza a ser diferente y no quieres parar, eso te podría llevar a pensar que podrías tener problemas con el alcohol. Y eso fue lo que a mí me quedó. Porque yo hasta ese momento decía 'Pero yo soy borracho de fin de semana. Yo no tomo trago barato. Yo tomo mis cervezas'" (entrevista con David)

Dentro de estos efectos, entonces, el que más diferencia marca entre el consumidor de alcohol corriente y el individuo que se reconoce a sí mismo como alcohólico básicamente parece ser la incapacidad de detenerse una vez que se empieza a consumir, y no otras variables como la frecuencia y ni siquiera la cantidad de alcohol ingerida⁴⁰. Carlos, sin embargo, resalta que aún así existe un límite muy difícil de detectar entre el bebedor fuerte y el alcohólico. En su caso:

"Porque yo tenía muchas lagunas, y después muchos arrepentimientos. Decía 'Putá, la cagué. ¿Por qué hice esto? ¿Por qué dije esto? ¿Por qué le dije esto? ¡Qué tal broma tan estúpida!'. Muchas cosas que, yo al día siguiente que me acordaba, me

⁴⁰ Esto debería llevar a revisar el argumento del segundo capítulo que vincula un consumo alto y frecuente de alcohol con alcoholismo, ya que las mismas personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas sostienen que un consumo alto y frecuente no necesariamente lleva al alcoholismo – los factores determinantes serían otros.

arrepentía. Y después mis amigos me contaban 'Oye, Carlos, hiciste esto, hiciste el otro' y yo no me acordaba. No me acordaba. Entonces eso ya era un indicio de que yo tenía problemas" (entrevista con Carlos)

El reconocimiento del alcoholismo en uno mismo, entonces, parece ser una construcción basada en la percepción de que uno mismo tiene un problema, pero también basada en cierta medida en lo que las personas de su entorno le informan al individuo. Carlos también agrega que el alcoholismo no discrimina, afecta a todas las clases sociales y todo tipo de gente por igual. Junto con la incapacidad de parar, todos los entrevistados hablan también de un deterioro difícil de ignorar. Penélope menciona el desconcierto al no entender qué estaba sucediendo a medida que ella sentía que se iba deteriorando. Marco recoge todo lo que se ha venido desarrollando en el siguiente extracto:

"Porque cuando tomo, me quiebro, me rompo por dentro, no sé si me dejo entender [...] yo cruzo la línea, hay una línea que se cruza, la que define al alcohólico social, al bebedor social, del alcohólico anónimo, hay una línea [...] cuando no sabes vivir contigo mismo, cuando tomas, te desconoces, haces cosas que no debes, que no lo harías sano ¿no?" (entrevista con Marco)

Finalmente, a diferencia de los otros seis entrevistados, Paloma no habla del alcoholismo en estos términos, sino más bien de un estilo de vida:

"Sí porque, yo creo que, no estoy muy segura, hasta ahorita no lo tengo muy claro el tema del alcoholismo porque yo sí creo que hay personas que tienen la necesidad física de consumir. En mi caso, era como un estilo de vida que no sabía qué hacer el fin de semana y lo único que conocía era irme de juerga con mis amigas, mis amigos, que también tenían ese mismo estilo, por decir" (entrevista con Paloma)

4. Estrategias de manejo del estigma

Habiendo realizado un análisis a partir de las cuatro primeras etapas de la estigmatización (las cuatro que plantean Pescosolido y Martín subsumidas bajo la primera etapa de Goffman), en esta sección se considerarán las siguientes dos etapas de la secuencia de Goffman. En la segunda etapa de Goffman, el estigmatizado intenta enfrentarse a la manera en lo que los otros lo tratan; en la tercera, el estigmatizado busca formas de encubrir su estigma. Ambas han sido juntadas para hablar de manera general de estrategias de manejo del estigma. Dos estrategias predominan en las experiencias de los informantes: la negación y la transparencia.

En el caso de la negación, el individuo, al ser enfrentado con el estigma que ya se ha consolidado en torno a él y su condición de alcohólico, genera una serie de excusas y justificaciones que le sirven para desviar lo más posible la etiqueta que se le ha asignado o que se le está tratando de asignar:

" [...] no tengo que dar cuentas a nadie y puedo hacer lo que me da la gana con mi vida. [...]" (entrevista con Paloma)

O bien en el caso de Marco:

"No, no, yo chupo con mi plata [...] ¿tú por qué te metes? [...] yo me baño todos los días, o sea no. No me entraba, pues, no me daba cuenta ¿entiendes? ... yo sé cuando parar ... mentira" (entrevista con Marco)

O bien el caso de David:

"Porque todo el mundo '¿Yo alcohólico? Estás loco. Borracho, pero nada más. Yo sé lo que hago', ¿no?. Esa era la frase, ¿no? 'Yo sé lo que hago'. 'No te metas en mi vida', 'Yo chupo con mi plata'. Y siempre cerraba, ¿no? 'Yo sé lo que hago'" (entrevista con David)

Emilio reconoce directamente que en su caso este tipo de pretextos y rodeos eran una forma evidente de negación. Cuenta cómo, él siendo lector ferviente de la revista *Caretas*, se cruzó en uno de los números con un artículo

sobre el alcoholismo que simplemente no pudo leer. Estaba seguro de que ahí lo tildarían de alcohólico, y quería evitar eso a como dé lugar.

Cabe resaltar acá cómo los temas del dinero y de la solvencia económica vuelven a surgir a la hora de generar justificaciones, de la misma manera que surgieron en las percepciones de estereotipos negativos de la segunda fase del proceso de estigmatización. En ese caso, la pobreza era asociada con el alcoholismo, y no existía la idea de que una persona acaudalada pudiera también ser alcohólica; en este caso, el mismo concepto es empleado para escudar el alcoholismo – como el individuo se solventa a sí mismo su consumo de alcohol, entonces no hay problema.

Respecto a la segunda estrategia identificada, la transparencia, se trata básicamente de asumir por completo la característica que potencialmente podría motivar una estigmatización, de manera que los otros no perciban que para el individuo es una marca desacreditadora. Dicho de otro modo, se trata de ser transparente para bajar la guardia del entorno, y, en el proceso, hasta posiblemente enrolar su ayuda en manejar la condición en cuestión, en este caso el alcoholismo:

"Esa vez, ponte, que hemos salido a diferentes sitios ¿qué pasa? Que yo tengo gente, en mi entorno ahora, que saben cómo soy yo. Entonces yo no necesito, o sea si voy a una parrillada ellos no me van a ofrecer una botella de vino, me ofrecen agua ¿no?... yo llevo mi *sixpack* de San Mateo" (entrevista con Marco)

5. Records, des-etiquetaje y re-etiquetaje

Se concluirá el recorrido de las fases del proceso de estigmatización con una última fase no contemplada por Goffman ni por Pescosolido y Martín, pero que se desprende de la teoría presentada por ellos: la fase del post-estigma. Goffman habla de la posibilidad de que el individuo estigmatizado logre corregir y superar la condición o la característica que inicialmente lo llevó a ser etiquetado como objeto de estigma, en cual caso el individuo deja de ser estigmatizado no para

volver a ocupar el rol normal que antes detentaba, sino para ser percibido como habiendo logrado un *record* moral. La etiqueta, junto con los estereotipos negativos y la pérdida de estatus que le fueron asociados, es de alguna manera invertida y básicamente pasa a ser una marca de honor. Rojas Rivas, por ejemplo, en su tesis sobre un grupo de Alcohólicos Anónimos, habla de cómo el alcohólico anónimo logra empoderarse a través del manejo de su estigma (2014, p. 100).

Algo parecido plantean Roman y Trice, quienes hablan de un proceso de des-etiquetaje y re-etiquetaje (1970, p. 539). Postulan la posibilidad de que la persona que se reconoce a sí misma como alcohólica pase por un proceso (por ejemplo, formar parte de Alcohólicos Anónimos y participar activamente en su vida comunitaria) que efectivamente logre eliminar la etiqueta negativa anterior (des-etiquetaje), para reemplazarla por otra etiqueta basada tal vez también en estereotipos, pero éstos ahora más socialmente aceptados (re-etiquetaje), lo cual facilita la reinserción social del otrora alcohólico y ahora alcohólico anónimo. Lo que plantean Roman y Trice no tiene la misma connotación de superación y admiración que lo que plantea Goffman, sino más bien se trata de un proceso de adecuación, pero el razonamiento es el mismo: en una última fase del proceso de estigmatización el alcohólico puede desvincularse del estigma y lograr una nueva existencia social.

Así, está Paloma que habla del referente que ella ha llegado a ser para sus amigas:

"Porque, por ejemplo, mis amigas que saben que tomaba mucho, ahora me buscan para pedirme consejos [...] la gente me admira, o sea me quiere, me buscan para consejos" (entrevista con Paloma)

O también a Marco que reconoce que su familia ahora lo estima:

"[...] ahora me ven diferente [...] ya puedo conversar con ellos y ya pueden conversar conmigo" (entrevista con Marco)

En el caso de Penélope y de María, es a través de sus hijos que se ve que ellas han logrado invertir la etiqueta estigmatizadora que se asociaba con sus dependencias al alcohol. Según Penélope, por ejemplo, cuando sus hijos

identifican que alguno de sus amigos está teniendo problemas con el consumo de alcohol, siempre la mencionan a ella y les dicen a sus amigos que ella sabe cómo ayudarlos y que la vayan a ver. En el caso de María, su hijo escribió su tesis de licenciatura sobre centros de rehabilitación de alcoholismo en Lima, en una especie de reconocimiento y homenaje a la recuperación de su madre.

¿Por qué esta admiración? Según Paloma, está vinculado nuevamente a esta idea de la fuerza de voluntad:

"Claro, lo que pasa es que creo que el alcohol te quita la voluntad, entonces salir de eso es algo muy valioso, es algo que te da mucha fortaleza, es, es como cualquier adicción. Cuando tú logras salir de una adicción, pues... porque las adicciones, pues, te hacen perder la voluntad... entonces, yo creo que por eso hay gente que se siente muy valiosa porque ha logrado dejar de beber, ¿no? O sea, si eso ha sido uno de sus problemas principales" (entrevista con Paloma)

6. La cuestión del género

Como se puede ver en la segunda de las preguntas secundarias que guían esta investigación, uno de los objetivos era detectar heterogeneidad dentro del grupo "Paz y vida" de manera que se pueda estudiar cómo el fenómeno del estigma en torno al alcoholismo variaba según ciertas variables. En particular, se buscó cumplir con cuotas de género, edad y nivel socioeconómico. Solo se pudieron cumplir en términos de género, ya que en edad y nivel socioeconómico el grupo "Paz y vida" resultó ser relativamente homogéneo.

Aún así, los hallazgos en este sentido han sido contundentes. En primer lugar, ninguno de los hombres entrevistados reportó haber percibido estereotipos negativos asociados con la etiqueta de alcohólico vinculados al hecho de ser hombres; no hubo nada en lo que narraron que indicara que el estigma en torno al alcoholismo estuviera vinculado con su masculinidad. Donde sí hubo un dato interesante en este sentido fue en la observación de campo, cuando uno de los responsables del local del grupo me comentó antes del inicio de una de las

reuniones que, en su opinión, el machismo impedía que varios hombres buscaran ayuda para manejar sus problemas con el consumo de alcohol, ya que consideraban que admitirlo atentaría contra su hombría. Cabe resaltar que siempre, sin falta, el número de hombres en las reuniones superaba al número de mujeres – éstas siempre eran minoría, y hubo reuniones en las que no asistió ninguna mujer. La menor participación de mujeres también fue señalada por Rojas Rivas en su tesis sobre un grupo de Alcohólicos Anónimos en Cajamarca (Rojas Rivas, 2014, p. 15).

Por otro lado, únicamente una de las tres mujeres entrevistadas, Paloma, consideró que a ella se le estigmatizaba por su alcoholismo de forma distinta que los hombres, mientras que ni Penélope ni María sentían, ni en base a su propia experiencia ni en base a la ajena, que existiera un estigma diferenciado. El contenido del estigma que recontaban iba básicamente en las mismas líneas que lo referido por los hombres. Estos hallazgos contrastan con la literatura revisada sobre estigma, alcoholismo y género, ya que en ella nunca se cuestiona que existan mujeres que se reconocen a sí mismas como alcohólicas que no experimenten un estigma diferenciado, ni en el caso del consumo de alcohol (de Visser y McDonnell, 2012; Rolfe, Orford y Dalton, 2009) ni en el caso del alcoholismo (Lisansky Gomberg, 1988; Blume, 1991).

Sin embargo, la literatura sí resulta esclarecedora para entender el caso de Paloma. En su artículo sobre percepciones diferenciadas respecto al consumo de alcohol y respecto al alcoholismo según el género, de Visser y McDonnell encuentran que la mujer alcohólica es específicamente objeto de estigma en tanto se considera que el alcoholismo hace de ella una persona sexualmente desinhibida, por un lado, y en tanto se considera que el alcoholismo y la maternidad son incompatibles, por el otro (de Visser y McDonnell, 2012, p. 619). Así, se puede volver a evocar el amigo de Paloma que le dijo que si seguía consumiendo alcohol como lo venía haciendo, iba a terminar en la calle prostituyéndose; o el médico que de pronto pierde interés en ella porque su amigo le informa que ella es alcohólica, tal vez concluyendo que ella no sería buena pareja. Según Paloma:

"Porque la percepción de ese chico puede ser 'Yo no quiero estar con una chica alcohólica, que toma demasiado, o que me va hacer pasar vergüenza'. Entonces, automáticamente pierde el control, no, pierde la percepción de que podría ser su pareja estable [...]"
(entrevista con Paloma)

Con todo, se ve que, si bien el estigma experimentado por estas siete personas de alguna manera está informado por el género de cada una de estas personas (la percepción de que la idea de hombría impide buscar tratamiento, o que la mujer alcohólica es promiscua y no apta para la maternidad), el género no parece cobrar la importancia que la literatura sugeriría. En todo caso, no sería una variable tan importante como otros elementos del contenido del estigma experimentado que se le atribuye a los alcohólicos en general⁴¹.

7. Alcohólicos Anónimos como red de apoyo

A lo largo de esta investigación, el hilo conductor ha sido la necesidad de analizar tanto el estigma público y los factores objetivos de la desviación como el estigma recibido y los factores subjetivos. Sin embargo, como se identificó en el estado del arte, hay un vacío en la literatura respecto a las formas en las que las personas buscan manejar no el alcoholismo en sí, para lo cual sí existe literatura, sino específicamente el estigma en torno al alcoholismo. Por eso, junto con el estudio de la escala nacional del estigma público y de la escala individual del estigma recibido o experimentado, se armó una tercera pregunta secundaria e hipótesis, que atañe a una escala comunitaria que ayudaría con el manejo del estigma. De esa manera, en esta última sección se verá brevemente cómo Alcohólicos Anónimos atrae a sus miembros a formar parte de su comunidad,

⁴¹ Cabe recordar, sin embargo, de que esta parte de la investigación se basa en un trabajo de entrevistas y de observación, y que por lo tanto no se puede afirmar representatividad de toda la población de personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas en el Perú ni de la totalidad del tema de estigma, alcoholismo y género – para eso hacen falta nuevas y mejores preguntas y más investigación.

junto con algunas de las formas en las que Alcohólicos Anónimos contribuye al manejo del estigma en sus miembros.

Perry y Pescosolido plantean que cuando una persona sufre de una enfermedad mental, como, por ejemplo, el alcoholismo, la persona busca a otras personas con quienes hablar sobre su enfermedad, a través de la activación de sus redes sociales (2015, p. 1). Dentro de estas redes, las personas identifican a las personas más aptas para escucharlas. Uno de los tipos de personas al que se acude identificado por Perry y Pescosolido son personas que, como la persona que está buscando ayuda, han tenido experiencias de salud mental, o, como en el caso de Alcohólicos Anónimos, que también se reconocen como alcohólicas. Que la persona que empieza a reconocerse como alcohólica busque ayuda en Alcohólicos Anónimos, donde al menos en un inicio no se conoce a nadie, está en línea con lo que plantea Small de que la red de discusión nuclear (la red de personas con las que se discuten temas importantes) no necesariamente está compuesta por las personas más importantes o cercanas en la vida del individuo (2013, p. 475).

Small también identifica dos motivos principales por los que se busca discutir temas con otros: la idoneidad o eficacia de quien va a escuchar (2013, p. 472) y su disponibilidad (2013, p. 480). Adaptado a la teoría de Perry y Pescosolido, la eficacia se refiere a qué tan pertinentes son las personas elegidas para la discusión con respecto a la enfermedad del individuo. La disponibilidad se refiere tanto a la proximidad física de la persona elegida como su buena disposición y voluntad para ofrecerse como alguien de confianza. En este caso, se analizarán ambos criterios para el caso de Alcohólicos Anónimos. También se agregará un apartado sobre el impacto que tienen los elementos del programa de Alcohólicos Anónimos en el manejo del estigma y la recuperación de sus miembros.

7.1. Eficacia de la red

En concordancia con la idea que plantea Small sobre el criterio de la eficacia de la red cumpliéndose básicamente en los casos en los que hay una correspondencia entre el tema que se quiere discutir y la experiencia de vida de la persona que escuchará al individuo, cada uno de los informantes habló de cómo al llegar a Alcohólicos Anónimos encontraron por fin un espacio donde podían hablar libremente y sentirse identificado con personas que realmente los entendían. Antes, no había sido así:

"¿Con quién hablar, no? O sea, con quién ir y hablar... y me fui, una vez, a buscar a un cura y el cura me mandó a rezar, a hacer no sé qué cosas, Padre Nuestros, varias cosas que yo no conozco y, a parte, no me gustó mucho. Y me habló mal, o sea me habló fuerte. No me gustó. Yo pensé, dije que él no conoce mis vivencias para hablarme de esa manera, como que me sentí juzgada. Entonces, descarté eso y, cuando iba a los psicólogos, también no me he sentido escuchada, o sea no he sentido empatía. Eh... ¿qué más? Psicólogos, cura... ah, también me fui para que me lean las cartas porque quería entender un poco la situación [...] creo que el ser humano, cuando es escuchado, hay un cambio increíble, escuchado, aceptado y no juzgado" (entrevista con Paloma)

Las reuniones de Alcohólicos Anónimos normalmente se ciñen a un formato estándar. En el caso de las reuniones de los lunes del grupo "Paz y vida", éstas suelen durar una hora y media, entre las 11:30 de la mañana y la una de la tarde; empiezan con el moderador, sentado a la cabeza de la mesa, leyendo una reflexión del Libro Grande de Alcohólicos Anónimos (Alcohólicos Anónimos, 2008); y luego se abre la ronda de intervenciones de los asistentes, quienes están sentados alrededor de la mesa y, cuando ya no hay suficiente espacio ahí, en banquitas que bordean las paredes del local. Cuando alguien quiere hablar, levanta la mano, y el moderador va tomando nota del orden en el que se ha solicitado la palabra. Mientras está hablando una persona, los demás no pueden

intervenir – no es una discusión grupal, sino más bien un compartir grupal, en el que solo una persona a la vez tiene la palabra. En las reuniones del lunes, normalmente se habla de cómo ha estado la persona con respecto a su adicción desde la reunión pasada, a veces vinculado con lo que se leyó en la reflexión del día⁴². Hacia el final de la reunión se pasa una canasta para hacer la colecta diaria (los grupos de Alcohólicos Anónimos se financian a sí mismos) y luego se hace una oración final y se da por cerrada la reunión. Una vez cerrada, todos los asistentes se saludan y se desean unas felices 24 horas de recuperación.

Esta configuración de las reuniones está diseñada para que quienes vayan a intervenir realmente estén libres de expresarse cómo le deseen y sin miedo a ser juzgados. Es así que las personas que acuden a Alcohólicos Anónimos encuentran un espacio que por diseño no los juzgará, sino que, todo lo contrario, entenderá exactamente de qué está hablando la persona. Es así que Penélope cuenta lo siguiente:

"Y, enganché, mira, era como un pez que había vivido fuera del agua. O sea, fue, por primera vez sentir que perteneces a una vaina que, que hay otra gente como tú. Y esa sensación de antes de tomar, de soledad, de no encajar, de, terrible, se fue [...] y ahí no sentías que fueras distinto a nadie" (entrevista con Penélope)

Esta identificación con los otros se manifiesta en el auto-reconocimiento del individuo en las situaciones que el otro cuenta que ha experimentado. De hecho, Goffman señalaba que, en el manejo del estigma, el desacreditado buscaría o bien un sabio que le ayude, a saber, un experto en la condición o característica estigmatizadora, o bien buscaría un igual, con el que puede identificarse. Así, por ejemplo, se tiene nuevamente a Penélope que cuenta una de las primeras veces en las que se sintió reflejada en la experiencia del otro:

"Por ejemplo, un día alguien dijo que había mañanas que se levantaba y no sabía por dónde empezar. O sea, no sabía si bañarse, afeitarse o desayunar. Y yo me pude ver esas mañanas

⁴² Hay otras reuniones de la semana del grupo "Paz y vida" que tratan otros temas: por ejemplo, una dedicada solo al trabajo del programa de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos.

que no sabía por dónde empezar la vida, ¿no?" (entrevista con Penélope)

Aparte de las reuniones, otro elemento esencial de Alcohólicos Anónimos es el trabajo de los Doce Pasos⁴³, que normalmente se hace acompañado de un padrino o de una madrina que te guía en el proceso. El trabajo con el padrino o la madrina se hace fuera de Alcohólicos Anónimos, y le permite al recién llegado contar con alguien que ya ha logrado una abstinencia considerable que, en conjunto con el trabajo de los Pasos, estará siempre disponible (en persona, por teléfono, por correo) para ayudar al nuevo miembro cuando lo necesite en las etapas iniciales de su recuperación⁴⁴. Carlos habla sobre la mayor apertura para tocar algunos temas con el padrino:

"Claro, temas personales. Por ejemplo, hay temas sexuales, que no se hablan en las reuniones, que sí se puede hablar con un padrino. O hay temas fuertes, hay temas fuertes, de estafas millonarias, de daños, hasta de asesinatos, ¿no?" (entrevista con Carlos)

Finalmente, la eficacia de la red de apoyo de Alcohólicos Anónimos va más allá del poder contar con alguien pertinente con quien hablar. Al pasar el tiempo e ir fortaleciéndose los vínculos entre los miembros, otras formas de apoyo se manifiestan también entre ellos:

"Y este yo también he tendido problemas económicos en cuestión de medicinas y todo eso, entonces yo le dejé un dinero a él. Y cuando vino me dijo 'Marco ¿cuándo te pago?' Déjalo ahí, hay cosas que no tienen precio, pues, hermano, que la amistad ¿no?" (entrevista con Marco)

⁴³ "Los Doce Pasos de A.A. son un conjunto de principios de naturaleza espiritual que, si se adoptan como una forma de vida, pueden liberar al enfermo de la obsesión por beber y transformarle en un ser íntegro, útil y feliz" (Alcohólicos Anónimos, 1995, p. 13)

⁴⁴ La dedicación del padrino/madrino con su ahijado/a es parte del principio de servicio y del duodécimo paso del programa de Doce Pasos, según el cual, una vez bien encaminado en la recuperación, la persona debe buscar ayudar a alguien con su adicción al igual que lo hicieron con ella. En el proceso de ser padrino, la persona también profundiza en su propia recuperación.

7.2. Disponibilidad de la red

Dentro del criterio de disponibilidad de la red, Small menciona un concepto llamado la movilización oportuna (2013, p. 480), que básicamente se refiere al acudir a otras personas para ser escuchado por parte del individuo, no solo según si esas personas resultan eficaces o no, sino también según si están físicamente próximas y si muestran disposición a recibir al individuo en cuestión.

En el sentido de la proximidad física y el acceso, Alcohólicos Anónimos es una organización altamente disponible. Están presentes en todos los departamentos del Perú (Alcohólicos Anónimos, 2011, p. 89), y los grupos más activos, por ejemplo el de “Paz y vida”, suele reunirse todos los días de la semana. La disponibilidad de Alcohólicos Anónimos es tal que algunos miembros acuden a dos o tres reuniones diarias en diferentes grupos. Por otro lado, dado que el elemento central de Alcohólicos Anónimos es el alcohólico que desea mantenerse sobrio, la página web de Alcohólicos Anónimos, tanto la de la sede central de Nueva York (www.aa.org) como la del Perú (www.aaosgp.wixsite.com), ofrecen información sobre todos los grupos presenciales disponibles, y también sobre reuniones virtuales que se organizan por Skype. En caso realmente una persona esté aislada, existen también servicios de correspondencia para cumplir con el fin de un sentido comunitario al que buscan llegar las reuniones, aunque este esté diferido sobre el tiempo.

A un nivel más local, Alcohólicos Anónimos Perú también se muestra altamente disponible. No solo está el tema del padrino/madrina que se mencionó en el apartado anterior, que sigue de cerca y siempre está presente para su ahijado/a, sino que Emilio cuenta, por ejemplo, cómo cuando finalmente tocó fondo y llamó a la oficina de Alcohólicos Anónimos con el número que su esposa le había dejado en uno de sus papelitos, la persona que le atendió al otro lado se ofreció ir a buscarlo donde estaba. Penélope también habla de haber sido socorrida por su amiga Leyla la primera vez que fue a Alcohólicos Anónimos.

Un último elemento que denota la disponibilidad de Alcohólicos Anónimos es su abundante literatura. En esta investigación se ha revisado cuatro de los

libros de Alcohólicos Anónimos, pero ellos cuentan con muchísimo más material para todos sus miembros, desde folletos para personas LGTB que acudan a Alcohólicos Anónimos hasta material de ayuda para los familiares de los miembros. La literatura de Alcohólicos Anónimos es entonces un elemento de disponibilidad en tanto hay algo para todos, pero también en tanto le permite a la persona que por alguna razón no pueda asistir a su reunión conectar con la comunidad a través de la lectura.

7.3. Recuperación

Como punto final, se recogerán las experiencias de los informantes sobre cómo estos elementos de atracción por parte de Alcohólicos Anónimos de la persona alcohólica en búsqueda de ayuda y de ser escuchada, junto con los elementos que constituyen su programa de acción, tienen un impacto en la recuperación de quienes acuden a ellos. Está, por ejemplo, Penélope, que habla de un cambio radical:

"Y, desde ahí mi vida cambió, cambió, cambió, cambió. Y cambió tanto, que en el año... bueno, tú sabes que, que existe el padrino y la madrina, entonces yo en los primeros tiempos, este, me apliqué mucho en el trabajo de recuperación" (entrevista con Penélope)

Para Paloma, se trata de encontrar un lugar de pertenencia:

"Entonces, este... a mí me movió mucho al ver eso no, y que exista un grupo que siente cosas parecidas a lo que yo sentía [...] luego, este, fue automático, dejé de beber así muy fácil (silencio) y también me di cuenta que era un lugar de pertenencia, como que no tenía un lugar de pertenencia, a dónde sentía que pertenecía" (entrevista con Paloma)

Y Emilio, por su lado, habla de un milagro:

"Entonces, nosotros los que ya estamos enganchados al programa entendemos que no hay otra palabra para describir esto que 'Se produjo un milagro', ¿no? O sea, en mí se produjo un milagro y yo

soy un milagro. Soy un milagro y yo tengo la obligación de transmitir ese milagro, ¿no?" (entrevista con Emilio)

Así, se puede concluir, en línea con lo que plantean Small y Perry y Pescosolido, que el acudir a alguien apto y disponible para que te escuche, es, en efecto, crucial para quienes descubren que tienen un problema de salud mental. De cierta manera, estas redes sociales de apoyo logran generar en el alcohólico que acude a Alcohólicos Anónimos el proceso de des-etiquetaje y re-etiquetaje del que hablan Roman y Trice (1970, pp. 539-540). Vinculando lo que cuenta Paloma con lo que cuenta Emilio, se ve que lo que en un primer momento es entendido como un sentimiento de pertenencia finalmente llega a ser considerado como un milagro, o como el cambio radical que menciona Penélope. En el caso del alcoholismo, entonces, pareciera que el apoyo de la red social, aún siendo compuesta por personas desconocidas, es un factor crítico para la recuperación, o, no habiendo comparado con otras alternativas de tratamiento, al menos sí un elemento eficaz.

8. Estigma recibido respecto al alcoholismo en la vida cotidiana

A lo largo de este capítulo, se ha hecho un análisis en profundidad de las experiencias de estigma en torno al alcoholismo de siete personas, todas miembros de Alcohólicos Anónimos. Al igual que en el capítulo anterior con respecto al estigma público, lo primero que se quiso entender es si efectivamente se podía hablar de un estigma recibido en torno al alcoholismo de estas personas. Al poder identificar en sus experiencias de vida las fases de los procesos de estigmatización reseñados en el marco teórico, se concluyó que efectivamente se trataba de un caso de estigma recibido.

Como era de esperarse para casos tan específicos a sus contextos, las hipótesis segunda y tercera han sido validadas en ciertos aspectos y refutadas en otros, pero más que nada han permitido responder a las preguntas secundarias de manera que se descubran hallazgos que no se habían contemplado y que abren el espectro del estudio del estigma en torno al

alcoholismo más allá de lo que se había anticipado. Así, por ejemplo, se encontró que los ámbitos de trabajo y académicos influyeron en el desarrollo del alcoholismo en los entrevistados. También, se postuló en la segunda hipótesis que los principales estereotipos negativos asociados a la etiqueta del alcoholismo tendrían que ver con la percibida falta de fuerza de voluntad y con la percibida permanencia del alcoholismo, tanto en la vida de la persona como de manera intergeneracional, debido al componente genético de las adicciones. El tema de la percibida falta de fuerza de voluntad estuvo muy presente en los hallazgos, mientras que el de la permanencia no lo fue en absoluto, y, en cambio, se identificó estereotipos del alcohólico vinculados a la solvencia económica, el peligro, el racismo y la sexualidad.

Se encontró que a veces se etiquetaba al individuo de alcohólico con el fin de motivarlo a que busque ayuda; que la pérdida de estatus del individuo se manifestaba en el alejamiento de la familia y en una reputación disminuida en el trabajo; que dos estrategias de manejo del estigma son la negación y el mostrarse transparente y honesto con la condición o característica que genera estigma; y que al superar el alcoholismo y el estigma que implica, los individuos generan una admiración en sus entornos que resulta ser algo así como un post-estigma o un anti-estigma. No fue posible establecer cuotas según las variables de nivel socioeconómico y de grupo etario, de manera que no se pudo investigar sobre diferencias en el estigma recibido según estas variables, pero con respecto al género sí se pudo, y se encontró que, al menos entre los informantes, el género no influía en el estigma recibido en la medida que se esperó que lo hiciera. Cuando sí jugó un rol, fue, en el caso de los hombres, para resaltar que el machismo impedía que algunos hombres buscaran ayuda, ya que reconocer el alcoholismo iría en contra de su masculinidad; y, en el caso de la mujer que sí reportó un estigma diferenciado, este básicamente consistió en un estigma de la mujer alcohólica como promiscua y como pareja indeseable, más no como poco adecuada para la maternidad, como se contempló en la hipótesis.

Finalmente, se encontró que las personas en búsqueda de ayuda acudían a Alcohólicos Anónimos y permanecían ahí por sus altos niveles de eficacia y

disponibilidad en tanto red social, a través de elementos como sus reuniones, su sistema de padrinazgo y su literatura, tal como se previó en la tercera hipótesis. Participar en Alcohólicos Anónimos ha sido un elemento central en las recuperaciones de cada uno de los informantes.

Así, al cerrar este capítulo sobre estigma experimentado y recibido a un nivel individual se cumple con la segunda mitad del objetivo de armar una descripción lo más completa posible del estigma en torno al alcoholismo en el Perú, intentando abordarlo en su multidimensionalidad, desde varios ángulos. A continuación, se concluye esta tesis con una consideración de las implicancias de los resultados de este capítulo y del anterior en el marco de los estudios sobre estigma, de cuáles han sido las limitaciones de este estudio y sobre la forma que podrían tomar investigaciones posteriores.



CONCLUSIONES

La gran apuesta teórica de esta tesis ha sido estudiar el estigma desde dos de sus vertientes, el estigma público y el estigma recibido, en línea no solo con la indicación de Pescosolido y Martín de que el estigma debe ser estudiado desde varios ángulos, sino también en línea con el modelo de desviación de Lemert, que, tal como lo se ha recordado ya varias veces, requiere que, en el estudio de la desviación, sean considerados tanto los factores objetivos y subjetivos que en una sociedad dada convergen para determinar que una conducta sea considerada como desviada. A grandes rasgos, el estigma público correspondería a los factores objetivos, mientras que el estigma recibido correspondería a los factores subjetivos. Se vio que teóricamente ambos tipos de estigma, aunque extremos, estaban vinculados, y que era únicamente estudiando a ambos que se lograría una comprensión integral del objeto de estudio.

En ese sentido, el hallazgo principal de esta tesis es que, en efecto, existe un fenómeno social en el Perú en torno al alcoholismo que se puede categorizar como estigma. Por un lado, se tiene al estigma público, que se logró identificar como tal dado sus niveles altos, su constancia a lo largo del tiempo y su relativa rigidez frente a una gran mayoría de variables sociodemográficas. Por otro lado, también se confirmó la existencia de un estigma recibido, que, a lo largo de un proceso de estigmatización que incluye fases como el etiquetaje, la percepción de estereotipos negativos asociados a la etiqueta aplicada y la pérdida de estatus, se fue consolidando en torno a los informantes, siete personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas, miembros todos del grupo “Paz y vida” de Alcohólicos Anónimos.

Con el hallazgo de la efectiva existencia de un estigma público, se logró responder a la primera pregunta secundaria, en la que se planteaba describir el consumo de alcohol y el alcoholismo en el Perú y las percepciones en torno a ambos para así identificar un eventual estigma público; y, luego, una vez identificado, determinar si ese estigma varía en el tiempo en el Perú, y también

si varía según algunas variables sociodemográficas, como la edad y el género. Como se acaba de mencionar, la hipótesis de que sí existía un estigma público en torno al alcoholismo en el Perú (alto, constante y sin variaciones) en general fue validada por los resultados, con la excepción de que, en el Perú, el estigma público en torno al alcoholismo sí parece variar según la variable de género, y según la variable de la región geográfica.

También se logró responder a la segunda pregunta secundaria, que básicamente buscaba describir las experiencias de rechazo de las personas que se reconocen a sí mismas como alcohólicas y que contribuyeron con la investigación, empleando las fases de estigmatización de Goffman y de Pescosolido y Martín. De esa manera, no solo se describiría el rechazo, sino que se intentaría clasificar ese rechazo más bien como un estigma recibido, que era precisamente lo que se planteó en la segunda hipótesis, la existencia de un estigma recibido en torno al alcoholismo. Como se acaba de ver, esta hipótesis en general se confirmó, al igual que varios elementos de los elementos constituyentes de esa segunda hipótesis, aunque varios también fueron rechazados, y, más aún, se descubrieron varios hallazgos que ni siquiera fueron contemplados por la hipótesis. Así, por ejemplo, se pudo describir cómo casi todos los informantes lograron invertir el estigma y convertir una marca que antes atraía desaprobación y prejuicios en una marca que generaba admiración; o, también, cómo la variable de género en general no era algo que informara el estigma en la mayoría de los casos, a parte de un caso, en el que quedó claro que parte del estigma que experimenta la mujer alcohólica está vinculado con su sexualidad y su deseabilidad como pareja, en línea con lo que se planteó como segunda hipótesis.

En último lugar, con el fin de suplir un vacío en la literatura respecto a alternativas institucionales para enfrentar el estigma en torno al alcoholismo, se buscó responder una tercera pregunta secundaria sobre el rol que cumple Alcohólicos Anónimos en ayudar a sus miembros a manejar el estigma experimentado, con un enfoque en las reuniones diarias; en las dinámicas sociales paralelas a las reuniones, como el sistema de padrinazgo; y en la

literatura institucional. En la tercera hipótesis se planteó que son las redes sociales que constituyen Alcohólicos Anónimos, eficaces y disponibles, las que atraen en un primer momento a sus nuevos miembros, y que luego les brinda el apoyo que ellos necesitan en la recuperación y en el manejo del estigma. Esta hipótesis fue verificada, al identificar un fuerte sentimiento de pertenencia y de apoyo en la recuperación que recorre los tres aspectos de Alcohólicos Anónimos estudiados.

Tomados en conjunto, desde el estigma en su vertiente pública hasta el estigma experimentado y el rol de Alcohólicos Anónimos, estos hallazgos permiten elaborar la descripción densa del estigma en torno al alcoholismo a la que se buscaba llegar con la pregunta de investigación principal, que se ha logrado responder satisfactoriamente.

En base a los resultados, se han identificado tres implicancias importantes para las investigaciones académicas sobre el estigma. En primer lugar, que si bien el estigma ha sido clásicamente definido como una condición, característica o marca profundamente desacreditadora (Goffman, 1963, p. 13), descubrir que en varias instancias la etiqueta de alcohólico le fue atribuida al individuo con la intención de que reconozca su problema y busque ayuda y no con la intención de disminuirlo, o que el estigma puede ser invertido por el individuo para volverse fuente de admiración por parte de otros, motiva a pensar que las definiciones clásicas de estigma deben ser reconsideradas. En tanto el estigma puede cumplir un rol motivador para quien mejor debería buscar ayuda o en tanto pueda ser el punto de partida de una identidad valorada tanto por el mismo individuo como por su prójimo, se debe en todo caso reconsiderar, si no la definición, al menos las consecuencias que puede acarrear el estigma – quizás el estigma no es únicamente el obstáculo para la recuperación que autores como Kulesza et al. plantean que es (2016), sino que tal vez también cumple, en algunos contextos, un propósito benéfico, una manera de que el alcohólico, por ejemplo, caiga en la cuenta de lo que le está pasando. Pescosolido y Martín afirman que los estigmas son moldeados y modificados en las configuraciones culturales particulares que emergen de contextos sociales (2015, p. 5), y, en ese mismo

sentido, muy bien podría suceder que la connotación negativa del estigma es relativizada.

Una segunda implicancia tiene que ver con la importancia de incluir varios tipos de estigma en cualquier estudio que trate de estigma, como lo proponen Pescosolido y Martin. Queda claro que al concentrarse en un solo tipo de estigma se pierde o bien el contexto o bien la especificidad que mutuamente se necesitan, y que deben ser ambas atendidas si es que se busca describir cumplidamente el estigma de interés. Sin haber analizado el estigma público en torno al alcoholismo en el Perú, no se podría haber contextualizado el estigma recibido; y sin haber analizado el estigma recibido, no se podría haber entendido qué actitudes cotidianas conformaban juntas más que la suma de sus partes al consolidarse en estigma público. De hecho, el orden de los capítulos no tuvo ningún propósito ulterior ni diseño subyacente – muy bien se podría haber hablado primero de estigma recibido y en segundo lugar de estigma público.

Vinculada a la consideración anterior, una tercera implicancia tiene que ver con la importancia de tener en todo momento los conceptos sobre el estigma y los diferentes tipos de estigma muy claros, ya que es muy fácil perderse en las sutilezas de las diferencias entre conceptos y tipos. Es muy fácil, por ejemplo, confundir el estigma anticipado, a saber, el que uno percibe que podría recibir, con el estigma recibido, que es el que efectivamente es recibido, que a su vez se puede confundir con el estigma interiorizado, que es el que uno mismo ha interiorizado. En todo caso, es importante definir y mantener en todo momento presente sobre qué tipo de estigma versa la investigación en cuestión, porque de otra manera se corre el riesgo de contaminar los resultados con categorías teóricas que no corresponden.

Finalmente, con el fin de ampliar los horizontes de eventuales investigaciones futuras, se mencionarán brevemente algunas de las limitaciones que se enfrentaron en este estudio. Primero, si bien la pregunta sobre el rechazo al vecino alcohólico que se ubicó en la Encuesta mundial de valores fue útil, como mínimo en tanto proxy para acercarse al estigma público que se quería identificar, una encuesta con preguntas más sofisticadas sobre percepciones

respecto al alcoholismo hubiera sido ideal para describir más detalladamente el estigma público. Segundo, únicamente se trabajó con un solo grupo de Alcohólicos Anónimos. Lograr el acceso a uno o dos grupos adicionales, aunque difícil e improbable, hubiera permitido ampliar la muestra de entrevistados, y así hacer comparaciones entre grupos que enriquezcan los hallazgos, y probablemente también se hubieran podido ver diferencias en el estigma experimentado respecto a más variables que únicamente la de género, como en un primer momento se planeó hacer.

Se espera que investigadores futuros tomen la posta a partir de los hallazgos, implicancias y limitaciones que se han expuesto aquí, ya que el estudio del estigma es vasto y se cruza con una serie de otras temáticas importantes e igual de fascinantes de la sociología. El Perú, en particular, es un ámbito geográfico interesante para el estudio del estigma por los singulares procesos históricos, sociales y culturales que lo caracterizan y que podrían eventualmente informar los diferentes tipos de estigma, tal como lo ilustra el caso visto en el tercer capítulo de los estereotipos negativos asociados a la etiqueta de alcohólico que eran teñidos con un racismo típicamente peruano. En definitiva, el estigma es un tema que presenta retos tanto teóricos como metodológicos interesantes que la sociología debe aprovechar.

BIBLIOGRAFÍA

Alcohólicos Anónimos (1995). *Doce Pasos y Doce Tradiciones*. Nueva York: Alcoholics Anonymous World Services Inc.

Alcohólicos Anónimos (2001). *Viviendo Sobrio*. Nueva York: Alcoholics Anonymous World Services Inc.

Alcohólicos Anónimos (2008). *Alcohólicos Anónimos*. Nueva York: Alcoholics Anonymous World Services Inc.

Alcohólicos Anónimos (2011). *El Manual de Servicio de A.A. y Doce Conceptos Para El Servicio Mundial Por Bill W. Edición 2011 Perú*. Lima: Asociación de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos del Perú.

Baldacchino, A. (2002). "The Sociology of Alcohol Abuse" en *Drink, Drugs and Dependence: From Science to Clinical Practice*, editado por Woody Caan y Jackie De Belleruche, 69–79. Londres, Nueva York: Routledge.
<https://www.researchgate.net/publication/304210474>.

Becker, H. (1971). *Outsider: Hacia Una Sociología de La Desviación*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Bernardes Guimarães, A.C., y Mahfoud, M. (2016). "Community Experience and Personal Accomplishment in Alcoholics Anonymous: A Phenomenological Research." *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.* 12 (4): 231–39.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016120000006.

- Blume, S. (1991). "Sexuality and Stigma (Cover Story)" *Alcohol Health & Research World* 15 (2): 1–17.
<http://ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9403287539&lang=es&site=ehost-live>.
- Brandes, S. (2004). "'Buenas Noches, Compañeros': Historias de Vida de Alcohólicos Anónimos" *Revista de Antropología Social*, no. 13: 113–36.
https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2004.v13.10426.
- Castaman, K. (2016). "Valores Sociales, Democracia y Postmaterialismo En El Perú (1996-2012): Una Aproximación a Través de La Encuesta Mundial de Valores." Pontificia Universidad Católica del Perú.
- CEDRO (2017a). "Epidemiología de Drogas En Población Urbana Peruana: Encuesta En Hogares." Lima.
- CEDRO (2017b). "Estudio de Opinión Sobre Drogas En Población Urbana Peruana." Lima.
- CEDRO (2018). "El Problema de Las Drogas En El Perú." Lima.
- Emerson, R. (2001). "Ethnographic Field Work: A Workshop Presented to Women in European Universities, Research and Training Network."
- Encuesta Mundial de Valores (n.d.). Managing Weights within the WVS.
Revisado en
<http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp?CMSID=WEIGHT>
- Garrett, G.R., Cordilia, A. y Forcier, M.W. (1985). "Teaching Alcohol Studies to Undergraduate Sociology Students." *Teaching Sociology* 12 (2): 209.
<https://doi.org/10.2307/1318328>.

- Giddens, A. (1989). "Conformidad y Desviación." en *Sociología*, 151–88. Madrid: Alianza Editorial.
- Glass, J.E., Mowbray, O.P., Link, B.G., Kristjansson, S.D. y Bucholz, K.K. (2013). "Alcohol Stigma and Persistence of Alcohol and Other Psychiatric Disorders: A Modified Labeling Theory Approach." *Drug and Alcohol Dependence* 133 (2): 685–92. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guber, R. (2001). *La Etnografía. Método, Campo y Reflexividad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hill, J.V., and Leeming, D. (2014). "Reconstructing 'the Alcoholic': Recovering from Alcohol Addiction and the Stigma This Entails." *International Journal of Mental Health and Addiction* 12 (6): 759–71. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9508-z>.
- Jackson, J.K. (1956). "The Adjustment of the Family to Alcoholism." *Marriage and Family Living* 18 (4): 361–69. <https://doi.org/10.2307/347283>.
- Kadushin, C. (2002). "The Motivational Foundation of Social Networks." *Social Networks* 24 (1): 77–91. [https://doi.org/10.1016/S0378-8733\(01\)00052-1](https://doi.org/10.1016/S0378-8733(01)00052-1).
- Koski-Jännes, A. y Simmat-Durand, L. (2017). "Basic Beliefs About Behavioural Addictions Among Finnish and French Treatment Professionals." *Journal of Gambling Studies*, no. 33: 1311–23. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9672-8>.

- Kulesza, M., Matsuda, M., Ramirez, J.J., Werntz, A.J., Teachman, B.A. y Lindgren, K.P. (2016). "Towards Greater Understanding of Addiction Stigma: Intersectionality with Race/Ethnicity and Gender (Author Manuscript)." *Drug and Alcohol Dependence* 169: 1–16.
<https://doi.org/doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.10.020>.
- Lisansky Gomberg, E.S. (1988). "Alcoholic Women in Treatment: The Question of Stigma and Age." *Alcohol and Alcoholism* 23 (6): 507–14.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.alcalc.a044852>.
- Lopez, G. (2017). "There's a Highly Successful Treatment for Opioid Addiction. But Stigma is Holding it Back." *Vox*, 2017, <https://www.vox.com/science-and-health/2017/7/20/15937896/medication-assisted-treatment-methadone-buprenorphine-naltrexone>
- Loureiro, L. (2013). "Estigma Pessoal e Percebido Acerca Do Abuso de Álcool e Intenção de Procura de Ajuda." *Revista de Enfermagem Referência III Série* (11): 59–66. <https://doi.org/10.12707/rrii1360>.
- Lowe, G.D. y Hodges, H.E. (1972). "Race and the Treatment of Alcoholism in a Southern State." *Social Problems* 20 (2): 240–52.
<http://www.jstor.org/stable/799617>.
- Luke, D.A., Ribisl, K.M., Walton, M.A. y Davidson, W.S. (2002). "Assessing the Diversity of Personal Beliefs About Addiction: Development of the Addiction Belief Inventory." *Substance Use & Misuse* 37 (1): 89–120.
- Kyoung Yul, L., Lee, K. y Bejerano, I.L. (2017). "Factors Related to Internalization of Stigma for Alcohol Dependence Among Korean Men." *Social Behavior and Personality: An International Journal* 45 (1): 127–42.
<https://doi.org/10.2224/sbp.5328>.

Modena, M. (2009). "Diferencias, Desigualdades y Conflicto En Un Grupo de Alcohólicos Anónimos." *Desacatos: Revista de Ciencias Sociales*, no. 29: 31–46. <https://doi.org/10.29340/29.431>.

Organización mundial de la salud (2015). *Country Profiles - Alcohol: Peru*. Recuperado de <http://eudo-citizenship.eu/country-profiles>

Organización mundial de la salud (2018). "Global Status Report on Alcohol and Health 2018"
https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/#:~:text=WHO's%20Global%20status%20report%20on%20alcohol%20and%20health,Sustainable%20Development%20Goals%20%28Chapter%201%29%2C%20presents%20global%20

Orcutt, J.D. (1975). "Deviance as a Situated Phenomenon: Variations in the Social Interpretation of Marijuana and Alcohol." *Social Problems* 22 (3): 346–56.

Orcutt, J.D. (1976). "Ideological Variations in the Structure of Deviant Types: A Multivariate Comparison of Alcoholism and Heroin Addiction." *Social Forces* 55 (2): 419–37.
<http://www.jstor.org.ezproxy.webfeat.lib.ed.ac.uk/stable/2576233%5Cnhttp://www.jstor.org.ezproxy.webfeat.lib.ed.ac.uk/stable/pdfplus/2576233.pdf?acceptTC=true>.

Perry, B.L. y Pescosolido, B.A. (2015). "Social Network Activation The Role of Health Discussion Partners in Recovery from Mental Illness (NIH-PA Author Manuscript)." *Soc Sci Med* 125: 1–29.
<https://doi.org/doi:10.1016/j.socscimed.2013.12.033>.

Pescosolido, B.A. y Martin, J.K. (2015). "The Stigma Complex." *Annual Review of Sociology* 41 (1): 87–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>.

Pessanha Neves, D. (2004). "Alcoolismo: Acusação Ou Diagnóstico?" *Cadernos de Saúde Pública* 20 (1): 7–36.

Robinson, D. (1973). "Alcoholism as a Social Fact: Notes on the Sociologist's Viewpoint in Relation to a Proposed Study of Referral Behaviour." *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs* 68 (2): 91–97. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1973.tb01229.x>.

Rojas Rivas, S. (2014). "Construcción de La Identidad Social Del Alcohólico Anónimo: Un Estudio Etnográfico Del Grupo de Ayuda Mutua de Alcohólicos Anónimos 'Fe y Esperanza' En Cajamarca." Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rolfe, A., Orford, J. y Dalton, S. (2009). "Women, Alcohol and Femininity: A Discourse Analysis of Women Heavy Drinkers' Accounts." *Journal of Health Psychology* 14 (2): 326–35. <https://doi.org/10.1177/1359105308100217>.

Roman, P.M. y Trice, H.M. (1970). "Delabeling, Relabeling and Alcoholics Anonymous." *Social Problems* 17 (4): 538–46.

Rouse, T.P. y Unnithan, N.P. (1993). "Comparative Ideologies and Alcoholism: The Protestant and Proletarian Ethics." *Social Problems* 40 (2): 213–27. <http://mcc1.library.csulb.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=hia&AN=9308267619&site=ehost-live&scope=cite>.

- Schaler, J.A. (1995). "The Addiction Belief Scale." *International Journal of the Addictions*, no. 30: 117–34.
- Schaler, J.A. (1996). "Spiritual Thinking in Addiction Treatment Providers. The Spiritual Belief Scale." *Alcoholism Treatment Quarterly*, no. 14: 7–33.
- Schaler, J.A. (1997). "Addiction Beliefs of Treatment Providers: Factors Explaining Variance." *Addiction Research*, no. 4: 367–84.
- Schomerus, G., Corrigan, P.W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H.J. y Lucht, M. (2011). "Self-Stigma in Alcohol Dependence: Consequences for Drinking-Refusal Self-Efficacy." *Drug and Alcohol Dependence* 114 (1): 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013>.
- Small, M.L. (2011). "How to Conduct a Mixed Methods Study: Recent Trends in a Rapidly Growing Literature." *Annual Review of Sociology* 37 (1): 57–86. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102657>.
- Small, M.L. (2013). "Weak Ties and the Core Discussion Network: Why People Regularly Discuss Important Matters with Unimportant Alters." *Social Networks* 35 (3): 470–83. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2013.05.004>.
- Small, M. L. y Sukhu, C. (2016). "Because They Were There: Access, Deliberation, and the Mobilization of Networks for Support (Pre-Publication Version)." *Social Networks* 47: 1–25.
- Smith, S. M., Dawson, D.A., Goldstein, R.B. y Grant, B.F. (2010). "Examining Perceived Alcoholism Stigma Effect on Racial-Ethnic Disparities in Treatment and Quality of Life Among Alcoholics." *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 231–36.

Song, H., Shin, H. y Kim, Y. (2015). "Perceived Stigma of Alcohol Dependency: Comparative Influence on Patients and Family Members." *Journal of Substance Abuse* 20 (3): 155–61.
<https://doi.org/10.3109/14659891.2013.878761>.

Visser, R. y McDonnell, E.J. (2012). "That's OK. He's a Guy': A Mixed-Methods Study of Gender Double- Standards for Alcohol Use." *Psychology & Health* 27 (5): 618–39.

Wiseman, J.P. (1970). "The Alcoholic's Return to Society." In *Stations of the Lost: The Treatment of Skid Row Alcoholics*, 227–38. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.



ANEXOS

Anexo 1: Tablas ENDES 2018

Tabla 1: QS206: ¿Ha consumido alguna vez bebidas alcohólicas?* QSSEXO: Sexo (2018)				
		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
¿Ha consumido alguna vez bebidas alcohólicas?	Sí	95,3%	86,7%	90,4%
	No	4,7%	13,2%	9,6%
	NS/NR	0,0%	0,1%	0,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2: QS207C: Edad promedio del primer consumo* QSSEXO: Sexo (2018)		
	Sexo	
	Hombre	Mujer
Edad promedio del primer consumo	18	20

Tabla 3: QS208: ¿En los últimos 12 meses ha consumido alguna bebida alcohólica? (2018)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	22413	63,3	71,9	71,9
	No	8733	24,7	28,0	100,0
	NS/NR	6	,0	,0	100,0
	Total	31152	88,0	100,0	
Perdidos Sistema		4236	12,0		
Total		35388	100,0		

Tabla 4: **QS208:** ¿En los últimos 12 meses ha consumido alguna bebida alcohólica?***QSSSEXO:** Sexo (2018)

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
¿En los últimos 12 meses ha consumido alguna bebida alcohólica?	SÍ	79,6%	65,7%	71,9%
	No	20,4%	34,3%	28,0%
	NS/NR	0,0%	0,0%	0,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5: **QS726:** ¿Alguna vez ha intentado beber menos o dejar de beber y no pudo? (2018)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SÍ	452	1,3	34,9	34,9
	No	843	2,4	65,0	99,9
	NS/NR	1	,0	,1	100,0
	Total	1296	3,7	100,0	
Perdidos Sistema		34092	96,3		
Total		35388	100,0		

Anexo 2: Tabla de los datos extraídos de la base de datos del estudio epidemiológico y de opinión del 2017 de CEDRO

Tabla 1: Pregunta 35: ¿Para un consumidor de drogas es fácil dejar de hacerlo? (a)							
		Si		No		Total	
		%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Sexo	Masculino	92.8%	3123	7.2%	242	100.0%	3365
	Femenino	95.2%	3856	4.8%	196	100.0%	4052
Grupos de edad	12 a 18	95.1%	1041	4.9%	54	100.0%	1095
	19 a 24	94.3%	1109	5.7%	67	100.0%	1176
	25 a 29	94.3%	910	5.7%	55	100.0%	965
	30 a 39	94.7%	1581	5.3%	88	100.0%	1669
	40 a 49	93.7%	1094	6.3%	74	100.0%	1168
	50 a más	92.6%	1244	7.4%	100	100.0%	1344
Nivel educativo	Inicial/primaria	92.3%	597	7.7%	50	100.0%	647
	Secundaria	93.6%	2812	6.4%	192	100.0%	3004
	Superior	94.8%	3565	5.2%	195	100.0%	3760
Estrato socioeconómico	Bajo	92.7%	2350	7.3%	184	100.0%	2534
	Medio	95.0%	3260	5.0%	173	100.0%	3433
	Alto	94.4%	1369	5.6%	81	100.0%	1450
Total		94.1%	6979	5.9%	438	1	7417

(a) Tabla modificada por el autor para incluir los valores totales.

Anexo 3: Tablas EMV

Tabla 1: Vecinos (alcohólicos, drogadictos, homosexuales y VIH)*Oleada

		Oleadas S002			
		1996	2001	2006	2012
Vecinos: alcohólicos A124_03 (a)	Rechazaría	52,9%	51,5%	50,9%	68,3%
	No rechazaría	47,1%	48,5%	49,1%	31,7%
Vecinos: drogadictos A124_08	Rechazaría	73,3%	66,4%	80,3%	86,8%
	No rechazaría	26,7%	33,6%	19,7%	13,2%
Vecinos: homosexuales A124_09	Rechazaría	53,8%	49,2%	41,9%	44,3%
	No rechazaría	46,2%	50,8%	58,1%	55,7%
Vecinos: personas con VIH A124_07	Rechazaría	39,2%	28,5%	25,1%	31,7%
	No rechazaría	60,8%	71,5%	74,9%	68,3%

(a) En el diccionario integrado de todas las preguntas realizadas en todas las oleadas y países de la EMV, esta pregunta aparece codificada como “Neighbours: heavy drinkers” para las tres primeras oleadas, y como “Would not like to have as a neighbour: heavy drinkers” para la cuarta oleada. “Heavy drinker” no equivale exactamente a alcohólico – el término en inglés, de connotación más bien negativa, hace referencia únicamente a alguien que consume mucho alcohol y regularmente, pero no a alguien que pudo haber tenido un problema de dependencia con el alcohol que en la actualidad lo ha aprendido a manejar. Ambas definiciones, sin embargo, podrían aplicarse si se hubiera preguntado por “alcoholics” en lugar de “heavy drinkers”. Según la página virtual de la EMV, en el Perú, en la oleada del 2012, la pregunta fue formulada de la siguiente manera: “De la siguiente lista de persona, ¿podría decirme a quienes NO le gustaría tener de vecino?” Entre las opciones se encontraba: “Personas que toman mucho alcohol/consumen mucho alcohol”. Se necesitaría elaborar un instrumento muy fino para recoger percepciones específicas sobre varias etapas del desarrollo del alcoholismo, una de cuyas versiones podría ser, como más interesa en este estudio, respecto al “alcohólico en recuperación”. Aun así, es la aproximación más cercana que actualmente existe a percepciones sobre el alcoholismo a nivel nacional.

Tabla 2a: A124_03 : Vecinos: alcohólicos* S002 : Oleadas sin 2012 (a)				
		Oleadas sin 2012		
		1996	2001	2006
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	52,9%	51,5%	50,9%
	No rechazaría	47,1%	48,5%	49,1%
(a) Variable modificada para no incluir oleada 2012.				

Tabla 2b: A124_03 : Vecinos: alcohólicos* S002 : Oleadas sin 2012 (chi cuadrado no significativo) (a)			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,177(b)	2	,555
Razón de verosimilitud	1,177	2	,555
Asociación lineal por lineal	1,115	1	,291
N de casos válidos	4212		
(a) Variable modificada para no incluir oleada 2012.			
(b) 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 585,09.			

Tabla 3a: A124_03 : Vecinos: alcohólicos* S002 : Oleadas					
		Oleadas			
		1996	2001	2006	2012
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	52,9%	51,5%	50,9%	68,3%
	No rechazaría	47,1%	48,5%	49,1%	31,7%

Tabla 3b: A124_03 : Vecinos: alcohólicos* S002 : Oleadas (chi cuadrado significativo)			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	105,745(a)	3	,000
Razón de verosimilitud	108,196	3	,000
Asociación lineal por lineal	48,875	1	,000
N de casos válidos	5422		
(a) 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 539,84.			

Tabla 4a: **A124_03**: Vecinos: alcohólicos*X001: Género (2012)

		Género	
		Hombre	Mujer
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	64,1%	72,5%
	No rechazaría	35,9%	27,5%

Tabla 4b: **A124_03**: Vecinos: alcohólicos*X001: Género (2012) (chi cuadrado significativo)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,692(a)	1	,002		
Corrección de continuidad (b)	9312	1	,002		
Razón de verosimilitud	9,715	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,002	,001
Asociación lineal por lineal	9,684	1	,002		
N de casos válidos	1211				

(a) 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 361,38.

(b) Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 4c: Pruebas de asociación

Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,089	,002
	V de Cramer	,089	,002
N de casos válidos		1211	

Tabla 4d: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*X001: Género (según Oleadas S002)				
Oleadas	Vecinos: alcohólicos	Género		Asociación
		Hombre	Mujer	
1996	Rechazaría	48,2%	57,5%	Significativa
	No rechazaría	51,8%	42,5%	
2001	Rechazaría	50,1%	52,9%	No significativa
	No rechazaría	49,9%	47,1%	
2006	Rechazaría	46,7%	54,9%	Significativa
	No rechazaría	53,3%	45,1%	
2012	Rechazaría	64,1%	72,5%	Significativa
	No rechazaría	35,9%	27,5%	

Tabla 5a: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*X048WVS: Región (2012) (a)					
		Región			
		Lima y Callao	Costa	Sierra	Selva
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	70,4%	66,3%	72,5%	46,6%
	No rechazaría	29,6%	33,7%	27,5%	53,4%

(a) La variable X048WVS fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

Tabla 5b: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*X048WVS: Región (2012) (chi cuadrado significativo) (a)			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,559(b)	3	,000
Razón de verosimilitud	22,172	3	,000
Asociación lineal por lineal	4,137	1	,042
N de casos válidos	1210		

(a) La variable X048WVS fue recodificada para tener como valores los expuestos en la tabla 5a.

(b) 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 27,93.

Tabla 5c: A124_03 : Vecinos: alcohólicos* X048WVS : Región (según Oleadas S002) (a)						
Oleadas	Vecinos: alcohólicos	Región				Asociación
		Lima y Callao	Costa	Sierra	Selva	
1996	Rechazaría	57,4%	42,1%	54,3%	44,0%	Significativa
	No rechazaría	42,6%	57,9%	45,7%	56,0%	
2001	Rechazaría	55,0%	47,7%	53,7%	40,2%	Significativa
	No rechazaría	45,0%	52,3%	46,3%	59,8%	
2006	Rechazaría	52,8%	44,8%	53,5%	52,9%	Significativa
	No rechazaría	47,2%	55,2%	46,5%	47,1%	
2012	Rechazaría	70,4%	66,3%	72,5%	46,6%	Significativa
	No rechazaría	29,6%	33,7%	27,5%	53,4%	

(a) La variable X048WVS fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

Tabla 6a: A124_03 : Vecinos: alcohólicos* X003 : Grupos de edad (2012) (a)				
		Grupos de edad		
		Entre 18 y 25 años	Entre 26 y 65 años	De 66 años en adelante
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	67,5%	69%	64,6%
	No rechazaría	32,5%	31%	35,4%

(a) La variable X003 fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

Tabla 6b: A124_03 : Vecinos: alcohólicos* X003 : Grupos de edad (2012) (chi cuadrado no significativo) (a)			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,875(b)	2	,646
Razón de verosimilitud	0,864	2	,649
Asociación lineal por lineal	0,019	1	,890
N de casos válidos	1210		

(a) La variable X003 fue recodificada para tener como valores los expuestos en la tabla 6a.

(b) 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 30,47.

Tabla 6c: Pruebas de asociación			
Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,027	,646
	V de Cramer	,027	,646
N de casos válidos		1210	

Tabla 6d: A124_03: Vecinos: alcohólicos*X003: Grupos de edad (según Oleadas S002) (a)					
Oleadas	Vecinos: alcohólicos	Grupos de edad			Asociación
		Entre 18 y 25 años	Entre 26 y 65 años	De 66 años en adelante	
1996	Rechazaría	51,1%	45,5%	37,5%	No significativa
	No rechazaría	48,9%	54,5%	62,5%	
2001	Rechazaría	49,4%	52,3%	0%	No significativa
	No rechazaría	50,6%	47,7%	0%	
2006	Rechazaría	49,8%	51%	55,1%	No significativa
	No rechazaría	50,2%	49%	44,9%	
2012	Rechazaría	67,5%	69%	64,6%	No significativa
	No rechazaría	32,5%	31%	35,4%	

(a) La variable X003 fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

Tabla 7a: A124_03: Vecinos: alcohólicos*X025CSWVS: Nivel educativo (2012) (a)					
		Nivel educativo			
		Sin educación	Primaria	Secundaria	Superior
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	64,5%	65%	68,6%	69,5%
	No rechazaría	35,5%	35%	31,4%	30,5%

(a) La variable X025CSWVS fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

Tabla 7b: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*X025CSWVS: Nivel educativo (2012) (chi cuadrado no significativo) (a)			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,342(b)	3	,719
Razón de verosimilitud	1,325	3	,723
Asociación lineal por lineal	1,095	1	,295
N de casos válidos	1211		

(a) La variable X025CSWVS fue recodificada para tener como valores los expuestos en tabla 7a.

(b) 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,86.

Tabla 7c: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*X025CSWVS: Nivel educativo (según Oleadas S002) (a)						
Oleadas	Vecinos: alcohólicos	Nivel educativo				Asociación
		Sin educación	Primaria	Secundaria	Superior	
1996	Rechazaría	66,7%	55,5%	51,8%	52,8%	No significativa
	No rechazaría	33,3%	44,5%	48,2%	47,2%	
2001	Rechazaría	45,5%	60,6%	50,2%	50,4%	No significativa
	No rechazaría	54,5%	39,4%	49,8%	49,6%	
2006	SIN DATOS					
2012	Rechazaría	64,5%	65%	68,6%	69,5%	No significativa
	No rechazaría	35,5%	35%	31,4%	30,5%	

(a) La variable X025CSWVS fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

Tabla 8a: **A124_03: Vecinos: alcohólicos*X045: Nivel socioeconómico subjetivo (2012)**

		Nivel socioeconómico subjetivo				
		Clase alta	Clase media alta	Clase media baja	Clase trabajadora	Clase baja
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	53,8%	68,5%	66,4%	69,6%	69,0%
	No rechazaría	46,2%	31,5%	33,6%	30,4%	31,0%

Tabla 8b: **A124_03: Vecinos: alcohólicos*X045: Nivel socioeconómico subjetivo (2012) (chi cuadrado no significativo)**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,218(a)	4	,696
Razón de verosimilitud	2,148	4	,709
Asociación lineal por lineal	0,549	1	,459
N de casos válidos	1176		

(a) 1 casillas (10,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,16.

Tabla 8c: **A124_03: Vecinos: alcohólicos*X045: Nivel socioeconómico subjetivo (según Oleadas S002)**

Oleadas	Vecinos: alcohólicos	Nivel socioeconómico subjetivo					Asociación
		Clase alta	Clase media alta	Clase media baja	Clase trabajadora	Clase baja	
1996	Rechazaría	57,1%	50,8%	56,0%	52,4%	51,9%	No significativa
	No rechazaría	42,9%	49,2%	44,0%	47,6%	48,1%	
2001	Rechazaría	39,3%	43,9%	53,4%	54,0%	49,8%	No significativa
	No rechazaría	60,7%	56,1%	46,6%	46,0%	50,2%	
2006	Rechazaría	77,8%	54%	45,9%	53,1%	46,9%	Significativa (a)
	No rechazaría	22,2%	46%	54,1%	46,9%	53,1%	
2012	Rechazaría	53,8%	68,5%	66,4%	69,6%	69,0%	No significativa
	No rechazaría	46,2%	31,5%	33,6%	30,4%	31,0%	

(a) La significancia de esta asociación era de 0,047, es decir, casi por encima del p-value; por lo tanto, no se ha considerado en el análisis.

Tabla 9a: **A124_03**: Vecinos: alcohólicos*X007: Estado civil (2012) (a)

		Estado civil	
		Con pareja	Sin pareja
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	68,4%	68,1%
	No rechazaría	31,6%	31,9%

(a) La variable X007 fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

Tabla 9b: **A124_03**: Vecinos: alcohólicos*X007: Estado civil (2012) (chi cuadrado no significativo) (a)

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,016(b)	1	0,898		
Corrección de continuidad(c)	0,004	1	0,948		
Razón de verosimilitud	0,016	1	0,899		
Prueba exacta de Fisher				0,901	,474
Asociación lineal por lineal	0,016	1	0,899		
N de casos válidos	1210				

(a) La variable X007 fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

(b) 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 165,98.

(c) Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 9c: Pruebas de asociación

Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	-,004	,898
	V de Cramer	,004	,898
N de casos válidos		1210	

Tabla 9d: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*X007: Estado civil (según Oleadas S002) (a)				
Oleadas	Vecinos: alcohólicos	Estado civil		Asociación
		Con pareja	Sin pareja	
1996	Rechazaría	54,2%	51,2%	No significativa
	No rechazaría	45,8%	48,8%	
2001	Rechazaría	52,6%	50,3%	No significativa
	No rechazaría	47,4%	49,7%	
2006	Rechazaría	52,3%	48,7%	No significativa
	No rechazaría	47,7%	51,3%	
2012	Rechazaría	68,4%	68,1%	No significativa
	No rechazaría	31,6%	31,9%	

(a) La variable X007 fue recodificada para tener como valores los aquí expuestos.

Tabla 10a: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*Escala racionalismo/secularidad - tradicionalismo (a) (2012)					
		Escala racionalismo/secularidad – tradicionalismo			
		Algo racional/secular	Mixto	Algo tradicional	Tradicional
Vecinos: alcohólicos	Rechazaría	33,3%	60%	68,2%	69,7%
	No rechazaría	66,7%	40%	31,8%	30,3%

(a) Basándose en la teoría de cambio cultural de Inglehart y Welzel de 2005, en su tesis de licenciatura Castaman arma una escala de tradicionalismo de los valores sociales en el Perú (con tradicionalismo en un extremo – 100 puntos en la escala – y racionalismo-secularidad en el otro – 0 puntos en la escala –). Se decidió emplear esta escala en la presente investigación pues permite recoger valores sociales sobre la religión y la ciencia en simultáneo. Para armar esta escala, Castaman empleó las variables de (i) importancia de Dios en la vida de los encuestados (F063); (ii) justificación del aborto (F120); (iii) índice de autonomía: la importancia de inculcarle valores de obediencia y religiosidad a los niños frente a los valores de independencia y determinación (Y003); (iv) sentimiento de orgullo nacional (G006); y (v) cambios a futuro: mayor respeto por la autoridad (E018). Castaman homogenizó los valores de cada uno de estos cinco indicadores de manera que cada uno de ellos fuera medido en una misma escala entre 0 y 100. Con este mismo fin y para generar finalmente la escala de tradicionalismo, se empleó en esta tesis la sintaxis proporcionada por Castaman en los anexos de la tesis (Castaman, 2016, pp. 105-106).

Tabla 10b: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*Escala racionalismo/secularidad - tradicionalismo (2012) (chi cuadrado no significativo)			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,649(a)	3	0,199
Razón de verosimilitud	4,399	3	0,221
Asociación lineal por lineal	2,849	1	0,091
N de casos válidos	1116		

(a) 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,95.

Tabla 10c: A124_03 : Vecinos: alcohólicos*Escala racionalismo/secularidad - tradicionalismo (según Oleadas S002) (a)						
Oleadas	Vecinos: alcohólicos	Nivel educativo				Asociación
		Algo racional/secular	Mixto	Algo tradicional	Tradicional	
1996	Rechazaría	66,7%	61,5%	52,2%	52,9%	No significativa
	No rechazaría	33,3%	38,5%	47,8%	47,1%	
2001	Rechazaría	66,7%	52,2%	46,1%	53,3%	No significativa
	No rechazaría	33,3%	47,8%	53,9%	46,7%	
2006	SIN DATOS					
2012	Rechazaría	33,3%	60%	68,2%	69,7%	No significativa
	No rechazaría	66,7%	40%	31,8%	30,3%	