

Lógica cultural y lógica terapéutica en Alcohólicos Anónimos

Una etnografía en la periferia de la ciudad de São Paulo, Brasil

Edemilson Antunes de Campos

A partir de una investigación etnográfica hecha con grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) de la periferia de la ciudad de São Paulo, Brasil, en este trabajo se presenta el modelo de AA como un constructo simbólico, al interior del cual el alcoholismo es concebido como una enfermedad “física” y “moral” que afecta las relaciones sociales en las cuales el ex bebedor está involucrado. En AA, los ex bebedores crean un lenguaje de la enfermedad que permite construir un significado de la experiencia del alcoholismo dentro de una lógica regida por una “biomoralidad”, cuyas reglas hacen énfasis en el cuidado de sí mismo, así como códigos culturales que conforman un contexto sociocultural particular. La lógica terapéutica de AA es abarcada por una lógica cultural en la cual el individuo considerado enfermo encuentra un lugar para su cuerpo y su espíritu, ambos enfermos, reconciliándose consigo mismo y con sus familiares.

► 69

PALABRAS CLAVE: Alcohólicos Anónimos, alcoholismo, cultura, lógica terapéutica, proceso salud-enfermedad

Cultural and Therapeutic Logic in Alcoholic Anonymous: Ethnography in the Outskirts of Sao Paulo, Brazil

Based on an ethnographic research of Alcoholics Anonymous (AA) groups in the outskirts of Sao Paulo, Brazil, this paper presents as a symbolic construct in which alcoholism is conceived as a “physical” and “moral” illness that affects the social relationships of the former drinker. In AA, recovering alcoholics create a language about the disease that allows them to construct and give meaning to the experience of alcoholism within a logic regulated by a “biomorality”, whose rules emphasize self care, as well as cultural codes that constitute a particular socio-cultural context. In fact, AA’s therapeutic logic is encompassed by a cultural logic in which an individual deemed sick can find a place for his body and spirit, both ill, and reconcile with his family members and himself.

KEY WORDS: Alcoholics Anonymous, alcoholism, culture, therapeutic logic, health-illness process

EDEMILSON ANTUNES DE CAMPOS: Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil.
edicampos@usp.br

Desacatos, núm. 29, enero-abril 2009, pp. 69-88

Recepción: 11 de febrero de 2008 / Aceptación: 31 de marzo de 2008

PRESENTACIÓN

El alcoholismo, considerado uno de los problemas más graves de salud pública en la actualidad, despierta la atención de autoridades médicas y sanitarias de diversos países. Según los datos del I Informe Domiciliar sobre el Uso de Drogas Psicotrópicas en Brasil, realizado en 2001 por el Centro Brasileño de Informaciones sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2002) de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) en asociación con la Secretaría Nacional Anti Drogas (SENAD)¹, y con base en las 107 ciudades principales de Brasil, 11.2% de la población brasileña es dependiente del alcohol (2002: 37), y la predominancia de la dependencia está en la franja etaria entre los 18 y los 24 años, en un total de 15.5% (2002: 47).

Un estudio en Francia dirigido por el Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2003) sugiere que, a pesar de que el consumo general de alcohol disminuyó 40% en los últimos cuarenta años, cerca de 8.6% de la población con edades entre 12 y 75 años tiene algún problema relacionado con el alcohol, lo que totaliza aproximadamente 5 millones de personas, entre los cuales 2 millones son dependientes del alcohol (2003: 255). Por otro lado, en Estados Unidos estudios epidemiológicos apuntan a la predominancia de la dependencia del alcohol en la franja etaria comprendida entre los 15 y los 54 años, que abarca cerca de 15% de la población general (2003: 252).

En ese escenario, la hermandad de Alcohólicos Anónimos (AA)² viene expandiéndose a escala mundial y forma parte del itinerario terapéutico de miles de personas. Según Gabhainn (2003), el número de miembros de la herman-

dad ha crecido en progresión geométrica, pasando de 100 miembros en 1940 a 476 000 en 1980; a 653 000 en 1983; y a 979 000 en 1990. En 2002 se estimaba que el número de grupos de AA en todo el mundo era de alrededor de 100 mil, los cuales totalizaban 2 215 293 miembros, según datos de la Oficina Mundial de Alcohólicos Anónimos. En Brasil, el primer grupo surgió en 1947 y, actualmente, hay unos 5 700 grupos que suman cerca de 120 000 miembros, según datos de la Oficina de Servicios Generales de AA.

Otra señal de su relevancia es el surgimiento posterior de otros grupos que siguen el mismo modelo terapéutico, lo que hace de AA una especie de *grandparent* de los grupos de mutua ayuda (Gilbert, 1991: 353) destinados al tratamiento de otras “patologías”, tales como los Narcóticos Anónimos, que congrega a los dependientes químicos y usuarios de drogas; los Comedores Compulsivos Anónimos, que reúne a aquellos que sufren de compulsión alimenticia; el grupo Mujeres que Aman Demasiado Anónimas, dirigido a las mujeres con problemas afectivos y de relaciones; los Neuróticos Anónimos, para los portadores de enfermedad “mental y emocional”; los Jugadores Anónimos, para los dependientes de juegos de azar; Al-Anon, para los familiares y los amigos de dependientes del alcohol, etcétera.

Sin embargo, si bien es cierta la persistencia del “problema” del alcoholismo y la consecuente expansión de la hermandad de AA en los tiempos actuales, aún son escasos los trabajos, en el ámbito de las ciencias sociales, que se ocupan tanto del llamado uso “patológico” de bebidas alcohólicas como de las estrategias terapéuticas utilizadas por los AA para responder a la “enfermedad alcohólica”, aun siendo conocido el hecho de que “Brasil es uno de los países con mayor número de grupos de AA en el mundo” (Soares, 1999: 15)³.

Generalmente, en las ciencias sociales el alcoholismo aparece como tema tangencial en estudios que se preocupan por la comprensión de las formas y maneras de beber, de tal modo que el acto de beber es entendido, sobre todo,

¹ La Secretaría Nacional Anti Drogas (SENAD) fue creada por el gobierno brasileño el 19 de junio de 1998 con las siguientes atribuciones: ejercer la secretaría ejecutiva del Consejo Nacional Antidrogas; articular y coordinar las actividades de prevención del uso indebido, la atención y la reinserción social de usuarios y drogodependientes; proponer la actualización de la política nacional sobre drogas para su fortalecimiento y gestionar el Fondo Nacional Antidrogas y el Observatorio Brasileño de Informaciones sobre Drogas.

² En las páginas siguientes, obedeciendo a la forma con la cual los miembros de Alcohólicos Anónimos se refieren a la hermandad, utilizaré las siglas AA para referirme a la hermandad de los Alcohólicos Anónimos.

³ Estados Unidos y Canadá concentran el mayor número de grupos de AA en el mundo: contaban en 1990 con 92 300 grupos y con un total de más de 1 900 000 miembros (Mäkelä, 1996: 26).



© Ricardo Ramírez Arriola / e7photo.com

Valparaíso, Chile, 2004.

como un acto social (Silva, 1978; Dufour, 1989; Guedes, 1997; Bernand, 2000; Magnani, 2003), aceptado en los ambientes en los cuales el uso del alcohol es valorado y en los que opera como una especie de lubricante “social” (Neves, 2004: 9), favoreciendo la construcción de lazos de reciprocidad, constitutivos de los espacios de sociabilidad.

Ahora bien, la ecuación alcoholismo/enfermedad puede revelarse como un importante objeto de estudio principalmente cuando los propios “nativos” entienden el alcoholismo como enfermedad. Así, comprender el alcoholismo como “enfermedad” no significa necesariamente ratificar el modelo biomédico cuando éste es el punto de vista de los entrevistados, tal como ocurre, por ejemplo, en AA. Durante sus reuniones, los ex bebedores se reconocen como “enfermos alcohólicos”: “Soy un enfermo alcohólico en recuperación y vengo a las reuniones para

dejar de ser aquel bebedor que yo era”, dicen los alcohólicos anónimos, señalando el paso de una posición en la que beber de manera abusiva es estigmatizado, a una posición en la que el acto de beber es entendido de manera “patológica”.

En esa medida, la ecuación alcoholismo/enfermedad es relativizada y entendida dentro de un contexto cultural específico. Los grupos de AA pueden, entonces, ser comprendidos como un universo social, con sus ritos, representaciones, símbolos y valores propios, que proporciona a sus miembros tanto la posibilidad de reorganizar sus conductas como la de atribuir significados propios al “problema” del alcoholismo, mientras construyen una representación específica de sí mismos. La noción de cultura es entendida aquí como una unidad simbólica, es decir, un orden de sentido a partir del cual los suje-

tos construyen los contenidos significativos sobre su existencia⁴.

Se trabaja así con una definición próxima de aquella que Shalins (2003a: 7-8) atribuye a la vida social culturalmente ordenada, sintetizada en la expresión “razón simbólica”, que toma como la cualidad “decisiva de la cultura [...] no el hecho de que ella responda a presiones materiales, sino el hecho de hacerlo de acuerdo con un esquema simbólico definido, que nunca es el único posible”.

Siguiendo esa línea, este trabajo aborda el problema del alcoholismo de una manera *émica*, es decir, a partir del modo en que es vivido y superado por aquellos que se reconocen como “enfermos alcohólicos en recuperación”. En otras palabras, se busca entender la manera por medio de la cual los Alcohólicos Anónimos abordan el alcoholismo, cómo lo explican, lo viven e intentan superarlo, concibiéndolo como una “enfermedad crónica y fatal” que afecta el conjunto de las relaciones sociales —familiares y profesionales— en las cuales el individuo que se considera enfermo está involucrado.

Se busca hacer una lectura socio-antropológica sobre el alcoholismo, de modo que el modelo terapéutico de AA es concebido como un *constructo* simbólico al interior del cual los significados sobre la experiencia con el alcohol y el alcoholismo son construidos. En otras palabras, se intentó comprender la lógica terapéutica del modelo de AA, es decir, tanto la manera cómo los alcohólicos anónimos orientan sus prácticas teniendo en cuenta su recu-

peración, como las categorías que componen el lenguaje de la enfermedad por medio de la cual ellos edifican un significado para la experiencia del alcoholismo, que les permite orientar sus acciones en dirección a un cuidado de sí mismos y del rescate de los lazos familiares y profesionales rotos en los tiempos del alcoholismo activo.

UN ENCUENTRO CON LOS ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Estas reflexiones son fundamentadas en una investigación de campo realizada entre septiembre de 2001 y septiembre de 2002, en el grupo Sapopemba de AA, que forma parte del 42º distrito de Alcohólicos Anónimos del estado de São Paulo, del sector A (Capital)⁵. La elección de ese grupo se debió al hecho de tratarse de uno ya consolidado en la promoción de reuniones de recuperación, llevadas a cabo desde su fundación el 16 de marzo de 1981.

Mi encuentro con los Alcohólicos Anónimos ocurrió por intermedio de un amigo que, durante una conversación en la cual yo relataba mi interés en hacer una investigación sobre el programa de recuperación del alcoholismo desarrollado por la entidad, me dijo conocer un grupo próximo a su residencia localizada en la Vila Ema, perteneciente al populoso distrito de Sapopemba⁶, en la zona oriental de la ciudad de São Paulo. Él también me dijo que los alcohólicos anónimos se reunían todas las noches y que podría preguntarles sobre la posibilidad de realizar mi investigación allí. Después de su consulta a los miembros del grupo, acordamos una cita para mi visita al lugar.

⁴ Es importante resaltar que la comprensión de la noción de cultura como una unidad simbólica que utilizamos para analizar el modelo de AA no debe descuidar las relaciones que los “sistemas simbólicos”, propios de las sociedades complejas, mantienen unos con los otros. En ese sentido cabe recordar, como lo hace Guedes (1997: 26), “que cualquier cultura se consume en la permanente actualización y re-creación de este sistema de diferencias, lo que incluye las diversas posibilidades de su propia modificación [...] sólo pudiendo ser cristalizada y aislada analíticamente”. De otro lado, también es necesario reconocer la existencia, dentro de una determinada unidad de análisis, de otros contenidos significativos propios de otros sistemas de significación. Según Guedes (1997: 27), “la acumulación de trabajos antropológicos en sociedades complejas ha acentuado el problema de hacer corresponder un determinado sistema simbólico con una unidad sociológica que lo plasme exclusiva y prioritariamente, no faltando, para la correlación hecha, en términos empíricos, contra-ejemplos incisivos que apuntan ya sea a las posibilidades de extensión de los significados analizados a otras unidades sociológicas, o bien a la presencia, en la unidad recortada, de otros significados, no estrictamente vinculados con aquel sistema analíticamente distinguido”.

⁵ La hermandad de Alcohólicos Anónimos cuenta con 523 grupos en todo el estado de São Paulo, organizados en 182 ciudades, divididos en 56 distritos y 10 regiones. En el sector A (Capital) existen 203 grupos de AA, organizados en 25 ciudades de la región metropolitana del municipio de São Paulo, divididos en 19 distritos, según datos de la Oficina de Servicios Locales (ESL/SP). Disponible en: <<http://www.aa-area.sp.org.br/portal/index.php/grupos-de-a.a.-no-estado-de-sao-paulo.html>>, consultado el 12 de junio de 2008.

⁶ Según datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y de la Fundación Sistema Provincial de Análisis de Datos (SEADE), órgano del gobierno del estado de São Paulo, el distrito de Sapopemba es el segundo distrito de la ciudad de São Paulo en densidad poblacional: contaba en 2004 con 286 857 habitantes. Disponible en: <www.seade.gov.br/produtos/msp/dem/dem9_008.htm>, consultado el 12 de junio de 2008.

El día elegido lo encontré en la estación del metro Belén y tomamos un autobús hasta la sede del grupo. El recorrido demoró cerca de una hora y yo estaba preocupado por la puntualidad —es importante resaltar que todas las reuniones en que tuve la posibilidad de participar comenzaron puntualmente a las 20:00 horas—, pues no quería atrasarme en mi primer encuentro.

El itinerario recorrido fue revelando el paisaje típico de las periferias de las grandes ciudades latinoamericanas. Posteriormente, al recorrer las calles del distrito, fue posible descifrar rasgos importantes de su formación social. El distrito de Sapopemba se localiza en una región que limita con el parque industrial del ABC⁷, conocido por la gran concentración de industrias del sector automovilístico. Esa proximidad, decisiva para la configuración social del distrito, fue responsable del flujo migratorio, a partir de la década de 1950, de un gran contingente poblacional atraído por la promesa de mejores condiciones de vida.

El barrio concentra una población mayoritariamente trabajadora que depende del propio salario para su reproducción social, y se asemeja, en su forma, a los barrios vecinos, delineando los contornos de un paisaje compuesto por casas humildes o en proceso de construcción y que sirven de vivienda para la propia familia y para la familia de los hijos cuando éstos se casan.

Además de refugio para el núcleo familiar, la casa también desempeña un papel importante, ya que muchas veces funciona como local de actividad económica, en la mayoría de los casos informal, un recurso utilizado como forma de aumentar la renta familiar⁸. Son pequeños establecimientos que ofrecen servicios tales como: reparación de zapatos, venta de comida rápida, peluquería,

modistería, servicios de albañilería, reparación de refrigeradores, etcétera.

La disminución del número de empleos formales a raíz de las sucesivas crisis económicas vividas en las últimas décadas fue responsable de colocar un contingente representativo de trabajadores de la región en situación de riesgo de pérdida del empleo, aumentando la fragilidad económica en que viven. Cuando se recorre la avenida Sapopemba, que atraviesa en su larga extensión todo el distrito, es posible constatar el aumento de la actividad informal por el gran número de puestos de vendedores ambulantes que se distribuyen en las aceras. Vivir en el distrito de Sapopemba también permite formular una visión propia sobre la vida en las periferias de las grandes metrópolis:

Yo me doy cuenta de que nuestro barrio queda en la periferia. Entonces, en la periferia hay muchas dificultades, la mayoría de la población está desempleada. [...] Y, como soy de aquí, llegué al barrio en 1970, ya hace un mundo de años que yo formo parte de esta comunidad [...] Yo veo que no existen áreas de recreación en la región, el lugar más próximo es el parque del Carmo. Veo problemas administrativos. Aquí en Sapopemba no hay un solo puesto de salud.

► 73

En la mirada de un miembro de AA el barrio aparece clasificado como periferia. Esta condición se define a partir de las dificultades compartidas cotidianamente, entre las cuales destacan el desempleo y la falta de infraestructura de transporte y salud, lo que hace más difícil la lucha por la supervivencia.

Según la muestra seleccionada a partir de los datos oficiales relativos al año 2002, el distrito no contaba con infraestructura cultural como, por ejemplo, salas de cine, salas de teatro, centros de cultura, museos y talleres culturales⁹. Sin embargo, circulando por sus calles, es posible visualizar una sociabilidad que se desarrolla en espacios de diversión que instauran una alteridad con relación al espacio doméstico y al lugar de trabajo. Ese es el caso, por ejemplo, de los bares que, en números expresivos, pueblan sus esquinas y calles. Los bares surgen, muchas veces, co-

⁷ La región del ABC es un importante polo industrial brasileño y comprende las ciudades de Santo André, São Bernardo do Campo y São Caetano do Sul, localizadas en el Estado de São Paulo. Durante la década de 1980, esa región se destacó por la presencia de un fuerte movimiento obrero que abanderó la lucha por la redemocratización de la sociedad brasileña.

⁸ Según datos del IBGE y de la Fundación SEADE, referentes al censo del año 2000, 61.38% de los habitantes del distrito de Sapopemba vive con ingreso familiar que oscila entre dos y diez salarios mínimos, mientras que 18.08% de la población vive con ingresos familiares inferiores a dos salarios mínimos. Disponible en: <http://www.seade.gov.br/produtos/msp/ren/ren1_001.htm>, consultado el 12 de junio de 2008.

⁹ Disponible en: <www.seade.gov.br/produtos/msp/cul/cul1_002.htm> consultado el 12 de junio de 2008.



Ciudad de México, 2008.

mo una de las pocas alternativas de entretenimiento para los habitantes de la región.

El distrito cuenta con una escuela de samba —Combinados de Sapopemba—, de la cual forman parte algunos miembros de AA y cuyos ensayos para el carnaval movilizan a los habitantes en sus momentos de descanso. En junio se conmemora el aniversario del distrito, que es celebrado con una gran fiesta —la Fiesta de Sapopemba—, lo que vincula a sus habitantes en los preparativos necesarios para su organización y realización.

Hay también una iglesia católica, centros espiritistas y terrenos de *umbanda*¹⁰, que conviven con una cantidad

cada vez más creciente de iglesias evangélicas, lo cual instaaura un circuito religioso por el cual sus habitantes circulan para participar en actividades que, muchas veces, compiten con las pocas opciones de diversión ofrecidas en la región. La iglesia católica también promueve reuniones de Narcóticos Anónimos y de Al-Anon, hermandades paralelas dirigidas a los fármaco-dependientes y a los familiares y amigos de dependientes del alcohol, respectivamente. No es raro ver que algún miembro de AA divulgue las reuniones del grupo durante la misa.

leira que surgió en 1908, muy practicada entre los miembros de estratos populares brasileiros. Su origen está en el sincretismo entre el espiritismo de Alan Kardec, el catolicismo y cultos traídos por esclavos africanos.

¹⁰ El “terreno” es el lugar para la práctica de “umbanda”, religión afrobrasi-

La metodología de investigación se basó fundamentalmente en la realización de entrevistas y en la observación de diversas actividades promovidas por los alcohólicos anónimos tales como: reuniones de recuperación (abiertas), encuentros, reuniones de servicios, reuniones de unidad, reuniones temáticas, fiestas conmemorativas del aniversario del grupo, etc. Las entrevistas fueron individuales y semiestructuradas, y hechas, en su mayor parte, entre 2001 y 2002. Como forma de obtener un mejor control sobre los datos recolectados, realizamos otras entrevistas a finales del año 2004 e inicio de 2005. Todos los testimonios fueron grabados con el consentimiento de los miembros del grupo y posteriormente transcritos. Atendiendo a la solicitud de los entrevistados, para la preservación del llamado “principio del anonimato”¹¹, los alcohólicos anónimos son identificados aquí con seudónimos.

Durante la investigación fue posible constatar en el llamado “libro de registro”¹² y también en conversaciones con el coordinador y el responsable del mantenimiento de la sala de reuniones del grupo Sapopemba, que había un total de 86 personas registradas como miembros del grupo. De éstos, 81 eran hombres y 5 mujeres. Según la información recogida, de los 86 que ingresaron, 37 se alejaron del grupo: 36 hombres y una mujer. En el cuaderno de ingreso es posible constatar que, entre los miembros que se alejaron, la mayoría se quedó en el grupo entre uno y seis meses (15 personas en total).

De los 37 miembros que se alejaron, 15 se quedaron en el grupo de uno a seis meses; 13 de siete a doce meses; 7 se quedaron de trece a dieciocho meses, y 2 de diecinueve a veinticuatro meses. En un plazo de un año, se constató que 28 personas se alejaron del grupo. En relación con los miembros que mantienen un vínculo permanente con la hermandad, según los registros mantenidos por el grupo, se constató que 11 miembros tenían hasta un año de tratamiento en el grupo; 17 tenían entre dos y cinco años; 2 entre seis y diez años, y 9 entre once y quince años.

Por medio de la observación de las actividades del grupo y también de los registros hechos en su libro de presencia, se constató que en las reuniones de recuperación hay una frecuencia promedio de 15 miembros. Entre aquellos con los cuales conversé, 18 en total, sólo uno tiene menos de 40 años; los demás están en una franja etaria que varía entre 40 y 73 años.

La elevada franja etaria de los alcohólicos anónimos parece ser un indicador de que la “madurez física” favorece la percepción de las pérdidas acumuladas durante el llamado tiempo del “alcoholismo activo”, en el cual el uso del alcohol, considerado abusivo, provoca efectos dañinos, no sólo en el organismo del alcohólico sino, sobre todo, en su familia. Más adelante volveremos a este tema. Por ahora, vale la pena recordar que la elevada franja etaria parece ser también un indicio de la percepción de la relación existente entre los planos físico y moral que involucra la enfermedad “del alcoholismo”.

También fue relevante para la elección del grupo el hecho de estar situado en un barrio popular y habitado por un gran contingente de trabajadores con poca o ninguna preparación profesional, que ganan salarios bajos para su manutención y la de sus familias. La asociación del uso de alcohol con las masas trabajadoras constituye una referencia consagrada en el ámbito de las investigaciones relativas a los sistemas de clasificación y a las relaciones de poder que buscan establecer formas de control social sobre esa capa de la población¹³.

¹¹ El principio del anonimato forma parte de las 11ª y 12ª tradiciones de la hermandad, cuyos enunciados son los siguientes: décima primera tradición: “Nuestras relaciones con el público se basan en atraer en vez de promover; nos corresponde siempre preservar el anonimato personal en la prensa, en la radio y en las películas”; décima segunda tradición: “El anonimato es cimiento espiritual de nuestras tradiciones, acordándonos siempre de la necesidad de colocar los principios por encima de las personalidades”.

¹² Aunque no haga un control riguroso de la frecuencia a las actividades, el grupo Sapopemba mantiene un “libro de registro” en el cual son anotados los nombres de los miembros, su entrada en el grupo y también el de aquellos veteranos que continúan participando en sus reuniones. Los alcohólicos anónimos me dijeron que ese libro debe su existencia a la autonomía “del grupo”, que puede decidir mantener un control de ese tipo si sus miembros lo juzgan necesario. Dijeron, además, que a través de ese libro es posible saber el promedio de miembros que frecuentan el grupo, y que así contribuyen con información para los órganos de servicios de la hermandad. Además del libro de registro hay también un “libro de frecuencia” que los miembros firman todos los días cuando llegan a las reuniones.

¹³ Para Neves (2004), un eje de análisis muy recurrente es aquel que asocia el uso del alcohol con las masas trabajadoras y que pone énfasis en las situaciones de precariedad socioeconómica, aglutinándose en torno a la ecuación “pobreza, precariedad y alcoholismo”, con lo que se legitiman las

Entre los miembros contactados es significativo el número de jubilados (seis) que continúan trabajando en actividades informales para obtener algún ingreso. Destacan también cinco miembros que no tienen vínculo laboral formal: un ebanista, dos albañiles, un zapatero y un taxista. En menor número (dos) están los que tienen empleo formal; ellos son un asistente administrativo y un celador. Entre las mujeres, dos son “amas de casa”, como ellas mismas se reconocen; una es operaria pública y la otra está jubilada.

Durante los testimonios los alcohólicos anónimos destacan las pérdidas acumuladas, sobre todo en la familia, durante el periodo activo del alcoholismo. La esfera familiar se revela, así, como una referencia fundamental para los miembros del grupo, ya que la mayoría de ellos se declaró casado/a. Entre los hombres, nueve se declararon casados, tres solteros y uno viudo. Entre las mujeres, dos se declararon casadas y dos viudas. A excepción de los solteros, todos los demás declaran que tienen hijos.

76 ◀

LA SUBJETIVACIÓN DE LA ENFERMEDAD ALCOHÓLICA

Alcohólicos Anónimos es, de acuerdo con su literatura oficial, “una hermandad de hombres y mujeres que comparten sus experiencias, fuerzas y esperanzas, con el objetivo de resolver su problema en común y ayudar otros a que se recuperen del alcoholismo” (Alcoólicos Anónimos, 1996)¹⁴.

intervenciones sobre ese contingente de la población. En efecto, “de un modo positivo, la asociación tiende a valorar la relación entre precarias y adversas condiciones de trabajo y el uso sistemático o abusivo de alcohol. De un modo negativo, la asociación tiende a consagrar la articulación entre el uso abusivo de bebidas alcohólicas y la negligencia individual, incompatible con el desempeño de los papeles de esposo, compañero y padre” (Neves, 2004: 11).

¹⁴ La hermandad de Alcohólicos Anónimos nació en 1935 en Akron, en el estado de Ohio, en Estados Unidos, después de una conversación entre un corredor de la Bolsa de Nueva York y un médico, ambos conocidos, respectivamente, como Bill Wilson y Bob Smith. Ellos constataron que, por alguna razón hasta allí no bien comprendida, conseguían quedarse sin beber durante buenos periodos después que pasaban algún tiempo conversando y compartiendo su problema. Después de vivir una verdadera “experiencia espiritual y experimentar fuertes sentimientos de triunfo, paz y serenidad”, según testimonio del propio corredor, éste decidió trabajar para que otros alcohólicos se beneficiaran con el descubrimiento y organizó los primeros grupos.

Se trata de un programa de recuperación expresado en los Doce Pasos y en las Doce Tradiciones (Alcohólicos Anónimos, 2001)¹⁵, cuyo objetivo es ayudar a los alcohólicos a evitar el “primer trago” y mantener así la “sobriedad”.

Su modelo terapéutico está enfocado, fundamentalmente, a la recuperación individual y personal de sus miembros, que “parecen haber perdido el poder para controlar las dosis ingeridas” (Alcoólicos Anónimos, 1996). El alcoholismo es entendido como una “enfermedad incurable, progresiva y fatal”, de base “física y espiritual”, que se caracteriza por la pérdida “de control sobre el alcohol”, lo que lleva al alcohólico a beber de manera compulsiva, comportamiento que puede conducirlo a la “locura” o a la “muerte prematura”.

El modelo terapéutico de la hermandad también cuenta con la participación de los alcohólicos anónimos en reuniones periódicas. Las reuniones pueden llevarse a cabo en salas alquiladas o cedidas por iglesias, escuelas, instituciones correccionales o de tratamiento. Las llamadas “reuniones de recuperación” pueden ser de dos tipos: “cerradas”, compuestas sólo por aquellos que se consideran “enfermos alcohólicos”; y “abiertas”, destinadas a todos aquellos que desean conocer la hermandad.

En esas reuniones comparten sus experiencias, ayudándose mutuamente a encontrar fuerzas para superar la enfermedad “alcohólica”. Así, cuando llegamos a un salón de AA, sea por curiosidad, para conocer las actividades del grupo o para encontrar ayuda en el “problema” del alcoholismo, nos son presentadas un conjunto de ideas y de procedimientos formulados, dicen sus miembros, para responder a la enfermedad “del alcoholismo” y ayudar a los que la padecen a mantener la sobriedad. Los alco-

¹⁵ El programa de recuperación de AA se basa en un conjunto de procedimientos volcados al perfeccionamiento “espiritual” del individuo considerado enfermo. De un lado, ese programa terapéutico incluye la admisión de que existe un problema, la búsqueda de ayuda, la autoevaluación, compartir a nivel confidencial y mostrar la disposición tanto para notar los daños causados a terceros como para trabajar con otros alcohólicos que deseen recuperarse. De otro lado, están incluidas las relaciones que los Alcohólicos Anónimos mantienen entre sí y con la sociedad en general, que están reguladas a partir de un conjunto de preceptos que garantizan la unidad de la hermandad. La unión de esos dos polos forma la espina dorsal del programa de recuperación de AA, llamado también programa de los “Doce Pasos y de las Doce Tradiciones”.

hólicos anónimos son unánimes en decir que “aprendieron” eso después de que llegaron al grupo: “Cuando llegué aquí, aprendí que era enfermo e impotente en relación con el alcohol. Hice mi parte y me mantengo sobrio. Vengo para no olvidar que no puedo beber.”

Los miembros de AA encuentran en la hermandad un conjunto de valores que orientan sus prácticas hacia su recuperación. Ellos “aprenden” que son “enfermos” y que deben evitar el “primer trago”. Se construye así una teoría del alcoholismo en la cual el individuo no es responsable de la adquisición de su “enfermedad”, sino que, al contrario, ésta es considerada como un destino fatal y aleatorio.

Esa perspectiva se auna con la visión expuesta en la literatura de AA que define al alcoholismo como el resultado de una articulación entre una “sensibilidad física al alcohol” y una “obsesión mental” por ingerir bebida alcohólica, lo cual impide que el alcohólico pare de beber. Para AA es posible ser un alcohólico sin jamás haber bebido: basta para ello no haber tenido contacto con la bebida alcohólica. Fue lo que me dijo un miembro de AA cuando afirmó que “existen personas que nacieron, que vivieron ochenta años y que son alcohólicas, sólo que nunca se emborracharon. ¿Por qué? Porque nunca entraron en contacto con bebidas alcohólicas. Es una predisposición orgánica”.

La literatura antropológica enfatiza que la teoría de la enfermedad de AA representa el alcoholismo en los términos de una “*théorie de l'inné*” (Fainzang, 1996: 34), propia de una tradición biologizante extensamente difundida en Estados Unidos, según la cual el alcoholismo es definido como una *enfermedad innata*, de base “genética”, enraizada en el organismo del alcohólico. Se trata de una “*maladie de longue durée*” (Saliba, 1982: 82); una enfermedad crónica de base orgánica y mental, cuya superación y control no depende de la fuerza “de voluntad” del alcohólico.

Sin embargo, es necesario que avancemos en la comprensión de los significados relacionados con la definición del alcoholismo como una “enfermedad incurable y fatal”. Los alcohólicos anónimos tienen una manera propia de traducir esa característica de la enfermedad alcohólica evidente en la proposición semántica “un alcohólico no se hace alcohólico, es alcohólico”.

Además de reforzar la idea de que se es portador de una

“enfermedad crónica”, esa proposición sintetiza aquello que Bateson (1977) llama el “objetivo perseguido” en el modelo de AA, que es “el de permitir que el alcohólico coloque su alcoholismo en el interior de sí mismo” (1977: 279, traducción mía). Se trata de incorporar el alcoholismo por medio de la idea de que se es portador de una “enfermedad incurable”, con la cual se debe aprender a convivir. Es exactamente eso lo que afirma un miembro de AA:

Yo soy João, un enfermo alcohólico en recuperación. Yo agradezco al Poder Superior, compañeros y compañeras, que me ayuda en esa recuperación. Soy portador de la enfermedad del alcoholismo, una enfermedad que estaba guardada dentro de mí y que se manifestaría en cualquier oportunidad en que yo tuviera contacto con la bebida alcohólica. Yo lo podría haber evitado todo en la vida, pero si un día yo bebiera, aunque fuera por curiosidad, ahí estarían las consecuencias.

En el intercambio de experiencias durante la reunión de recuperación, la condición de enfermo es reiterada por medio del recuerdo permanente y repetido de las experiencias étlicas de cada individuo y de su camino a la sobriedad, anclada en los instrumentos suministrados por el grupo. De acuerdo con Soares (1999: 260):

Contra la amenaza de que el olvido de las condiciones del enfermo-alcohólico facilite la tentación del primer trago, contra el peligro de que la “negación” de la incapacidad de controlar la bebida lleve al alcohólico a suponerse nuevamente señor de su voluntad y capaz de prescindir del Poder Superior —y del grupo—, los alcohólicos anónimos cultivan un inventario de experiencias de las que se valen tanto los novatos como el más antiguo veterano, jamás liberado por completo de las trampas insidiosas de su enfermedad.

En el modelo de AA, por lo tanto, el alcoholismo es entendido como un mal que el individuo trae en sí mismo; que es parte de él, pero que puede ser controlado a partir del momento en que éste acepte la existencia de la enfermedad y la imposibilidad de enfrentarla solo: “El hecho es que la mayoría de los alcohólicos, por razones aún oscuras, pierde el poder de decisión frente a la bebida. Nuestra llamada ‘fuerza-de-voluntad’ se hace prácticamente inexistente [...] No tenemos ninguna protección contra el primer trago” (Alcohólicos Anónimos, 1994: 47).



Grupo 24 Horas "Condesa". Ciudad de México, 2008.

Ahora bien, esa incapacidad de enfrentar el problema del alcoholismo valiéndose sólo de la propia voluntad es traducida en los pasos uno y dos del programa de recuperación de la hermandad:

- 1) Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol —que habíamos perdido el dominio sobre nuestras vidas.
- 2) Vinimos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podrá devolvernos la salud.

El alcohólico debe reconocer que es portador de una enfermedad y que su control no depende de la "fuerza de voluntad". En lugar de afirmar: "yo puedo", "yo quiero" y "yo podré", tal como prevé la creencia arraigada en la soberanía del yo —asentada en la ideología moderna del individualismo—, opuesta al reconocimiento del fracaso

en la conducción de sí mismo por su propia voluntad, éste reconoce su "impotencia" frente a una enfermedad que es fatal y la necesidad de ayuda.

Esos pasos representan así un momento fundamental en la reconstrucción de la subjetividad por medio del reconocimiento de que el individuo no es uno, sino múltiple, pues hay en él fuerzas que lo guían y lo controlan, independientes del ego. En efecto, se trata de una subjetivación de la enfermedad alcohólica, es decir, una construcción subjetiva marcada por la patología del alcoholismo.

Más que pertenecer a una tradición biologizante, el modelo de AA opera como un constructo que instaura un régimen particular de alteridad a partir de un mecanismo simbólico de incorporación de la enfermedad, que pasa a ser entendida como la "alteridad" presente en el cuerpo de cada alcohólico. En ese sentido, el modelo de AA posibilita la instauración de un régimen práctico-discursivo dentro del cual los alcohólicos anónimos se reconocen como "enfermos alcohólicos en recuperación": individuos enfermos que traen el mal dentro de sí.

Uno de los miembros de AA enuncia en los siguientes términos ese proceso de "incorporación" de la enfermedad:

Yo sólo tengo ojos para el grupo. Es una sensación rica. Es un Poder Superior maravilloso que me trae aquí todos los días. Yo ya no puedo vivir sin el salón de AA. A la hora de la reunión, hay una cosa que se incorpora en mí. Yo no tengo ganas de beber, lo que es importante. Hoy soy uno tipo feliz porque no bebo.

Los alcohólicos anónimos construyen una red de reciprocidad al interior de la cual actualizan su condición de enfermos. Resulta que sólo pueden asumir la enfermedad alcohólica, ante sí mismos, si ésta es reafirmada delante de los otros alcohólicos durante las reuniones. No es por casualidad, entonces, que el miembro de AA diga que durante la reunión "hay algo" que "incorpora", que pasa a formar parte de él. Se trata del reconocimiento de la enfermedad, de la interiorización de la condición de enfermo reafirmada cotidianamente dentro del grupo.

Durante las reuniones vividas en la hermandad se puede observar la construcción de la identidad de "enfermo alcohólico en recuperación" a través de un proceso simbólico, en el cual la enfermedad es percibida como un

“otro” cuya morada es el propio cuerpo del alcohólico. El individuo encuentra, de esa manera, un lugar para el cuerpo y para el espíritu, ambos enfermos, reconciliándose consigo mismo y también con sus familiares. Ese es el paso fundamental dado por los alcohólicos anónimos en dirección a su reconstrucción subjetiva, cuyos contornos son delineados a partir del reconocimiento de la enfermedad como alteridad, y que luego es socializado en las historias de vida compartidas todos los días.

El intercambio de experiencias contribuye a crear una memoria colectiva, un repertorio común que fortalece la adhesión al modelo terapéutico y la consecuente disposición para evitar el uso del alcohol. En vez de quedarse en el olvido, la sobriedad es mantenida por el recuerdo siempre repetido de las desventuras con la bebida vivenciadas por cada uno de los miembros del grupo. Los alcohólicos anónimos cultivan, así, un inventario de experiencias comunes que sirve de antídoto para la tentación del “primer trago”, de modo que asumen para sí mismos la responsabilidad sobre el control de la “enfermedad alcohólica”.

El discurso de cada miembro es un hilo que se entrelaza a los otros en la construcción de una verdadera red de reciprocidad, que sirve de referencia al conjunto de la hermandad. Como consecuencia se garantiza la continuidad de la institución a través de la (re)producción de sus ideas y valores, a partir de una práctica cotidiana que posibilita la adhesión de nuevos adeptos, quienes encuentran en AA un lugar donde el cuerpo y el espíritu, considerados “enfermos”, obtienen los recursos y el soporte necesarios para su recuperación.

ALCOHOLISMO: ENTRE LO FÍSICO Y LO MORAL

La reunión de recuperación es el momento en el cual los hombres y mujeres miembros de AA comparten sus *experiencias* individuales —historias de vida del tiempo de alcoholismo activo y de la recuperación—, hablan también de sus conflictos, pérdidas y conquistas, actualizando cada vez los principios que presiden el programa de recuperación de la hermandad (Campos, 2005a: 95-116).

En esas reuniones los alcohólicos narran los unos a los otros, a través de verdaderos testimonios personales, he-

chos en primera persona, llamados “partilhas”, sus experiencias vividas antes y después de la entrada en AA. A través de esas narrativas de fuerte carga emocional se ayudan mutuamente, reforzando la identificación con los principios de la hermandad, al mismo tiempo que encuentran fuerzas para mantener la sobriedad y reorganizar sus vidas de una manera individual y colectiva.

Es en las reuniones de recuperación que los miembros del grupo pueden (re)actualizar el modelo terapéutico de la hermandad, al comunicar y legitimizar su condición de enfermos:

Mi nombre es Aurélio, soy un *enfermo alcohólico en recuperación* que frecuenta las reuniones para dejar de ser un borracho. Para dejar de ser un tomatrigo [...] [Aurélio tenía *compulsión* por la *cachaça*¹⁶]. El alcohol estaba dominándome. Yo ya estaba completamente *dominado por el alcohol*. Cuando estaba activo, yo fui agresivo con mi salud. Desarrollé una hipertensión. Cuando bebía perdía todo, dejaba de lado la familia, los amigos, el trabajo. Con AA conseguí mantener mi familia, mis amigos. Ahora tengo todo [...] Es necesario tener conciencia de la enfermedad y de lo que ella causa.

Un análisis de los testimonios compartidos durante las reuniones de recuperación revela que, aunque fundadas en la experiencia intransferible del dolor y del sufrimiento, los alcohólicos anónimos utilizan un código común y específico, un lenguaje determinado para expresar los dilemas y problemas de la práctica social y la confrontación cotidiana entre las situaciones vividas y los valores propios del contexto sociocultural en que viven, principalmente los valores de la familia y del trabajo.

Las narrativas recogidas durante la investigación de campo en el grupo Sapopemba de AA también son elocuentes en la representación del alcoholismo como una enfermedad que alberga una multiplicidad de significados que transitan entre dos planos: físico y moral. Cuando hablan sobre el alcoholismo, los alcohólicos anónimos movilizan un rico conjunto de categorías para expresar

► 79

¹⁶ Bebida fabricada a base de caña de azúcar con alto contenido alcohólico, cuyo precio es bajo, y que es muy consumida en bares localizados en los barrios populares.

sus aflicciones y los efectos del alcohol sobre su organismo, así como su deterioro. Es lo que encontramos en las entrevistas hechas a los miembros del grupo:

Yo me despertaba por la mañana y sentía dolores en el *estómago*; necesitaba *vomit*ar, pero sólo después de que bebía la sensación pasaba [...] Comencé a tener *náuseas* a las tres de la mañana, constantemente; aunque no hubiera bebido sentía náuseas. Sentía agua en la boca. Daban las 8:30 de la mañana y no aguantaba: tenía que beber para ponerme bien. Ya tenía que beber. Yo bebía ya incluso por la mañana. Era muy *descuidado* con mi aspecto *físico*.

Durante las “partilhas” es común escuchar, incluso, que el alcoholismo provoca “hinchazón de las manos y de las piernas”, “náuseas”, “dolores de estómago” y “temblores” que sólo cesan después de la ingestión de una dosis de bebida alcohólica. Los alcohólicos anónimos trazan así una nosografía de la enfermedad del alcoholismo a partir de “síntomas” orgánicos tales como “resaca”, “mareo”, “náuseas”, “pérdida de fuerza física”, “debilitamiento”, “temblores”, “alergia”, “hinchazón de manos y rostro”, y también de enfermedades como “hipertensión” y “cirrosis”.

Asociada a la sintomatología orgánica también encontramos una serie de expresiones que se refiere a los efectos mentales del uso del alcohol y que altera el comportamiento del alcohólico: “alucinaciones”, “depresión”, “desequilibrio”, “agitación”, “agresividad”, “olvidos”, “delirios”, “nerviosismo”, “pérdida de memoria” y “locura”.

Conectada a esta sintomatología física y mental, también puede observarse en el discurso de los alcohólicos anónimos una rica expresión de “síntomas” morales que apuntan a los efectos del alcoholismo en el campo de las relaciones en el cual se encuentra el alcohólico, principalmente en el trabajo y en la familia. Los miembros del grupo evocan los efectos del alcohol y del alcoholismo sobre la familia en los siguientes términos: “El borracho es un ladrón de la familia”; “Yo le quitaba la tranquilidad a la familia” y “El alcoholismo es una enfermedad de la familia”.

La enfermedad del alcoholismo desborda los límites del individuo para afectar, sobre todo, al núcleo relacional al cual pertenece el alcohólico, conduciéndolo entonces a una ruptura de sus lazos familiares y laborales:

Cuando bebía perdía todo y dejaba de lado la familia, los amigos, el trabajo; cuando bebía yo no veía a mis hijos, yo no me relacionaba con mi mujer. Perdía todo. Sólo quería la bebida.

Los alcohólicos anónimos movilizan un conjunto de expresiones y de categorías morales que denotan una forma propia de entender el alcoholismo y sus efectos. Así, la “enfermedad alcohólica” es interpretada a través de las siguientes categorías morales: “orgullo”, “omnipotencia”, “egocentrismo” y “resentimiento” que, a su vez, provocan efectos morales como: “vertedero moral”, “desequilibrio moral”, “pérdida de fuerza moral”, “desmoralización”; efectos sociales, como por ejemplo: “vertedero social”, “pérdida de los amigos”; efectos profesionales, definidos como: “vertedero profesional” y “pérdida del trabajo” y también efectos familiares: “peleas de pareja”, “conflictos con los hijos”, “pérdida de la familia” y “enfermedad de la familia”.

En el lenguaje de la enfermedad formulado por los alcohólicos anónimos, por lo tanto, el alcoholismo toma las características de una “perturbación físico-moral”¹⁷ que afecta no sólo la esfera físico-orgánica, sino la de las relaciones de familia. La llamada enfermedad del alcoholismo es traducida, entonces, tanto a partir de sus efectos sobre el organismo, comprendiendo el ámbito físico y mental del enfermo, como a partir de sus efectos sobre lo moral, que incluye, sobre todo, el ámbito familiar. Si el alcoholismo es una “enfermedad del individuo”, es también una “enfermedad de la familia”.

EL ALCOHOLISMO: UNA “ENFERMEDAD DE LA FAMILIA”

La categorización del alcoholismo como una “enfermedad de la familia” posee un valor heurístico, ya que permite entrever los sentidos del enfermarse y del sufrimiento, fundados en los valores diferenciales que conforman el

¹⁷ Las “perturbaciones físico-morales” son entendidas aquí en el sentido propuesto por Duarte (2003: 177) y se refieren “a las condiciones, situaciones o eventos de vida considerados irregulares o anormales por los sujetos sociales y que involucren o afecten no sólo su más inmediata corporalidad, sino también su vida moral, sus sentimientos y su auto-representación”.



© Gloria Minauro / ephoto.com

Ciudad de México, 2008.

contexto sociocultural en el cual los alcohólicos anónimos se encuentran, principalmente los valores “familia” y “trabajo”. Es eso lo que puede verse en la entrevista con uno de los miembros de AA:

El alcoholismo me afectó principalmente en lo *familiar* y en el *trabajo*. Primero con la *familia*, porque yo pasé a ser un hombre *irresponsable*; un hombre con quien no se puede contar. Eso me generó un problema muy grave pues la propia familia ya no creía en mí, y yo tampoco. El alcoholismo me entorpecía [...] En la *fábrica* fue la misma cosa: yo tenía mis funciones junto a los demás compañeros pero por mi borrachera nadie podía contar conmigo. Me convertí en un hombre inútil en el equipo. Justo ahí yo sentí que *perdí el dominio*, *perdí la credibilidad*, *perdí el interés*, *perdí la fuerza de voluntad*, *perdí la fuerza física*.

Queda claro que el alcoholismo afecta directamente las relaciones que el alcohólico mantiene con la familia y en el trabajo. La dependencia del alcohol que alcanza el enfermo afecta la fuerza “física” del alcohólico, que se ve incapaz de cuidar de sí mismo y de su familia. Así, él no se reconoce como “un hombre digno”, es decir, como un trabajador responsable que provee el sustento familiar.

Pero, ¿cómo la enfermedad alcohólica se articula con los valores propios del universo sociocultural en el cual los alcohólicos anónimos están involucrados, principalmente con los valores familiares? ¿Cómo el alcoholismo nos ofrece información sobre las relaciones sociales en las cuales los ex bebedores se encuentran?

Los estudios demográficos (Goldani, 1999: 40-66) han enfatizado la importancia de la familia como “factor de

protección social” en los países de América Latina y particularmente en Brasil, en función de las transformaciones provocadas en el orden económico de las últimas décadas¹⁸. Para esta autora: “La centralidad de la familia como factor de protección social implica tener presente su carácter activo y participante en los procesos de cambios en curso y, al mismo tiempo, las transformaciones internas, en particular en sus dimensiones de sexualidad, procreación y convivencia” (Goldani, 1999: 40).

En la sociedad brasileña, en medio de la inestabilidad y de la inseguridad generadas por la exclusión social,

[...] la familia tiende a constituirse como un punto fijo en torno al cual las identidades se estructuran y a partir del cual hombres y mujeres trabajadores pueden contar una historia y elaborar una biografía, dar coherencia a los acontecimientos vividos, atribuir un sentido a sus experiencias y construir proyectos para el futuro, convirtiendo su mundo difícil de vivir [...] en un espacio de conflicto “cooperativo” en el que se entrecruzan las diferencias de género y generacionales (Goldani, 1999: 65).

82 ◀

Esa perspectiva también ha sido evidenciada por la literatura antropológica al resaltar el papel central ocupado por la familia en las relaciones sociales y en la definición de la identidad social, sobre todo entre los miembros de los estratos populares. Ejemplo de esto es el trabajo de Sarti (2005), que destaca la manera en que la familia opera como una referencia simbólica central en los medios populares, de modo que el espacio familiar, pensado “como un orden moral, constituye el espejo que refleja la imagen con la cual los pobres ordenan y dan sentido al mundo social” (Sarti, 2005: 22) al cual pertenecen.

Duarte (1986) ya había destacado la centralidad que la familia ocupa entre los miembros de las capas populares, donde opera como un valor en la construcción de la identidad social y de la noción de persona en su interior. Para ese autor, “el valor-familia abarca un cierto número de

cualidades distribuidas entre sus componentes que le conceden relevancia como foco de la identidad social” (1986: 175). En los estratos populares, por lo tanto, el “valor-trabajo”, fundamental en la definición de la condición de “trabajador” y de “hombre proveedor”, es opacado por el “valor-familia”, centro irradiador y foco principal en la definición de la identidad de los miembros de ese grupo social.

Ahora bien, aunque la hermandad de AA define el alcoholismo como una “enfermedad del individuo”, cuando hablan del mal que los aflige, los alcohólicos anónimos hablan de sí mismos y de los conflictos vividos en el medio social al que pertenecen. Así, el discurso de la enfermedad proporciona un lenguaje a través del cual los miembros del grupo pueden dar sentido a sus aflicciones y conflictos, particularmente a aquellos generados en el ámbito familiar y laboral.

Aquí es importante tener en cuenta las palabras de Sahlins (2003b: 7), para quien los significados producidos al interior de un orden cultural son constantemente revisados por los agentes en sus acciones por medio de su relación con el mundo. Si, “por un lado, las personas organizan sus proyectos y dan sentido a los objetos partiendo de comprensiones preexistentes del orden cultural [...], por el otro, los hombres, creativamente, repiensan sus esquemas convencionales”¹⁹.

La expresión “enfermedad de la familia” indica, por lo tanto, un modo particular de los alcohólicos anónimos de entender y significar la experiencia del alcoholismo al interior del modelo terapéutico de la hermandad. Cierta vez, en una conversación con un miembro de AA, pregunté si esa definición estaba presente en la literatura oficial de la hermandad. Él me dijo: “No, eso sólo lo encuentra aquí [en el grupo Sapopemba], esa es una definición nuestra”.

La hermandad de AA opera como un orden de sentido al interior del cual son construidos los significados en torno al alcohol, el alcoholismo y la persona misma, en-

¹⁸ Para Goldani, la familia siempre desempeñó un papel activo en la protección de los individuos: “En la actual crisis de los modelos de Estado de Bienestar, las familias son llamadas a asumir, de forma amplia, su papel de protección social y son presentadas, por muchos, como ‘nuevos’ actores” (Goldani, 1999: 41).

¹⁹ Según Sahlins (2003b: 10): “Los hombres en sus proyectos prácticos y en sus arreglos sociales, informados por significados de cosas y de personas, someten las categorías culturales a riesgos empíricos. En la medida en que lo simbólico es, de este modo, pragmático, el sistema es, al mismo tiempo, la síntesis de la reproducción y de la variación”.



© Ricardo Ramírez Arriola / e7photo.com

Estado de México, 2006.

► 83

tendiéndose ésta como un “enfermo alcohólico en recuperación”, de modo que sus miembros tienen una manera propia de significar sus experiencias éticas, articulando y movilizandolos elementos característicos del universo social al que pertenecen, principalmente los valores “familia” y “trabajo”, que estructuran y orientan sus prácticas sociales.

Para los alcohólicos anónimos el alcoholismo hace que toda la familia, y no sólo el alcohólico, se enferme, subvirtiendo el orden familiar²⁰. O sea, el alcoholismo es conce-

bido como una enfermedad física y moral que envuelve la totalidad de la persona portadora de este mal, comprometiendo la construcción del alcohólico como un individuo “responsable”, impidiéndole reconocerse en las identidades sociales de padre/madre, esposo(a) y traba-

²⁰ La categorización “enfermedad de la familia” también señala la dimensión “contagiosa” del alcoholismo, presente en las representaciones de los ex bebedores y en las de sus familiares sobre los efectos del alcohol en la esfera

familiar. Como nos recuerda Fainzang (1996), una enfermedad no contagiosa desde el punto de vista médico puede asumir ese carácter contagioso en las representaciones formuladas por sus portadores. En ese sentido, “la definición antropológica de la idea de contagio debe liberarse de sus dimensiones médicas y responder a las representaciones, las cuales ella convierte en objeto de estudio, en aras de proponer una nueva acepción” (1996: 93, traducción mía). En un trabajo anterior (Campos, 2005b: 155-163), discutimos la posibilidad de la elaboración de una “teoría cultural del contagio” a propósito del alcoholismo, distante de las acepciones biomédicas.

jador(a). El portador de la enfermedad del alcoholismo vive una “pérdida de control sobre el alcohol” que significa, sobre todo, “perder la cualidad moral de cuidar de sí y de proveer a su familia a través del trabajo” (Campos, 2005a: 147). Es eso lo que sugiere el testimonio de un miembro de AA al referirse a los efectos del uso del alcohol sobre la relación con sus hijos:

En mi familia, mi hijo menor me decía: “está borracho” y el otro: “ya se tomó su trago”, o sea, eso desmoraliza. *Uno queda sin fuerza moral.* Mi hija tampoco creía ya en mí. Yo era perjudicial porque bebía y hablaba cosas que debía y cosas que no debía, porque el alcohol *desajusta el cerebro.*

El alcohol actúa directamente sobre el “cerebro”, órgano vital responsable del control de sí mismo. Desajustado por la acción del alcohol, el cerebro no controla las reacciones del alcohólico que deja, entonces, de actuar responsablemente, introduciendo un elemento de “desorden” en la esfera familiar y alterando las obligaciones y las relaciones jerárquicas entre sus miembros. De esta manera, el uso del alcohol le quita la fuerza “moral” al alcohólico frente a sus familiares, dejándolo sin posibilidad de ejercer la autoridad moral de “padre” ante sus hijos.

En la entrevista con otro miembro de AA queda claro cómo la enfermedad alcohólica afecta los lazos sociales del enfermo:

Sentí que estaba dependiendo del alcohol y que estaba decadente. Una vez, cuando llegué a casa y no pude abrir la puerta para entrar, entonces me dormí afuera. La gente pasaba de camino al trabajo, yo me acuerdo. Un tipo pasó y me señaló con el dedo, yo lo vi, yo me estaba despertando pero no tenía fuerza para levantarme. Él dijo: “Mira ese borracho dónde se durmió”. Ahí yo sentí que mi situación era triste.

Este testimonio es representativo en varios aspectos. Queda claro, por un lado, cómo la dependencia “del alcohol” compromete la fuerza “física” del bebedor, impidiéndole levantarse y obligándolo a dormir fuera de casa. Por otro lado, dormir en la calle refuerza el estigma puesto en la imagen del “borracho” que no consigue entrar en su propia casa, en oposición a la imagen del “trabajador”, del

hombre responsable, que se despierta listo para ir al trabajo y proveer el sustento de su familia.

Gran parte de la discusión sobre el alcoholismo, particularmente entre hombres de estratos populares, trata, al mismo tiempo, cuestiones de “responsabilidad” y de “fuerza física”, de modo que el uso del alcohol desempeña un papel ambiguo, actuando unas veces como “estimulante” para trabajos pesados y poco calificados; otras, como un problema que compromete la responsabilidad en el cumplimiento del deber.

Boltanski (2004) enfatiza que, entre hombres de capas populares, el uso del alcohol es frecuentemente asociado con la idea de “fuerza” y es normal su consumo, particularmente antes de las comidas como forma de “abrir el apetito”. La representación del alcohol como fortificante se asocia con una representación del cuerpo como “instrumento” básico para el ejercicio de trabajos pesados y menos calificados. De acuerdo con este autor: “la experiencia que los miembros de las clases populares tienen del cuerpo tiende a concentrarse en la experiencia que tienen de su fuerza física, o sea, de su mayor o menor aptitud para hacer funcionar el cuerpo y utilizarlo intensamente la mayor cantidad de tiempo posible” (2004: 142).

Duarte, por su parte, anota que la relación fuerza/fragilidad es “un referente básico para la definición de cualidades diferenciales de la persona y, en este caso, primordialmente *del hombre*, que como *trabajador*, tiene en la fuerza ‘muscular’ uno de sus atributos ideales básicos” (1986: 145, cursivas en el original). La cualidad de la fuerza física es un atributo diferencial en la definición de las cualidades de la persona, sobre todo entre los hombres de las capas populares. Un hombre fuerte —en el sentido de su fuerza física— es aquel apto para ejercer las duras tareas impuestas por el mundo del trabajo, al mismo tiempo en que provee el sustento de su familia.

Por el contrario, dejar de trabajar significa, sobre todo, no cumplir su papel moral de hombre “proveedor”. Pues, “en la moral del hombre, *ser hombre fuerte para trabajar* es condición necesaria, pero no suficiente, para la afirmación de su virilidad” (Sarti, 2005: 95, cursivas en el original).

Ahora bien, dormir en la calle, en las bancas de jardines y parques, también es un signo de la ruptura con el soporte



© Gloria Minauro / e7photo.com

Ciudad de México, 2008.

► 85

relacional de la familia, que da al alcohólico la posibilidad de reconocerse como “hombre digno”. La casa confiere una fuerte dignidad moral a aquellos que la habitan. En ella, el hombre es reconocido como “padre”, “esposo”, “jefe de familia” y toda una serie de categorías que, a diferencia de la calle, le garantiza autoridad y reconocimiento.

En la entrevista anterior, dormir en la calle significa formar parte de un mundo indiferenciado e impersonal, del “mundo de la calle” en el cual se es “nadie”. En la calle este hombre ya no encuentra el lugar de autoridad que ejerce en la familia. Su tristeza refleja el sentimiento de “fracaso” por no cumplir con su “obligación” de proveer a su familia con “techo y alimento”, ya que los hombres se sienten responsables por los ingresos familiares. Se trata, así, del sentimiento de “pérdida de la dignidad” y del reconocimiento del “vertedero moral” en que se encuentra.

El alcoholismo asume, así, la dimensión de una enfermedad que articula los planos físico y moral de la persona, impidiendo al alcohólico actuar de modo “responsable”. Cuando hablan de la enfermedad y de los sinsabores enfrentados en los tiempos del alcoholismo activo, los alcohólicos anónimos hablan de los conflictos enfrentados con los valores y las reglas de la vida social en los cuales están envueltos, principalmente, los valores “familia” y “trabajo”.

LÓGICA TERAPÉUTICA Y LÓGICA CULTURAL EN AA

Los alcohólicos anónimos elaboran un *lenguaje* de la enfermedad alcohólica que permite organizar y dar sentido a la experiencia vivida, al mismo tiempo que define los



© Ricardo Ramírez Arriola / e7photo.com

contornos de sí mismos entendidos como “enfermos alcohólicos” y se construye otra subjetividad dentro del grupo.

El alcohólico pasa a cuidar de sí mismo al tiempo que cuida de su familia, amarrando los hilos que habían sido rotos en la vida social: “Después de que conocí Alcohólicos Anónimos comencé a tener una vida diferente. Después de mucho tiempo separado, volví a convivir. Hoy con mi trabajo consigo mantener a mi familia. Es esa la condición que da AA”.

El modelo terapéutico de AA lleva al ex bebedor a cambiar su “modo de ser” y a seguir otro “estilo de vida”, lejos de los “viejos amigos, de los viejos hábitos y de los viejos caminos” vividos en el tiempo del alcoholismo activo. Se trata de una reconstrucción subjetiva por medio de un conjunto de prácticas y de discursos que inciden directamente en el cuerpo y el espíritu de los ex bebedores, posibilitando su recuperación.

No por casualidad el programa de recuperación de la

hermandad es llamado “programa de *evitaciones*”, que orientan la resignificación de los espacios de sociabilidad al interior de los cuales el ex bebedor construye su experiencia entre, por un lado, el “bar”, la “cantina”, en el cual las relaciones eran mediadas por el uso de bebidas alcohólicas y, por el otro, tanto el “grupo de AA”, “espacio de recuperación”, como “la casa” y el “lugar de trabajo”, espacios de las relaciones familiares y profesionales, respectivamente, ahora valorados. En la entrevista, un miembro de AA afirma:

Antes de Alcohólicos Anónimos yo sólo pensaba en el bar. Cuando llegaba del trabajo no paraba ni cinco minutos en casa y me iba para allá. Muchas veces llegaba a la casa borracho y ni me bañaba; dormía de cualquier forma. Cuando me despertaba sentía esa resaca [...] Hoy llego a casa, beso a mis hijos, converso con ellos, con mi mujer. Ahora, por ejemplo, estoy pagando la carrera de mi hija. Hoy, sobrio, yo puedo conversar con mis hijos. Todo eso se lo debo al Poder Superior y a Alcohólicos Anónimos.

El modelo terapéutico de AA posibilita la recuperación del alcohólico por medio del rescate de su responsabilidad física y moral. En efecto, al contrario del deterioro del organismo provocado por el alcohol, se presencia ahora una valorización del cuidado de la propia salud, del bienestar físico y estético, expresado “en el cuidado al afeitarse”, “cortar el cabello”, “bañarse” y en el “vestir”.

Lo mismo sucede con relación al ámbito moral, en el cual en vez del “orgullo” el alcohólico cultiva la “humildad”; en vez del “egoísmo” cultiva el “altruismo”; en vez de la “hostilidad”, la “amistad” y en vez del “resentimiento”, el alcohólico practica la “ayuda” a otro alcohólico que aún sufre. Es así como el alcohólico recupera su “dignidad” y se reconoce como “proveedor” de su familia.

El modelo de AA es regido por una lógica cuyas reglas hacen énfasis tanto en los procedimientos terapéuticos del cuidado de sí mismo —corporales, médicos, higiénicos y estéticos—, como en los códigos culturales que conforman el contexto sociocultural del cual los ex bebedores forman parte. En otras palabras, se trata de una lógica regida por una “bio-moralidad”, es decir, una forma específica de gestión de la propia vida en la cual el ejercicio de la responsabilidad individual en el cuidado de sí mismo se auna con una lógica propia de una forma de gestión colectiva de la salud, que envuelve la recuperación de las relaciones familiares de los ex bebedores.

El modelo terapéutico de AA apunta hacia una forma de gestión de la salud, cuya lógica se organiza en torno a lo individual y lo colectivo (familiar), promoviendo “la integración de normas y prácticas de tipo individualista a la gestión colectiva de la salud” (Fassin, 1996: 273, traducción mía). O sea, la lógica terapéutica dirigida al cuidado de sí es englobada por la lógica cultural y se expresa por medio de un lenguaje de la enfermedad construido en torno a los valores de la “familia” y del “trabajo”, propios del contexto sociocultural en el cual se encuentran los alcohólicos anónimos.

Así, el modelo de AA posibilita que el alcohólico reconstruya los vínculos familiares y profesionales por medio del cultivo de su *responsabilidad*. Para los alcohólicos anónimos, la responsabilidad no es una categoría “ético-abstracta”, sino una “responsabilidad-obligación” para consigo mismos y en razón de los actos cometidos en los tiempos

del alcoholismo activo, sobre todo si esos actos provocaron daños a terceros que deberán, ahora, ser reparados.

La “responsabilidad” es una categoría relacional por excelencia, un valor ético-moral que articula los planos físico y moral de la enfermedad alcohólica. A la imagen del “hombre irresponsable”, “dependiente del alcohol” y que tiene su voluntad dominada por la bebida, se contraponen la imagen del “hombre responsable”, miembro de AA, que se responsabiliza por los cuidados de sí mismo al mismo tiempo que cumple sus deberes con relación a su familia.

El modelo terapéutico de AA posibilita entonces la reconstrucción de la subjetividad, a través de la incorporación de la enfermedad alcohólica como una alteridad necesaria para la fabricación de la identidad de “enfermo alcohólico en recuperación”. El modelo de AA es un constructo simbólico que opera en el orden de la subjetivación de la enfermedad, permitiendo al alcohólico reconocerse como enfermo, al mismo tiempo que se basa en una lógica terapéutica englobada por la lógica cultural regida por los valores “familia” y “trabajo”.

En ese sentido, la recuperación de un alcohólico significa también la recuperación de sus lazos familiares. La reconstrucción subjetiva también significa el rescate de las identidades sociales de padre/madre, esposo(a) y trabajador(a), dentro de una lógica regida por códigos culturales, por medio de los cuales se articulan los planos físico y moral de la vida del alcohólico. Así, si el modelo terapéutico de la hermandad pretende reestablecer la responsabilidad del alcohólico en el cuidado de sí a través de la abstinencia con relación al alcohol, también posibilita el “cuidado del otro” a través de la restauración de las relaciones familiares y profesionales.

Es así que todos los días los alcohólicos anónimos celebran la sobriedad y se identifican como “enfermos alcohólicos en recuperación”, responsables por los cuidados de sí mismos y de sus familias, (re)diseñando, de esa manera, los contornos de su construcción subjetiva dentro de un modelo terapéutico en el cual relacionarse con el otro significa, fundamentalmente, volcarse hacia sí mismo.

Bibliografia

- Alcoólicos Anônimos, 1994, *A história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo*, Centro de Distribuição de Literatura de AA para o Brasil (CLAAB), São Paulo.
- , 1996, *O Grupo de AA: onde tudo começa*, Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos (JUNAAB), São Paulo.
- , 2001, *Os doze passos e as doze tradições*, Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos (JUNAAB), São Paulo.
- Bateson, Gregory, 1977, “La Cibernétique de ‘soi’: une théorie de l’alcoolisme”, en *Vers une écologie de l’esprit*, t. 1, Seuil, Paris, pp. 265-297.
- Bernard, Carmen, 2000, “Boissons, ivresses et transitions”, *Revue Autrement*, núm. 191, febrero, pp. 13-53.
- Boltanski, Luc, 2004, *As classes sociais e o corpo*, 3ª ed., Regina A. Machado (trad.), Paz e Terra, São Paulo.
- Campos, Edemilson Antunes de, 2005a, *Alcoolismo, doença e pessoa: uma etnografia da associação de ex-bebedores Alcoólicos Anônimos*, tesis de doctorado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- , 2005b, “Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos”, *Revista de Antropologia*, vol. 48, núm. 1, enero-junio, pp. 315-361.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid), 2002, *Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País, 2001*, Universidade Federal de São Paulo, Secretaria Nacional Anti Drogas, São Paulo.
- Duarte, Luiz Fernando Dias, 1986, *Da vida nervosa da classe trabalhadora*, Zahar, Rio de Janeiro.
- , 2003, “Indivíduo e pessoa na experiência da doença”, *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 173-183.
- Dufour, Annie Hélène, 1989, “Cafés des hommes en Provence”, *Terrain*, núm. 13 (Boire), pp. 81-86.
- Fassin, Didier, 1996, *L'Espace politique de la santé. Essais de géo-néologie*, PUF, Paris.
- Fainzang, Sylvie, 1996, *Ethnologie des anciens alcooliques: la liberté ou la mort*, PUF, Paris.
- Gabhainn, Saorise Nic, 2003, “Assessing Sobriety and Successful membership of Alcoholics Anonymous”, *Journal of Substance Use*, núm. 8, pp. 55-61.
- Gilbert, Francis, 1991, “Development of a ‘Steps Questionnaire’”, *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 52, núm. 4, pp. 353-360.
- Goldani, Ana Maria, 1999, “O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdade, restrições e oportunidades demográficas”, Loren Galvão e Juan Díaz (coords.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*, Hucitec, Population Council, São Paulo, pp. 40-66.
- Guedes, Simone Lahud, 1997, *Jogo de corpo: um estudo de construção social de trabalhadores*, EDUFF, Rio de Janeiro.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 2003, *Dommages sociaux, abus et dépendance*, Les Editions INSERM, Paris.
- Magnani, José Guilherme Cantor, 2003, *Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade*, 3ª ed., Huicitec, São Paulo.
- Mäkelä, Klaus, 1996, *Alcoholics Anonymous: As Mutual-Help Movement: Un Study in Eight Societies*, University of Wisconsin Press, Wisconsin.
- Neves, Delma Pessanha, 2004, “Alcoolismo: acusação ou diagnóstico?”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, núm. 1, enero-febrero, pp. 7-14.
- Sahlins, Marshal, 2003a, *Cultura e razão prática*, Sérgio Tadeu de Niemayer (trad.), Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- , 2003b, *Ilhas de história*, Barbara Sette (trad.), Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Saliba, Chalif, 1982, *La Cure de désintoxication alcoolique et ses prolongements*, Presse Universitaire de Lyon, Lyon.
- Silva, Luiz Antonio Machado da, 1978, “O significado do boqueteim”, en L. Kowarick (coord.), *Cidade: usos & abusos*, Brasiliense, São Paulo, pp. 73-113.
- Sarti, Cynthia Andersen, 2005, *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*, 3ª ed., Cortez, São Paulo.
- Soares, Barbara Musumeci, 1999, *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.