

De rituales y subjetividades

Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos

Eduardo L. Menéndez

En este trabajo primero comentaré las principales características e interpretaciones sobre los grupos de Alcohólicos Anónimos propuestas por los artículos publicados en este número de la revista *Desacatos* tomados en conjunto. En un segundo momento analizaré algunos problemas y procesos que surgen del desarrollo y actividades de los grupos de Alcohólicos Anónimos (de ahora en adelante AA), que tienen importancia no sólo respecto del campo de la salud/enfermedad/atención, sino de toda una serie de problemáticas que han interesado centralmente a la antropología social.

Si bien desde principios de la década de 1980 he venido estudiando diversos aspectos del proceso de alcoholización, ya a fines de la década de 1970 reconocía el papel positivo cumplido por AA en México, debido a múltiples experiencias profesionales y no profesionales tenidas en varias partes del país. Mi primera experiencia fue en 1977, cuando por primera vez concurrí a una sesión abierta de un grupo de AA en una comunidad de Yucatán. A partir de entonces asistí a juntas de AA en comunidades de Morelia, Guanajuato, Veracruz y en dos barrios del Distrito Federal. Más aún, en términos de proyecto de investigación, entrevisté a mujeres de dos grupos de AA del

Distrito Federal, así como a ‘dirigentes’ de AA y del grupo AMAR.

A fines de la década de 1970, y por razones de trabajo, tuve que responsabilizarme de la situación de un médico que tenía serios problemas de alcoholismo y que había ingresado a AA en su estado natal, pero que debía trabajar conmigo en Xalapa (Veracruz). Lo primero que hizo al llegar a Xalapa fue buscar un grupo de AA para solicitar su participación dos veces por semana en las juntas de dicho grupo, y así poder ‘controlar’ su problema. Más aún, en 1979 tuve que trabajar durante un mes en San Luis de la Paz, estado de Guanajuato, donde me enteré que el principal promotor de AA era un sacerdote católico, quien había impulsado la creación de más de doscientos grupos en dicho estado.

Por último, señalo que a lo largo de más de veinte años entrevisté a médicos que trabajan en los tres niveles de atención de diferentes instituciones biomédicas oficiales y privadas, incluyendo algunos de los principales especialistas mexicanos en alcoholismo, con quienes uno de los temas centrales de entrevista fue, prácticamente siempre, el funcionamiento y papel de estos grupos.

Presento estos datos para subrayar que muchos de los

► 107

About Rituals and Subjectivities. Reflections about Some Characteristics of Alcoholic Anonymous Groups

EDUARDO L. MENÉNDEZ: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Distrito Federal, México.
emenendez1@yahoo.com.mx

procesos que describen y analizan algunos de los trabajos que se presentan en este número de *Desacatos* fueron observados por mí a través de múltiples experiencias tenidas entre fines de la década de 1970 y principios de la de 2000. Así pude observar reiteradamente, por ejemplo, que los alcohólicos anónimos en México realmente no son anónimos, por lo menos para sus familiares, amigos, vecinos y para los otros miembros del grupo de AA y que, por lo tanto, el énfasis en el 'anonimato' tendría que ver con otros objetivos y funciones que las formuladas explícitamente.

De la misma manera como pude constatar a fines de la década de 1970 el uso no sólo por fieles católicos, sino por sacerdotes católicos de una organización como AA considerada todavía en las décadas de 1960 y 1970 por algunos psiquiatras especializados en alcoholismo como incompatible con el catolicismo, dado sus orígenes protestantes, lo cual supone reflexionar no sólo sobre los mecanismos que operan en dichos usos, sino también sobre las concepciones con las cuales estamos pensando los procesos de apropiación y articulación religiosa, por lo menos respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención.

108 ◀ Pero además observé en forma directa la capacidad de esta organización de crear redes sociales de apoyo a sujetos en tránsito, sujetos que, sin pertenecer a la localidad, pueden participar activamente en un grupo de AA, compartiendo con los miembros del grupo su carácter de 'alcohólico en recuperación'. La existencia y expansión de estas redes sociales cuestionaba, por lo menos parcialmente, lo que en aquellos momentos toda una serie de autores y corrientes teóricas sostenían sobre la erosión y desaparición de rituales y relaciones sociales en las sociedades actuales.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS: LAS CAUSAS Y SIGNIFICADOS DE SU EXPANSIÓN

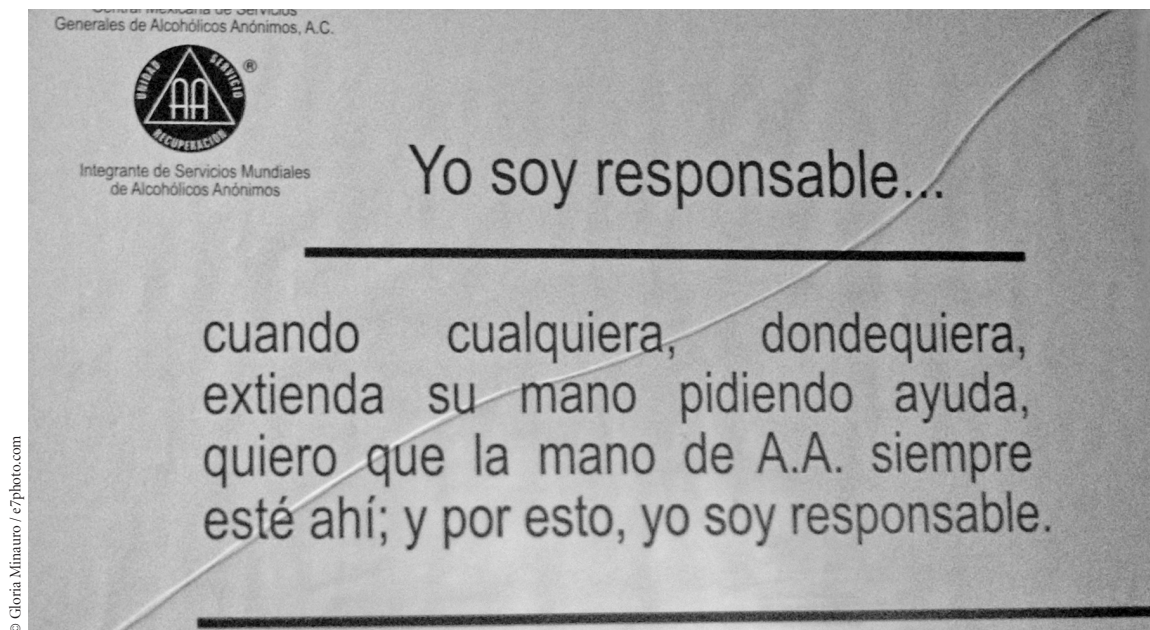
Es desde estas experiencias que, por lo menos en parte, reflexionaré sobre los materiales presentados en este número, señalando de entrada que todos los trabajos están realizados desde perspectivas y trabajo de campo socio-antropológicos.

Tres de los artículos tratan sobre grupos de AA localizados en México, uno en Brasil y otro en Francia. De los

cinco textos, uno traza la trayectoria de los AA en México, pero centrándose en la persistente fragmentación observada desde su creación hasta la actualidad. Otro describe las desigualdades, diferencias y conflictos que se desarrollan al interior de un grupo de AA, y que no son generados por la edad, la religión o la pertenencia étnica, sino básicamente por cuestiones de tipo económico. Un tercer texto compara la estructura y funcionamiento de AA y de otra institución de autoayuda basada en concepciones y prácticas diferentes, proponiendo que la eficacia no reside en las características de una organización, sino en la coherencia social y simbólica de los sistemas de pensamiento y acción que operan en dicha organización. Por último, dos textos describen y analizan los procesos que permiten reformular y modificar la subjetividad de los miembros de AA, señalando que dichos grupos desarrollan una serie de discursos y de prácticas que posibilitan que los ex bebedores cambien no sólo su estilo de vida sino su 'modo de ser'.

Todos los trabajos están basados en trabajo de campo desarrollado por los mismos autores y que significó no sólo la realización de entrevistas, sino el desarrollo real de observación participante, por lo menos en cuatro de los cinco estudios. Señalo este hecho porque en la antropología actual cada vez son menos los estudios donde realmente se realiza observación participante, dado que en la mayoría de las investigaciones aparece más como un mecanismo de identidad profesional que como una práctica realizada. No sólo las características de los AA, sino la decisión de los autores posibilitó la aplicación de esta metodología, que es imprescindible para controlar metodológicamente la información obtenida de entrevistas realizadas en términos *emic*.

En forma explícita o tangencial los trabajos reconocen que el 'alcoholismo' constituye un grave problema de salud pública, así como también consideran a AA como uno de los pocos instrumentos eficaces para poder enfrentar dicho problema a nivel de pequeños grupos y de sujetos. Reconocen también la gran expansión de estos grupos a nivel internacional, especialmente en Brasil y México. Subrayan, además, que AA ha sido el modelo seguido por la mayoría de los grupos de autoayuda que se han organizado para enfrentar una gran diversidad de problemas de salud.



Sede de un AA. Ciudad de México, 2008.

Los autores enumeran una serie de características que posibilitarían el funcionamiento y la eficacia de estos grupos. Las más señaladas son que estos grupos son contruidos por los propios sujetos que padecen el problema que los convoca e identifica y que son ellos los que aplican un tratamiento con independencia y autonomía respecto del saber e instituciones médicas. Los grupos están contruidos por personas consideradas como iguales, más allá de sus diferencias de diverso tipo, así como por sujetos que aparecen como 'anónimos'. Dichos grupos no sólo están organizados por los propios miembros que los constituyen, sino que no hay jerarquías formales y menos instancias burocráticas. El tratamiento se basaría en varios aspectos pero lo más importante es la constante relación cara a cara.

Del conjunto de trabajos surge que, si bien en todos los grupos operan los rituales formulados por esta organización, se observa el desarrollo de adaptaciones particulares a nivel nacional, regional y local, que resignifican y adaptan los rituales de AA a las características idiosincráticas particulares, pero a partir de cumplir ciertos procesos básicos comunes a todos los grupos.

Ahora bien, en términos formales AA es un grupo de autoayuda creado en Estados Unidos en 1935, lo cual recuerdan casi todos los autores. Varios señalan también sus antecedentes religiosos protestantes. Como sabemos, se ha subrayado constantemente el papel de la religión protestante y de los sectores de clase media estadounidenses en la formación durante el siglo XIX de diversos tipos de propuestas y de grupos antialcohólicos, los cuales constituirían los principales antecedentes de las características y funcionamiento de AA.

Si bien esto es parcialmente correcto, considero importante recordar que los mecanismos de solidaridad y las asociaciones de ayuda mutua, así como otras formas de asociación basadas en la igualdad y la reciprocidad son características no sólo de las sociedades preindustriales europeas y americanas, sino que tendrán un desarrollo especial a partir del siglo XVIII y sobre todo del XIX debido a dos procesos sociales complementarios.

El primero es el proceso de urbanización e industrialización generado en ciertas sociedades europeas durante dichos siglos, que dará lugar a la creación de asociaciones de diferente tipo, especialmente barriales y sindicales, así

como a la formulación de toda una serie de proyectos ‘utópicos’ y no tan utópicos basados en la hermandad, solidaridad, ayuda mutua, cooperativismo y diversas formas de mutualismo. Más aún, sobre todo ciertas tendencias anarquistas impulsaron la ayuda mutua como una de sus principales estrategias no sólo de supervivencia sino de proyectos político-sociales.

El segundo proceso corresponde a la llamada ‘gran migración’, especialmente desde países europeos hacia países americanos, y que fomentará la creación de muy diferentes tipos de asociaciones, desde clubes sociales hasta sociedades de ayuda mutua entre los migrantes, que constituyeron una de sus principales estrategias de supervivencia.

Y recordemos que Estados Unidos no sólo es un país donde cobraron hegemonía varias religiones protestantes, sino que básicamente es un país de inmigrantes, y de inmigrantes que, en la segunda gran oleada migratoria del siglo XIX, son en su gran mayoría campesinos de origen católico. De tal manera que el desarrollo de grupos de autoayuda y similares durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX no sólo tiene que ver con estrategias de salvación espiritual, sino con estrategias de supervivencia laboral y económica.

Considero que estos son aspectos centrales, que justamente hallan una suerte de síntesis en el impacto y el papel que el alcoholismo tuvo en términos colectivos e individuales, especialmente en ciertos sectores sociales, dado que el alcoholismo aparece a partir de mediados del siglo XIX como un problema centrado en las clases pobres urbanas y considerado como una de las principales características de las denominadas ‘clases peligrosas’ y como una expresión negativa de la migración, ya que para la percepción de la sociedad dominante la mayoría de los alcohólicos eran obreros inmigrantes, que frecuentemente estaban desocupados y se caracterizaban por su violencia.

Más aún, es en torno al alcoholismo de las clases bajas urbanas que la psiquiatría de la época construirá dos concepciones fuertes sobre la locura, al considerar que gran parte del alcoholismo es hereditario en términos biológicos y que ciertas etapas del alcoholismo se caracterizan por la violencia, por la ‘furia’ alcoholicada.

El proceso migratorio favorecerá, por lo tanto, el desa-

rollo de mecanismos y asociaciones de ayuda mutua para enfrentar las diferentes etapas del proceso migratorio, desde el asentamiento, la búsqueda de lugar de residencia y de trabajo, como para paliar las consecuencias de la desocupación cíclica y del surgimiento de enfermedades. Las asociaciones de ayuda mutua de los inmigrantes durante el siglo XIX en muchos países americanos —y no sólo en Estados Unidos— tendrán como tres de sus principales rubros de acción: ayudar a las familias migrantes cuando impacta la desocupación, cuando surge una enfermedad grave y cuando algún miembro de la familia muere.

Por lo tanto, considero que en las concepciones e ideologías de las diferentes formas de ayuda mutua no sólo han operado sectores de clase media protestante, sino también sectores de clase baja católicos. Como señaló hace casi treinta años Kronenfeld (1979), si bien la autoatención y la autoayuda forman parte de la ideología estadounidense del autoesfuerzo, la autodisciplina, la no dependencia de los otros, es decir, de una concepción básicamente individualista, ocurre, sin embargo, que en el caso de AA, si bien el trabajo de cada sujeto es decisivo, el principal mecanismo ‘curativo’ es el grupo de AA. Es decir, no es la autoayuda individual sino la ayuda mutua entre los miembros del grupo.

Inicialmente, los grupos de AA se reducen a Estados Unidos y tienen un lento crecimiento dentro de dicho país, pero a partir de mediados de la década de 1940 comienza un notable crecimiento, que se incrementa sobre todo a partir de la década de 1970, cuando observamos no sólo una notable expansión de los grupos de AA a nivel internacional, y especialmente en América Latina, sino también la constante creación de grupos de autoayuda prácticamente para cualquier padecimiento que toman como modelo a AA.

Ahora bien, ¿por qué se expanden en los dos sentidos indicados este tipo de grupos? Lo primero a recordar es que la gran expansión observada a partir de la década de 1970 forma parte del surgimiento y crecimiento en esos años de grupos y de propuestas de acción basados en la creación de redes sociales, de grupos sostén, del surgimiento de ONG promotoras de redes. Observamos también el desarrollo de toda una serie de ‘movimientos sociales’ —especialmente el feminista— que impulsará todo un conjunto de acciones de autoatención, incluida la ayuda mutua.

Este desarrollo obedece a diversos procesos complementarios; las redes y los grupos de autoayuda son cada vez más necesarios para compensar la reducción cada vez mayor de redes sociales 'naturales' básicas, en especial de las redes familiares. Según diversos autores, van desapareciendo de los grupos domésticos no sólo las redes sociales primarias, sino particularmente los 'cuidadores' de personas enfermas o con problemas de diferente tipo. Necesitan, por lo tanto, construirse redes y grupos de autoayuda, dado que están desapareciendo los generados hasta entonces estructuralmente, o si se prefiere, 'espontáneamente', dentro de los grupos primarios.

Coetáneamente se generan dos procesos: la modificación de los perfiles epidemiológicos primero en los países de mayor desarrollo capitalista y luego en los periféricos, según lo cual pasan a primer plano toda una serie de enfermedades crónico/degenerativas y de invalideces crónicas generadas en gran medida por las 'violencias'. Estos padecimientos se caracterizan justamente por ser crónicos, es decir, que formarán parte de la vida del sujeto desde el momento de su detección hasta su muerte. Frente a la mayoría de estos padeceres se requiere desarrollar mecanismos de autoatención y generar redes, grupos sostén y grupos de autoayuda para enfrentarlos.

Este cambio epidemiológico se articula con los cuestionamientos al poder médico, la burocracia médica, el saber y el poder tecnocrático, generados especialmente en las décadas de 1960 y 1970. Se suma además la propuesta de que los propios sujetos y grupos no sólo los cuestionen, sino que se hagan cargo, en gran medida en forma autónoma, de las actividades profesionales, incluidos el diagnóstico y los tratamientos. Esto es impulsado por algunas corrientes de los grupos de autoayuda, pero sobre todo por los críticos a la medicalización y por los movimientos antipsiquiátrico, feminista y gay.

A su vez, en los países latinoamericanos el impulso de estos procesos relacionales no sólo tendrá que ver con los procesos señalados, sino con las consecuencias de las políticas neoliberales que dieron lugar al surgimiento, en la década de los 1980, de las denominadas políticas de ajuste, que impactaron especialmente en el sector salud, y que conducirán, tanto en el nivel de dicho sector como, sobre todo, en el de la sociedad civil, a pensar e impulsar

el desarrollo de mecanismos e instrumentos de bajo costo. Y justamente, los grupos de autoayuda se caracterizan por su bajo costo.

Pero además, en países como México, en el caso del alcoholismo, hay dos factores decisivos: la carencia de servicios de salud generales o especializados que atiendan a los sujetos con problemas de alcoholismo, así como la ineficacia evidenciada por la biomedicina para 'curar', o si se prefiere, para eliminar o por lo menos reducir el problema.

El conjunto de éstos, y de otros procesos, conduce al surgimiento de toda una diversidad de grupos de autoayuda, que podemos diferenciar en dos tipos básicos. Un primer tipo se constituye en torno a un padecimiento específico, como es el caso de AA, y trabaja exclusivamente para hallar soluciones al problema alrededor del cual se constituyó ese grupo. Su trabajo se centra y reduce a trabajar con el padecimiento por el cual los sujetos están en dicho grupo.

El otro tipo de grupo, a partir de un problema, una situación o asociación determinada propone no sólo utilizar las redes sociales y los mecanismos de ayuda mutua para solucionar un padecimiento, o por lo menos mejorar la situación del que lo padece, como ocurre en el caso del movimiento feminista con las mujeres violadas o con los problemas generados en torno al embarazo y el parto, sino que estos objetivos están fuertemente articulados con un cuestionamiento al saber y a las instituciones biomédicas respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención de las mujeres, así como con propuestas de empoderamiento de la mujer dentro de las relaciones no sólo de género sino sociales dominantes en la sociedad.

Por supuesto que entre ambos tipos existe toda una gama de organizaciones que no podemos tratar ahora. Me centraré en el primer tipo de grupos al cual pertenece AA, aun cuando más adelante trataré aspectos que lo vinculan también al segundo tipo de grupos.

Desde mi perspectiva, los grupos de AA forman parte de los procesos y mecanismos de autoatención generados por los sujetos y grupos para enfrentar problemas, especialmente los vinculados con procesos de salud/enfermedad/atención, a partir de sus propios recursos y en términos de autonomía, por lo menos relativa (Menéndez, 1983, 2003). En términos sintéticos, los procesos de autoatención y, especialmente, los grupos de ayuda mutua se caracterizan

por impulsar o favorecer el desarrollo de relaciones de solidaridad a nivel microgrupal, aun dentro de sociedades caracterizadas por fuertes tendencias al individualismo y a la privatización de los problemas y acciones, fomentando las relaciones de colaboración y de apoyo respecto a situaciones y sujetos estigmatizados, como pueden ser los alcohólicos, los homosexuales o los lisiados.

Más allá de que tengan o no una actitud militante, dichos grupos subrayan la participación social de sus miembros como decisiva para controlar o encontrar solución a su problema específico. Son grupos creados, desarrollados, utilizados, mantenidos por sus propios miembros; más aún, son los propios miembros del grupo los que se encargan del 'tratamiento'.

En estos grupos se refuerza la calidad de iguales de los miembros, por lo menos dentro del microgrupo, frente a sociedades que impulsan constantemente la desigualdad en términos socioeconómicos. Y es en parte por eso que los grupos de ayuda mutua insisten en la participación activa de todos los miembros. Dicha situación de igualdad dentro de los grupos es constantemente reforzada por toda una serie de mecanismos sociales e ideológicos, entre los cuales destaca el papel del anonimato.

Coincido, al respecto, con los autores que señalan que, por lo menos en los países de América Latina, el sujeto que concurre a los grupos de AA no es anónimo para la mayoría de los miembros con los cuales establece relaciones primarias y menos aún para los otros miembros del grupo de autoayuda. El énfasis en el anonimato trata de reducir o eliminar el protagonismo, el 'vedetismo' posible de sus miembros en un contexto donde la dramatización personal en la tribuna es parte central del tratamiento, que se sustenta en la constante relación social entre los miembros. El anonimato subraya el papel central del grupo y el carácter subordinado de cada uno de los sujetos.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS Y BIOMEDICINA: ALGUNAS RELACIONES PARADÓJICAS

AA fue creado por un médico y por un corredor de bolsa estadounidenses que tenían problemas con su consumo de alcohol y que observaron que conversando y compar-

tiendo sus problemas entre ellos podían reducir y manejar mejor dicho consumo y sus consecuencias negativas. Decidieron impulsar la creación de grupos integrados por personas que reconocieran sus problemas de alcoholismo a través de un trabajo de grupo basado en la palabra. Hasta la actualidad el programa de AA está asentado en personas con problemas generados por el consumo de alcohol, que se reúnen a exponer sus problemas y a conversar con otros que tienen un problema similar. Si bien cada sujeto tiene que buscar su recuperación individual, ésta se genera a través de un trabajo grupal.

Denzin (1987a, 1987b) realizó uno de los mejores trabajos que conozco en términos etnográficos y teóricos respecto de los alcohólicos y los grupos de AA, y uno de sus principales aportes fue subrayar que AA propone una 'teoría popular' del alcoholismo, que da significado a la experiencia del alcohólico, posibilitando su recuperación a través de la articulación de sus propias experiencias con los relatos fundadores de esta organización. De tal manera, los textos impresos de AA constituyen una parte fundamental del proceso de recuperación de los alcohólicos estudiados por él, ya que tanto de sus entrevistas como de sus observaciones surge que los alcohólicos aplican a sus vidas lo que los textos 'canónicos' describen y proponen sobre la vida de los alcohólicos recuperados. A través de la articulación de su propia vida y de dichos textos, estos sujetos pasan a formar parte de una determinada comunidad, de una determinada trayectoria colectiva.

O como concluye Campos (2004: 1382): "Las reuniones de recuperación son un poderoso mecanismo para la ritualización de los principios de AA, posibilitando a sus miembros la construcción de una interpretación sobre su mal y una representación de sí mismo como 'enfermo alcohólico en recuperación'". Más aún, las sesiones de AA forman parte de una cultura de la recuperación, ya que AA aparece como una comunidad cultural regida por valores propios que orientan las prácticas de los individuos: "La entrada a un grupo de AA introduce a los ex bebedores en un orden de significados que permite la (re)construcción de su identidad" (Campos, 2004: 1383).

Varios autores han señalado que en AA se genera un cambio en la subjetividad de los alcohólicos en recuperación, que por eso pueden recuperarse, e insisten en el papel del

GRUPO 24 HRS. CONDESA

GUARDIAS	0:00 A 6:00 HRS.	6:00 A 12:00 HRS.	12:00 A 18:00 HRS.	18:00 A 24:00 HRS.				
LUNES	AURELIO H. FELIPE H. MAURICIO O. SUSANA R. <i>Miguel A.</i>	JOSE DE JESUS JOSE CH. JUAN CARLOS F. CESAR R. CARLOS M.	GUADALUPE M. ISRAEL P. MAURICIO H. JORGE A. MARIA L. JAVIER D. NESTOR T.	ENRIQUE A. RAYMUNDO O. REBECA A.				
MARTES	ANGEL C. ROSARIO O. ALEXANDRO H. RAYMUNDO P. JOSE LUIS D. EDUARDO A. ABRAHAM T.	HUGO H. RODRIGO R.	MANUEL B. ARMANDO N. GERARDO L. LIBRADO V. MICHELLE G. MARCELINO G.	SOCORRO R. RAMON C. ROBERTO D. VICTOR B. MARIA EUGENIA A.	JESUS J. ALFREDO M. ROBERTO A. ANISAL R. ALEXANDRO A. ROBERTO A.	ROSALBA F. FERNANDO C. GERARDO O. GABRIEL M.		
MIERCOLES	CARLOS B. HUGO B. RUFINO H. FERNANDO A.	EDUARDO S. BERTHA R. CLAUDIA G. ARTURO F. ADRIAN G. ARACELI V.	SILVANO A. GRACIELA P. DAVID G.	ANGELES G. VICENTE B. HECTOR G. ARMANDO C. CARLOS K. CARLOS G. LOURDES H.	MARIO A. VICTORIA O. SANTIAGO A. ANGELICA O. MAYRA L. KARLA R.			
JUEVES	BERNARDO S. BRUNO B. GUADALUPE Z. ARTURO G. VIRIDIANA R. CONY H. ERNESTINA R.	ERASMO P. DAVID A. GUADALUPE R.	FIDELINA O. TERESA M. FERNANDO G. GUSTAVO B.	FRANCISCO N. EDITH R. EMETERIO M. HECTOR R. JUAN MANUEL R. JOSÉ L. OSCAR L.	GERMAN P. CHRISTIAN E. JAVIER M. FERNANDO F. ANTONIO S. CARLOS C.			
VIERNES	HABACUC P. CESAR C. ULISES Z. ALEXANDRO B. SAMANTHA Z. CESAR C.	RUBEN L. ELADIO B.	JUANITA Q. ALFREDO C.	BENJAMIN V. CECILIO S. GLORIA B. SERAFIN R. CLAUDIA M. ABEL A. JORGE T.	MIGUEL S.			
SABADO	RUBEN V. FRANCISCO N. JORGE A. ADRIANA T. ARON S. YESENIA C. EVAN R.	SELENER R. VICTORINA T. ARTURO M.	JOSE R. ALEXANDRO M. CAMERINO C. JOSE LUIS C. LETICIA H. CESAR S. EMILIO H.	JULIA S. GERARDO G. GABRIEL V. JULIETA J. MANUEL G.	JOSE R. CARMEN L. DANIEL U. DARIO C. LUZ MARIA R. GUADALUPE C. FRANCISCO V.	MAURICIO E. LAURA F.	AMBROSIO L. JESUS M. NOE H. ELIUD M. DANIEL H. MARGARITA P. PRUDENCIO P.	ELIAS A. OLIVIA M. VICTOR A. JORGE O. GUSTAVO E.
DOMINGO	ALLAN H. JUAN G. CARLOS R. ALFONSO F. ALBERTO L. RICARDO H. ADRIAN J.	LUIS B. ABEL H. KARELI G. AGUSTIN M. SHUHE G.	CARLOS C. JOSE R. ANGELES O. BLANCA P. OMAR R. ARICELA G. HECTOR L.	JULIO M. TERESAC. LAURA M. GLORIA J.	GREGORIO E. RODOLFO S. JESUS G. MA ANGELES P. BENITO S.	JOSE H. LETICIA V. RICARDO R. GUILLERMO G. SILVIA R. RENE R. PEDRO L.	PABLO A. DAVID G. ALFREDO R. HUMBERTO S.	

RESPONSABLE: FRANCISCO N.

© Ricardo Ramirez Arriola / ephoto.com

© Ricardo Ramirez Arriola / e7photo.com

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

sujeto en este proceso. Sin negar dicho papel, todo indica que el trabajo y la eficacia de AA se basan en el trabajo del sujeto como parte de un sistema de rituales y, sobre todo, de relaciones sociales. Más aún, algunos especialistas señalan que se genera un cambio en el estilo de vida de los sujetos, pero lo que observamos reiteradamente es que por más cambio de subjetividad y de estilo de vida que se generen, si no cambian las relaciones sociales dentro de las que opera el sujeto con problemas de alcoholismo, es casi seguro que éste recaerá en el consumo negativo de alcohol.

Uno de los problemas más graves y constantes con los cuales se enfrenta la biomedicina respecto no sólo del alcoholismo, sino del conjunto de las adicciones, es que si bien a través de muy diversas técnicas puede reducirse o inclusive eliminarse el consumo de las sustancias adictivas a nivel de cada sujeto, sin embargo, si los sujetos persisten en sus relaciones sociales se reiniciará el ciclo del consumo adictivo casi inevitablemente. Uno de los pro-

blemas que enfrentan los médicos es justamente el de las 'recaídas', por lo que por lo menos una parte de las clínicas antialcohólicas recomiendan más o menos lo mismo que proponen los AA, es decir, permanecer toda la vida dentro de estos grupos como principal mecanismo de control del consumo negativo de alcohol (Menéndez y Di Pardo, 2003).

Una parte del cuestionamiento al 'tratamiento' de AA es que los sujetos trasladan al grupo que integran su 'dependencia' al alcohol. No obstante, más allá de cuestionar el concepto de dependencia que, como sabemos, no resiste el análisis no sólo conceptual sino empírico (Menéndez, 1990), lo que la mayoría de los trabajos reconocen a nivel de los datos empíricos es el papel básico del grupo en la recuperación de los sujetos.

La cuestión de la dependencia se relaciona estrechamente con otra discutida característica de los AA. Me refiero a la autonomía que estos grupos han mantenido especial-

mente respecto de la biomedicina y de los recursos económicos. Dicha autonomía fue impulsada y mantenida por estos grupos como uno de los principales recursos para lograr la recuperación de los alcohólicos. En México el cuestionamiento de esta autonomía dio lugar al principal desprendimiento de AA, que fue el generado por AA 24 Horas. Pero lo que me interesa subrayar es que la autonomía en AA no está referida a los individuos, sino al microgrupo y a la organización de AA.

Ahora bien, el énfasis colocado por AA en el papel de las relaciones sociales en el 'tratamiento' del alcoholismo tiene que ver, en gran medida, con un hecho obvio, aunque no demasiado señalado. Me refiero a que en nuestras sociedades latinoamericanas —y especialmente en la mexicana— el alcohol constituye posiblemente la sustancia que en términos sociales y simbólicos caracteriza el funcionamiento de toda una variedad de grupos sociales en términos formales e informales. Desde los sistemas de gobierno de la mayoría de los grupos étnicos hasta los grupos de cantina, pasando por las estructuras de cuatismo y compadrazgo, así como por todas las ceremonias importantes del ciclo de vida desde el nacimiento hasta la muerte, en México éstas se caracterizan por los usos —frecuentemente intensivos— del alcohol, uso que aparece como imprescindible y casi inevitable para que dichos grupos y ceremonias funcionen.

Estos procesos han sido puestos de manifiesto en México especialmente por los estudios socioantropológicos (Menéndez, 1991), como también los han descrito para sociedades como la estadounidense, donde el consumo de alcohol y la lucha contra el mismo han desempeñado desde el siglo XIX un papel importante en la constitución de un orden social colectivo que pone en juego fuerzas y mecanismos especiales de control social, como son los expresados a través de la biomedicina y del orden jurídico/policial (Gusfield, 1963, 1981).

Uno de los procesos que se expresa con mayor persistencia a través del consumo de alcohol es que éste favorece las relaciones de pertenencia y/o de integración entre los miembros de un grupo determinado, pero simultáneamente puede generar consecuencias negativas en los sujetos que consumen bebidas alcohólicas en el nivel del microgrupo de pertenencia. Es decir, a través del consumo

de alcohol se construyen o se refuerzan lazos sociales de muy diferente tipo y respecto de múltiples campos sociales; pero dicho consumo puede llevar a la destrucción o erosión de los lazos sociales, tal como han insistido, sobre todo, algunas investigaciones sobre el papel del alcohol en las relaciones establecidas entre varones y mujeres, especialmente en términos de grupo familiar.

Por lo tanto, uno de los puntos de partida para entender el funcionamiento, la capacidad de convocatoria y la eficacia comparativa de los AA es reconocer que la mayoría del consumo excesivo y no excesivo de bebidas alcohólicas se da dentro de relaciones sociales como parte sustantiva de dichas relaciones.

Muchos sujetos que han dejado de consumir bebidas alcohólicas señalan que lo que más extrañan no es tanto el alcohol, sino las relaciones constituidas en torno al alcohol (Menéndez y Di Pardo, 2003). Por eso, si bien gran parte de los sujetos con problemas de alcoholismo saben que determinadas relaciones y comportamientos organizados en su vida cotidiana en torno al alcohol pueden ser negativos, no obstante, siguen participando dada la significación social, cultural, económica y/o psicológica que dicho consumo social tiene para el sujeto.

Más aún, ciertos enfoques biomédicos desarrollados sobre todo en la década de 1960 y que estaban fuertemente influenciados por propuestas antropológicas, si bien reconocían las consecuencias negativas que podía tener el consumo de alcohol, consideraban el 'consumo social' como un factor positivo en la lucha contra el alcoholismo. Dichos enfoques establecían inclusive que el consumo solitario de alcohol era uno de los principales —sino el principal— indicador de cuadros avanzados de 'alcoholismo'.

Diversos materiales etnográficos han evidenciado que los sujetos y grupos se apropian de elementos existentes en su propia sociedad para resignificarlos y utilizarlos para enfrentar al alcoholismo en términos, por ejemplo, del uso de religiones protestantes (Siverts, 1973), de formas de brujería (Trotter y Chavira, 1981) o de la construcción de nuevos rituales, como es el caso en México del denominado 'juramento a la Virgen'. Dicho ritual implica que un sujeto alcohólico 'jura' ante la Virgen no tomar bebidas alcohólicas durante un lapso determinado, que puede ser dos meses o dos años. El juramento se hace en

una iglesia católica y ante un sacerdote, y supone que el sujeto que 'juró' pueda documentar ante los demás —y especialmente ante las personas con las cuales suele beber alcohol— que está 'jurado'.

Desde ese momento el sujeto ya no tiene la obligación social de tomar bebidas alcohólicas, de tal manera que puede permanecer dentro de su red social de amigos y familiares sin tomar este tipo de bebidas, y sin que los miembros del grupo lo presionen para beber. La importancia de este ritual, y más allá de su eficacia, se expresa en que en la propia basílica de Guadalupe de la ciudad de México se ha habilitado una capilla especial para los sujetos que 'juran' ante la virgen no tomar bebidas alcohólicas, por lo menos por un tiempo (Maldonado *et al.*, 1999).

Subrayo estos procesos relacionales y rituales porque justamente AA coloca el núcleo de sus propuestas y acciones en el papel de las relaciones y rituales sociales en el nivel de los pequeños grupos de bebedores en recuperación. En términos esquemáticos la idea base es que, frente a un consumo de alcohol que opera fundamentalmente dentro de relaciones sociales y frecuentemente a través de rituales, una opción 'terapéutica' válida es la de generar grupos caracterizados por relaciones y rituales sociales organizados para no beber alcohol.

Desde que AA preocupa a los antropólogos, éstos han señalado el papel no sólo de las relaciones sino de los rituales sociales utilizados por estos grupos. Se ha subrayado el papel del número doce como número 'mágico' referido a las Doce Tradiciones o a los Doce Pasos. El primero de los Doce Pasos propone que el sujeto es impotente frente al alcohol y sólo cuando 'toca fondo' puede comenzar a creer en un 'Poder Superior' que puede favorecer su recuperación. El tocar fondo supone asumir, por parte del sujeto, que el alcohol lo domina y que él no domina al alcohol, y que dada su impotencia requiere de algo que esté más allá de él. De tal manera que, en términos rituales, el momento de 'tocar fondo' y de entrar a AA constituye algo así como un rito de pasaje de la situación de alcohólico a la de alcohólico en recuperación. Este pasaje se posibilita a partir de que el sujeto asume convertirse en 'enfermo' de alcohol.

Dentro de esta misma orientación algunos autores consideran que uno de los principales mecanismos impulsa-

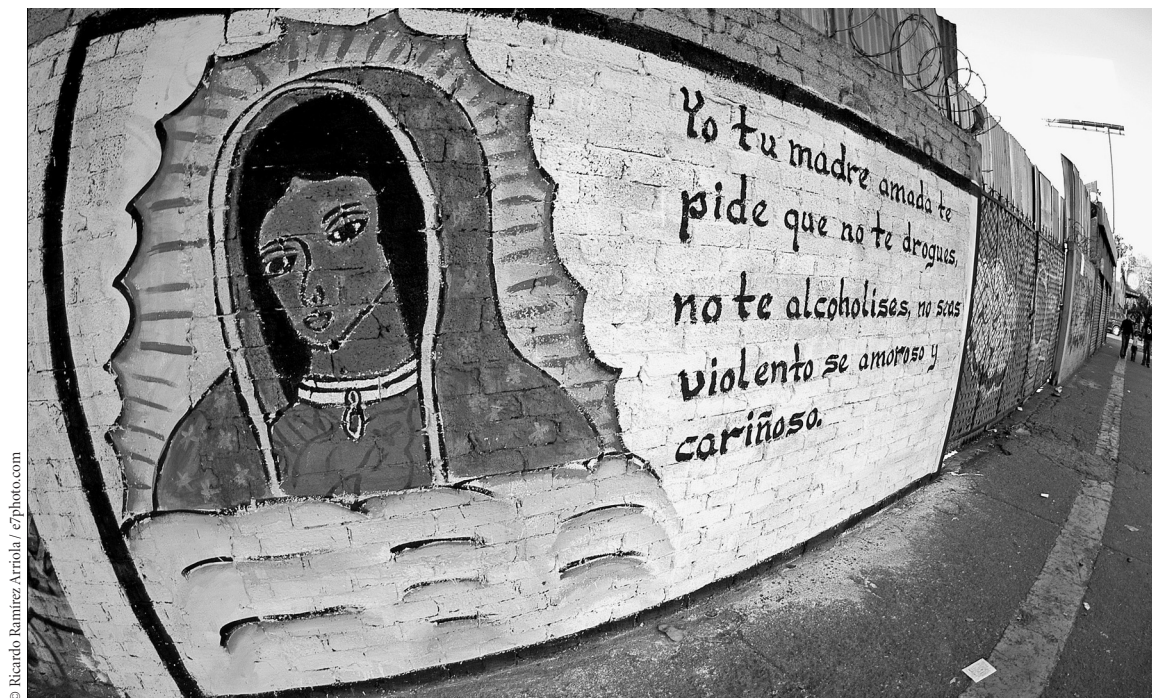
dos por AA, el de la abstinencia, necesita ser pensado en términos rituales para ser comprendido. De tal manera que, para un sujeto en el que gran parte de su vida se ha organizado en términos de un consumo más o menos compulsivo de bebidas alcohólicas, la abstinencia constituye una suerte de 'sacrificio'.

Ahora bien, lo señalado contrasta con algunas lecturas de AA como una organización influenciada por la biomedicina y que utiliza concepciones biomédicas. Dichas lecturas se basan en que AA define el alcoholismo como enfermedad y al alcohólico como enfermo, y que en ciertas circunstancias apelan a las definiciones biomédicas de enfermedad y que inclusive uno de los fundadores de AA era médico.

Lo anterior es correcto, pero ello no supone asumir —por lo menos mecánicamente— dicha influencia, dado que toda una serie de procesos evidencian que las concepciones y las prácticas utilizadas por AA se distancian y diferencian de las biomédicas. Esta organización define al alcoholismo como enfermedad, pero además como una enfermedad incurable, de tal manera que, como ya señalé, el sujeto alcohólico será enfermo durante toda su vida hasta su muerte, lo cual contrasta fuertemente con una ideología médica que, por lo menos en términos de posibilidad, considera toda enfermedad curable, dado el dominio de la noción de progreso técnico y científico que impregna el saber médico.

Pero el hecho más relevante es que los grupos de AA excluyen al médico del tratamiento, dado que éste se centra en la actividad de los miembros de cada grupo, más allá del nivel educativo y de la formación profesional de los mismos. Más aún, los AA no recurren para nada a los medios terapéuticos que más utilizan los médicos, que es el tratamiento basado en fármacos. En las sesiones de AA lo que domina son las relaciones cara a cara, la expresión de cada sujeto narrando sus problemas ante los demás, así como plegarias (oraciones), pero no fármacos. Se rescata el valor de la palabra y de las relaciones sociales en términos terapéuticos, y se excluyen los tratamientos que, justamente, es lo que más caracteriza a la biomedicina en la actualidad.

La concepción del alcoholismo como enfermedad propuesta por los grupos de AA evidencia una gama de estra-



Ciudad de México, 2008.

tegrías sociales y terapéuticas puestas en juego por dichos grupos. Si bien la biomedicina ha definido el alcoholismo desde mediados de la década de 1950 como enfermedad, lo cierto es que la mayoría de los médicos con los cuales los alcohólicos se encuentran en el primer nivel de atención en México no tratan a los alcohólicos como enfermos y menos al alcoholismo como enfermedad, como lo hemos evidenciado a través de nuestro estudio sobre médicos y pasantes de medicina de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de otras instituciones oficiales, así como en la medicina privada mexicana.

En la práctica el alcoholismo no es manejado como enfermedad por los médicos ni por las instituciones biomédicas oficiales. Más aún, en nuestro trabajo observamos que a la mayoría del personal de salud no le gusta ni le interesa, por diversas razones, tratar a alcohólicos. Incluso en las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, los médicos evidencian escasa experiencia en el

tratamiento de personas con problemas de alcoholismo, y el tratamiento se reduce a desintoxicarlos, a darles días de incapacidad, sobre todo en el ISSSTE, y a derivarlos a grupos de Alcohólicos Anónimos.

Más aún, en las instituciones, y especialmente en el IMSS, el alcoholismo no es reconocido como enfermedad ocupacional. En el caso de una clínica del IMSS estudiada en intensidad por nosotros, cuando el médico detecta alcoholismo en el paciente, “no lo registra como tal, sino que lo envía con un papelito a una trabajadora social, y ésta lo canaliza a AA y así no queda ningún registro” (Menéndez y Di Pardo, 1996: 193). Ahora bien, si el paciente presenta complicaciones se le atiende por esas complicaciones, por las cuales se le registra y no por alcoholismo, y se le deriva a los servicios especializados respectivos.

Es importante subrayar que, más allá de las críticas que el personal de salud realiza respecto de AA, tanto en el primer como el segundo y tercer nivel de las instituciones oficiales de salud, AA constituye el principal lugar de canalización de los pacientes con problemas de alcoholismo.

Es decir, que si bien la biomedicina considera en términos formales al alcoholismo como enfermedad, en la práctica quienes realmente la manejan como enfermedad son los AA, pero no como enfermedad biomédica. Debemos asumir que, por lo menos en parte, la definición y uso del alcoholismo como enfermedad, así como el uso de terminología biomédica y psicológica por los miembros de los AA, les sirve a éstos para legitimarse y cuestionar la práctica médica que generalmente reciben en las instituciones de salud. Más aún, las referencias ‘religiosas’, casi en términos de culto a los antepasados y a ciertos médicos como Jellinek, cumplen una función de legitimación en un doble sentido. Por una parte, la legitimación frente a los médicos y la sociedad civil y, por otra, una legitimación de sus propias propuestas, dado que Jellinek construyó su famosa tipología médica de alcohólicos basándose en gran medida en los materiales de los AA.

Lo que hay que asumir es que la estrategia de AA reside, en gran parte, en apropiarse de ciertas representaciones y prácticas para resignificarlas y trabajar con ellas en función de su objetivo de recuperar a los sujetos con problemas de alcoholismo. Más aún, la insistencia en la abstinencia y en que el sujeto alcohólico siempre será alcohólico, es decir, un enfermo, constituyen mecanismos sociales e ideológicos que pueden promover una nueva identidad basada en la sobriedad y con ello cumplir los objetivos de estos grupos.

Hay otra característica de AA que también ha sido interpretada como parte del pensamiento biomédico, y es la de considerar el alcoholismo como algo intrínseco al individuo, lo cual, según algunas interpretaciones, expresaría una concepción cuasi genética de este problema. Otros autores concluyen, al contrario, que justamente esta concepción intrínseca refiere a un sujeto que no controla su consumo, a un sujeto que está ‘destinado’ al alcohol, frente a lo cual AA no propone intervenciones biomédicas, sino que, por el contrario, lo refieren a un ser superior para, a partir de él, controlar dicho problema.

Éstos y otros procesos evidencian el dominio de concepciones y prácticas por parte de los grupos de AA que se distancian no sólo de la clínica médica, sino de las concepciones preventivistas de la biomedicina, ya que al colocar la causalidad exclusivamente en el sujeto ‘enfermo’

dejan de lado los factores económicos, sociales y culturales que podrían estar operando, y no porque a nivel de cada sujeto excluyan que alguno o todos estos factores pueden desempeñar un papel, sino porque desde las representaciones sociales y las prácticas de los grupos de AA no juegan un rol en términos del control del consumo. Más aún, los AA no piensan el alcoholismo en términos de prevención, o mejor dicho, sólo piensan la prevención en términos de abstinencia. Y tanto el control del consumo como la abstinencia se basan en el ‘trabajo’ de un sujeto dentro de las relaciones de un microgrupo. Ahora bien, estas diferenciaciones respecto de la biomedicina no suponen que los AA tengan una actitud antimédica, ni que se propongan militantemente como una alternativa a la biomedicina. Más aún, en el caso de México es difícil pensar no sólo en una actitud, sino en una función desmedicalizadora, dado que en México el alcoholismo no ha sido —por lo menos hasta ahora— medicalizado.

Paradójicamente, o no tanto, lo que debemos reconocer es la notoria influencia de AA en las instituciones biomédicas, ya que, como lo hemos señalado, constituye el principal lugar de canalización de pacientes. Como concluye un psiquiatra que trabaja en un servicio especializado en salud mental del ISSSTE: “De hecho, AA aparece como el principal recurso terapéutico. En este servicio funcionan dos grupos de AA por la tarde, y hasta ahora es la única alternativa al problema; es una de las pocas soluciones que la gente tiene. Nosotros sólo les prestamos el local y los ayudamos cuando tienen algún miembro en fase aguda” (Cortés, 1992: 104)¹.

Pero el papel de AA no sólo lo registramos a través de las instituciones oficiales del sector salud, sino también de la práctica médica privada que ha incluido a AA, o por lo menos estrategias de AA, como parte central de sus tratamientos. De tal manera que la mayoría de las clínicas privadas no sólo antialcohólicas, sino organizadas para tratar adicciones, incluyen las estrategias desarrolladas por los AA.

¹ Debo aclarar que la eficacia reconocida a los grupos de AA no ignora que en dichos grupos existe un notable abandono del tratamiento por gran parte de los que los constituyen, ni que el funcionamiento de este tipo de grupos sólo sería eficaz para ciertos tipos de sujetos con problemas de alcoholismo.

A finales de la década de 1980 uno de los principales especialistas en alcoholismo a nivel internacional concluía que “en la mayoría de los países occidentales el tratamiento del alcoholismo se ha ido reduciendo a un conjunto de medidas tales como terapia de grupo, consejo individual y familiar, grupos de AA y cuidados ulteriores a las intervenciones, junto con el énfasis en la abstinencia como meta terapéutica” (Edwards, 1988: 4). Actualmente dicho modelo se ha expandido y simplificado aún más, y centrado en el papel de las estrategias generadas por los AA.

DE LOS MICROGRUPOS AL MOVIMIENTO DE AYUDAS MUTUAS

Como señalamos previamente, durante las décadas de 1960 y 1970 se gestaron fuertes expectativas respecto de la potencialidad de los grupos de autoayuda, y de otros tipos de grupos que presentaban similitudes con éstos, de constituirse en alternativas al burocratismo, el verticalismo e inclusive la falta de eficacia que caracterizaban no sólo las acciones biomédicas, sino también a grupos corporativos organizados en torno a demandas sindicales o de acción política, es decir, a los sindicatos y a los partidos políticos. Se recuperan los proyectos de ayuda mutua y los proyectos de consejos para pensarlos en términos de autogestión social que convoquen a una parte significativa de la población. Inclusive se piensan e impulsan dichas propuestas a partir del papel que puede desempeñar un padecimiento como mecanismo político, como fue el caso del movimiento de templanza desarrollado durante el siglo XIX en Estados Unidos, el cual, a partir de luchas organizadas en torno al alcohol, generó propuestas de tipo social y político (Gusfield, 1963).

El desarrollo de los movimientos feminista y gay a partir de las décadas de 1960 y 1970, especialmente en Estados Unidos, expresaría en cierta medida esta posibilidad, dado que grupos organizados en torno a la identidad gay o a los problemas de la mujer podrían dar lugar no sólo a movimientos con capacidad de imponer una parte de sus objetivos particulares, sino también de impulsar objetivos sociales mucho más amplios.

Observamos que dichas expectativas son planteadas por

especialistas en grupos de autoayuda, como Bender o Katz (1981), pero también por especialistas en movimientos sociales como Touraine, quien viene señalando desde la década de 1970 que a través de diversos movimientos —e incluye reiteradamente los organizados en torno a la salud— pueden generarse algunas de las más significativas transformaciones sociales:

Los nuevos movimientos sociales que no pudieron desarrollarse ni influir en la acción política durante los setenta y los ochenta deberían retornar [...] La debilidad relativa, y en especial la escasa organización de estos nuevos movimientos sociales, no deben ocultar el hecho de que constituyen un llamamiento al Sujeto más directo y vigoroso que todos los movimientos anteriores. En los ámbitos más centrales de la sociedad actual (la salud, la educación, la información) somos testigos de la formación de protestas, debates, propuestas que se dan por objetivo la defensa del sujeto contra la lógica tecnocrática y mercantil (Touraine, 1987: 119; véase también 1992).

Indudablemente, el punto de partida de estas posibilidades está en la observación de que sujetos y grupos organizados en términos de una identidad común pueden tener una mayor capacidad de organización y de eficacia, ya sea en términos de género, de etnicidad o de enfermedad. Emerge, y lo subrayo, la especificidad como un factor decisivo.

Es a partir de la especificidad que los grupos desarrollan su ‘identidad’ y pertenencia, establecen relaciones con otros sectores de la sociedad global y/o se constituyen en grupos de presión, y a veces de poder, con lo que evidencian su mayor eficacia en el logro de objetivos específicos. Más aún, la unificación de los grupos en torno a una sola identidad les daría una mayor eficacia y continuidad que la que consiguen los sujetos y grupos caracterizados por la pluridentidad. Es la identidad y la participación como ‘alcohólico’ dentro de los grupos de AA lo que posibilitaría la eficacia de los mismos en controlar el problema en el nivel de cada uno de los miembros de dichos grupos. Y lo mismo ocurriría en el caso de las mujeres organizadas en torno a problemas específicos, a partir de los cuales tratan de cumplir objetivos concretos.

Ahora bien, la casi totalidad de los grupos de autoayuda organizados a partir de una enfermedad específica, co-



Ciudad de México, 2008.

mo es el caso de AA, promueven mecanismos de solidaridad dirigidos exclusivamente a la recuperación de los sujetos que los integran sin proyectarse más allá de ellos mismos, ni impulsar a sus miembros a otros tipos de acciones colectivas dentro de la sociedad global.

Este tipo de grupos excluyen la dimensión político/ideológica; en ellos domina la tendencia a trabajar hacia el interior de los grupos y no hacia el campo social 'externo'. Según algunas interpretaciones, esta orientación los diferenciaría de los grupos de ayuda mutua orientados hacia el activismo social, pero lo cierto es que la casi totalidad de los grupos de autoayuda organizados en torno a una enfermedad no incluyen el activismo social en términos ideológicos y menos político. Los grupos que incluyen esta dimensión son los que organizan su identidad no en torno a una enfermedad, sino en torno a características como

el género o la etnicidad, que pueden utilizar la enfermedad como un eje de lucha —tal es el caso de la salud reproductiva en el caso de las mujeres— pero donde el objetivo central es el empoderamiento de la mujer o la concreción de los derechos sociales femeninos².

Los grupos de autoayuda organizados en torno a un padecimiento encontrarían simultáneamente sus logros y sus limitaciones en el tipo de grupo que organizan. No cabe duda de que el trabajo del microgrupo sobre un único problema específico que involucra vivencialmente a todos los miembros del grupo, así como su autonomía no sólo respecto de las diferentes fuerzas políticas e ideológicas, sino de los cuerpos profesionales, posibilita una eficacia y continuidad en el caso, por ejemplo, de los sujetos con problemas de alcoholismo, que no encontramos en otras estrategias terapéuticas, incluidas otras estrategias sociales.

Pero esta orientación reduciría la posibilidad —sobre todo en los grupos tipo AA— de impulsar otras demandas sociales o políticas, inclusive en un nivel específico, como las de incrementar o mejorar los servicios de salud antialcohólicos, lograr mayores presupuestos en salud o demandar una mejor calidad en la relación médico/paciente. Obviamente, estas demandas no ocurren en el caso de AA debido a que éstos utilizan una concepción de enfermedad que excluye a la biomedicina, pero los miembros de AA tampoco impulsan acciones militantes para erradicar el alcoholismo de la sociedad, para limitar la producción y consumo de alcohol o para proponer políticas prohibicionistas o de moderación. Es decir, todo se centra en las acciones del microgrupo y en los sujetos a partir de la enfermedad que los identifica y los convoca.

No obstante, reiteradamente, y en especial durante las décadas de 1960 y 1970, surgieron propuestas de especialistas en grupos de autoayuda y de algunos de estos grupos, incluso de AA³, así como de organizaciones que trabaja-

² Subrayamos que lo señalado refiere a las organizaciones no gubernamentales feministas caracterizadas por su orientación y activismo sociopolítico, y que por supuesto no incluye a las que trabajan exclusivamente para reducir problemas puntuales, especialmente los que tienen que ver con salud reproductiva.

³ A principios de 1980 obtuvimos información sobre dos experiencias desarrolladas en la ciudad de México que constituyeron grupos de AA dándoles una orientación ideológica de 'izquierda', pero que se disolvieron al poco tiempo.

ban en salud mental comunitaria y de grupos que colaboraban con promotores de salud, que trataron de impulsar acciones sociales y políticas a partir de los procesos de salud/enfermedad/atención vividos por la propia población. Pero la mayoría de dichas experiencias tuvieron escasa durabilidad y terminaron disolviéndose, mientras los grupos como AA continuaron funcionando y aun expandiéndose.

Estas propuestas han surgido y resurgido intermitentemente, y refieren en forma directa o indirecta a la discusión sobre los tipos de sociabilidades posibles que pueden superar a las que basan su desarrollo y eficacia en el individualismo, la competitividad, la insolidaridad, la desigualdad. Y que justamente hallan algunos de sus modelos en organizaciones desarrolladas por la sociedad civil en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención, lo que en el fondo no deja de ser otra paradoja, la de pensar modelos de sociedad a partir de las estrategias desarrolladas por sujetos 'enfermos'.

Como vemos, el desarrollo, expansión, funcionamiento y eficacia comparativa de los grupos de AA se vincula con todo un conjunto de procesos que están en el centro de una serie de preocupaciones teóricas y prácticas actuales, y que van desde la solución o, por lo menos, la reducción del impacto de graves problemas de salud específicos hasta el empoderamiento real de la sociedad civil, pasando por la propuesta de otro tipo de sociedades —y de relaciones sociales— posibles. Pero además, los estudios antropológicos sobre esta problemática vuelven a evidenciar uno de los aportes básicos de la perspectiva socioantropológica, que es el de pensar e intervenir sobre los problemas a partir de lo obvio y de lo paradójico.

Bibliografía

- Campos, E. A. de, 2004, "As representacoes sobre o alcoolismo em uma associacao de exbebedores: os Alcoólicos Anónimos", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, núm. 5, pp. 1379-1387.
- Cortés, B., 1992, "Instituciones médicas y 'alcoholismo', o de la inexistencia del paciente alcohólico", en E. L. Menéndez (edit.), *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto*

- del alcoholismo en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Denzin, N., 1987a, *The Alcoholic Self*, Sage, Newbury Park.
- , 1987b, *The Recovering Alcoholic*, Sage, Newbury Park.
- Edwards, G., 1988, "Tratamientos", *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, vol. 104, núm. 3, pp. 273-281.
- Gusfield, J., 1963, *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*, University of Illinois Press, Urbana.
- , 1981, *The Culture of Public Problems: Drinking Driving and the Symbolic Order*, University of Chicago Press, Chicago.
- Katz, A., 1981, "Selfhelp and Mutual Aid: An Emerging Social Movement", *Annual Review of Sociology*, núm. 7, pp. 129-141.
- Kronenfeld, J., 1979, "Self Care as a Panacea for the Ills of the Health Care System: An Assessment", *Social Science & Medicine*, núm. 13 A, pp. 267-278.
- Maldonado, E. et al., 1999, *El secreto del alcohol*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Col. Antropovisiones).
- Menéndez, E. L., 1983, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Cuaderno núm. 86 de la Casa Chata).
- , 1990, *Morir de alcohol. Saber e ideología médica*, Alianza Editorial Mexicana, México.
- (edit.), 1991, *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (Libros de la Casa Chata).
- , 2003, "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciencia & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-208.
- y R. B. Di Pardo, 1996, *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- y R. B. Di Pardo, 2003, *Alcoholismo, especializaciones y desencantos: segundo y tercer nivel de atención médica*, manuscrito, México.
- Siverts, H. (edit.), 1973, *Drinking Pattern in Highland Chiapas: A Team-Work Approach to the Study of Semantic Through Ethnography*, Universitets Forlaget, Bergen-Oslo-Tromsø.
- Touraine, A., 1987, *El regreso del actor*, EUDEBRA, Buenos Aires.
- , 1992, *Critique de la modernité*, Librairie Artheme Fayard, París.
- Trotter, R. y J. A. Chavira, 1981, *Curanderismo: Mexican American Folk Healing*, The University of Georgia Press, Georgia.