



Nueva Antropología

ISSN: 0185-0636

nuevaantropologia@hotmail.com

Asociación Nueva Antropología A.C.

México

Menéndez, Eduardo

Investigación antropológica, biografía y controles artesanales

Nueva Antropología, vol. XIII, núm. 43, noviembre, 1992, pp. 23-37

Asociación Nueva Antropología A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15904303>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Investigación antropológica, biografía y controles artesanales

Eduardo Menéndez*

Estábamos equivocados, pero nuestros motivos eran justos; y todavía pienso que con pocas excepciones, los que repudiaron la revolución desde el primer momento lo hicieron en su mayoría por motivos que eran menos honrosos que nuestro error. Hay una enorme diferencia entre un amante decepcionado y los que no pueden amar.

A. Koestler, 1953

Cuando los organizadores de esta reunión me invitaron a participar, además de agradecerles la deferencia, les informé que a partir de los interrogantes propuestos iba a intentar reflexionar sobre mi libro: *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*.¹

Dicho texto es parte de una suerte de programa de investigación cuyos principales presupuestos teórico-pro-

blemáticos son los siguientes: a) la relación de hegemonía/subalternidad existente entre el Modelo Médico Hegemónico (MMH), Los Modelos Subalternos y el Modelo de Autoatención. Esta relación incluye no sólo procesos técnicos sino también socioideológicos y económico-políticos; b) las funciones cumplidas por dichos modelos, así como los sistemas de transacciones que operan entre los mismos a nivel de las prácticas, c) el papel privilegiado del proceso salud/enfermedad/atención como articulador de representaciones y prácticas sociales a nivel de los conjuntos sociales y entre estos y las instituciones de atención/prevenición de la enfermedad; d) el rol del curador, cuyas funciones no sólo están depositadas en las actividades específicas, intencionales y manifiestas, sino en un espectro de funciones no intencionales de control sociocultural y técnico que operan opacadamente a través de las funciones

* Investigador de el CIESAS, México.

¹ Eduardo L. Menéndez, *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1990.

“específicas” y e) el reconocimiento de que los padecimientos y enfermedades, al mismo tiempo que expresan procesos de deterioro, frecuentemente en términos de desigualdades socioeconómicas y de diferencias socioculturales, constituyen potencialmente uno de los núcleos ideológicos fuertes dentro del conjunto de representaciones colectivas en una sociedad determinada. El sistema de representaciones y prácticas sociales del proceso s/e/a expresa, sintetiza y articula diferentes áreas de la vida cotidiana y no sólo las referidas explícitamente a los padecimientos y problemas de salud.

EL (MI) CONTEXTO DE UN TEXTO

Estos ejes teórico-problemáticos fueron planteados por nosotros a principios de la década de los setenta, y los fuimos desarrollando a través de varias investigaciones que dieron lugar a textos publicados y no publicados. Así por ejemplo, la serie de investigaciones sobre enfermedad ocupacional en diferentes grupos de trabajadores² nunca fue publicada, aunque debe reconocerse que una parte de sus resultados teórico-metodológicos fue utilizada en dos trabajos donde por primera vez desarrollé en forma sistemática mi aproximación teórico-metodológica. Me re-

² Estas investigaciones fueron realizadas con un enfoque interdisciplinario en el Centro de Medicina Ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en la primera mitad de la década de los setenta. Personalmente trabajé con trabajadores mineros, ceramistas y operadores de camiones.

fiero a los trabajos: “El modelo médico y la salud de los trabajadores”³ y *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*.⁴

Estos textos, si bien fueron publicados en México, arrastran e incluyen las consecuencias de investigaciones, discusiones y también acciones referidas a mi experiencia en Argentina.⁵ En dichos materiales formulo un modelo teórico-metodológico que debía gran parte de su constitución a Gramsci, pero sobre todo a E. De Martino, a Durkheim y a algunos durkheimianos (incluida la Escuela de los Anales), a varios autores procedentes del marxismo austro-húngaro y en particular su discusión sobre la Ideología, a los institucionalistas franceses marxistas y no marxistas, a varias tendencias norteamericanas que por comodidad denominé culturalismo integrativo e interaccionismo simbólico.

Quiero subrayar que la referencia a estos autores y escuelas no supone que yo asumiera sus propuestas, sino que son las principales líneas con las cuales discutí, diferencié y propuse mi aproximación metodológica y problemática a

³ Eduardo L. Menéndez, “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, en: F. Basaglia et al., *La salud de los Trabajadores*, Nueva Imagen, México, 1978:9-54.

⁴ Eduardo L. Menéndez, *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Nueva Imagen, México, 1979.

⁵ Estas discusiones y reflexiones se habían expresado además en dos trabajos no publicados, pero que fueron utilizados en la elaboración de los textos publicados ya citados y para mi libro sobre Yucatán, me refiero a: “Premisas metodológicas para el análisis de la producción teórica en antropología” (1975) y “Los modelos vigentes en la producción teórica de las Ciencias Antropológicas en América Latina” (1975).

partir de lo que denomino "apropiación teórica".⁶

Esta aproximación fue "puesta a prueba" a través de dos tipos de investigaciones generadas desde 1976-1977. Un tipo de investigación constituido por modestos trabajos artesanales referidos a las prácticas de autoatención, consideradas como uno de los ejes del sistema de transacciones operado entre los conjuntos sociales y los modelos hegemónico y subalternos de atención de la enfermedad.⁷ Y un proyecto comparativamente "ambicioso" referido a la producción de las condiciones de la enfermedad en Yucatán.

En el trabajo sobre Yucatán⁸ intenté describir y analizar en su larga duración histórica la relación entre el MMH, los modelos subalternos y el modelo de autoatención. Desarrollé por primera vez, quizás más empírica que teóricamente, uno de los conceptos básicos de mi aproximación —me refiero al concepto de transacciones— y traté de insistir en el uso de las prácticas sociales como historicidad. Además, pro-

duje una suerte de ajuste de cuentas teórico-metodológico con el culturalismo integrativo y con la metodología epidemiológica "naturalista".⁹

Es a partir de las conclusiones teórico-metodológicas y de los nuevos interrogantes devenidos de esta serie de investigaciones, así como de "inquietudes" producto de nuestra inserción como sujetos en otros niveles de la estructura social, que en 1981 nos planteamos desarrollar un programa de investigación de largo alcance en el cual seguimos y seguiremos trabajando por un tiempo.

Este programa se propuso investigar problemáticas complementarias referidas al *proceso de alcoholización*. Este proceso así como el "alcoholismo", fueron seleccionados como ejes estructurantes por razones de muy diferente tipo, de las cuales consideramos como determinantes las siguientes: a) las consecuencias del uso y consumo de alcohol constituyen en términos de mortalidad un problema significativo y en continuo incremento; b) el uso y el consumo de alcohol generan prácticas y representaciones socioculturales referidas a la sociedad global y a grupos específicos que potencialmente constituyen núcleos ideológicos fuertes en las relaciones cotidianas; c) el "alcoholismo" no es sólo un padecimiento y una enfermedad, sino que para ser comprendido en tanto tales, debe ser referido al sistema de representaciones y prácticas sociales; d) por lo señalado, el proceso de

⁶ El término "apropiación teórica" cuestiona la idea dominante de la identidad impenetrable de las teorías, así como la consideración de la producción de articulaciones teóricas como yuxtaposición más que como síntesis. En nuestra elaboración de los marcos teórico-metodológicos tratamos de generar un proceso de "apropiación", es decir, sintetizar en una nueva matriz propuestas teórico-metodológicas procedentes de diferentes tendencias, que por otra parte en muchos casos parten de una matriz similar ignorada por los que cuestionan esta posibilidad.

⁷ Eduardo L. Menéndez (ed.), *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 57, México, 1982.

⁸ Eduardo L. Menéndez, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, núm. 13, México, 1981.

⁹ Este "ajuste de cuentas" refiere a las corrientes en Antropología Social, Antropología Médica y Epidemiología que más habían influido en la producción latinoamericana y en particular de México.

alcoholización emerge como un campo privilegiado para analizar el sistema de transacciones tanto a nivel de los modelos médicos como de las representaciones y prácticas sociales y técnicas.

La selección del campo se apoyaba también en la existencia de una notable masa de producción etnográfica sobre el proceso de alcoholización y porque toda una serie de trabajos constituía algunas de las expresiones más significativas a nivel teórico de muy diferentes tendencias antropológicas.¹⁰ Además, el proceso de alcoholización y en particular el "alcoholismo" conducían casi necesariamente a la discusión respecto de cuáles eran las formas más idóneas para obtener información estratégica y válida, y en consecuencia, a la discusión sobre las aproximaciones cuantitativas y cualitativas.

Podríamos incluir otras muy diversas razones, pero me interesa subrayar en particular una que se refiere a la "estigmatización profesional" de esta problemática por una parte de la antropología generada en América Latina.¹¹

¹⁰ Para México ver: Eduardo L. Menéndez (ed.), *Aportes metodológicos para la investigación del proceso de alcoholización en América Latina*, Ediciones de la Casa Chata, núm. 22, México, 1988; y sobre todo Eduardo L. Menéndez (ed.), *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*, Ediciones de la Casa Chata núm. 36, 1991. Debe subrayarse que, por ejemplo, los trabajos sobre "alcoholismo" de Bunzel, de Frake, de Lemert, de Marshall o de McAndrew y Edgerton constituyen algunas de las mejores expresiones de las escuelas cognitivista, interaccionista simbólica, construccionista o psicoculturalista.

¹¹ En la selección de esta problemática no incidieron la existencia o no de subsidios "externos". Lo subrayo porque en América Latina pareciera que cada vez más los problemas van a ser seleccionados según la posibilidad de apoyos, subsidios, becas económicas, ajenos a la pertinencia teórica de la problemática se-

Por varias de las razones señaladas debo subrayar que la selección del eje a partir del cual construir los problemas a investigar constituyó una de las etapas claves en el desarrollo de nuestro trabajo.

MORIR DE ALCOHOL: LOS PUNTOS DE PARTIDA MAS O MENOS CONSCIENTES

El programa de investigación *El Proceso de Alcoholización en México* dio lugar al desarrollo de proyectos colectivos e individuales, así como a toda una serie de producciones y de publicaciones de muy diferente tipo. En este artículo me voy a referir exclusivamente al texto *Morir de Alcohol* y a otros dos textos que lo complementan,¹² de los cuales hay una síntesis en el capítulo VI de dicho libro.

En ese texto, explicito hasta donde me fue posible los presupuestos teórico-metodológicos e ideológicos de los cuales más o menos conscientemente parto;¹³ enumero explícitamente los re-

leccionada.

¹² Dichos textos son: Eduardo L. Menéndez y Renée Di Pardo, *Yo bebo, tu bebes, ellos saben. Representaciones sociales y prácticas médicas*; y Eduardo L. Menéndez y Renée B. Di Pardo, *Mujeres, sacerdotes y maestros. De alcohol, sexualidad y violencias*.

¹³ La posibilidad de formular conscientemente los presupuestos metodológicos e ideológicos es, sobre todo en el segundo caso, bastante difícil y es por ello que debe generarse un esfuerzo que posibilite dicha enumeración respecto de los problemas planteados en la investigación. Esto debe realizarse en gran medida a partir de lo obvio. Para aclarar el significado de lo propuesto voy a comentar un proceso personal. Así por ejemplo, yo, como sujeto que se dedica, aunque sea parcialmente, a problemáticas referidas a muerte y mortalidad, debo reconocer que parto de determina-

ferentes teóricos más significativos a partir de los cuales construí mi marco teórico; describo y defino los conceptos básicos que utilizo; explicito la necesidad de que esta investigación opere complementariamente en los niveles sincrónico y diacrónico; desarrollo en una última versión (no definitiva) el marco referencial básico sintetizado en la estructura y función del MMH y sus relaciones transaccionales con los otros modelos y establezco una serie de interrogantes respecto a las cuales nuestra investigación debiera proveer información e interpretaciones específicas.

Los interrogantes son del siguiente tipo: ¿por qué las instituciones del sector salud, aun las que tienen que ver con la atención y prevención de la fuerza de trabajo (Instituto Mexicano del Seguro Social), intervienen en forma reducida y no generan políticas y prácticas específicas y eficaces respecto del "alcoholismo"? Este tipo de interrogante puntual refiere a interrogantes teóricos de otro nivel de abstracción como el siguiente: ¿cuál es la racionalidad

ideológico-técnica que articula las representaciones y prácticas sociales y técnicas del saber médico respecto del "alcoholismo"?

Para hallar respuesta a estos dos tipos de interrogantes nos planteamos una investigación que debía reunir las siguientes características. Primero debía producir una descripción y un análisis histórico de las políticas médicas referidas al "alcoholismo" en México. Esto permitiría observar en un lapso medio o largo el desempeño específico del sector salud (ss) para así encontrar en el propio proceso histórico una parte de las explicaciones a los interrogantes. Conjuntamente se trataría de trazar un desarrollo histórico de la producción y consumo de bebidas alcohólicas, para poder observar la tendencia y establecer relaciones con el desarrollo de las estrategias médicas.

La descripción y el análisis histórico se generaron para el lapso 1890-1987, con énfasis en 1950-1987. Este desarrollo constituiría el contexto al cual referir las características de las prácticas y representaciones médicas respecto del "alcoholismo" en una situación histórica determinada. Obtenidas las grandes líneas que caracterizan la producción alcoholera y las políticas específicas del sector salud, la segunda parte de la investigación consistiría en describir y analizar las prácticas y representaciones médicas y paramédicas respecto del "alcoholismo", para observar en un corte sincrónico los caracteres encontrados en el proceso histórico y referir ambos a la estructura y funciones del Modelo Médico Hegemónico.

dos presupuestos científicos e ideológicos como por ejemplo que no hay vida humana después de la muerte. Los sistemas de creencias que proponen "otra vida" constituyen para mí una alineación, y esto ajeno a mi saber antropológico sobre la funcionalidad ideológica, ritual, etcétera de esos sistemas de creencias, y esto sabiendo el rol de este sistema de creencias en la constitución de identidades culturales y de sujetos diferenciados.

"Mi" núcleo problemático es que además de "saber" esto y otros procesos teóricos, en tanto antropólogo no sólo parto de la no existencia de vida después de la muerte, sino que no puedo validar explicaciones culturales respecto de la mortalidad temprana en determinados grupos sociales, ni la violencia ¿antifemenina? que concluye en muerte o el infanticidio pese a que los mismos puedan ser núcleos de identificación y pertenencia étnica, cultural y social en muy diferentes grupos y clases sociales.

La segunda parte de la investigación se realizó en un área ecosocial ubicada en el sur de México D.F., donde se localiza población de nivel económico bajo y medio-bajo y que potencialmente está cubierta por los diferentes tipos de servicios de salud: servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE), servicios de atención primaria oficial a población "abierta", servicios médicos privados, servicios oficiales y privados especializados. Se resolvió obtener información directa a través de entrevista y encuesta de *todos* los grupos médicos que potencialmente atienden a la población del área tanto en el primero como en el segundo nivel de atención. Se entrevistaron y encuestaron a los siguientes grupos: pasantes de medicina de quinto año de la UNAM, pasantes de medicina de la UAM-X, dos grupos de médicos comunitarios de la SSA, un grupo de médicos privados, grupos de médicos de dos clínicas del IMSS, grupos de médicos de dos clínicas del ISSSTE, especialistas que atienden en el segundo nivel en el IMSS, ISSSTE y en otras instituciones especializadas oficiales y privadas, médicos que operan en el nivel normativo y grupos de trabajadores sociales y auxiliares de enfermería que trabajan en el DIF, SSA e IMSS.¹⁴ En todos los grupos se entrevistó y/o encuestó a por lo menos el 60% de los miembros y frecuentemente al 100% de los mismos. Se entrevistaron y/o encuestaron a alrededor de 265 pasantes y médicos, a unos setenta paramédicos, así como a alrededor de 37

¹⁴ También se realizó una encuesta a una muestra representativa de la población del área.

informantes claves de los sectores profesionales y 6 de los sectores técnicos.

La descripción y análisis se realizó para cada grupo, tratando de mantener las particularidades para así acceder a conclusiones en las cuales se observara la relación generalidad/particularidad. La búsqueda de información histórica y etnográfica fue orientada por los interrogantes convertidos en hipótesis explicativas, por un marco teórico referencial construido a partir del proceso de alcoholización y no del "alcoholismo", por una serie de conceptos explicitados y por la formulación de una matriz básica para la obtención y análisis de la información.

Nuestra investigación se formuló desde una perspectiva socioantropológica, en la cual se utilizaron técnicas y teorías antropológicas cuya exigencia básica fue proponer y llevar a cabo una metodología lo más estructurada posible. Este último punto —ajeno a que lo hayamos conseguido o no— es para mí fundamental. En nuestro trabajo, se buscó no sólo la calidad de la información, sino que desde el principio se planteó una aproximación lo más estructurada posible desde una perspectiva antropológica. Si bien en varias partes de mi trabajo se hace un énfasis en lo cualitativo, ello no significa negar la pertinencia de los instrumentos cuantitativos ni avalar lo que llamo la "técnica de la asociación libre" que caracteriza mucho trabajo antropológico.

Debo señalar que uno de los objetivos, no sé si marginal de este programa de investigación, fue evidenciar entre nosotros no sólo la pertinencia del enfoque socioantropológico para el estudio

de un proceso de *s/e/a*, que incluye protagónicamente a la práctica denominada "científica", sino también poner en evidencia la existencia para México de una masa de investigación antropológica desconocida por el sector salud, pero también por los propios antropólogos.¹⁵

UNA SINTESIS DE LOS APORTES DE LA INVESTIGACION

Desarrollados los puntos básicos de nuestra aproximación metodológica, trataré de sintetizar algunos aportes que considero significativos. Lo primero a destacar es la constatación de la importancia y la gravedad que el problema del "alcoholismo" tiene para México. La búsqueda y análisis de información, notoriamente dispersa, nos permitió concluir que el "alcoholismo", en términos de mortalidad, es mucho más grave de lo que se preveía al inicio del proyecto.

Este es un punto a subrayar dado que el "alcoholismo" suele ser representado en forma dominante en términos de problema social o de "salud mental" por el equipo de salud, o como patrón cultural desde un enfoque antropológico, excluyéndose en ambas perspectivas el "alcoholismo" en términos de mortalidad.

¹⁵ Si bien la investigación antropológica respecto de la denominada medicina "científica" está legitimada por lo menos desde la década de los treinta, en América Latina sigue existiendo una corriente culturalista que secundariza este tipo de investigaciones y sigue reduciendo su campo a la denominada "medicina tradicional".

El análisis de la tendencia en la producción alcohólica y en la información epidemiológica permitió observar el incremento del problema. Este proceso debe correlacionarse con la persistencia de una tendencia al enmascaramiento del "alcoholismo" en términos epidemiológicos. Esto debe ser referido no sólo a los patrones de consumo, sino a los datos relativos a la mortalidad por cirrosis hepática, y los homicidios, a la violencia hombre/mujer, etcétera.¹⁶

Planteada la gravedad del problema a nivel nacional y en particular para la población en edad "productiva" (primera o segunda causa general de muerte), la revisión de la bibliografía a nivel internacional permitió concluir que el MMII presenta crecientes limitaciones técnicas para hallar solución al "alcoholismo" tanto en términos curativos como preventivos.

A su vez, la descripción y análisis de las políticas y prácticas del sector salud entre 1950-1987 permiten concluir lo siguiente: la escasez de medidas técnicas puntuales; la reducción o directamente la inexistencia de inversiones específicas; la carencia real de programas a nivel nacional e institucional; la discontinuidad en la mayoría de las medidas técnicas propuestas; la carencia de una política en la producción de recursos humanos específicos; la carencia de formación básica específica a nivel de grado y de posgrado; la trasgresión co-

¹⁶ Un caso paradigmático lo constituye la Encuesta Nacional de Enfermedades, realizada por la Dirección de Epidemiología de la SSA, la cual no detectó cirrosis hepática. Ver: Sistema Nacional de Encuestas de Salud, *Encuestas Nacionales de Salud*, 5 vols., México, 1988.

mo pauta dominante en las relaciones del sector salud con los productores alcohólicos, la publicidad de bebidas alcohólicas y/o los consumidores.

La explicación a la relación del MMH con el "alcoholismo" en México debe buscarse en determinados procesos económico-ocupacionales, en las estructuras culturales de los conjuntos sociales y en las propias condiciones de la práctica e ideología médica. En los textos que estoy comentando se focaliza este último tipo de limitaciones a través del análisis de la trayectoria histórica del sector salud mexicano y de la descripción y análisis de las prácticas y representaciones de los grupos de médicos y paramédicos ya enumerados.

Generado el análisis histórico de la producción alcohólica y de las políticas y estrategias de los servicios de salud entre 1950 y la década de 1980, se hizo el relevamiento de información referida a los grupos profesionales y técnicos entre 1981 y 1984. En cada grupo se trató de obtener información respecto de las definiciones y tipologías utilizadas respecto del "alcoholismo", sobre las concepciones etiológicas, indicadores, diagnósticos, tratamientos, criterios de curación y propuestas de solución al problema. Se trató de observar la experiencia médica respecto del "alcoholismo", así como detectar que tipo de paciente con problemas de consumo de alcohol es el más atendido y cuáles son los resultados curativos. Se obtuvieron datos sobre la formación técnica respecto del "alcoholismo" durante su carrera universitaria y su ejercicio profesional, así como sobre sus representaciones sociales y técnicas respecto

del "alcoholismo", el paciente y la comunidad.

Como ya se indicó, se hizo una descripción y análisis para cada uno de los grupos y se sacaron conclusiones específicas; pero para los efectos de esta reunión sólo enumeraré algunas de las conclusiones obtenidas respecto del total de los grupos analizados.

Dado el tiempo de que disponemos, dichas conclusiones serán enumeradas en forma esquemática:

a) Si bien todos los grupos seleccionados reconocen al "alcoholismo" como problema, ninguno, salvo el grupo de psicoterapeutas lo considera como problema prioritario ni a nivel de la comunidad ni a nivel de las instituciones;

b) si bien los grupos profesionales lo identifican como un problema frecuente, extendido y grave, también lo evalúan como secundario respecto de problemas como la desocupación, la pobreza, la carencia y/o los déficit de servicios básicos y la incidencia de padecimientos infecto-contagiosos;

c) a nivel manifiesto, el conjunto de los entrevistados tiende a definir el "alcoholismo" en términos de dependencia y/o de enfermedad; pero del análisis del conjunto de las representaciones, surge que los médicos lo proponen realmente como problema más que como enfermedad;

d) el discurso médico expresa falta de precisión respecto de la definición de "alcoholismo", incluido el concepto de dependencia, así como respecto de los tipos de "alcoholismo", la construcción diagnóstica, las estrategias de tratamiento, etcétera;

e) el conjunto de los profesionales,

incluidos los psicoterapeutas, evidencian una muy escasa experiencia de detección y de tratamiento específico con pacientes con problemas de "alcoholismo";

f) si bien a nivel de la problemática actual son los denominados "bebedor problema" y "bebedor excesivo" los que plantean los más graves y frecuentes problemas, la práctica médica tiende a diagnosticar básicamente al intoxicado o al enfermo crónico que tiene un largo período de deterioro orgánico. El personal de salud evidencia no tener criterios e indicadores para realizar diagnósticos tempranos y oportunos, en particular del "bebedor problema";

g) la experiencia real de los médicos, tanto durante el periodo formativo como durante el ejercicio de la profesión, se hace con un paciente en avanzado estado de deterioro;

h) los profesionales atribuyen sus dificultades diagnósticas, y en particular sus limitaciones en el tratamiento, a las características del paciente y a la propia formación técnica;

i) si bien la práctica y el saber médico, han ido incluyendo algunas nuevas características que morigeran el estereotipo médico respecto de este problema, en la práctica, cuando los profesionales piensan al paciente con problemas de "alcoholismo", lo piensan básicamente a través de un sujeto del sexo masculino, perteneciente a estratos socioeconómicos bajos, frecuentemente migrante rural, caracterizado por una situación de desempleo intermitente y con bajo nivel de escolaridad. Desde una perspectiva técnica, este sujeto se caracteriza por frecuentes episodios de

ebriedad, recaídas constantes, negación de su enfermedad, evitación de la consulta, no cumplimiento del tratamiento y rechazo al médico. Es decir, muy cercano a un paciente crónico, con deterioro irreversible, y a lo que en México se denomina "teporocho";

j) el personal de salud considera "curable" el alcoholismo, pero su experiencia real es que prácticamente no logra objetivos curativos. La discontinuidad de las acciones médicas, la escasez de medidas aplicadas, las limitaciones en el manejo técnico, etcétera, no evitan que 70% de los grupos médicos entrevistados consideren curable el alcoholismo, pese a reconocer su propia limitación curativa con sus escasos pacientes "alcohólicos";

k) desde una perspectiva técnica, el médico evidencia saber actuar en la desintoxicación y en las reparaciones físicas en un primer nivel de atención, pero manifiesta una notable falta de información y formación técnica en las actividades que ellos mismos definen como "psicoterapéuticas" y/o de "cientización";

l) el conjunto de los grupos entrevistados reconoce que el sector salud mexicano a nivel general y particular no hace casi nada respecto del "alcoholismo";

m) la "solución" preventiva es colocada en el control de la publicidad y de la venta de bebidas alcohólicas y en la educación para la salud;

n) de su propia información surge la casi inexistencia de formación profesional respecto del "alcoholismo": *tres a cinco horas de aprendizaje formal durante toda su carrera hasta la obtención del grado;*

o) en todos los grupos de profesionales domina una concepción de la relación médico-paciente con problemas de alcoholismo considerada como muy negativa.

Podríamos enumerar otras características significativas, pero considero que las propuestas son suficientes para poder observar cuáles son los rasgos dominantes. Debo subrayar que las representaciones y prácticas obtenidas de estos grupos permiten establecer una estructura coherente que se correlaciona con los rasgos estructurales del MMH.

Ahora bien, si se analiza detenidamente la información producida pueden constatar algunos hechos paradójales, como por ejemplo que la mayoría de los grupos médicos presenta una mayor consistencia en la enumeración de procesos sociales para explicar la etiología y/o construir el diagnóstico del "alcoholismo", comparada con la formulación de criterios casuales y diagnósticos referidos a indicadores biológicos y/o psicológicos. Algo similar ocurre cuando se analiza la información respecto de las soluciones al problema.

A nivel manifiesto podría concluirse que los grupos médicos analizados tienen una particular formación técnica respecto de los procesos sociales, y desde esta perspectiva cuestionarían la interpretación derivada de la estructura y función del MMH. Pero un análisis global de la información permite observar que estos grupos médicos no saben casi que hacer técnicamente con el "alcoholismo" ni en términos biológicos, psicológicos, ni tampoco sociales. No

tienen una formación técnica específica en ninguno de estos campos y en consecuencia "lo social" aparece como un discurso claro y pedagógico y apropiado de las mismas consignas formuladas por el sector salud. Este discurso "técnico" maneja básicamente representaciones sociales, que comparte por otra parte con los conjuntos sociales.

Esto puede observarse también en la información que se refiere a la distribución epidemiológica según sectores sociales. A nivel manifiesto los grupos médicos señalan que "todas las clases sociales beben"; en todas hay "alcoholismo". Esta constatación aparece como un avance respecto de una concepción previamente dominante según la cual el "alcoholismo" era casi exclusivo patrimonio de las clases subalternas. Pero el análisis de la estructura de las representaciones sociales de estos profesionales evidencia que la representación fuerte de "alcoholismo" sigue siendo "pensada" para los estratos bajos, en particular los urbanos de reciente origen campesino. El discurso médico oficial en las últimas décadas ha establecido que todos los sectores sociales tienen problemas de "alcoholismo" y ello "cubre" las representaciones sociales y técnicas que realmente juegan en la relación médico/paciente "alcohólico".

La particularidad de las representaciones técnicas debe ser referida a la estructura que las articula. Desde esta perspectiva considero que la relación curabilidad/"alcoholismo" expresa en forma casi paradigmática dicha relación particularidad/estructura. A nivel de pauta ideal los grupos médicos esta-

blecen la curabilidad de un problema que en su propia práctica reconocen no poder curar. La curabilidad emerge como una exigencia del MMH, la cual se impone como representación social y también técnica a la propia práctica individual y grupal. La relación representación social/representación técnica aparece claramente determinada por la segunda.¹⁷

INTERROGANTES EPISTEMOLOGICOS Y RESPUESTAS ARTESANALES

La síntesis propuesta pretende dar una idea del contenido y del desarrollo metodológico de los textos considerados. Para finalizar propondré algunas conclusiones respecto de la serie de interrogantes planteados por los organizadores, sobre todo respecto de aquéllos que fueron escasamente considerados en este texto.

a) ¿Con qué elementos teóricos se construyó el objeto de estudio?

Nuestra investigación se incluye dentro de un campo teórico, el de las relaciones de hegemonía/subalternidad constituidas entre los conjuntos sociales estratificados, y que venimos trabajando básicamente a través de las relaciones procesadas entre el MMH y las prácticas y representaciones “populares” de atención a la enfermedad, los

padecimientos y los daños. El campo de relaciones de hegemonía/subalternidad lo pensamos en términos de sistemas transaccionales que incluyen no sólo la desigualdad socioeconómica sino también las diferencias socioculturales macro y micro. Este campo teórico en el caso de *esta* investigación se construyó con aportes devenidos de la teoría de la “desviación” de Lemert, del interaccionismo simbólico y en particular de Goffman, de la teoría crítica de la desviación sobre todo en su expresión británica, del marxismo gramsciano y sobre todo de E. de Martino, de un sector de la escuela británica de historia social (Thompson) y de propuestas construccionistas. A partir de la apropiación teórica de estas propuestas (ver nota 6) y de los interrogantes planteados a la “realidad” construí los problemas a investigar y generé un modelo teórico-metodológico para aplicarlo al análisis de las representaciones y prácticas sociales del “alcoholismo”. El concepto clave de mi marco teórico es el *proceso de alcoholización*, que pretende ser un articulador de procesos ideológicos y económico-políticos, y al cual referí el “alcoholismo”, ya sea lo maneje en términos de patrón cultural, de problema social o de diagnóstico técnico. Es, por otra parte, en el proceso de alcoholización donde se actualiza el sistema de transacciones.

b) ¿Cómo se desarrolló el método seguido?

La sola respuesta a esta pregunta cubriría el espacio de este artículo y por

¹⁷ Utilizo el concepto de “pauta ideal”, por razones que retomo en las conclusiones: ver punto c.

ello sólo voy a subrayar algunos aspectos implícitos en la misma. Lo primero a indicar es que nosotros consideramos *todo* el proceso de investigación como una construcción metodológica. La formulación del problema, el aparato conceptual, las propuestas explicativas, las hipótesis, pero también la información a obtener y analizar constituyen para mí construcciones teóricas.

En mi texto se puede observar cuando explícito el concepto de "modelo". "Por modelo vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico."

Por modelos médicos, incluido el hegemónico, entendemos a aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas —incluidos los "curadores"—, sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Desde esta perspectiva, tales instrumentos se manejan en un alto nivel de abstracción, ya que al ser construcciones metodológicas no pueden explicar cada una de las situaciones históricamente determinadas, y sólo intervienen como referencia teórica de dichas situaciones. Los caracteres y funciones del modelo proponen un primer nivel explicativo que, para su entendimiento procesal, debe ser *necesariamente* articulado con la descripción y análisis de situaciones específicas y agregó: "El instrumento 'modelo' in-

cluye la complejidad de los procesos a estudiar..., remitiendo el análisis a las estructuras. Según algunos autores esto puede ser riesgoso en términos metodológicos, por que puede conducir a la eliminación o secundarización del sujeto en relación con los procesos, y porque puede forzar la construcción de modelos únicos y a no reconocer u opacar metodológicamente las diferencias. Tanto éstos como otros 'peligros metodológicos' no pueden ser desechados, pero frente a ello además de proponer un continuo (auto) control epistemológico, debe asumirse que sólo la referencia a situaciones históricamente determinadas posibilita la explicación de problemas específicos a partir de los modelos. Además la formulación de modelos, debe implicar la posibilidad de proponer submodelos; los modelos deben ser contrastados y la historicidad debe operar como un continuo corrector". (E. L. Menéndez 1990:84-85)

El segundo aspecto que me interesa subrayar es que en mi metodología propongo el uso de hipótesis explicativas, ya que considero a las hipótesis descriptivas de muy escaso valor para el trabajo antropológico. Considero la producción de hipótesis explicativas como el momento decisivo en la explicitación de los presupuestos teóricos, pero también ideológicos, con los que el investigador se enfrenta al problema planteado. Creo que la no explicitación de las hipótesis explicativas posibilita el que por lo menos una parte de los productos de la investigación antropológica sean profecías autocumplidas, no explicitadas previamente. Pero además, dentro de una práctica antropológica

que por diversas razones reduce cada vez más su "trabajo de campo", en la que mucha investigación antropológica se hace ya básicamente a través de encuestas, en la que se pone de relevancia la necesidad de la denominada investigación/acción, en la que el sueño malinowskiano es nada más que un mito profesional, la necesidad de formular hipótesis explicativas se hace imperativa como medio de control epistemológico-artesanal. El núcleo del asunto reside en entender que una hipótesis explicativa es nada más (y nada menos) que una *construcción provisoria* respecto de las problemáticas planteadas en forma implícita o explícita.¹⁸

c) *¿Con base en qué consideraciones se opta por estos elementos y no por otros?*

Las corrientes teóricas, los conceptos y los instrumentos metodológicos seleccionados incluyen protagónicamente el papel de las prácticas socioculturales y su necesaria relación con las representaciones sociales, cuestionando explícita o implícitamente la reducción de la descripción y análisis a las representaciones. Todas las corrientes señaladas proponen que todo proceso de *s/e/a*, incluidos la práctica y el saber médicos, constituye en primer lugar un fenómeno social al cual referir los procesos técnicos.

¹⁸ Todo antropólogo, si selecciona una problemática, tiene presupuestos y pre-explicaciones respecto de la misma que debiera explicitar. Que el sujeto no los explicita e inclusive crea "que no tiene problemas" convierte justamente esta afirmación en otro tipo de problema.

Han sido estas tendencias teóricas las que más han descrito y analizado las funciones de normatización, control sociocultural y de legitimación que cumple no sólo el MMH sino todo modelo de atención al proceso salud/enfermedad en cualquier sociedad y cultura.

Desde esta perspectiva, la biomedicina es parte de un sistema que no sólo implica a las dimensiones técnico-científicas, sino a las relaciones económicas, los procesos de poder micro y macro y el sistema ideológico-cultural dentro del cual funciona. Estas corrientes además plantean el análisis en términos de procesos transaccionales, utilicen o no esta conceptualización.¹⁹

En los últimos años la crisis del marxismo y del estructuralismo, y previamente la del funcionalismo y del culturalismo, condujo en gran medida a colocar el énfasis en lo "no estructurante" y en "lo des-estructurante"; se focalizaron los procesos y las prácticas y los conceptos transaccionales pasaron a primer plano en la discusión teórica. En consecuencia, algunas de las corrientes citadas adquirieron una mayor visibilidad, pero conjuntamente se ha gestado la posibilidad de que en nombre de estas tendencias se genere una suerte de hiperempirismo y activismo que pulverice todo proceso articulador al considerarlo "estructural". De hecho, todas las corrientes teóricas actualmente en crisis produjeron conceptos para analizar la estructura, pero también la "antiestructura". El proce-

¹⁹ El hecho de que algunas de estas corrientes, como por ejemplo una aparte sustantiva del interaccionismo simbólico, reduzcan su análisis a situaciones micro-sociológicas no cuestiona lo que estamos señalando.

so normal de utilización de una teoría y las dos desviaciones que generalmente operan (teorista y activista) condujeron a absolutizar lo estructurante. Esta posibilidad sigue en juego en la medida que nos manejamos con concepciones maniqueistas de "la realidad".

En mi trabajo utilizo los conceptos de representación y prácticas sociales, pero podría haber utilizado otros como ideología, orientaciones cognoscitivas, acción, "sentido común" (en el sentido de Schultz), *habitus*, *ethos*idos, etc., etc., en la medida que todos tratan de "captar" una problemática similar. La cuestión a nuestro entender es explicitar lo que se va a hacer con el concepto seleccionado, indicar para qué sirve en el proceso descriptivo, analítico e interpretativo, establecer su vinculación pertinente con los problemas planteados, y que además ello quede claro tanto para el autor como para el lector. La ambigüedad respecto del uso de conceptos es negativa, dado que si la asumimos como parte constitutiva de nuestra relación saber/no saber con los problemas a analizar, lo que necesitamos es reducirla al máximo.

d) ¿Cuál genealogía teórica y científica se usó explícitamente y cual quedó implícita?

En este texto he señalado por lo menos dos veces cuáles son mis referentes teóricos. No obstante considero que esta pregunta posibilita discutir algunos puntos interesantes. Mi aproximación metodológica incluye de manera central el análisis y la discusión de materiales que utilizan concepciones

teórico-metodológicas diferentes y/o radicalmente antagónicas. Si bien no son parte de mi genealogía "consciente", constituyen una parte fundamental de mi elaboración sobre todo en términos de contrastación.

Lo que sí forma parte de mi genealogía es producir una escritura lo menos literaria posible. Ajeno a que pudiera hacerlo, intencionalmente trato de "desliteraturizar" y "des-ensayar" mi escritura hasta donde me es posible.²⁰

En correlación con esto, trato de formular los problemas y establecer las aproximaciones teórico-metodológicas de manera ajena, en lo posible, a las "modas" teóricas y/o temáticas. Me genera una especie de "horror al vacío" el seguimiento de modas premodernas, modernas o postmodernas.

e) ¿Cómo modificó el resultado de la investigación la visión que originalmente se tuvo del problema?

Al respecto podemos concluir que la explicación/interpretación producida respecto de los dos tipos de interrogantes planteados, es bastante acorde con los presupuestos de los que partimos y que están explicitados en varios trabajos y en particular en el proyecto de investigación. Esta conclusión es avalada por la masa de información obtenida.

La principal "modificación" empí-

²⁰ Lo que sí suelo hacer en algunos trabajos, y como efecto comparativo, es colocar textos "literarios" al principio de algunos o de todos los capítulos.

rica se refiere a que en términos de mortalidad, el "alcoholismo" es mucho más grave y está mucho más opacado que lo que consideramos inicialmente, y esto sucede tanto a nivel de la información epidemiológica como de las representaciones sociales y técnicas médicas. Por otra parte, el autoreconocimiento de los médicos respecto de sus limitaciones técnicas es más notorio y consciente que lo previsto. También debe asumirse que las funciones de control operadas a través de la práctica médica en relación con el "alcoholismo" son potenciales y secundarias respecto de otras funciones cumplidas por el MMH.

Debe subrayarse que la subordinación del sector salud a las fuerzas económico-políticas es mucho mayor que lo pensado al inicio de la investigación y ello puede documentarse en los sucesos a corta y a larga duración. Esta subordinación es parte del sistema de transgresiones legitimadas y que de hecho convierten la transgresión en regla.

Por último, necesito señalar que el desarrollo de nuestra investigación

orientó cada vez más nuestras preocupaciones hacia la problemática de la "muerte" en México, en términos tanto estructurales como ideológicos. En el decurso de nuestro trabajo, la "muerte" emergió como una parte fundamental del sistema de transacciones a través del alcohol. La muerte apareció como una negación del alcohol por la propia profesión médica. Pero como dice el refrán, no se si "me dará el cuero" para meterme con esta problemática más allá de las disquisiciones folklorizantes y dizque metafísicas dominantes. Muerte y alcohol, pero también violencia, emergieron como estructura con una fuerza que no esperaba. Incluso ello se refleja en el título del libro: *Morir de Alcohol* que inicialmente iba a denominarse de otra manera. No obstante, lo que sí sé, es que si no me dedico a problemáticas donde "la muerte" sea nuclear, ella emergerá a través de otros temas y esto constituye de hecho un problema no sólo metodológico sino existencial, ya que como lo propone Koestler es muy difícil abandonar lo que a uno no lo abandona.²¹

²¹ A. Koestler, *Flecha en el azul*, EMECE, Buenos Aires, 1953.